



PAR COURRIEL

Québec, le 9 février 2026



**Objet : Réponse - Demande d'accès à des documents**

---

Monsieur,

Nous donnons suite à votre demande d'accès reçue le 9 janvier 2026 visant l'obtention de certains documents déposés ou présentés lors des rencontres du Comité exécutif de Santé Québec, et ce, pour les sujets identifiés aux points suivants :

- Points 4, 5 et 6 de la rencontre du 5 novembre 2024 ;
- Points 4, 5 et 7 de la rencontre du 11 novembre 2024 ;
- Points 3 et 6 de la rencontre du 18 novembre 2024 ;
- Points 5, 6 et 7 de la rencontre du 26 novembre 2024 ;
- Points 4 et 5 de la rencontre du 3 décembre 2024 ;
- Points 4, 8 et 6 de la rencontre du 10 décembre 2024 ;
- Points 3, 4, 5 et 7 de la rencontre du 7 janvier 2025 ;
- Point 4 de la rencontre du 14 janvier 2025 ;
- Points 4, 5, 6, 7, 8 et 9 de la rencontre du 21 janvier 2025 ;
- Point 3 de la rencontre du 28 janvier 2025 ;
- Point 3 de la rencontre du 4 février 2025 ;
- Point 5 de la rencontre du 18 février 2025 ;
- Points 4, 5 et 6 de la rencontre du 27 février 2025 ;
- Point 5 de la rencontre du 4 mars 2025 ;
- Point 4 de la rencontre du 11 mars 2025 ;
- Points 4 et 5 de la rencontre du 18 mars 2025 ;

- Points 4, 5, 6 et 7 de la rencontre du 26 mars 2025 ;
- Points 5, 6, 7 et 8 de la rencontre du 1er avril 2025 ;
- Points 6, 9 et 10 de la rencontre du 8 avril 2025 ;
- Points 5 et 6 de la rencontre du 29 avril 2025 ;
- Points 7, 10 et 11 de la rencontre du 17 juin 2025 ;
- Points 5 et 6 de la rencontre du 15 juillet 2025 ;
- Points 4, 6 et 10 de la rencontre du 26 août 2025 ;
- Point 7 de la rencontre du 23 septembre 2025 ;
- Point 6 de la rencontre du 21 octobre 2025 ;
- Points 5, 6 et 7 de la rencontre du 28 octobre 2025 ;
- Points 5, 6 et 10 de la rencontre du 4 novembre 2025 ;
- Points 5, et 7 de la rencontre du 11 novembre 2025.

Aux termes de nos vérifications, nous avons repéré 89 documents pouvant répondre à votre demande. Voici un tableau résumant les décisions prises relativement à ces documents. Veuillez consulter les sections correspondantes pour obtenir les explications.

Entièrement accessibles	Partiellement accessibles	Entièrement refusés	Total
19	16	54	<b>89</b>

#### **Documents entièrement accessibles**

En premier lieu, 19 documents vous sont entièrement accessibles et se retrouvent en pièces jointes.

#### **Documents partiellement accessibles**

L'accès à 16 documents vous est partiellement accordé et ces documents se retrouvent également en pièces jointes. En effet, pour ces documents, certains passages ont été caviardés, car ils contiennent des renseignements qui sont protégés pour l'un ou l'autre des motifs suivants de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1), ci-après la « Loi »:

- Il s'agit de renseignements dont la divulgation entraverait vraisemblablement une négociation en cours avec un autre organisme public dans un domaine de sa compétence, tels que visés par l'article 20 de la Loi;
- Il s'agit de renseignements financiers ou techniques qui appartiennent à Santé Québec et dont la divulgation risquerait vraisemblablement d'entraver une

négociation en vue de la conclusion d'un contrat, de causer une perte à l'organisme ou de procurer un avantage appréciable à une autre personne, conformément à l'article 22 de la Loi;

- Il s'agit de renseignements dont la divulgation aurait vraisemblablement pour effet de révéler un mandat ou une stratégie de négociation de convention collective ou de contrat, tels que visés par l'article 27 al. 1 de la Loi;
- Il s'agit d'avis ou de recommandations faits depuis moins de 10 ans par des membres du personnel de Santé Québec dans l'exercice de leurs fonctions, tels que visés par l'article 37 de la Loi;
- Il s'agit d'avis ou de recommandations faits à un autre organisme public, et la décision finale sur la matière faisant l'objet de l'avis ou de la recommandation n'a pas été rendue publique par l'autorité compétente au moment des présentes, tels que visés par l'article 38 de la Loi;
- Il s'agit d'analyses produites à l'occasion de recommandations faites dans le cadre d'un processus décisionnel en cours, et qui n'ont pas fait l'objet d'une décision au moment des présentes, tel que visé par l'article 39 de la Loi.

### **Documents entièrement refusés**

L'accès à un total de 16 documents vous est refusé, car ces documents sont constitués uniquement de renseignements visés par les restrictions ci-haut mentionnées, ou pour l'un ou l'autre des motifs suivants :

- Il s'agit de renseignements dont la divulgation aurait pour effet de réduire l'efficacité d'un programme, d'un plan d'action ou d'un dispositif de sécurité destiné à la protection d'un bien, tels que visés par l'article 29 alinéa 2 de la Loi.
- Il s'agit de renseignements dont la divulgation aurait pour effet de révéler une politique budgétaire du gouvernement avant que le ministre des Finances ne la rende publique, tels que visés par l'article 30.1 de la Loi.

Par ailleurs, l'accès à 19 documents vous est refusé, car les renseignements visés par les exceptions mentionnées ci-dessus forment la substance de ces documents, tel que le permet l'article 14 alinéa 2 de la Loi.

Enfin, 19 documents s'assimilent à une ébauche, un brouillon ou un autre document de même nature, lesquels ne sont pas assujettis à la Loi, le tout conformément à son article 9.

### **Autres commentaires**

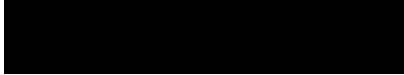
Nous attirons votre attention sur le fait que la rencontre du 26 mars 2025 a été annulée. Ainsi, aucun document n'a été déposé ou présenté en lien avec les sujets inclus dans son ordre du jour.

De plus, nous tenons à souligner le fait que certains renseignements apparaissant dans les documents transmis ont évolué depuis leur présentation, particulièrement en ce qui

concerne l'organigramme de Santé Québec et le titre ou les fonctions de certains membres de son personnel.

Conformément à l'article 51 de la Loi, nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note explicative à ce sujet.

Nous vous prions d'agréer nos cordiales salutations.



Me Anne de Ravinel, responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels

N/Réf. : 26-SQ-0001-17-01

p.j    Avis de recours  
         Dispositions législatives citées  
         Documents (35)

## AVIS DE RECOURS EN RÉVISION

### Révision

#### a) **Pouvoir**

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

#### **QUÉBEC**

Commission d'accès à l'information  
525, boul. René-Lévesque Est, bur. 2.36  
Québec (Québec) G1R 5S9

Tél : (418) 528-7741  
Télec : (418) 529-3102

#### **MONTRÉAL**

Commission d'accès à l'information  
2045, rue Stanley, bur. 900  
Montréal (Québec) H3A 2V4

Tél : (514) 873-4196  
Télec : (514) 844-6170

#### b) **Motifs**

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

#### c) **Délais**

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135). La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

## APPEL DEVANT LA COUR DU QUÉBEC

#### a) **Pouvoir**

L'article 147 de la loi stipule qu'une personne directement intéressée peut porter la décision finale de la Commission d'accès à l'information en appel devant un juge de la Cour du Québec sur toute question de droit ou de compétence. L'appel d'une décision interlocutoire ne peut être interjeté qu'avec la permission d'un juge de la Cour du Québec s'il s'agit d'une décision interlocutoire à laquelle la décision finale ne pourra remédier.

#### b) **Délais**

L'article 149 prévoit que l'avis de l'appel d'une décision finale doit être déposé au greffe de la Cour du Québec, dans les 30 jours qui suivent la date de réception de la décision de la Commission par les parties.

#### c) **Procédure**

Selon l'article 151 de la loi, l'avis d'appel doit être signifié aux parties et à la Commission dans les dix jours de son dépôt au greffe de la Cour du Québec.

### Dispositions législatives pertinentes

*Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1)

#### 9. (...)

Ce droit ne s'étend pas aux notes personnelles inscrites sur un document, ni aux esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature.

#### 14. (...)

Si une demande porte sur un document comportant de tels renseignements, l'organisme public peut en refuser l'accès si ces renseignements en forment la substance. Dans les autres cas, l'organisme public doit donner accès au document demandé après en avoir extrait uniquement les renseignements auxquels l'accès n'est pas autorisé.

20. Un organisme public peut refuser de communiquer un renseignement lorsque sa divulgation entraverait vraisemblablement une négociation en cours avec un autre organisme public dans un domaine de leur compétence.

22. Un organisme public peut refuser de communiquer un secret industriel qui lui appartient.

Il peut également refuser de communiquer un autre renseignement industriel ou un renseignement financier, commercial, scientifique ou technique lui appartenant et dont la divulgation risquerait vraisemblablement d'entraver une négociation en vue de la conclusion d'un contrat, de causer une perte à l'organisme ou de procurer un avantage appréciable à une autre personne.

Un organisme public constitué à des fins industrielles, commerciales ou de gestion financière peut aussi refuser de communiquer un tel renseignement lorsque sa divulgation risquerait vraisemblablement de nuire de façon substantielle à sa compétitivité ou de révéler un projet d'emprunt, de placement, de gestion de dette ou de gestion de fonds ou une stratégie d'emprunt, de placement, de gestion de dette ou de gestion de fonds.

23. Un organisme public ne peut communiquer le secret industriel d'un tiers ou un renseignement industriel, financier, commercial, scientifique, technique ou syndical de nature confidentielle fourni par un tiers et habituellement traité par un tiers de façon confidentielle, sans son consentement.

**27.** Un organisme public peut refuser de communiquer un renseignement dont la divulgation aurait vraisemblablement pour effet de révéler un mandat ou une stratégie de négociation de convention collective ou de contrat, pendant huit ans à compter du début de la négociation.

Il peut également refuser de communiquer, pendant dix ans à compter de sa date, une étude préparée en vue de l'imposition d'une taxe, d'un tarif ou d'une redevance.

**29.** Un organisme public doit refuser de confirmer l'existence ou de donner communication d'un renseignement portant sur une méthode ou une arme susceptible d'être utilisée pour commettre un crime ou une infraction à une loi.

Il doit aussi refuser de confirmer l'existence ou de donner communication d'un renseignement dont la divulgation aurait pour effet de réduire l'efficacité d'un programme, d'un plan d'action ou d'un dispositif de sécurité destiné à la protection d'un bien ou d'une personne.

**30.1.** Un organisme public peut refuser de confirmer l'existence ou de donner communication d'un renseignement dont la divulgation aurait pour effet de révéler une politique budgétaire du gouvernement avant que le ministre des Finances ne la rende publique.

**37.** Un organisme public peut refuser de communiquer un avis ou une recommandation faits depuis moins de dix ans, par un de ses membres, un membre de son personnel, un membre d'un autre organisme public ou un membre du personnel de cet autre organisme, dans l'exercice de leurs fonctions.

Il peut également refuser de communiquer un avis ou une recommandation qui lui ont été faits, à sa demande, depuis moins de dix ans, par un consultant ou par un conseiller sur une matière de sa compétence.

**38.** Un organisme public peut refuser de communiquer un avis ou une recommandation que lui a fait un organisme qui en relève ou qu'il a fait à un autre organisme public, jusqu'à ce que la décision finale sur la matière faisant l'objet de l'avis ou de la recommandation ait été rendue publique par l'autorité compétente.

Il en est de même pour un ministre en ce qui concerne un avis ou une recommandation que lui a fait un organisme qui relève de son autorité.

**39.** Un organisme public peut refuser de communiquer une analyse produite à l'occasion d'une recommandation faite dans le cadre d'un processus décisionnel en cours, jusqu'à ce que la recommandation ait fait l'objet d'une décision ou, en l'absence de décision, qu'une période de cinq ans se soit écoulée depuis la date où l'analyse a été faite.

# Rencontre des directions générales des établissements

Bilan d'activité

Par Frédéric Abergel  
Vice-président exécutif - opérations et transformation

# L'évènement en quelques mots

## Objectifs poursuivis

- Mettre la table de la nouvelle culture Santé Québec.
- Accompagner les directions générales des établissements vers un changement de posture.
- Susciter l'adhésion des directions générales à la vision proposée.
- Recueillir la contribution des directions générales aux travaux structurants de la vice-présidence exécutive.

## En chiffres

- 93 participants
  - 80 provenant d'établissements
    - 27 PDG
    - 20 PDGA
    - 32 DGA
  - 13 provenant de Santé Québec (PCD, VP, VPA, directeur de bureau, etc.)
- 1 journée et demie en présentiel, dont 6 heures d'ateliers participatifs.







**Merci !**

## Suivi de la Feuille de route de la VPE - OT pour la période : Août 2024 à Mars 2025

Axes	Dossiers	Échéancier	Responsable	Statut	Actions réalisées	Risques
<b>Opérations</b>	Accueillir les employés du MSSS et transformer les pratiques	Décembre 2024	Vice-président exécutif - opérations et transformation et VPA	En cours	Intégration terminée des quatre VP adjointes. Organigrammes des VPA complétés.	[Redacted]
	Assurer la continuité de la gestion des opérations du RSSS au 1er décembre 2024	Décembre 2024	VP adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	En cours	<b>Complétion fichier Excel</b> : Rôles et responsabilités (stratégique) entre VPACATS et SMA's <b>Enjeux lié au transfert</b> : [Redacted] <b>Comité d'arrimage</b> : Mise en place du comité d'arrimage VPA et SMA (rencontres hebdomadaire avec adoption des lots de transfert)	[Redacted]
	Assumer les nouvelles responsabilités selon LGSSS (réserve nationale de médicaments, mécanismes d'accès, etc.)	À confirmer	VP adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	En cours	Démarrage des travaux du Règlement sur les mécanismes d'accès.	[Redacted]
	Constituer le registre national des incidents/accidents et implanter le processus de mise à jour (LGSSS : 89, 1487)	Décembre 2024	VP adjointe - Planification et performance clinique	Non débuté	Validation légale en cours concernant l'échéancier.	[Redacted]
	Élaborer le programme national de qualité	Mars 2025	VP adjointe - Planification et performance clinique	En cours	lien avec le comité de transition portant sur la qualité. Rencontre le 8 novembre pour la rencontre finale du Comité	[Redacted]
	Faire un inventaire complet de tous les centres de coordination clinique	Mars 2025	VP adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	Non débuté	À venir après le 1e décembre	[Redacted]

<b>Mettre en œuvre le modèle opérationnel de la VPE-OT</b>	Déployer le Centre provincial de <b>vigie et de</b> soutien aux opérations 24/7 (CPSO)	Décembre 2024	VP adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	En cours	[Redacted] Visite de la sûreté du Québec (benchmark). Rédaction des outils de planification de projet (charte de projet, structure de gouvernance, GANTT). Mise en place de l'équipe projet.	[Redacted]
	Soutien à la gouvernance des établissements: soutien (volet légal) et suivre la réalisation du Cahier des charges	Décembre 2024	VP adjointe - Soutien à la gouvernance des établissements	En cours	Cahier des charges: suivi régulier avec les établissements. Démarrage de la phase 2 du Comité de travail des PDG pour soutenir la compréhension du cahier des charges. Soutien aux établissements pour la mise en place de la nouvelle gouvernance médicale (DTMF et DTMS).	[Redacted]
	Définir et appliquer le Cadre de gestion des opérations réseau	Décembre 2024	VP adjointe - Soutien à la gouvernance des établissements	En cours	Présentation au CDSQ long de septembre 2024. Atelier de travail pour version 2 dans le cadre de la rencontre des directions générales des établissements le 23 octobre 2024.	[Redacted]
	Mettre en place la nouvelle gouvernance clinique dans les établissements et la VPE-OT (DTMS, DTMF, CIETOC, DSPM, DSM, DSI)		VP adjointe - Soutien à la gouvernance des établissements	En cours		[Redacted]

Préparer l'accélération de l'informatisation clinique	Confirmer le plan du déploiement provincial de Epic	Novembre 2024	VP adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	Dépôt fin octobre du plan de déploiement provincial de Epic pour commentaires.	
	Soutenir les 2 projets vitrines DSN pour assurer le succès de leur mise en production	Mars 2025	VP adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	Suivi mensuel par Epic: retard dans l'intégration des systèmes périphériques.	
	Confirmer la gouvernance des projets nationaux (DSN, SIL-P, VIM-VNA)	Mars 2025	VP adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	Fait pour VIM-VNA, en cours d'ajustement pour Epic, à venir pour SIL-P.	
	Élaborer le plan d'accélération du déploiement des soins virtuels (télétriage, télévisite, téléconsultation, télésoins, télésurveillance)	Mars 2025	VP adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	Rencontres effectuées avec chaque centre d'expertise.	

Réaliser les premiers gains dès l'hiver 2025	Plan intégré d'amélioration continue de l'accès aux services (approche Santé Québec, pour le court terme) : saison hivernale (urgences, NSA, première ligne), santé mentale, chirurgie élective, SAD.	Mars 2025	VP adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	En cours	Sera livré d'ici le 8 novembre. Ajustements en cours afin de favoriser que les actions soient réalisables dans le contexte actuel d'enjeux RH et financier. Production d'un palmarès des établissements pour les indicateurs d'accès, ce qui a permis de cibler des établissements nécessitant plus de soutien. Identification des indicateurs et établissements à cibler pour soutien ciblé d'ici mars 2025. Plusieurs ateliers de travail réalisés avec les différentes directions afin d'analyser les actions réalisées dans les établissements pour identifier des endroits avec un fort potentiel d'amélioration. *Soutien de la VPA - Planification et performance.	
	Accès intégré à tous les programmes	Mars 2025	VP adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	Non débuté	À définir.	
	Augmenter l'utilisation de la télésanté	Mars 2025	VP adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	Rencontres effectuées avec le groupe de télésanté.	

Définir la Feuille de route 2025-2030	Définir le modèle cible d'organisation intégrée des soins	Mars 2025	VP adjointe - Planification et performance clinique	En cours	Présentation au Comex. Présentation aux directions générales des établissements le 23 octobre 2024.	
	Élaboration de la feuille de route 2025-2030	Mars 2025	VPE-OT	Non débuté		
	Indicateurs de qualité de soins	Mars 2025	VP adjointe - Planification et performance clinique	En cours	sensibilisation débutée sur le sujet à la Table des DQPE et aux équipes en co-gestion avec Robin-Marie.	

# Plan d'action saison hivernale 24-25

1<sup>er</sup> bilan mensuel



## Table des matières

1. Démarches période hivernale.....	3
2. État d'avancement : Plans d'action pour la période hivernale des établissements.....	5
3. Orientations ministérielles – Préparation aux saisons automnales et hivernales : Faits saillants.....	7
4. Résultats des principaux indicateurs d'accès.....	16
5. Annexe 1.....	17
6. Annexe 2.....	18

## 1. Démarches période hivernale

### Actions réalisées

- 18 juin 2024 : Tenue d'un atelier de travail lors du lac-à-l'épaule pour identifier les actions structurantes à mettre en œuvre pour la période hivernale.
- 9 juillet 2024 : Présentation au Comité de direction de Santé Québec (CDSQ) des 4 grandes actions structurantes ([Annexe 1](#)) et des exemples de mesures à grande valeur pour chacune de ces grandes actions structurantes ([Annexe 2](#)) découlant du lac-à-l'épaule. L'approche préconisée par Santé Québec pour l'élaboration des plans est en cohérence avec le principe de subsidiarité. Chaque PDG devait élaborer un plan d'action personnalisé en fonction de sa réalité et ses défis (bloquants), plutôt que l'imposition de l'implantation de mesures à tous.
- 9 juillet – 30 août 2024 : Chaque établissement a identifié les 3 causes fondamentales principales sur lesquelles il souhaitait agir pour préparer la saison hivernale et sur lesquelles ils avaient des leviers (pouvoir d'agir) et a déposé son plan d'action personnalisé avec des mesures à implanter pour agir sur celles-ci, selon un échéancier au 1<sup>er</sup> novembre.
- 15 août 2024 : Réception des orientations ministérielles à implanter pour la période hivernale 2024-2025.
- Septembre 2024 : 1<sup>er</sup> suivi des plans d'action individualisés pour la saison hivernale lors des suivis individuels réalisés auprès des établissements (PDG et équipe de gestion).
  - Attendu lors des prochains suivis : 1) évolution de l'avancement du plan d'action et 2) compléter les indicateurs de performance identifiés sur lesquels les actions devraient agir afin de quantifier les résultats.
- 11 septembre : 1<sup>er</sup> pilotage stratégique du CGSQ « Planifier l'organisation et l'offre de services durant la période hivernale 2024-2025 » pour identifier les enjeux/bloquants et les actions à poser.
- Depuis le 11 septembre : Pilotage stratégique au comité de direction de Santé Québec chaque pilotage de la période hivernale, durée moyenne de séjour sur civières et délai de prise en charge médicale

### Actions en cours

- Suivi de l'avancement des plans d'action individuels de chaque établissement et mise à jour mensuelle:
  - 1) Évolution de l'avancement des plans d'action de chaque établissement;
  - 2) Suivi des indicateurs de performance identifiés sur lesquels les actions devraient agir afin de quantifier les résultats;
  - 3) Ajout et modification des actions par les établissements, selon les résultats.
- Suivre de près l'évolution des indicateurs d'accès des établissements en parallèle pour agir proactivement en accompagnement pour les établissements en plus grande difficulté

**Autres actions en cours :**

- Analyse plus approfondie :
  - Des lits fermés en courte durée, en hébergement et en réadaptation.
  - De portrait des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) qui refusent de quitter un centre hospitalier (CH) et de l'impact de la facturation.
  - Des données sur les réadmissions, délirium et déconditionnement.
- Mise à jour du portrait de l'utilisation de la surcapacité dans les milieux hospitaliers.
- Révision de certains indicateurs et déclinaison des indicateurs stratégiques en indicateurs opérationnels.

**À venir :**

- Dépôt et mise en œuvre du plan d'accès intégré court terme pour faire évoluer positivement les indicateurs prioritaires du plan stratégique.

## 2. État d'avancement : Plans d'action pour la période hivernale des établissements

### Faits saillants

- Chaque établissement pilote l'avancement de son plan d'action et l'impact des actions ciblées sur ces indicateurs.
- En fonction de l'évolution de son état de situation, le PDG doit ajuster son plan d'action en ajoutant ou ajustant des mesures.
- Certains établissements ont ciblé uniquement des actions à court terme pouvant être réalisées avant le 1<sup>er</sup> novembre. D'autres ont ciblé davantage des actions structurantes nécessitant plus de temps pour la mise en œuvre, mais très porteuses. Ce qui explique parfois l'écart au niveau de l'évolution de l'actualisation des plans d'action.
- Vous trouverez ci-bas le tableau d'évolution de l'actualisation des plans qui est suivi mensuellement avec des rencontres individuelles entre l'équipe de coordination nationale de Santé Québec et les établissements. Considérant que ce sont des plans propres à chaque établissement, le nombre d'actions à implanter et l'ampleur du travail associé à chacun de ces livrables sont très variables d'un établissement à un autre. Nous souhaitons apporter une mise en garde en lien avec la comparaison interétablissements.

Établissements	Mi-sept 2024		07-oct-24		25-oct-24	
	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement
01_BSL	9	33%	14	29%	12	29%
02_SLSJ	3	42%	8	44%	8	44%
03_CapNat	29	38%	29	46%	28	79%
03_CHUQ	10	23%	10	23%	10	35%
03_IUCPQUL	3	33%	3	33%	3	33%
04_MCQ	15	35%	15	71%	15	79%
05_Estrie	10	38%	10	55%	10	55%
06_CHUM	20	25%	20	55%	20	87%
06_CHUSJ	16	59%	16	70%	16	70%
06_CUSM	19	43%	19	43%	19	55%
06_ICM	5	70%	3	67%	3	67%
06_INPLPP	3	63%	3	63%	3	63%
06-1_EstMtl	18	69%	18	69%	18	69%
06-2_OuestMtl	22	53%	20	56%	20	58%
06-3_CtrOuestMtl	19	55%	19	68%	19	68%
06-4_CtrSudMtl	22	73%	22	78%	22	86%
06-5_NordMtl	26	37%	26	63%	26	80%
07_Out	12	8%	12	48%	12	73%
08_AbTem	16	34%	16	56%	16	66%
09_CtNrd	21	21%	13	25%	13	25%
10_BJ	16	27%	16	23%	16	34%
11-1_Gasp	15	0%	15	0%	15	48%
11-2_Iles	10	35%	10	35%	10	35%
12_ChApp	17	24%	17	26%	17	51%
13_Lvl	9	22%	9	56%	9	75%
14_Lan	17	66%	17	66%	17	74%
15_Laur	59	23%	59	50%	59	67%
16-1_MCentre	20	38%	20	50%	20	50%
16-2_MEst	31	36%	31	36%	31	36%
16-3_MOuest	13	34%	13	34%	13	44%
<b>Total général</b>	<b>505</b>	<b>39%</b>	<b>503</b>	<b>48%</b>	<b>500</b>	<b>58%</b>

### Exemples de mesures ciblées par plusieurs établissements

- **Accès 7/7 à l'offre de service**
  - Assurer une couverture par un nombre de professionnels adéquat 7 jours / 7 jours (ex. physiothérapeute, travailleur social) afin d'assurer la réponse aux besoins en temps opportun.
  - Réaliser des admissions les fins de semaine et les congés fériés dans les lits de réadaptation modérée (UTRF).
  - Mettre en place le suivi intensif à domicile.
  
- **Lissage de l'activité**
  - Assurer les congés 7/7.
  - Meilleure planification des activités dans la semaine (médecine spécialisée, chirurgie, etc.) afin de lisser la consommation des soins et services.
  - Capacité hospitalière et en CHSLD : voir des plans de surcapacité hospitalière afin de réagir plus facilement à l'augmentation et travailler sur la réouverture des lits fermés en centre hospitalier et en hébergement.
  
- **Suivi proactif des clientèles vulnérables (incluant les grands consommateurs)**
  - Identifier les grands consommateurs de chaque urgence (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque, santé mentale) et revoir l'offre de service pour cette clientèle.
  - Mise en place d'équipe de suivi des grands consommateurs lors de l'hospitalisation afin de mieux comprendre les besoins et éviter des réadmissions futures.
  - Identifier les médecins de famille des grands consommateurs des hospitalisations et travailler en collaboration avec le GMF pour améliorer la trajectoire et éviter les admissions futures.
  - Faire des appels de repérage pour la clientèle inscrite au guichet d'accès sans médecin de famille pour des patients 75 ans et plus, non connus par le soutien à domicile.
  
- **Planification précoce et conjointe des congés et alternatives à l'hospitalisation**
  - Identification de la date de congé des patients dès leur admission à l'hôpital.
  - Ouverture de cliniques IPS.
  - Optimiser les transferts vers les urgences en provenant des Résidences privées pour personnes âgées (RPA).
  - Ouverture de Maison des aînés et alternatives (MDAA).

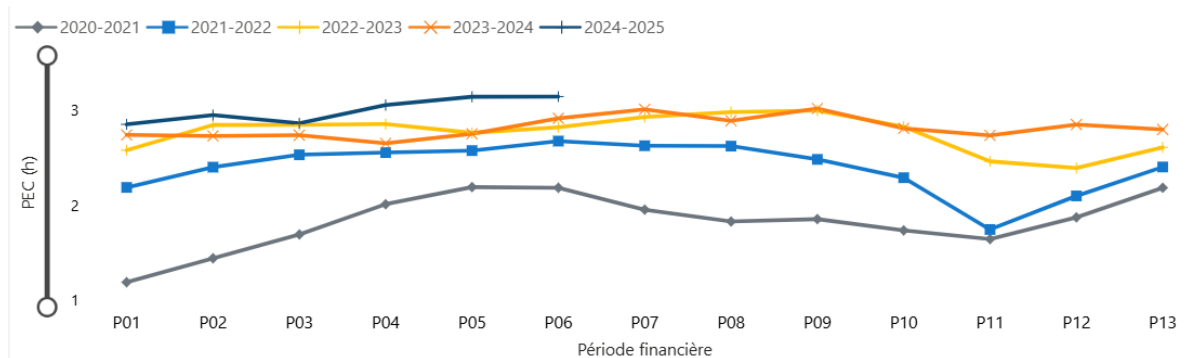
### 3. Orientations ministérielles – Préparation aux saisons automnales et hivernales : Faits saillants

#### 1) Volet accessibilité clinique et urgence

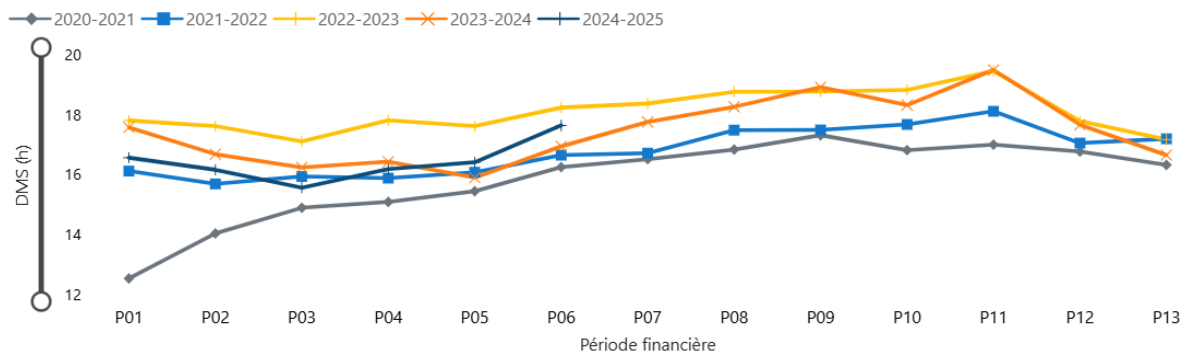
##### DONNÉES

Indicateurs au Plan stratégique	Cible 2024-25	Résultats P1-P6 2024-25	Indicateurs complémentaires à ceux du PS	Résultats P1-P6 2024-25
Durée moyenne de séjour (DMS) sur civière	16h	16h24 (16,4)	DMS sur civière des usagers admis	23h54
			DMS sur civière des usagers P1-P2-P3 non admis	12h32
			DMS sur civière des usagers P4-P5 non admis	12h37
			% séjours de plus de 72 heures sur civière	1,6%
			Délai entre la PEC et la demande d'admission	10h00
			Délai entre la demande d'admission et le départ de l'utilisateur	13h02
Délai de prise en charge (PEC) médicale	125 min	179 min	Délai de PEC pour les usagers P1-P2-P3	2h33
			Délai de PEC P4-P5	3h33
			% départs av. PEC médicale	12,1%
			% visites d'usagers ambulatoires P4-P5 non admis	44,7%
			% visites d'usagers ambulatoires P4-P5 non admis inscrits auprès d'un médecin ou d'un groupe de médecins	73,7%

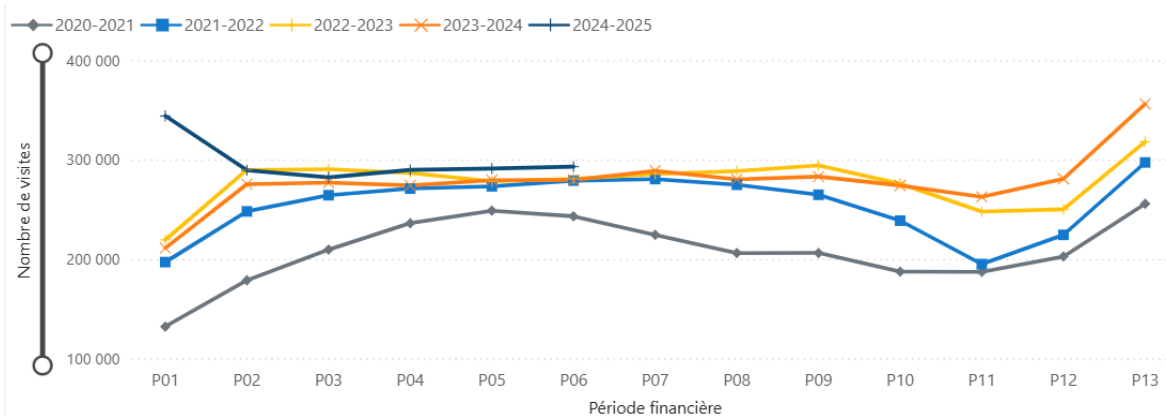
#### Délai moyen de PEC médicale



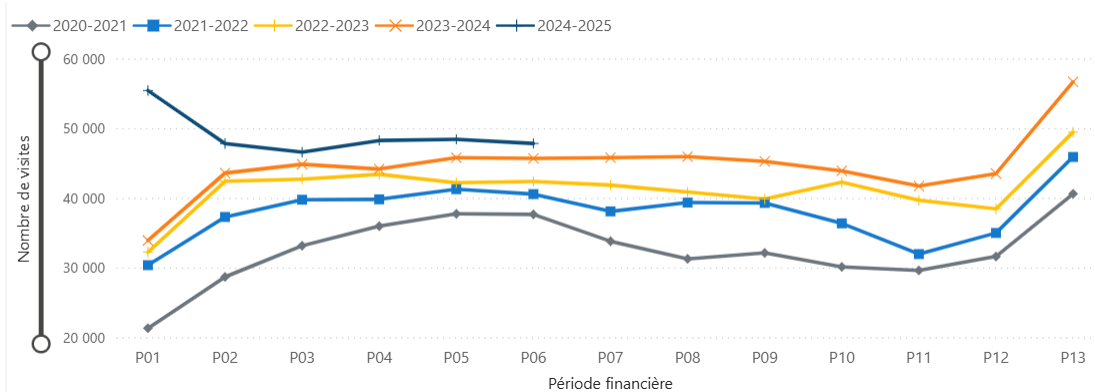
## DMS sur civière



## Évolution des visites totales



## Évolution des visites 75 ans et plus



### Durée moyenne de séjour (DMS) sur civière :

- Augmentation de 4,1% du nombre de visites totales aux urgences depuis 2022-2023.
- Augmentation de 14,8% des visites d'usagers de 75 ans et plus depuis 2022-2023.
- DMS sur civière non admis :
  - Délai important pour obtenir une consultation en médecine spécialisée ou auprès d'un professionnel.
- DMS sur civière admis :
  - Délai important pour obtenir un lit d'hospitalisation.
- L'indicateur du plan stratégique ne permet pas de mettre le focus au bon endroit (ex. DMS globale sur civière).

### P4-P5 :

- Nombre élevé d'usagers qui consultent les services d'urgence pour une raison de visite mineure qui ne requiert pas l'expertise ou le plateau technique des services d'urgence;
- Accès limité en 1<sup>re</sup> ligne : 73,7% des patients ambulatoires P4-P5 non admis ont un médecin de famille ou sont inscrits auprès d'un groupe de médecins.

### ACTIONS EN COURS

#### Travaux en cours ayant un impact sur le délai de prise en charge (PEC) et la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence :

- Poursuite de l'animation d'une salle de pilotage stratégique au Comité de direction Santé Québec (suivi délai de PEC et DMS sur civière).
- Suivis individuels réalisés auprès des établissements par l'équipe de coordination nationale. Plusieurs actions sont intégrées dans les plans d'action hivernaux élaborés et pilotés par chaque établissement.

#### Travaux en cours ayant un impact sur la DMS sur civière :

- Augmenter la disponibilité des lits hospitaliers :
  - Assurer que les installations possèdent des plans de surcapacité.
  - Implantation la SSPPCC afin de réduire les longs séjours hospitaliers (> 10 jours).
  - SAD intrahospitalier, prévenir le déconditionnement, analyse et interventions au niveau des patients réadmis à l'intérieur des 90 jours (notamment en assurant un rendez-vous avec le médecin de famille avant le congé).

#### Travaux en cours ayant un impact sur le délai de PEC :

- Mise en place des cliniques désignées populationnelles (SAG-Gastro ou toutes clientèles confondues, selon les territoires).
- Suivis personnalisés auprès des installations ayant des délais élevés de PEC (révision des processus entourant la PEC).
- Recommandations du Groupement d'experts des services d'urgence du Québec (GESUQ) sur les délais de PEC médicale et l'amélioration du pourcentage de départs avant PEC afin de partager les bons coups dans le RSSS.
- Projet pilote de clinique d'urgences mineures.

## 2) Volet aînés

Indicateurs de performance	Cible	An dernier 2023-2024		Cette année 2024-2025					
		Portrait octobre 2023		Portrait octobre 2024					
		Valeur	Date	Valeur	Atteinte cible	Dernière valeur nationale disponible	Date	Atteinte cible	Commentaires
32 Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	398 017	259 227	P05 2023	233 191		268 247	P05 2024		
33 Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile	15 730	20 982	P06 2023	19 700	●	19 630	P06 2024	●	
34 Nombre d'heures de service de soutien à domicile LONGUE DURÉE rendues à domicile	34,7 M	12 807 819	P05 2023	8 184 357		13 615 035	P05 2024		
35 Nombre d'heures de service de soutien à domicile COURTE DURÉE rendues à domicile		378 843	P05 2023	284 519		452 251	P05 2024		
36 Nombre d'heures de service de soutien à domicile SOINS PALLIATIFS palliatifs rendus à domicile		358 621	P05 2023	225 197		366 489	P05 2024		

- Assurer la fluidité hospitalière : plans de surcapacité, réouverture des lits hospitaliers ou CHSLD fermés.
- Poursuivre le virage SAD : Implantation des recommandations prioritaires du chantier valorisation SAD

## 3) Volet services sociaux

- Plusieurs établissements ont intégré les admissions 7/7 en réadaptation dans les plans hivernaux

## 4) Volet santé publique et prévention

### Sommaire de la campagne 24-25

La prise de rendez-vous a débuté le 7 octobre dernier pour les personnes vulnérables. La campagne a débuté le 16 octobre, en même temps que la prise de rendez-vous populationnelle générale.

Les établissements effectuent actuellement une tournée mobile, ayant jusqu'ici rejoint plus de 70% des CHSLD.

Au total (COVID + Influenza) :

Doses administrées : 624 512

Rendez-vous réservés : 834 453

## Rendez-vous réservés

Groupes d'âge	Coadministra COVID	Influenza	Total	Proportion	
0-59 ans	172 501	2 854	14 298	189 653	22,7%
60-69 ans	222 292	4 331	14 143	240 766	28,9%
70-79 ans	258 350	4 746	15 824	278 920	33,4%
80+	113 947	1 806	7 079	122 832	14,7%
Inconnu	855	247	1 180	2 282	0,3%
<b>Total</b>	<b>767 945</b>	<b>13 984</b>	<b>52 524</b>	<b>834 453</b>	
60+	594 589	10 883	37 046	642 518	77,0%
70+	372 297	6 552	22 903	401 752	48,1%

Source : Tableau de bord exécutif  
Données incluant le 24 octobre 2024

Rendez-vous net : 834 453

Rendez-vous brut : 919 326

\*Brut : nombre d'actions réalisées de manière autonome par le citoyen, incluant les annulations de rendez-vous. Interaction administrative minimale.

Comparatif sur 9 jours de campagne officielle :

### COVID-19 – 2023-2024

Groupes cibles	Doses administrées
0-59 ans	47 815
60-69 ans	65 818
70-79 ans	77 559
80+	47 972
<b>Total</b>	<b>239 164</b>
60+	191 349
70+	125 531

Lieu de vaccination	Doses administrées
CHSLD	15 072
RI-RTF	Invalide
RPA	8 253
TdeS	9 968

### COVID-19 – 2024-2025

Groupes cibles	Doses administrées	Rendez-vous	Pop. atteinte
0-59 ans	48 204	88 070	2,1%
60-69 ans	74 805	115 477	15,8%
70-79 ans	98 807	133 921	26,7%
80+	64 727	58 780	25,0%
<b>Total</b>	<b>286 543</b>	<b>396 248</b>	<b>7,5%</b>
60+	238 339	305 070	21,1%
70+	163 534	190 762	26,0%

Lieu de vaccination	Doses administrées
CHSLD	18 999
RI-RTF	3 022
RPA	16 822
TdeS	10 504

Source : Tableau de bord exécutif (SIPMI)  
Données incluant le 24 octobre 2024

\*Pop. atteinte : estimation de la proportion de la population en attente d'un rendez-vous ou ayant déjà reçu un vaccin.

#### Proportion

- RSSS : 53,4%
- Pharmacies : 46,6%

Comparatif sur 9 jours de campagne officielle :

### Influenza – 2023-2024

Groupes d'âge	Doses administrées
0-59 ans	70 506
60-74 ans	129 602
75+	105 869
<b>Total</b>	<b>305 977</b>
60+	235 471

Groupes cibles	Doses administrées
CHSLD	17 409
RI-RTF	Invalide
RPA	9 548
TdeS	13 888

### Influenza – 2024-2025

Groupes d'âge	Doses administrées	Rendez-vous	Pop. atteinte*
0-59 ans	65 420	100 549	2,6%
60-74 ans	142 426	203 907	20,5%
75+	130 123	130 434	29,6%
<b>Total</b>	<b>337 969</b>	<b>434 889</b>	<b>8,5%</b>
60+	272 549	334 341	23,6%

Groupes cibles	Doses administrées
CHSLD	22 550
RI-RTF	3 269
RPA	18 793
TdeS	13 947

Source : Tableau de bord exécutif (SIPMI)  
Données incluant le 24 octobre 2024

\*Pop. atteinte : estimation de la proportion de la population en attente d'un rendez-vous ou ayant déjà reçu un vaccin.

#### Proportion

- RSSS : 51,3%
- Pharmacies : 48,7%

### VRS - Adulte

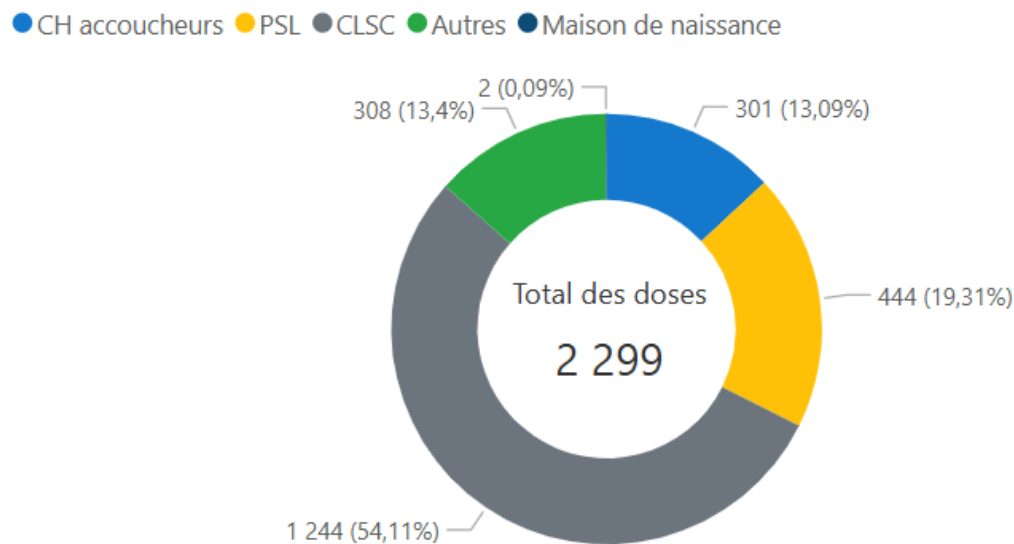
Groupes cibles	Doses administrées
CHSLD	20 619
RI-RTF	1 236
RPA	5 061
Autres*	3 982
<b>Total</b>	<b>30 898</b>

Note : Aucun rendez-vous n'est octroyé pour cette vaccination en mobilité.

\*Ex. Communautés religieuses ou autres milieux de vie similaires. Peut également s'agir d'erreurs de saisie.

### VRS - Bébés

#### Répartition du nombre de doses par type de lieu d'administration, entre le 2024-10-01 et le 2024-10-24



L'administration du médicament est actuellement réservée aux bébés très vulnérables. L'offre populationnelle débutera le 4 novembre (rendez-vous en cours depuis le 21 octobre).

Source : Tableau de bord exécutif (SIPMI)  
Données incluant le 24 octobre 2024

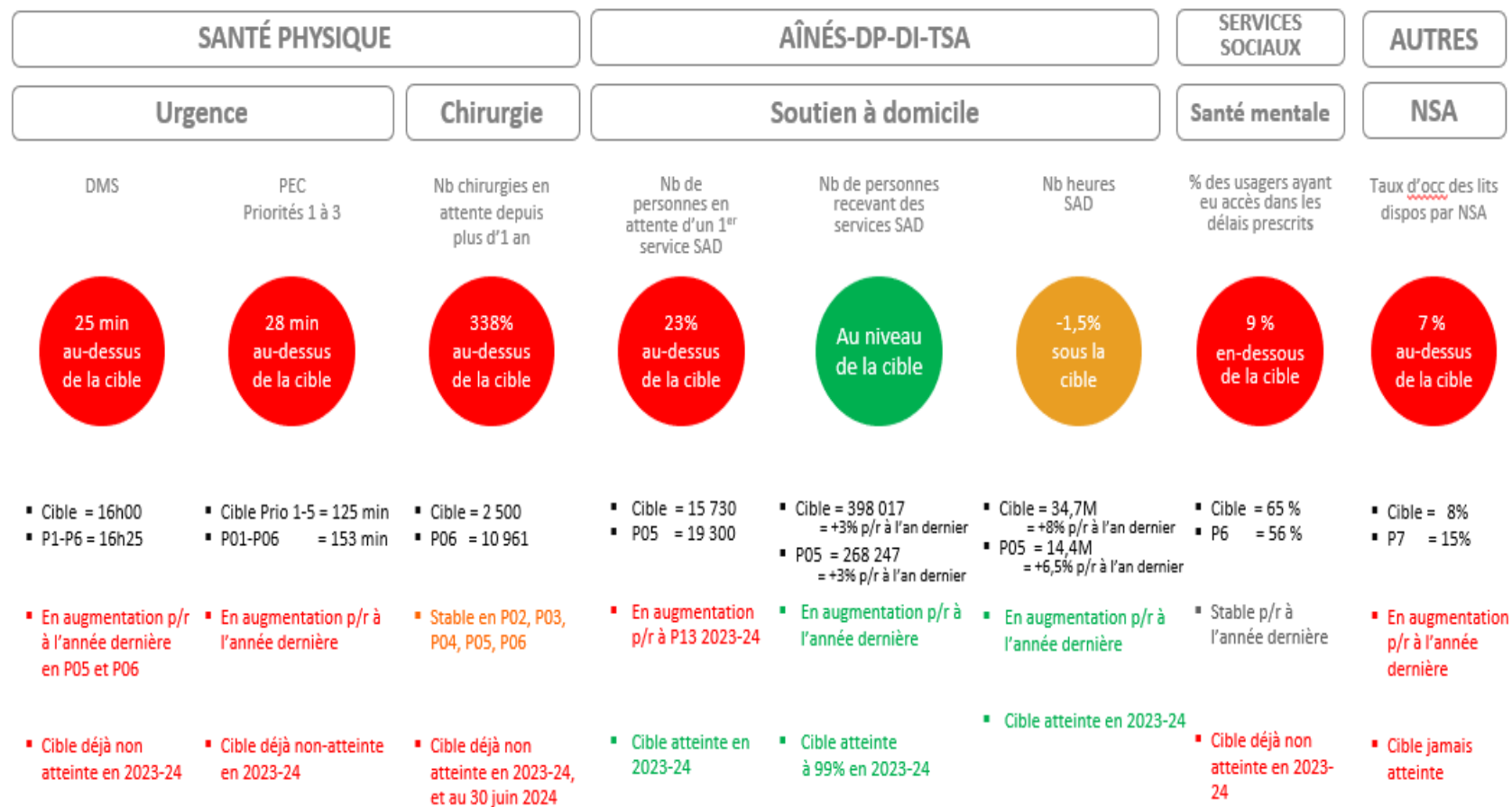
## **5) Volet ressources humaines**

Les mesures proposées n'ont pas été retenues, considérant qu'ils exigent la création de sondages et une documentation manuelle.

## **6) Volet infrastructure**

Les établissements s'assurent du niveau d'inventaire des équipements de protection (masques, N95, etc.).

#### 4. Résultats des principaux indicateurs d'accès



#### Légende

- Cible atteinte
- Proche de la cible
- Éloigné de la cible

\*Voir fichier Excel pour le rapport complet des indicateurs!

## 5. Annexe 1

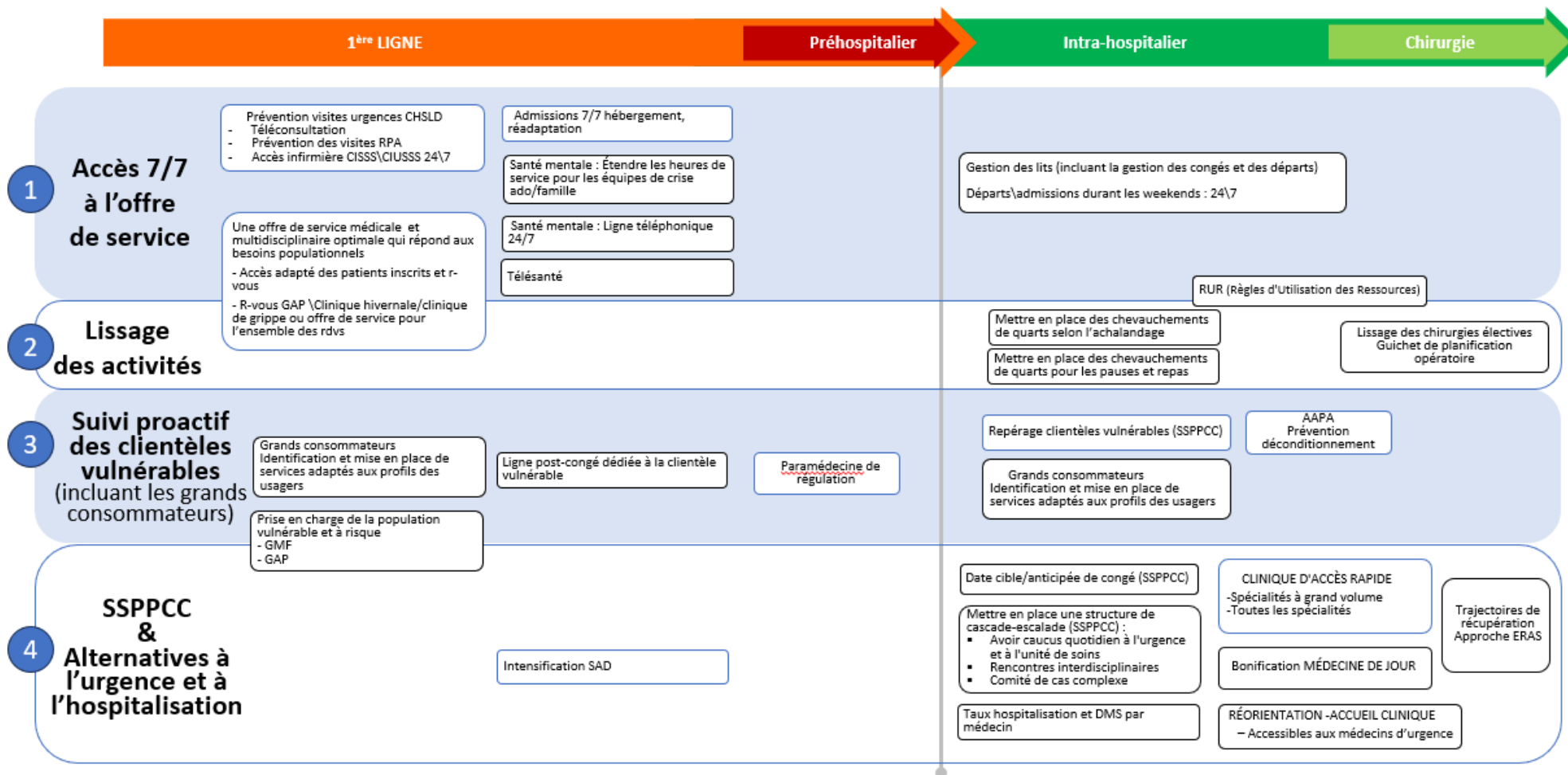
### Les 4 actions structurantes prioritaires par les PDG à mettre en place rapidement en vue de la saison hivernale



- 1 Accès 7/7 à l'offre de service
- 2 Lissage de l'activité
- 3 Suivi proactif des clientèles vulnérables (incluant les grands consommateurs)
- 4 SSPPCC & Alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation

## 6. Annexe 2

### Exemples de mesures à grande valeur ajoutée incluses dans les plans hivernaux



# SANTÉ QUÉBEC

Étapes franchies et chantiers en cours

# Sujets proposés

1. Objectifs de la rencontre
2. Ligne du temps des étapes franchies
3. État de la situation
4. Nos priorités
5. Ce qui sera différent cette fois-ci
6. Actions à court terme
7. Ce qui change le 1<sup>er</sup> décembre
8. Questions fréquentes
9. Discussion

# Objectifs de la rencontre

---

## En préparation à l'intégration de [nom établissement] à Santé Québec le 1<sup>er</sup> décembre :

- Résumer le chemin parcouru depuis l'adoption du projet de loi 15.
- Expliquer ce qu'est Santé Québec et les changements à venir.
- Répondre aux questions des gestionnaires.

# Ligne du temps des étapes franchies

**9 décembre 2023 :**  
Adoption du PL15

**29 avril 2024 :**  
Nomination de  
Geneviève Biron et  
création de Santé  
Québec

**Printemps 2024 :**  
Début du transfert  
du personnel du  
MSSS vers Santé  
Québec

**Septembre 2024 :**  
2<sup>e</sup> rapport d'étape du  
comité de transition

**11 janvier 2024 :**  
Création du comité  
de transition

Début de  
l'affichage des  
postes PCD et C.A.

**17 mai 2024 :**  
1<sup>er</sup> rapport d'étape

**22 mai 2024 :**  
Nomination de  
Christiane Germain  
au C.A. de Santé  
Québec

**Été 2024 :**  
Nomination de  
l'équipe de direction  
de Santé Québec

**1<sup>er</sup> décembre 2024 :**  
Intégration des  
établissements à  
Santé Québec

# État de la situation : un réseau sous haute<sup>3</sup> pression

Novembre 2024

## **La demande de services est en hausse alors que le personnel, qui tient le réseau à bout de bras, est plus difficile à recruter.**

Cela s'explique notamment par la pénurie de main-d'œuvre pour plusieurs titres d'emploi, la croissance soutenue de la population et son vieillissement.

- Le taux de poste vacant en santé s'élevait en 2023 à 7,4 %, bien au-dessus de la moyenne nationale de 4,5 %.
- La population a dépassé le seuil du 9 millions d'habitant·e·s en 2024, avec un taux d'accroissement annuel près de deux fois supérieur à l'avant-pandémie.
- D'ici 2031, plus du quart de la population sera âgée de 65 ans et plus, alors que l'investissement public et la demande en service en santé augmente proportionnellement en fonction de l'âge.

## **Les soins et services dispensés dans les établissements répondent à de hauts critères de qualité mais l'accès est difficile et complexe.**

- Les processus d'approbations sont souvent longs et complexe.
- Les gens n'ont pas des outils de travail optimaux; les systèmes ne se parlent pas toujours, il y a encore des dossiers papier.

## **Le réseau manque de prévisibilité financière.**

- Les établissements ne connaissent pas leur budget annuel, notamment en raison de versements rétroactifs et d'enveloppes budgétaires non-récurrentes.

# Nos 4 priorités

---

**Santé Québec s'occupe désormais des opérations du RSSS, le ministère des grandes orientations.**



## **Revenir à la base**

Arrêter d'ajouter sans cesse des services alors que nous peinons à offrir les services de base à la population quand elle en a besoin.



## **Gérer selon nos moyens**

Mettre fin au financement à la pièce et travailler à l'intérieur de budgets prévisibles.



## **S'attaquer aux causes du problème, pas aux symptômes**

Réduire la lourdeur bureaucratique et moderniser nos façons de faire (ex. : plateformes numériques, télémédecine).



## **Travailler à ce que le public soit plus attrayant que le privé**

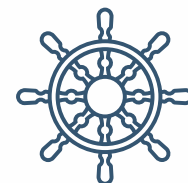
Améliorer la qualité de vie au travail et valoriser les expertises de chacun, dans une perspective collaborative.

# Qu'est-ce qui est différent cette fois-ci?

---

Nous sommes une seule organisation, une société d'état, plutôt qu'une trentaine d'entités différentes.

## Nous pourrons collectivement :



### Gérer en fonction des besoins de la population et à long terme, au-delà des changements politiques

Santé Québec est une société d'État, avec à sa tête un conseil d'administration composé de membres indépendants.



### Suivre le parcours des usager·ère·s à une échelle nationale

Améliorer la fluidité et briser les silos pour avoir une vue globale des services aux usagers,



### Bâtir une culture de gestion de proximité

Les décisions concernant le bien-être d'un·e usager·ère doivent être prises au niveau hiérarchique le plus près possible de lui ou d'elle.



### Renforcer les liens avec la communauté

La collaboration le RSSS et ses partenaires locaux demeurera une priorité, notamment avec l'ajout de représentants municipaux sur les CAE.

Québec 

Santé Québec

# À court terme, on fait quoi?

---

**Penser aux usager·ère·s d'abord  
et démontrer des résultats**

**Certains changements prendront du temps.  
D'autres auront lieu rapidement, au courant des  
prochaines semaines et mois.**

## **Quelques priorités à court terme :**

- > Coordonner les services pour la période hivernale.
- > Consolider les équipes volantes, avec déjà plus de 130 personnes embauchées.
- > Augmenter l'utilisation des blocs opératoire pour diminuer les listes d'attente en chirurgie.
- > Soutenir les établissements dans les demandes liées au respect des cibles budgétaires.
- > Poursuivre les grandes transformations TI en cours.
- > Renforcer la première ligne.

# Ce qui change le 1<sup>er</sup> décembre

---

## **Pour les médecins, pharmaciens, dentistes et sage-femmes :**

- Intégration des sage-femmes au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) afin de créer le « CMDPSF ».
- La responsable des sage-femmes devient la chef du nouveau département des sage-femmes.
- Application de nouvelles règles en lien avec les mesures disciplinaires concernant les médecins, pharmaciens, dentistes et sage-femmes.
- Le directeur des services professionnels en poste devient « directeur médical et des services professionnels (DMSP) »
- Le département régional de médecine générale (DRMG) devient le « Département territorial de médecine de famille (DTMF) ».
- Création du département territorial des services pharmaceutiques (DTSP).

# Ce qui change le 1<sup>er</sup> décembre (suite)

---

## Organigramme et de la gouvernance :

- Nomination du directeur des services sociaux multidisciplinaires.
- Nomination du directeur des services de santé multidisciplinaires.
- Transformation des conseils d'administrations en « conseils d'administration d'établissement », avec les mêmes membres, au 1<sup>er</sup> décembre.

## Ressources humaines :

- **Aucun changement à court terme.**

## Nom des établissements :

- Aucun changement de nom ou d'affichage public à court terme.
- Changement progressif des adresses courriel en « @sante.quebec ». Des consignes particulières seront communiquées à cet effet au moment venu.

# Questions fréquentes

## À propos des changements au 1<sup>er</sup> décembre

Novembre 2024

# Période de questions

# MERCI

# Suivis de la tournée des gestionnaires en vue du 1<sup>er</sup> décembre

CR rencontre 2024-10-24

## Format et présentation PPT

- Présentation-type (10-15 minutes)
  - Ligne de temps – principaux jalons (jusqu'à nomination G. Biron). Depuis juin, jusqu'au 1er décembre.
  - Le B-A-B. C'est quoi Santé Québec. Qu'est-ce qui va pas. Pourquoi cette fois c'est la bonne (grands messages-clés SQ).
  - Qu'est-ce que SQ va venir changer (quelques exemples). Nous sommes tous SQ.
  - Questions fréquentes
    - Qu'est-ce qui change le jour J. (à valider pour trouver info - demander à Patrick ou Catherine M. une liste)
  - Adresse courriel [communication@sante.quebec](mailto:communication@sante.quebec) (ne pas partager au personnel)
- Période de questions (prévoir temps en conséquence selon nombre de participants) – OU – demande des questions à l'avance et intégration dans la présentation.
- Durée totale : 20 minutes, ajustable au besoin selon besoin de l'établissement
- Modalité : flexible, en présence ou Teams, selon modalités habituelles de l'établissement
- Nombre de personnes présentes : variable selon souhait de l'établissement, gestionnaires exclusivement
- Nombre de présentateurs du COMEX de SQ : 1 à 2 personnes (idéalement 2 personnes pour faire ressortir le côté travail d'équipe)

## Suivis pour exécution :

- Francis Picard-Dufresne : production de la présentation PPT
- Mélanie Otis : rédaction et envoi d'un courriel-type aux gestionnaires
- Mélanie Otis : arrimage avec établissements pour déterminer date et modalités logistiques
- Francis Picard-Dufresne : (en parallèle) arrimage avec Julie Boucher et COMEX pour identifier paier les présentateurs avec les rencontres.

## Tableau de suivi

Établissement	Dates et heures des rencontres	Personne à contacter dans l'établissement pour la planification	Remarques	Modalité et date retenue	Membres du COMEX désignés		Arrimage	Pairage	Production présentation	Participation
CISSS des Laurentides	RAS	Myriam Sabourin	Nous allons ajuster notre horaire au vôtre							
CIUSSS Est-de-l'Île-de-Mtl	RAS	Thaïs Dubé	Nous allons nous ajuster							
CISSS de Laval	30/10/2024	Vincent Forcier								
CISSS de Lanaudière	06/11/2024 14h-16h	Pascale Lamy		Rencontre virtuelle						
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	07/11/2024 13h30-16h	Annie-Andrée Émond		Rencontre virtuelle						525 personnes
CHUM	12/11/2024 13h et 15h	Irène Marcheterre	Sinon on s'adaptera à un autre							
CHU de Québec-Université Laval	13/11/2024 14h-14h30	Geneviève Dupuis	On peut aussi ajouter une rencontre une autre journée pour rencontrer Mme Biron. Insiste pour rencontrer mme Biron.	Rencontre virtuelle						
CHU Sainte-Justine	14 /11/2024 10h30-12h	Lucie Dufresne	Ou autre moment à la convenance de Santé Québec	Rencontre virtuelle						240 personnes
Institut de cardiologie de Montréal	14/11/2024 11 h-12 h	Hélène	D'autres dates sont possibles au besoin							
CISSS du Bas-Saint-Laurent	15/11/2024 11h-12h	Sylvie Lamontagne		Rencontre virtuelle						45 personnes
CISSS de la Montérégie-Ouest	20/11/2024 13h30-16h	Malika Davidson								
CIUSSS de la Mauricie-du-Centre-du-Québec	21/11/2024 13h-15h	Caroline Paquin	Ou un autre moment à votre convenance : 5 décembre. Est disposée à convoque une rencontre spéciale pour que l'équipe voit Mme Biron	Rencontre virtuelle						770 personnes
CISSS de l'Outaouais	25/11/2024 9h-12h	Mathieu Marsolais								
IUCPQ-ULaval	26/11/2024 10h-11h	Josée Morissette		Rencontre virtuelle						
CIUSS NIM	27/11/2024 14h-15h	Marie-Hélène Kyriakakis		Rencontre virtuelle						
CISSS de la Montérégie-Centre	27/11/2024 14h00 et 15h00	Sylvie Grégoire	Sinon, le 13 novembre à la même heure. Nous nous ajusterons en fonction des disponibilités.	Rencontre virtuelle						

CIUSSS du  
Centre-Sud-  
de-l'île-de-  
Montréal

5/12/2024  
11h-12h

Martine Dubois

Sinon, nous nous  
ajusterons en  
convoquant selon  
les disponibilités de  
Santé Québec



# Plan intégré pour améliorer l'accès d'ici mars 2025

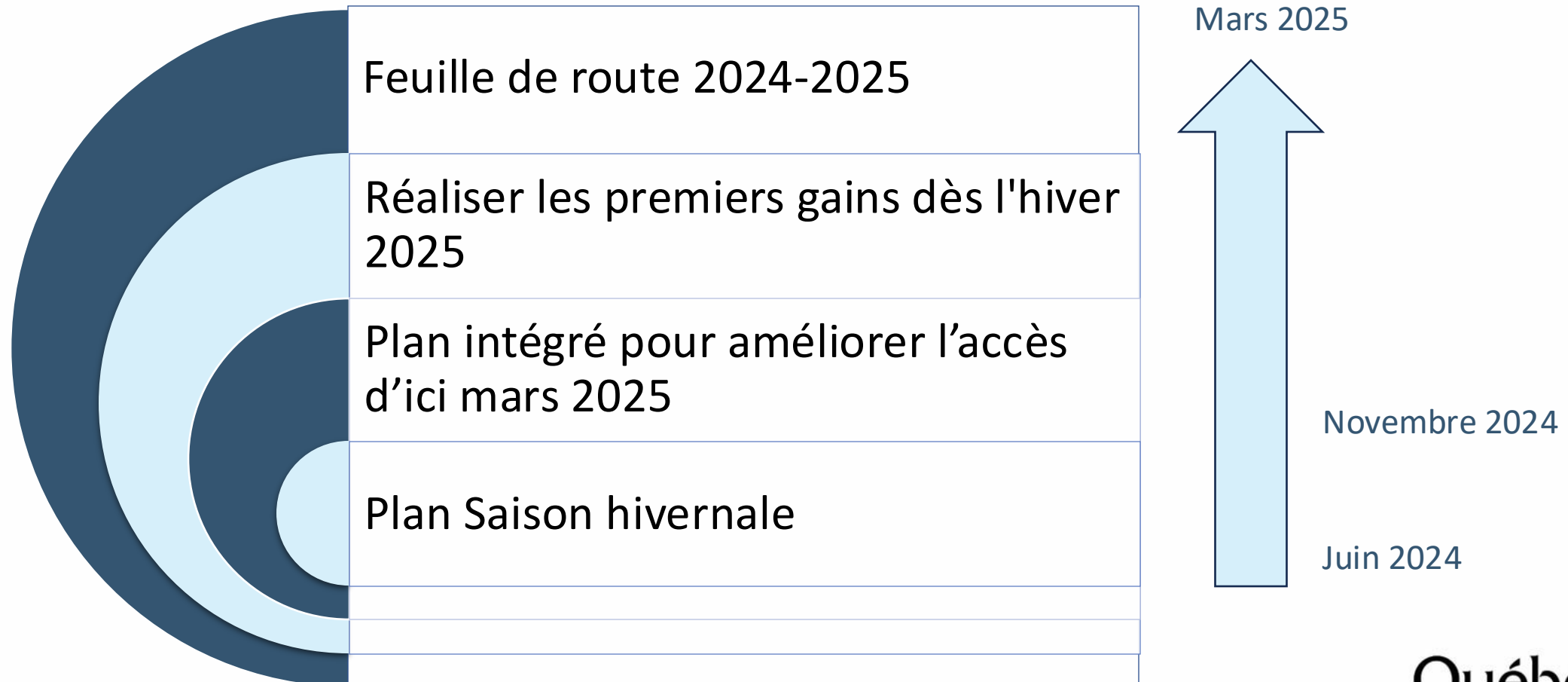
Vice-présidence exécutive – Opérations et transformation

18 novembre 2024

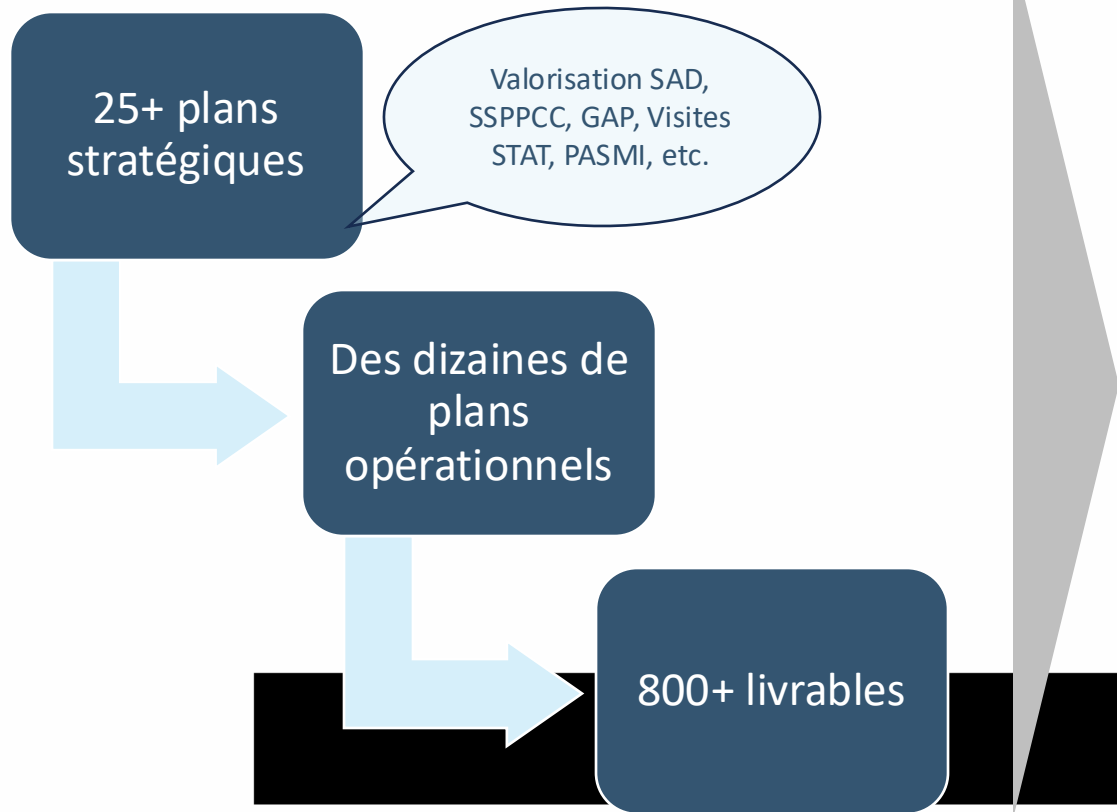
# Contexte

---

# Du Plan saison hivernale au Plan intégré pour améliorer l'accès d'ici mars 2025



# L'approche Santé Québec



## Principes

1

Clarté et focus

*Gestes clés et établissements prioritaires*

2

Autonomie et imputabilité des établissements

3

Pratiques fondées sur des données probantes

4

Capacités d'exécution

*Transformation/amélioration > développement*







# ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

## SITUATION INITIALE

SANTÉ PHYSIQUE		AÎNÉS-DP-DI-TSA		SERVICES SOCIAUX	AUTRES		
Urgence	Chirurgie	Soutien à domicile		Santé mentale	NSA		
DMS	PEC Priorités 1 à 3	Nb chirurgies en attente depuis plus d'1 an	Nb de personnes en attente d'un 1 <sup>er</sup> service SAD	Nb de personnes recevant des services SAD	Nb heures SAD	% des usagers ayant eu accès dans les délais prescrits	Taux d'occ des lits dispos NSA
34 min au-dessus de la cible	28 min au-dessus de la cible	328% au-dessus de la cible	24% au-dessus de la cible	Au niveau de la cible	-2,6% sous la cible	9 % en-dessous de la cible	7 % en-dessous de la cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 16h00</li> <li>▪ P1-P7 = 16h34</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible Prio 1-5 = 125 min</li> <li>▪ P01-P07 = 153 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 2 500</li> <li>▪ P07 = 10 707</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 15 730</li> <li>▪ P06 = 19 630</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 398 017 = +3% p/r à l'an dernier</li> <li>▪ P06 = 284 654 = +3% p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 34,7M = +8% p/r à l'an dernier</li> <li>▪ P06 = 17,3M = +5,4% p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 65 %</li> <li>▪ P6 = 56 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 8%</li> <li>▪ P7 = 15%</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ - 12 min en P1-P7 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ +10 min en P1-P7 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stable depuis P02</li> <li>▪ -23% en P07 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ +11 % en P06 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ + 3% en P06 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ + 5,4 % en P06 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stable p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ +1 % en P7 p/r à l'an dernier</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible déjà non atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible déjà non atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible déjà non atteinte en 2023-24, et au 30 juin 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible atteinte à 99% en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible déjà non atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible jamais atteinte</li> </ul>



# Mise en œuvre

---

## PLAN D'ACTION

### SEPTEMBRE – OCTOBRE 2024

- Élaboration d'un palmarès d'accès afin de mieux cibler les actions
- Identification des établissements avec fort potentiel d'amélioration
- Identification des gestes clés – meilleures pratiques prioritaires

### NOVEMBRE 2024

- Finalisation et diffusion du plan auprès des établissements

### DÉCEMBRE 2024

- Déploiement des actions par les PDG
- Vigie, soutien et encadrement par la VPE de Santé Québec

### JANVIER – MARS 2025

- Vigie, soutien et encadrement par l'équipe VPE de Santé Québec
- Élaboration de la feuille de route plus long terme
- Suivi étroit au niveau de l'évolution des indicateurs

### MARS 2025

- Bilan des apprentissages
- Ajustements des modalités de vigie, soutien et encadrement













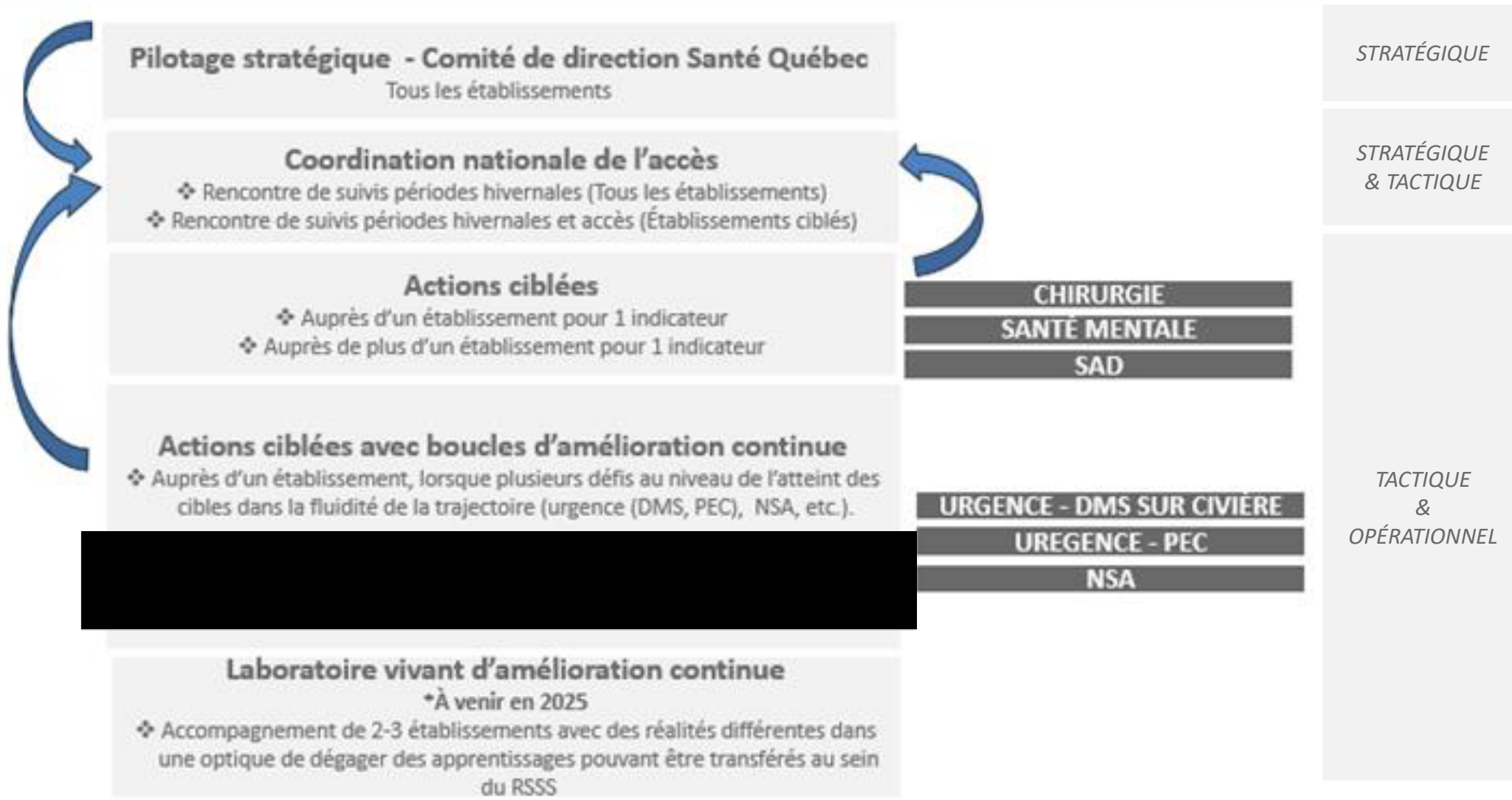




# Pilotage

---

# Lien étroit entre la gouvernance, la coordination de l'accès et l'amélioration continue de la performance



# Plan d'action intégré pour améliorer l'accès d'ici le 31 mars 2025

6 volets, 18 gestes clés, 12 établissements

## SUIVI

Interne Santé-Québec

Avec les établissements

STRATÉGIQUE

Comité de gestion VPE-OT

1x/sem

Individuel étab

Tous les établissements

Salle de Pilotage stratégique  
Comité de direction Santé Québec

Tous les établissements

1x/2 sem

TACTIQUE

Coordination inter-directions

1x/sem

Suivis stratégiques individuels d'établissements  $\approx 1x/2$  sem

Santé Québec & généralement 1 établissement  
(pour faire le suivi de l'ensemble de ses volets)

C-Nationale CHUQ IUCPQ	MCQ	Estrie	CUSM	CHUM	CEMTL
Outaouais	Chaudière- Appalaches	Lanaudière	Laurentides	Montérégie Ouest	Montérégie Centre

TACTIQUE & OPÉRATIONNEL

6 volets 1x/sem

Chirurgie	Santé mentale	Soutien à domicile
Urgence PEC	Urg DMS & NSA	P4-P5 & GAP

Suivis tactiques & opérationnels min 1x/sem

Santé mentale C-Nationale	Chirurgie MCQ	Chirurgie Estrie	PEC CUSM	Chirurgie CHUM	Chirurgie CEMTL
Soutien à domicile C-Nationale		Santé mentale Estrie	DMS & NSA CUSM		Soutien à domicile CEMTL
P4-P5 & GAP Capitale-Nationale/IUCPQ/CHUQ		Soutien à domicile Estrie			PEC CEMTL
		P4-P5 & GAP Estrie			DMS & NSA CEMTL
Chirurgie Outaouais	Santé mentale C-Appalaches	Chirurgie Lanaudière	Chirurgie Laurentides	Chirurgie Montérégie-O	PEC Montérégie-C
		PEC Lanaudière	PEC Laurentides	Santé mentale Montérégie-O	DMS & NSA Montérégie-C
		DMS & NSA Lanaudière	DMS & NSA Laurentides	PEC Montérégie-O	
				DMS & NSA Montérégie-O	

\* Certains suivis tactiques pourraient être mutualisés pour plusieurs établissements d'un même volet



**Merci !**

**Suivi de la Feuille de route de la VPE - OT pour la période : Août 2024 à Mars 2025**  
**Dernière mise à jour 25 novembre 2024**

Axes	Dossiers	Échéancier	Responsable	Statut	Actions réalisées	Risques
Opérations	Accueillir les employés du MSSS et transformer les pratiques	Décembre 2024	Frédéric Abergel Vice-président exécutif - opérations et transformation et VPA	En cours	Intégration terminée des quatre VP adjoints. Organigrammes des VPA complétés. Organigrammes des VPS seront présentés au CDSQ d'ici décembre 2025.	[Redacted]
	Assurer la continuité de la gestion des opérations du RSSS au 1er décembre 2024	Décembre 2024	Robin Marie Coleman Vice-présidente adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	En cours	<b>Complétion fichier Excel</b> : Rôles et responsabilités (stratégique) entre VPACATS et SMA <b>Enjeux lié au transfert</b> : Complétion d'un outil détaillé des enjeux liés aux transferts afin de mettre en place les solutions nécessaires à la continuité des activités. Mise en place de comités avec les gestionnaires de la VPE-OT afin de s'assurer du bon déroulement concernant le transfert des responsabilités. <b>Comité d'arrimage</b> : Mise en place du comité d'arrimage clinique VPA et SMA (rencontres hebdomadaires avec adoption des lots de transfert).	[Redacted]
	Assumer les nouvelles responsabilités selon LGSSS (réserve nationale de médicaments, règlement sur les mécanismes d'accès, etc.)	À confirmer	Robin Marie Coleman Vice-présidente adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	En cours	Démarrage des travaux de règlement sur les mécanismes d'accès. Rencontre prévue avec Patrick-Thierry Grenier et Jean Mireault concernant les attentes sur le règlement du mécanisme d'accès.	[Redacted]
	Constituer le registre national des incidents/accidents et implanter le processus de mise à jour (LGSSS : 89, 1487)	Décembre 2024	Jean Mireault Vice-président adjoint - Planification et performance clinique	En cours	Validation légale en cours concernant l'échéancier. Responsabilités en cours de transfert par le MSSS.	[Redacted]
	Élaborer le programme national de qualité	Mars 2025	Jean Mireault Vice-président adjoint - Planification et performance clinique	En cours	Lien avec le comité de transition portant sur la qualité. Rencontre finale du comité effectuée le 8 novembre.	[Redacted]
	Agrément		Jean Mireault Vice-président adjoint - Planification et performance clinique	Non débuté	Transfert de responsabilité en cours. Contrat jusqu'en 2028.	[Redacted]
	Faire un inventaire complet de tous les centres de coordination clinique	Mars 2025	Robin Marie Coleman Vice-présidente adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	Non débuté	À venir après le 1er décembre.	[Redacted]

## Suivi de la Feuille de route de la VPE - OT pour la période : Août 2024 à Mars 2025

Dernière mise à jour 25 novembre 2024

Axes	Dossiers	Échéancier	Responsable	Statut	Actions réalisées	Risques
<b>Mettre en œuvre le modèle opérationnel de la VPE-OT</b>	Déployer le Centre provincial de vigie et de soutien aux opérations 24/7 (CPSO)	Décembre 2024	Robin Marie Coleman Vice-présidente adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	En cours	<p>Visite de la sûreté du Québec (benchmark) effectuée en octobre 2024. Rédaction des outils de planification de projet (charte de projet, structure de gouvernance, GANTT). Mise en place de l'équipe projet. Proposition des premiers indicateurs en cours. Présentation prévue au CDSQ du 4 décembre 2024. Salle physique en cours d'identification au 2021 avenue Union (Montréal).</p>	
	Soutien à la gouvernance des établissements: soutenir (volet légal) et suivre la réalisation du Cahier des charges	Décembre 2024	Guy Thibodeau Vice-président adjoint - Soutien à la gouvernance des établissements	En cours	<p>Cahier des charges: suivi régulier avec les établissements. Démarrage de la phase 2 du Comité de travail des PDG pour soutenir la compréhension du cahier des charges. Soutien aux établissements pour la mise en place de la nouvelle gouvernance médicale (DTMF et DTMS). Pratique générale en vue du 1er décembre a eu lieu le 22 novembre avec l'ensemble des hautes directions des établissements.</p>	
	Définir et appliquer le Cadre de gestion des opérations réseau	Décembre 2024	Guy Thibodeau Vice-président adjoint - Soutien à la gouvernance des établissements	En cours	<p>Présentation au CDSQ long de septembre 2024. Atelier de travail pour version 2 dans le cadre de la rencontre des directions générales des établissements le 23 octobre 2024. Mise en place de la nouvelle gouvernance médicale. V2 du cadre de gestion des opérations prévue en janvier/février 2025.</p>	
	Mettre en place la nouvelle gouvernance clinique dans les établissements et la VPE-OT (DTMS, DTMF, CIETOC, DSPM, DSM, DSI)		Guy Thibodeau Vice-président adjoint - Soutien à la gouvernance des établissements	En cours	<p>Déploiement début janvier 2025. Besoin de prendre un pas de recul global. Émettre énoncé de position.</p>	
<b>Préparer l'accélération de l'informatisation clinique</b>	Confirmer le plan du déploiement provincial de Epic	Novembre 2024	Maryam Vafaei Vice-présidente adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	<p>Dépôt fin octobre du plan de déploiement provincial de Epic pour commentaires. Présentation au CDSQ du 4 décembre 2024 pour obtenir soutien des 30 PDG des établissements.</p>	
	Soutenir les 2 projets vitrines DSN pour assurer le succès de leur mise en production	Mars 2025	Maryam Vafaei Vice-présidente adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	<p>Suivi mensuel par Epic: retard dans l'intégration des systèmes périphériques.</p>	
	Confirmer la gouvernance des projets nationaux (DSN, SIL-P, VIM-VNA)	Mars 2025	Maryam Vafaei Vice-présidente adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	<p>Fait pour VIM-VNA, en cours d'ajustement pour Epic, à venir pour SIL-P.</p>	
	Élaborer le plan d'accélération du déploiement des soins virtuels (télétriage, télévisite, téléconsultation, télésoins, télésurveillance)	Mars 2025	Maryam Vafaei Vice-présidente adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	<p>Rencontres effectuées avec chaque centre d'expertise.</p>	

## Suivi de la Feuille de route de la VPE - OT pour la période : Août 2024 à Mars 2025

Dernière mise à jour 25 novembre 2024

Axes	Dossiers	Échéancier	Responsable	Statut	Actions réalisées	Risques
Réaliser les premiers gains dès l'hiver 2025	Plan intégré d'amélioration continue de l'accès aux services (approche Santé Québec, pour le court terme) : saison hivernale (urgences, NSA, première ligne), santé mentale, chirurgie élective, SAD.	Mars 2025	Robin Marie Coleman Vice-présidente adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins	En cours	Sera livré d'ici le 8 novembre. Ajustements en cours afin de favoriser que les actions soient réalisables dans le contexte actuel d'enjeux RH et financier. Production d'un palmarès des établissements pour les indicateurs d'accès, ce qui a permis de cibler des établissements nécessitant plus de soutien. Identification des indicateurs et établissements à cibler pour soutien ciblé d'ici mars 2025. Plusieurs ateliers de travail réalisés avec les différents directions afin d'analyser les actions réalisées dans les établissements pour identifier des endroits avec un fort potentiel d'amélioration. *Soutien de la VPA - Planification et performance. Développement de 2 outils hebdomadaires (gestes clés ciblés). Le plan a été ou sera déposé auprès de différentes instances et son déploiement est prévu avant le 1er décembre 2024 : COMEX : 14 novembre 2024 CDSQ : 20 novembre 2024 CA : décembre 2024 Statutaire des ministres : à venir	
	Accès intégré à tous les programmes	Mars 2025	Robin Marie Coleman Vice-présidente adjointe - Coordination de l'accès et des trajectoires de soins  Jean Mireault Vice-président adjoint - Planification et performance clinique	En cours	Rencontre de démarrage effectuée le 14 novembre 2024. Réalisation en cours d'un questionnaire auprès des établissements (recension des informations relatives aux différents mécanismes d'accès).	
	Augmenter l'utilisation de la télésanté	Mars 2025	Maryam Vafaei Vice-présidente adjointe - Transformation numérique des pratiques cliniques	En cours	Rencontres effectuées avec le groupe de télésanté.	
Définir la Feuille de route 2025-2030	Définir le modèle cible d'organisation intégrée des soins	Mars 2025	Jean Mireault Vice-président adjoint - Planification et performance clinique	En cours	Présentation au Comex. Présentation aux directions générales des établissements le 23 octobre 2024. Présentation au CA de Santé Québec le 20 novembre 2024. Présentation aux gestionnaires et employés de la VPE-OT le 3 décembre 2024. Mise en place d'un groupe de 4-5 PDG-PDGA-DGA pour pilotage de la démarche de co-construction avec le réseau et les partenaires : PDG, PDGA et DGA (échancier de 3 à 5 mois pour l'ensemble de cette démarche de co-construction) Mars-avril 2025 : finalisation du modèle macro.	
	Élaboration de la feuille de route 2025-2030	Mars 2025	Frédéric Abergel Vice-président exécutif - opérations et transformation	Non débuté		
	Indicateurs de qualité de soins	Mars 2025	Jean Mireault Vice-président adjoint - Planification et performance clinique	En cours	sensibilisation débutée sur le sujet à la Table des DQPE et aux équipes en co-gestion avec Robin-Marie Coleman.	

## Introduction | Gestion par portefeuille axé sur la valeur

Présenté au comité exécutif de Santé Québec

**Erika Bially**, Vice-présidente Technologies de l'information

**Natasha Bergeron**, Vice-présidente Stratégie, Performance et Amélioration continue



# Table de matières

No	Sujets abordés	Numéro de diapositive
<b>01</b>	Objectifs de la gestion de portefeuille de valeur	<b>03</b>
<b>02</b>	Démarche de recensement des projets prioritaires	<b>09</b>
<b>03</b>	Facteurs de succès	<b>11</b>
<b>04</b>	Prochaines étapes	<b>13</b>

**01**

# Objectifs de la gestion de portefeuille de valeur

# Pour réussir, Santé-Québec devra rehausser à la fois la gestion des opérations ainsi que l'exécution de la stratégie



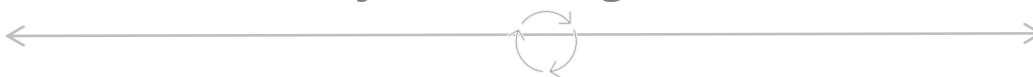
**Gestion de la stratégie**  
Transform



**Système de gestion**

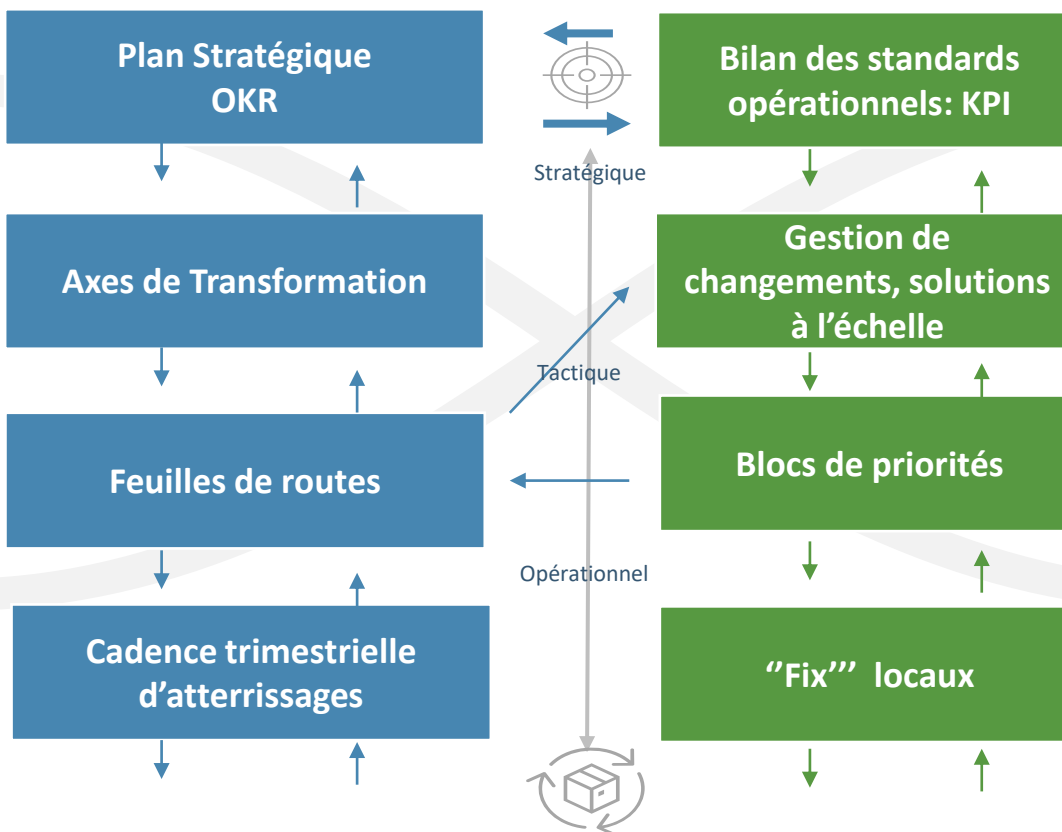


**Gestion des opérations**  
Run and Tune



Dialogue de performance

Passer d'une gestion fragmentée de projets/programmes en silo, en cascade et imprévisibles à une approche agile et cohérente, structurée autour d'axes stratégiques de création de valeur



Intégration opérationnelle en continue

# Objectifs de la gestion de portefeuille de valeur

Pourquoi nous devons penser différemment ? Des enjeux de performance à ne pas reconduire

## Projets

+ 280 juste en TI

## +300 M\$

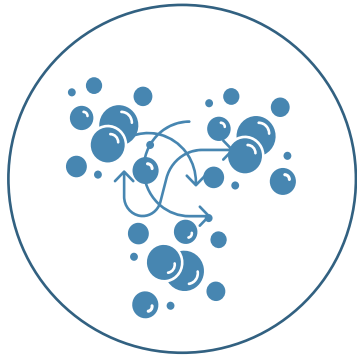
Investissement annuel (PQI-RI)

## Plusieurs

grands programmes

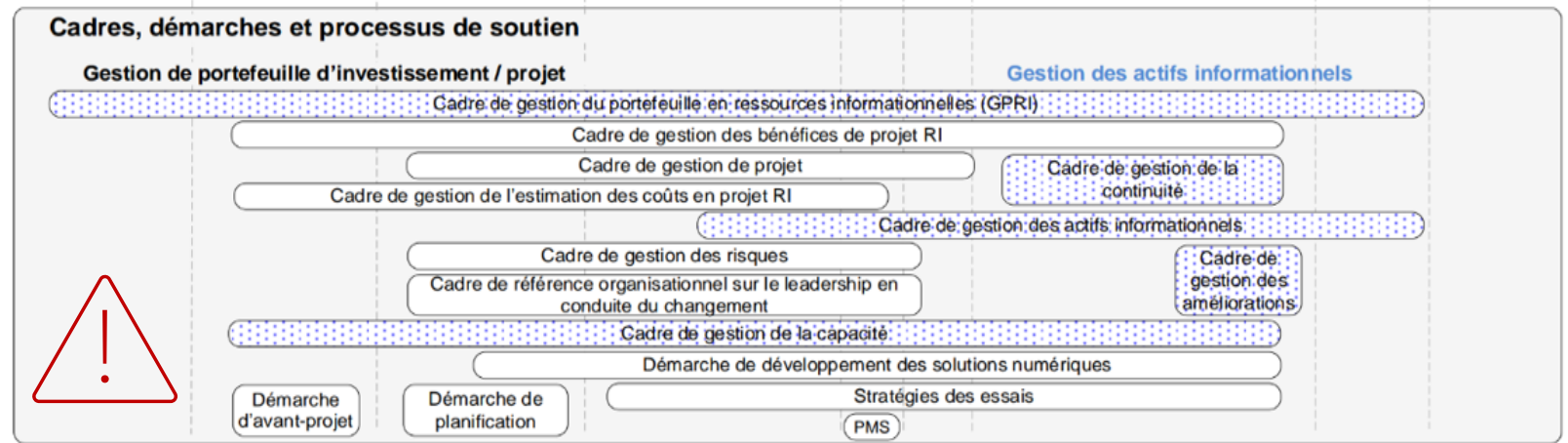
### Situation problématique

Lac de projets asynchrones



### Risques systémiques

- Dépendances
- Lourdeurs-lenteurs
- Gouvernance éparse lourde
- Bombardement opérationnel
- Cibles négligées



Appliquer un ensemble de balises de gouvernance lourdes à un ensemble complexe de projets n'est pas une approche qui soulage nos problématiques

**Il faut structurer l'exécution de façon plus moderne, autour des flux de valeur**



- Pour réussir, Santé-Québec doit **exceller** dans l'exécution stratégique en mettant l'accent sur la **création de valeur**.
- Les organisations modernes privilégient la **rapidité d'exécution**. Les approches **Lean-Agile** et la **gestion de portefeuille** remplacent les structures complexes de gestion multi-projets en cascade.
- Des **points de contrôle trimestriels** favorisent la collaboration entre les vice-présidences, assurant un alignement stratégique et une coordination optimale.
- Ces pratiques permettent **d'accroître la vélocité**, **d'améliorer l'efficience** et de **maximiser l'impact** sur les clients.

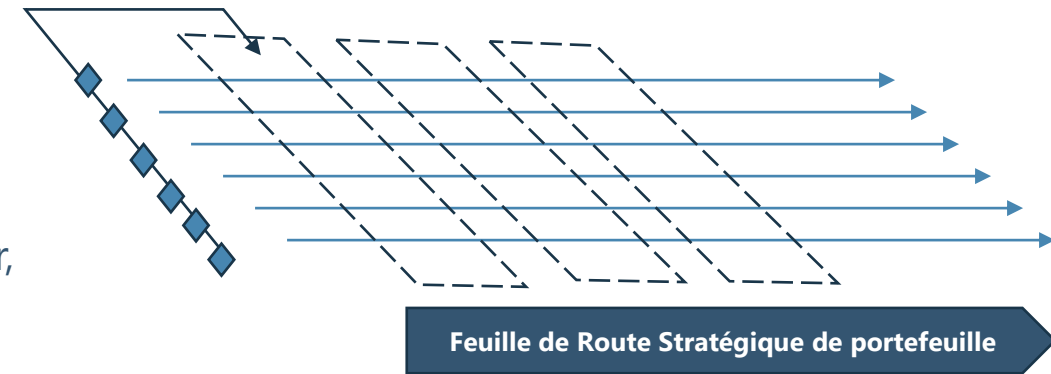


Passer d'une gestion fragmentée de projets en cascade isolés et imprévisibles à une approche agile et cohérente d'amélioration continue, structurée autour de rendez-vous trimestriels prédictibles.

## **Meilleures pratiques pour Exceller :**

*Prioriser, planifier, budgéter, suivre les livraisons autrement*

1. Définir les priorités stratégiques trimestrielles,
2. Regrouper les initiatives en portefeuilles axés sur les domaines de valeur,
3. Aligner collectivement les efforts sur les objectifs trimestriels
4. Structurer les équipes de livraison autour de ces domaines de valeur



### **Bénéfices d'exécution**

- Focus et ménage des co-priorités
- Facilité pour synchroniser et contrôler
- Collaboration étroite et sans latences

**Optimiser la vélocité et l'efficacité globale**

### **Bénéfices de gouvernance**

- Cibles claires par axes et clientèles
- Connexion entre stratégie et exécution
- Plan d'imputabilité clair sur les cibles

**Gestion proactive de la valeur produite**

### **Bénéfices de qualité vers les opérations**

- Pré-validation des conditions d'atterrissage
- Vérifications fréquentes des solutions avec les usagers

**Rigueur de réussite opérationnelle pérenne**

## Portefeuilles de valeurs

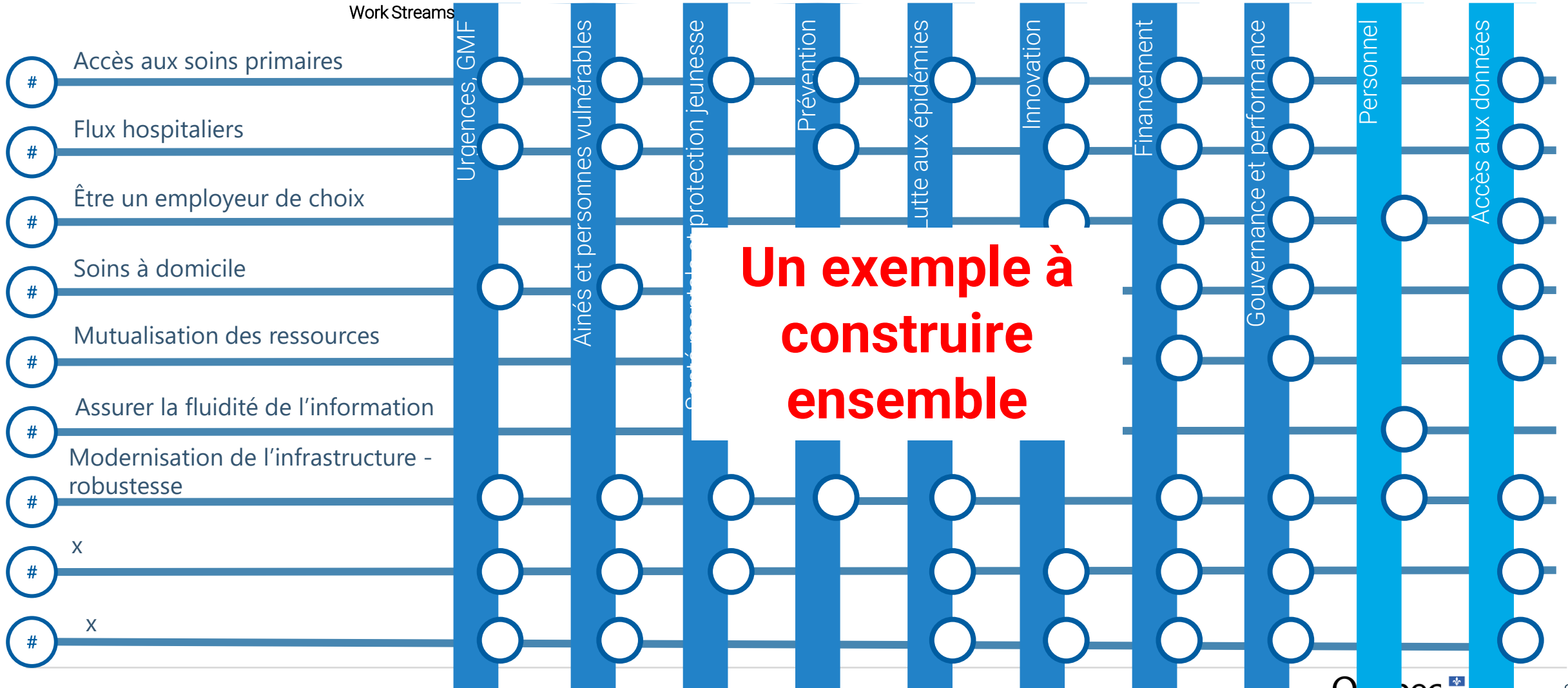


Work Streams

## Mission d'affaires prioritisées et Fondations



Value Streams



**02**

# Démarche de recensement des projets prioritaires par VP

Qu'est-ce qu'on entend par projet?

Un projet est toute initiative, effort temporaire entrepris pour créer un produit, service ou résultat unique (définition PMBOK)

- Impact sur les objectifs stratégiques et les KPI, ou gestion de risque ou modernisation (ex., infrastructure; système)
- N'est pas juste lié au Capex
- Regroupe un ensemble d'activités, d'actions de diverses parties prenantes, transversal (touche plusieurs dépt.)
- Est d'une certaine envergure et importance stratégique
- Résoudre un problème du terrain, Nécessite collaboration, support du réseau dans l'implantation

Quelle est la démarche de recensement?

- VP SPAC offre un soutien dans la gestion de ce recensement (projets en cours et prévus en 2025)
- VP identifie personne contact (p.ex., directeur/trice bureau de projet)
- Proposition de portefeuilles de projets

Quels projets de PQI RI et PQI Immo à inclure? DSN?

# Période de questions

---

**03**

## **Facteurs de succès**

## Transitionner vers un mode de gestion de portefeuille axé sur la valeur, avec des livraisons en continu

- Industrialiser le flux trimestriel intégrant stratégie, allocations et exécution.
- Instaurer un dialogue de performance partagé, centré sur la valeur à produire.
- Co-leader de manière collaborative et solidaire.



### Objectifs

- Renforcer le lien entre stratégie et exécution.
- Synchroniser les efforts pour maximiser vitesse, efficacité et impacts.
- Assurer la livraison ponctuelle de cibles à forte valeur ajoutée.

### Facteurs clés de succès pour la mise en place :

- Établir ensemble les feuilles de route stratégiques par domaines de valeur, avec des cibles prioritaires alignées et solidaires.
- Renforcer la gouvernance et instaurer un co-leadership basé sur la collaboration et la responsabilité partagée.
- Réinventer la planification, le budget, l'orchestration et la mesure pour plus d'impact.
- Effectuer un pivot décisif et énergique vers une nouvelle dynamique.

**04**

## **Prochaines étapes**



















# Comité d'Orientation Stratégique (COS) Santé Québec - RAMQ

Proposition de mise en œuvre

Novembre 2024

**VPTI**

Vice-Présidence Technologies de l'Information

# 1. CONTEXTE - OBJECTIFS - PRINCIPES DIRECTEURS

## Contexte

À la suite de la création de Santé Québec et afin de veiller à une utilisation optimale des ressources dans un contexte de rareté de main d'œuvre et de multiples priorités, il convient de renouveler la structure commune de gouvernance avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en matière de projets technologiques. Cette démarche vise également à dégager une vision partagée de l'évolution des deux organisations partenaires.

## Objectifs

- Une vision partagée et une architecture technologique cohérente, tenant compte notamment du déploiement du Dossier Santé Numérique
- Poursuivre la gestion d'un portefeuille commun de projets technologiques prioritaires et des activités associées
- Un mécanisme efficace de priorisation des projets et des demandes ad hoc
- Une gouvernance et une structure de concertation agile permettant la gestion des bloquants

## Principes directeurs

- Cohérence de la vision et de la priorisation
- Mode de fonctionnement agile et diligent
- Respect des capacités de production TI et Affaires
- Ne se substitue pas aux instances de gouvernance des projets

## 2. COMPOSITION DU COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

### *Membres Santé Québec*

- **FRÉDÉRIC ABERGEL**

Vice-présidence exécutive Opérations et Transformation (VPEOT)

- **NATASHA BERGERON**

Vice-présidence Stratégie, Performance et Amélioration continue (VPSPA)

- **ERIKA BIALLY**

Vice-présidence Technologies de l'information (VPTI)

- **SONIA DUGAS**

Vice-présidence Finances (VPF)

- **VINCENT LEHOULLIER**

Vice-présidence Talent, Culture et Engagement (VPTCE)

### *Membres RAMQ*

- **LOUIS FORGUES**

Vice-présidence Technologies de l'information (VPTI)

- **PIERRE LAFLEUR**

Vice-présidence Transformation numérique et expérience client (VPTNEC)

- **SONIA MARCEAU**

Vice-présidence Services aux personnes assurées (VPSPA)

- **PASCAL POULIN**

Vice-présidence Rémunération aux professionnels (VPRP)

- **SYLVIE VÉZINA**

Vice-présidence Administration et au soutien à l'innovation (VPASI)

Le secrétariat du comité est assuré par une équipe conjointe de soutien Santé Québec - RAMQ qui assure la préparation des rencontres, le suivi du portefeuille et des dossiers associés :

- Michel Poulin, Directeur général, Direction générale de la gestion de projets (VPTNEC- RAMQ)
- Mélanie Dumas, Conseillère stratégique et adjointe exécutive (VPTNEC- RAMQ)
- Daniel Piché, Directeur du bureau de projets TI (VPTI-Santé Québec)
- Nourredine Ferroum, Chef du service de l'exécution des projets TI (VPTI-Santé Québec)
- Tania Bernal, Adjointe exécutive (VPTI-Santé Québec)

### 3. MODÈLE DE GOUVERNANCE

**Réunions** : Tenues mensuellement, avec des réunions extraordinaires possibles en cas de besoin.

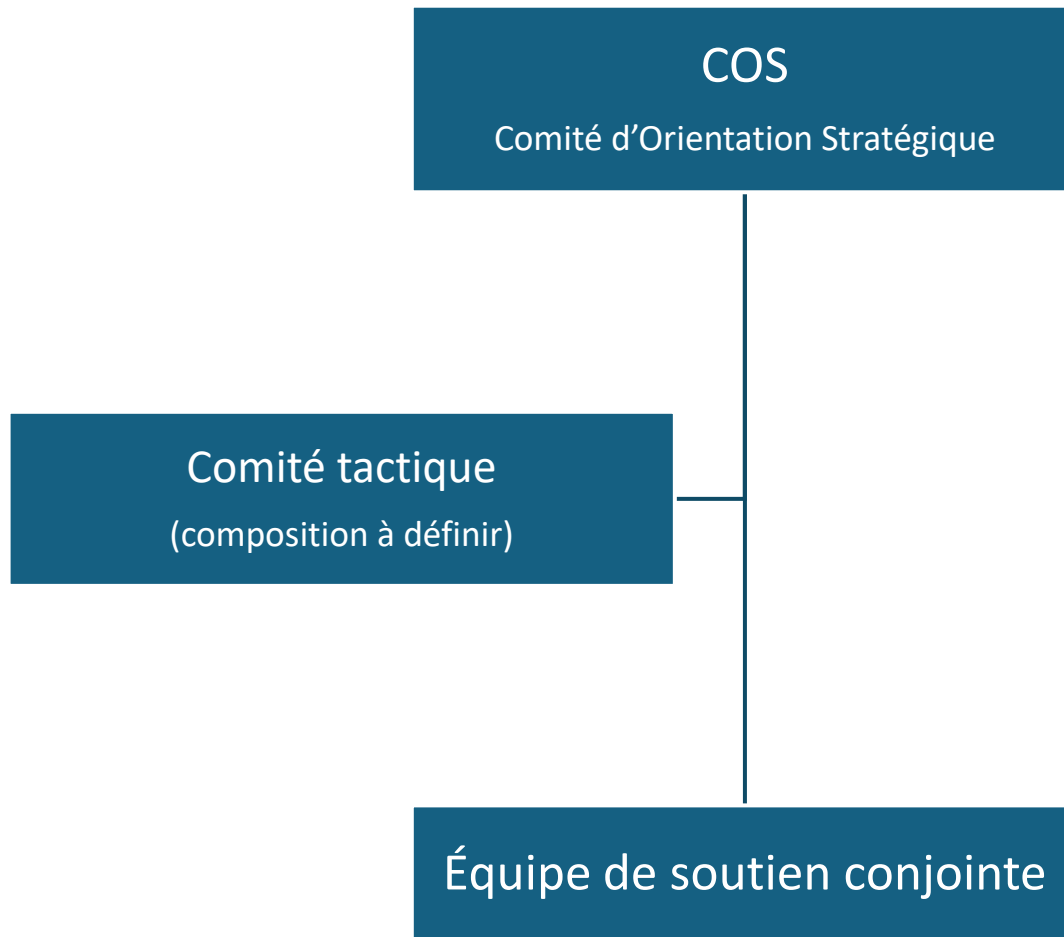
- Des comités tactiques préparatoires permettent d'assurer le suivi des décisions et la remontée d'information concernant les projets
- Secrétariat assuré par une équipe de soutien conjointe Santé Québec - RAMQ

**Ordre du jour** :

- Préparé par l'équipe de soutien conjointe Santé Québec - RAMQ avec l'ensemble des parties prenantes
- Validé, distribué et présenté par la VPTI Santé Québec

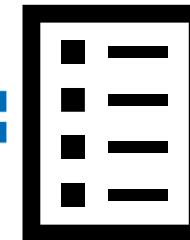
**Décisions** :

- Prises par consensus
- Chaque décision doit être suivie d'un plan d'action avec des responsables désignés et des échéances claires
- Inscription dans le registre de décisions

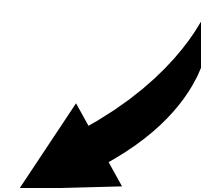


Portefeuille de projets TI conjoint  
Santé Québec - RAMQ

Régie de  
l'assurance maladie  
Québec



Québec  
Santé Québec



## 4. PROCHAINES ACTIONS PROPOSÉES

- Validation de la nouvelle composition du COS
- Désignation de l'équipe de soutien conjointe Santé Québec - RAMQ
- Validation du mandat et de la gouvernance
- Validation du registre de décisions existant
- Préparation et mise à jour du portefeuille conjoint
- Calendrier des rencontres

# Double emploi

## État des lieux

**Comité exécutif**

10 décembre 2024

# Rappel du contexte

- Il avait été déterminé que les employés travaillant dans plus d'un établissement intégré à Santé Québec pouvaient détenir plus d'un poste, pourvu que le total des heures prévues à ces postes n'excède pas un emploi à temps complet (ou équivalent à temps complet).
- En novembre 2024, 1 307 des 330 000 employés de Santé devaient donc faire un choix pour le 1er décembre en lien avec leur contexte de double emploi.
- Le 20 novembre 2024, la décision a été prise par le conseil d'administration de Santé Québec de permettre le double emploi pour ceux qui en bénéficient actuellement pour une période de transition jusqu'au 30 novembre 2025.

# Orientations à confirmer

---

- [Redacted text block]



# Orientations en cours d'analyse

---

- [Redacted text block]

# Enjeux

---

- [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

# Prochaines étapes

- Plan d'opérationnalisation
- Plan de communication
  - Syndicaux nationaux
  - Syndicats locaux
  - Employés visés
- Monitoring en continu  
(opérationnel et budgétaire)

# Plan d'action saison hivernale 24-25

2<sup>e</sup> bilan mensuel

## Table des matières

<b>1.</b> Démarches période hivernale.....	3
<b>2.</b> État d'avancement : Plans d'action pour la période hivernale des établissements.....	4
<b>3.</b> Orientations ministérielles – Préparation aux saisons automnales et hivernales : Faits saillants.....	6
<b>4.</b> Résultats des principaux indicateurs d'accès.....	18
Annexe 1 .....	19
Annexe 2 .....	20

## 1. Démarches période hivernale

### **Actions réalisées**

- Septembre 2024 : 1<sup>er</sup> suivi des plans d'action individualisés pour la saison hivernale lors des suivis individuels réalisés auprès des établissements (PDG et équipe de gestion).
  - Attendu lors des prochains suivis : 1) évolution de l'avancement du plan d'action et 2) compléter les indicateurs de performance identifiés sur lesquels les actions devraient agir afin de quantifier les résultats.
- 11 septembre : 1<sup>er</sup> pilotage stratégique du CGSQ « Planifier l'organisation et l'offre de services durant la période hivernale 2024-2025 » pour identifier les enjeux/bloquants et les actions à poser.
- Depuis le 11 septembre : Pilotage stratégique au comité de direction de Santé Québec chaque pilotage de la période hivernale, durée moyenne de séjour sur civières et délai de prise en charge médicale

### **Actions réalisées depuis le dernier rapport**

- Suivi de l'avancement des plans d'action individuels de chaque établissement et mise à jour mensuelle:
  - 1) Évolution de l'avancement des plans d'action de chaque établissement;
  - 2) Suivi des indicateurs de performance identifiés sur lesquels les actions devraient agir afin de quantifier les résultats;
  - 3) Ajout et modification des actions par les établissements, selon les résultats.
- Suivre de près l'évolution des indicateurs d'accès des établissements en parallèle pour agir proactivement en accompagnement pour les établissements en plus grande difficulté ;
- Diffusion du plan intégré pour améliorer l'accès aux 12 PDG concernés le 18 novembre et aux membres du Comité de direction Santé Québec le 20 novembre 2024;
- Analyse plus approfondie de différents éléments :
  - Des lits fermés en courte durée, en hébergement et en réadaptation;
  - Des données sur les réadmissions, délirium et déconditionnement;
  - Du portrait des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) qui refusent de quitter un centre hospitalier (CH) et de l'impact de la facturation non uniforme.
- Mise à jour du portrait de l'utilisation de la surcapacité dans les milieux hospitaliers.
- Déclinaison de certains indicateurs stratégiques en indicateurs opérationnels pour faciliter le suivi des gestes clés.

### **À venir :**

- Mise en œuvre du plan d'action intégré court terme auprès des établissements ciblés d'ici le 31 mars 2025 :
  - Déploiement des actions par les PDG des établissements
  - Vigie, soutien et encadrement offert par l'équipe VPE-OT de Santé Québec
  - Suivi hebdomadaire au niveau de l'évolution des indicateurs

## 2. État d'avancement : Plans d'action pour la période hivernale des établissements

### Faits saillants

- Chaque établissement pilote l'avancement de son plan d'action et l'impact des actions ciblées sur ces indicateurs.
- En fonction de l'évolution de son état de situation, le PDG doit ajuster son plan d'action en ajoutant ou ajustant des mesures.
- Certains établissements ont ciblé uniquement des actions à court terme pouvant être réalisées avant le 1<sup>er</sup> novembre. D'autres ont ciblé davantage des actions structurantes nécessitant plus de temps pour la mise en œuvre, mais très porteuses. Ce qui explique parfois l'écart au niveau de l'évolution de l'actualisation des plans d'action.
- Vous trouverez ci-bas le tableau d'évolution de l'actualisation des plans qui est suivi mensuellement avec des rencontres individuelles entre l'équipe de coordination nationale de Santé Québec et les établissements. Considérant que ce sont des plans propres à chaque établissement, le nombre d'actions à implanter et l'ampleur du travail associé à chacun de ces livrables sont très variables d'un établissement à un autre. Nous souhaitons apporter une mise en garde en lien avec la comparaison interétablissements.

Établissements	Mi-sept 2024		07-oct-24		25-oct-24		05-nov-24		18-nov-24	
	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement
01_BSL	9	33%	14	29%	12	29%	12	31%	12	31%
02_SLSJ	3	42%	8	44%	8	44%	8	72%	8	72%
03_CapNat	29	38%	29	46%	28	79%	28	93%	28	93%
03_CHUQ	10	23%	10	23%	10	35%	10	35%	10	63%
03_IUCPQ-UL	3	33%	3	33%	3	33%	3	33%	3	62%
04_MCQ	15	35%	15	71%	15	79%	15	91%	15	91%
05_Estrie	10	38%	10	55%	10	55%	10	75%	10	75%
06_CHUM	20	25%	20	55%	20	87%	20	93%	20	99%
06_CHUSJ	16	59%	16	70%	16	70%	16	70%	16	72%
06_CUSM	19	43%	19	43%	19	55%	19	55%	18	76%
06_ICM	5	70%	3	67%	3	67%	3	67%	3	67%
06_INPLPP	3	63%	3	63%	3	63%	3	63%	3	75%
06-1_EstMtl	18	69%	18	69%	18	69%	18	83%	18	85%
06-2_OuestMtl	22	53%	20	56%	20	58%	20	74%	20	74%
06-3_CtrOuestMtl	19	55%	19	68%	19	68%	19	72%	19	72%
06-4_CtrSudMtl	22	73%	22	78%	22	86%	22	91%	22	91%
06-5_NordMtl	26	37%	26	63%	26	80%	26	85%	26	89%
07_Out	12	8%	12	48%	12	73%	12	81%	12	85%
08_AbTem	16	34%	16	56%	16	66%	16	67%	16	69%
09_CtNrd	21	21%	13	25%	13	25%	13	42%	13	52%
10_BJ	16	27%	16	23%	16	34%	16	45%	16	45%
11-1_Gasp	15	0%	15	0%	15	48%	15	68%	15	68%
11-2_Iles	10	35%	10	35%	10	35%	10	35%	10	35%
12_ChApp	17	24%	17	26%	17	51%	17	74%	17	74%
13_Lvl	9	22%	9	56%	9	75%	9	75%	9	78%
14_Lan	17	66%	17	66%	17	74%	17	74%	17	96%
15_Laur	59	23%	59	50%	59	67%	59	69%	59	79%
16-1_MCentre	20	38%	20	50%	20	50%	20	56%	20	75%
16-2_MEst	31	36%	31	36%	31	36%	31	57%	31	81%
16-3_MOuest	13	34%	13	34%	13	44%	13	50%	13	85%
<b>Total général</b>	<b>505</b>	<b>39%</b>	<b>503</b>	<b>48%</b>	<b>500</b>	<b>58%</b>	<b>500</b>	<b>66%</b>	<b>499</b>	<b>74%</b>

## Exemples de mesures ciblées par plusieurs établissements

- **Accès 7/7 à l'offre de service**
  - Assurer une couverture par un nombre de professionnels adéquat 7 jours / 7 jours (ex. physiothérapeute, travailleur social) afin d'assurer la réponse aux besoins en temps opportun.
  - Réaliser des admissions les fins de semaine et les congés fériés dans les lits de réadaptation modérée (UTRF).
  - Mettre en place le suivi intensif à domicile.
- **Lissage de l'activité**
  - Assurer les congés 7/7.
  - Meilleure planification des activités dans la semaine (médecine spécialisée, chirurgie, etc.) afin de lisser la consommation des soins et services.
  - Capacité hospitalière et en CHSLD : voir des plans de surcapacité hospitalière afin de réagir plus facilement à l'augmentation et travailler sur la réouverture des lits fermés en centre hospitalier et en hébergement.
- **Suivi proactif des clientèles vulnérables (incluant les grands consommateurs)**
  - Identifier les grands consommateurs de chaque urgence (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque, santé mentale) et revoir l'offre de service pour cette clientèle.
  - Mise en place d'équipe de suivi des grands consommateurs lors de l'hospitalisation afin de mieux comprendre les besoins et éviter des réadmissions futures.
  - Identifier les médecins de famille des grands consommateurs des hospitalisations et travailler en collaboration avec le GMF pour améliorer la trajectoire et éviter les admissions futures.
  - Faire des appels de repérage pour la clientèle inscrite au guichet d'accès sans médecin de famille pour des patients 75 ans et plus, non connus par le soutien à domicile.
- **Planification précoce et conjointe des congés et alternatives à l'hospitalisation**
  - Identification de la date de congé des patients dès leur admission à l'hôpital.
  - Ouverture de cliniques IPS.
  - Optimiser les transferts vers les urgences en provenant des Résidences privées pour personnes âgées (RPA).
  - Ouverture de Maison des aînés et alternatives (MDAA).

### 3. Orientations ministérielles – Préparation aux saisons automnales et hivernales : Faits saillants

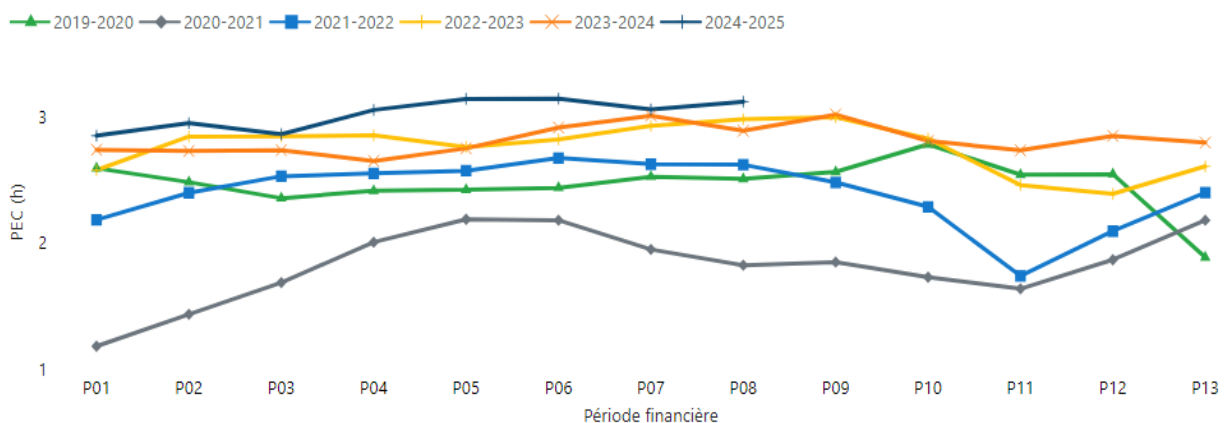
#### a) Volet accessibilité clinique et urgence

##### DONNÉES

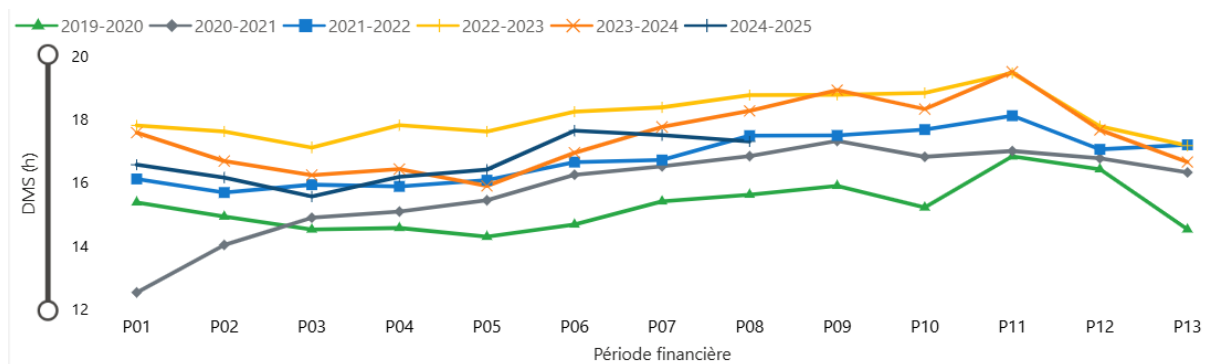
Indicateurs au Plan stratégique	Cible 2024-25	Résultats P1-P8 2024-25	Indicateurs complémentaires à ceux du PS	Résultats P1-P8 2024-25
Durée moyenne de séjour (DMS) sur civière	16h	16h42 (16,7)	DMS sur civière des usagers admis	24h21
			DMS sur civière des usagers P1-P2-P3 non admis	12h40
			DMS sur civière des usagers P4-P5 non admis	12h44
			% séjours de plus de 72 heures sur civière	1,8%
			Délai entre la PEC et la demande d'admission	10h02
			Délai entre la demande d'admission et le départ de l'utilisateur	13h30
Délai de prise en charge (PEC) médicale	125 min	181 min	Délai de PEC pour les usagers P1-P2-P3	2h34
			Délai de PEC P4-P5	3h35
			% départs av. PEC médicale	12,1%
			% visites d'usagers ambulatoires P4-P5 non admis (sur visites totales)	44,7%
			% visites d'usagers ambulatoires P4-P5 non admis inscrits auprès d'un médecin ou d'un groupe de médecins	73,5%

#### Délai moyen de PEC médicale

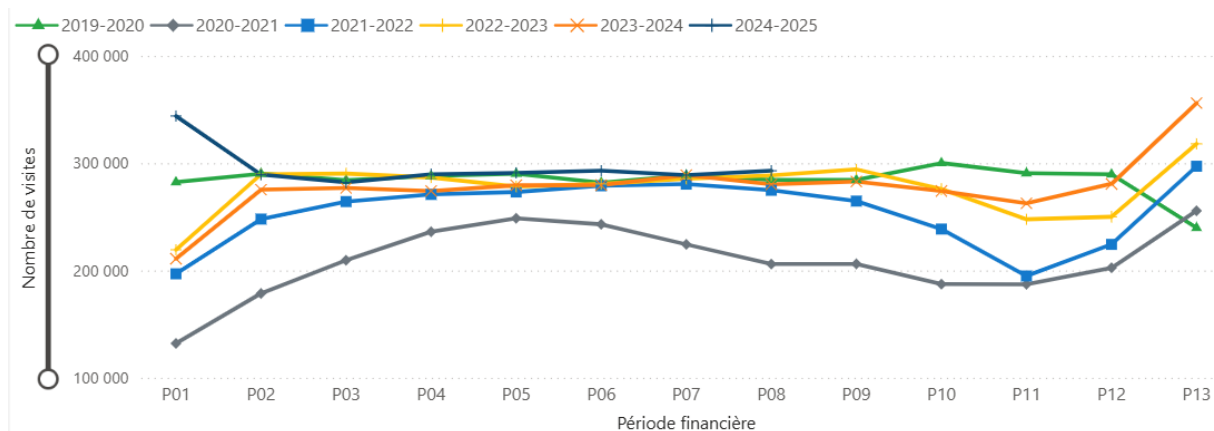
##### Évolution du délai moyen de prise en charge (PEC)



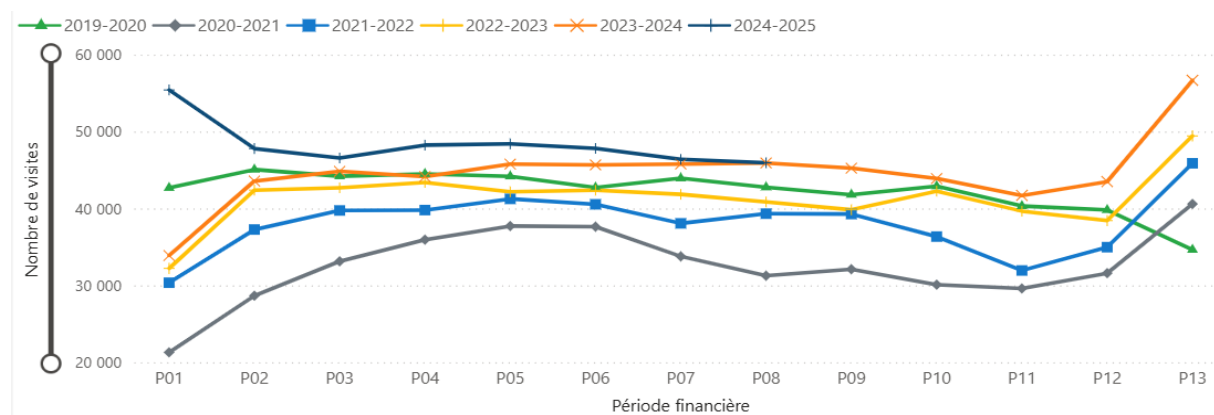
## DMS sur civière



## Évolution des visites totales



## Évolution des visites 75 ans et plus



### Durée moyenne de séjour (DMS) sur civière :

- Augmentation de 9,5% du nombre de visites totales aux urgences comparativement à 2023-2024 (P1-P8).
- Augmentation de 10,6% des visites d'usagers de 75 ans et plus comparativement à 2023-2024 (P1-P8).
- Amélioration significative de la DMS sur civière depuis P6 alors que la tendance est normalement à la hausse à cette période-ci de l'année (donnée P8 inférieure aux 3 dernières années).
- DMS sur civière chez les patients non admis :
  - -Délai important pour obtenir une consultation en médecine spécialisée ou auprès d'un professionnel.
- DMS sur civière pour les patients admis :
  - -Délai important pour obtenir un lit d'hospitalisation.
- L'indicateur du plan stratégique ne permet pas de mettre le focus au bon endroit (ex. DMS globale sur civière). Il est important de bien comprendre les bloquants pouvant réduire la durée totale du temps passé à l'urgence.

### P4-P5 :

- Un nombre élevé d'usagers consultent les services d'urgence pour une raison de visite mineure qui ne requiert pas l'expertise ou le plateau technique des services d'urgence;
- 73,5% des patients ambulatoires P4-P5 non admis à l'hôpital ont un médecin de famille ou sont inscrits auprès d'un groupe de médecins, ce qui expose les enjeux d'accès limité en 1<sup>er</sup> ligne au moment opportun.

### ACTIONS EN COURS

#### Travaux en cours ayant un impact sur le délai de prise en charge (PEC) et la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence :

- Poursuite de l'animation de ces indicateurs dans la salle de pilotage stratégique au Comité de direction Santé Québec (suivi délai de PEC et DMS sur civière).
- Suivis individuels réalisés auprès des établissements par l'équipe de coordination nationale.
- Plusieurs actions visant à améliorer ces deux indicateurs sont intégrées dans les plans d'action hivernaux élaborés et pilotés par chaque établissement.

#### Travaux en cours ayant un impact sur la DMS sur civière :

- Suivis personnalisés auprès des installations ayant un nombre élevé de séjours de plus de 72 heures
- Plusieurs actions visant à augmenter la disponibilité des lits hospitaliers sont en cours :
  - Assurer que les installations possèdent des plans de surcapacité;
  - Implantation le suivi des séjours et de la planification précoce et conjointe de congé (SSPPCC) afin de réduire les longs séjours hospitaliers (> 10 jours), SAD intrahospitalier, prévenir le déconditionnement, analyse et interventions au niveau des patients réadmis à l'intérieur des 90 jours (notamment en assurant un rendez-vous avec le médecin de famille avant le congé).

### Travaux en cours ayant un impact sur le délai de PEC :

- Mise en place des cliniques désignées populationnelles (SAG-Gastro ou toutes clientèles confondues, selon les territoires).
- Suivis personnalisés auprès des installations ayant des délais élevés de PEC (révision des processus entourant la PEC).
- Recommandations du Groupement d'experts des services d'urgence du Québec (GESUQ) sur les délais de PEC médicale et l'amélioration du pourcentage de départs avant PEC afin de partager les bons coups dans le RSSS.
- Projet pilote de clinique d'urgences mineures.

### Travaux P4-P5 et guichet d'accès première ligne (GAP) :

- Suivis personnalisés auprès d'établissements ayant de hauts volumes de P4-P5 afin d'assurer un taux de comblement des plages de réorientation, des plages CDP/SAG/Gastro.
- Suivi personnalisé auprès d'établissements ayant un haut volume de demandes hors délai au guichet d'accès première ligne afin d'assurer un lissage de l'activité de l'offre de services de ceux-ci sur 7 jours.

## b) Volets aînés

Indicateurs de performance	Cible	An dernier 23-24		Cette année 24-25	
		Portrait novembre 23		Portrait novembre 24	
		Valeur	Date	Dernière valeur nationale dispo	Date
32. Nombre total de personnes recevant des services de SAD	398 017	292 625	P07 2023	301 048	P07 2024
33. Nombre de personnes en attente d'un 1 <sup>er</sup> service SAD	15 730	20 841	P08 2023	19 240	P07 2024
34. Nombre d'heures de services SAD longue durée rendus à domicile	34.7 M	18 290 473	P07 2023	19 164 028	P07 2024
35. Nombre d'heures de services SAD COURTE DURÉE rendus à domicile		568 573	P07 2023	611 892	P07 2024
36. Nombre d'heures de services SAD SOINS PALLIATIFS rendus à domicile		514 553	P07 2023	511 854	P07 2024

- Assurer la fluidité hospitalière : plans de surcapacité, réouverture des lits hospitaliers ou CHSLD fermés.
- Poursuivre le virage SAD : Implantation des recommandations prioritaires du chantier valorisation SAD afin de dégager davantage de temps clinique.

## c) Volet services sociaux

- Plusieurs établissements ont intégré les admissions 7/7 en réadaptation dans les plans hivernaux

## d) Volet santé publique et prévention

### Sommaire de la campagne 24-25

- La prise de rendez-vous a débuté le 7 octobre dernier pour les personnes vulnérables.  
La campagne a débuté le 16 octobre, en même temps que la prise de rendez-vous populationnelle générale.

Les établissements effectuent actuellement une tournée mobile, ayant jusqu'ici rejoint :

- plus de 96% des CHSLD.
- plus de 90% des RI/SAPA
- plus de 63% des RPA

## Doses administrées

Les tableaux ci-dessous présentent le résultat des doses administrées en comparant la campagne 23-24 avec la campagne actuelle. Notons qu'officiellement, aucune cible n'a été identifiée pour la population générale pour la vaccination contre la COVID-19.

À des fins de suivi, la même cible que pour la vaccination contre l'influenza est présentée dans les tableaux.

Toutes les données présentées sont tirées du tableau de bord exécutif et du Registre de vaccination en date du 27 novembre 2024.

## Comparatif sur 43 jours de campagne officielle

### COVID-19 – 2023-2024

Groupes cibles	Doses administrées	Proportion de personnes vaccinées
0 - 59 ans	274 027	4,38%
60 - 74 ans	486 342	28,79%
75 ans et plus	360 284	43%
Total	1 120 653	
CHSLD	28 234	70,7%
RPA	56 890	43,8%
TdeS	45 659	14,3%

### COVID-19 – 2024-2025

Groupes cibles	Doses administrées	Proportion de personnes vaccinées	Cibles
0 - 59 ans	266 711	4,1%	-
60 - 74 ans	492 793	29,2%	-
75 ans et plus	397 429	45,5%	60%
Total	1 156 933		
CHSLD	29 158	68,5%	80%
RPA	68 049	52,4%	70%
TdeS	44 181	13,3%	30%

Proportion de doses administrées en 2024-2025, par lieu :

- RSSS : 55%
- Pharmacies : 45%

## Influenza – 2023-2024

Groupes cibles	Doses administrées	Proportion de personnes vaccinées
0 - 59 ans	384 048	6,1%
60 - 74 ans	535 432	31,7%
75 ans et plus	406 812	48,6%
<b>Total</b>	<b>1 326 292</b>	
<b>CHSLD</b>		
	32 398	81,1%
<b>RPA</b>		
	60 575	46,6%
<b>TdeS</b>		
	61 397	19,2%

## Influenza – 2024-2025

Groupes cibles	Doses administrées	Proportion de personnes vaccinées	Cibles
0 - 59 ans	373 137	5,7%	-
60 - 74 ans	558 261	33,1%	-
75 ans et plus	450 930	51,6%	60%
<b>Total</b>	<b>1 382 328</b>		
<b>CHSLD</b>			
	34 109	80,2%	80%
<b>RPA</b>			
	73 786	56,8%	70%
<b>TdeS</b>			
	59 654	17,9%	30%

Proportion de doses administrées en 2024-2025, par lieu :

- RSSS : 53%
- Pharmacies : 47%

## Efficacité vaccinale (influenza) – Hémisphère sud

- Au cours de la saison grippale 2024 dans l'hémisphère sud, la plupart des pays ont connu des niveaux d'activité grippale similaires à ceux observés au cours des saisons précédentes, à l'exception du Chili qui a eu un niveau d'activité très élevé.
- Autant dans l'hémisphère Sud qu'en Australie, la souche prédominante était le virus de l'influenza A(H3N2). L'influenza A a été plus associée aux hospitalisations (97 % de cas).

### Amérique du sud – Efficacité vaccinale (EV)

- Réduction globale de 34,5 % du risque d'hospitalisation (influenza A et B confondus)
- Réduction de 58,7 % chez les individus avec comorbidités
- Réduction de 39,0 % chez les jeunes enfants
- Réduction de 31,2 % chez les adultes plus âgés
- EV légèrement différente selon les sous-types d'influenza A :
- A(H3N2) : 36,5 %
- A(H1N1) pdm09 : 37,1 %
- Nombre de cas trop faible pour estimer l'EV pour influenza B.

### Australie – Efficacité vaccinale

- Réduction de 62 % du risque de consultation en médecine générale (Influenza A et B confondus).
- Réduction de 56 % du risque d'hospitalisation.
- L'efficacité estimée du vaccin contre les consultations en médecine générale et l'hospitalisation pour la grippe était similaire contre les gripes A(H1N1) et A(H3N2).
- Nombre de cas trop faible pour estimer l'EV pour influenza B.
- Bonne correspondance entre les souches circulantes et les souches vaccinales utilisées : 98,7 % des isolats de grippe A(H1N1), 91,1 % des isolats de grippe A(H3N2) et 100 % des isolats de grippe B/Victoria.
- La plus grande efficacité du vaccin en 2024 est probablement due à une bonne correspondance entre les souches circulantes et les souches vaccinales, ainsi qu'à une saison plus précoce avec moins d'opportunités de diminution immunologique après la vaccination.

**Notes :** il convient d'indiquer que ce qui se passe dans l'hémisphère sud ne prédit pas la saison de l'hémisphère nord. Des facteurs tels que les différents virus grippaux prédominants et les variations de l'immunité de la population peuvent contribuer à ces différences.

## Campagne de vaccination VRS – Adultes et bébés

### VRS - Adulte

Groupes cibles	Doses administrées	Proportion de personnes vaccinées
CHSLD	30 154	70,9%
RPA	21 485	16,5%
RI-RTF	2 319	Inconnu
Autre*	10 404	N/A
<b>Total</b>	<b>64 362</b>	

Note : Aucun rendez-vous n'est octroyé pour cette vaccination en mobilité.

### Précisions – Vaccination VRS

- Seules les RPA de catégorie 3 avec des gens connus du SAD et les RPA de catégorie 4 sont actuellement visées par l'opération de vaccination en raison d'une quantité insuffisante du vaccins VRS pour répondre à la demande.
- Les priorisations sont révisées en continu afin d'offrir la dose de vaccin au plus grand nombre de personnes possible.
- La catégorie « Autres » représente majoritairement des erreurs de saisie. Considérant que cette catégorie représente environ 16% des doses totales, il est probable que les autres catégories aient des données quelque peu sous-estimées.

### VRS - Bébés

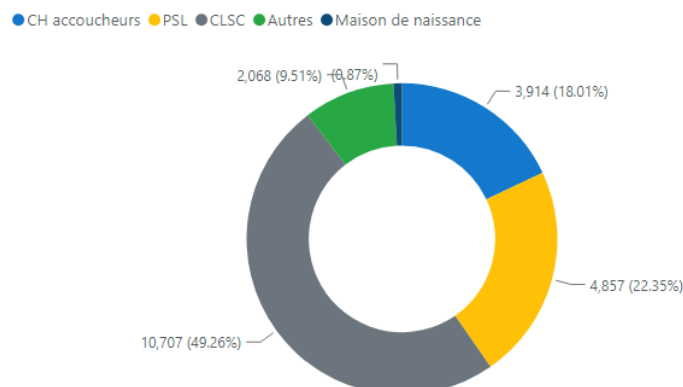
Groupe d'âge	Doses administrées	Cible
0 à 28 jours	5 364	-
1 mois	1 984	-
2 mois	4 615	-
3 mois	1 426	-
4 mois	4 450	-
5 mois	1 414	-
6 mois	1 325	-
7 mois	566	-
8 mois et plus	592	-
<b>Total</b>	<b>21 736</b>	<b>50 000</b>

L'offre populationnelle a débuté le 4 novembre dernier (rendez-vous en cours depuis le 21 octobre).

Les doses administrées représentent actuellement **43% de la cible** sur un mois de campagne officielle (environ 6 mois prévu).

## Lieu d'administration

Répartition du nombre de doses par type de lieu d'administration, e...



## Dépistage des virus respiratoires (COVID et influenza)

- L'offre de dépistage de la COVID-19 est disponible en tout temps dans les Points de service locaux. La demande demeure faible. Une révision des clientèles admissibles est d'ailleurs en cours. Notons que le dépistage de l'influenza n'est pas encore disponible, puisque l'activité grippale actuelle est faible et ne justifie pas une détection du virus.
- Ci-dessous, quelques données présentant les résultats de dépistage contre la COVID-19 réalisés depuis le début 1er octobre 2024.

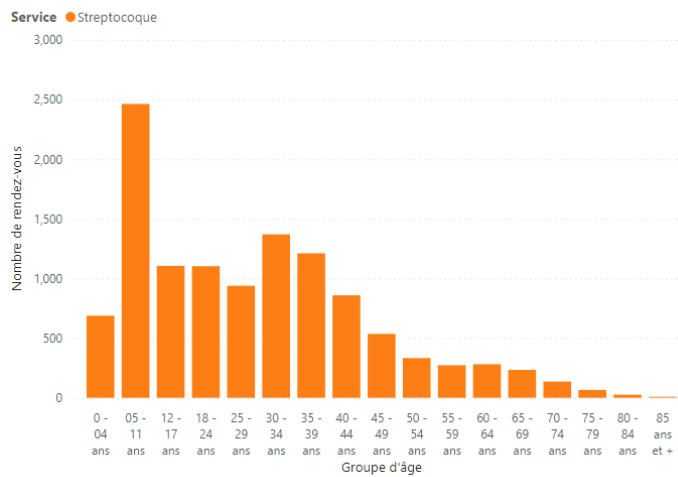
Région sociosanitaire	Résultats positifs	Résultats négatifs	Résultats inconnus	Total
01 - Bas-Saint-Laurent	200	595	53	848
02 - Saguenay – Lac-Saint-Jean	306	862	26	1 194
03 - Capitale-Nationale	475	1 099	45	1 619
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	368	948	70	1 386
05 - Estrie	471	908	817	2 196
06 - Montréal	742	2 593	155	3 490
07 - Outaouais	142	309	117	568
08 - Abitibi-Témiscamingue	163	360	9	532
09 - Côte-Nord	27	69	7	103
10 - Nord-du-Québec	-	7	2	9
11 - Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	41	90	7	138
12 - Chaudière-Appalaches	278	677	45	1 000
13 - Laval	249	787	155	1 191
14 - Lanaudière	402	893	37	1 332
15 - Laurentides	487	1 111	458	2 056
16 - Montérégie	804	1 926	94	2 824
<b>Total</b>	<b>5 155</b>	<b>13 234</b>	<b>2 097</b>	<b>20 486</b>

## Dépistage du streptocoque A

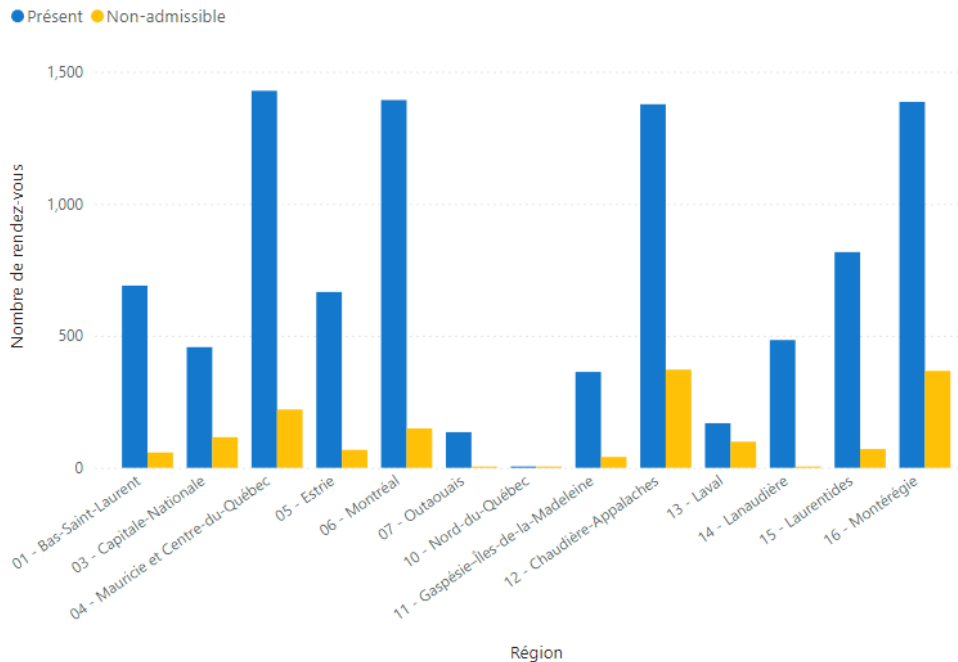
Le dépistage du streptocoque A se poursuit dans les Points de service locaux. Les graphiques ci-dessous présentent les données de prise de rendez-vous depuis le début octobre.

- Nombre de rendez-vous net réservés : 11 629
- Personnes non admissibles : 1 5714

Nombre de rendez-vous par groupe d'âge et par service



Nombre des rendez-vous selon le statut des rendez-vous et la région



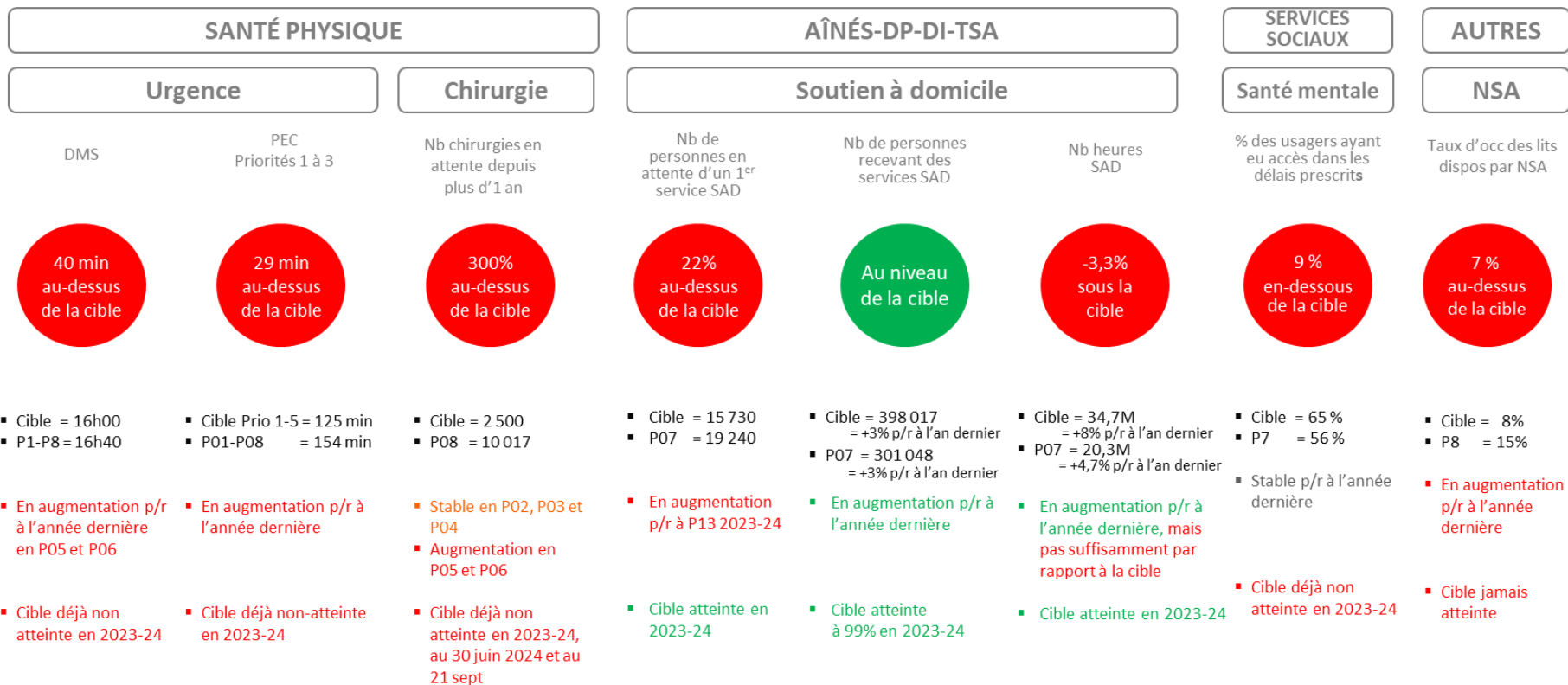
**e) Volet ressources humaines**

Les mesures proposées n'ont pas été retenues, considérant qu'ils exigent la création de sondages et une documentation manuelle.

**f) Volet infrastructure**

Les établissements s'assurent du niveau d'inventaire des équipements de protection (masques, N95, etc.).

#### 4. Résultats des principaux indicateurs d'accès



#### Légende

- Cible atteinte
- Proche de la cible
- Éloigné de la cible

## Annexe 1

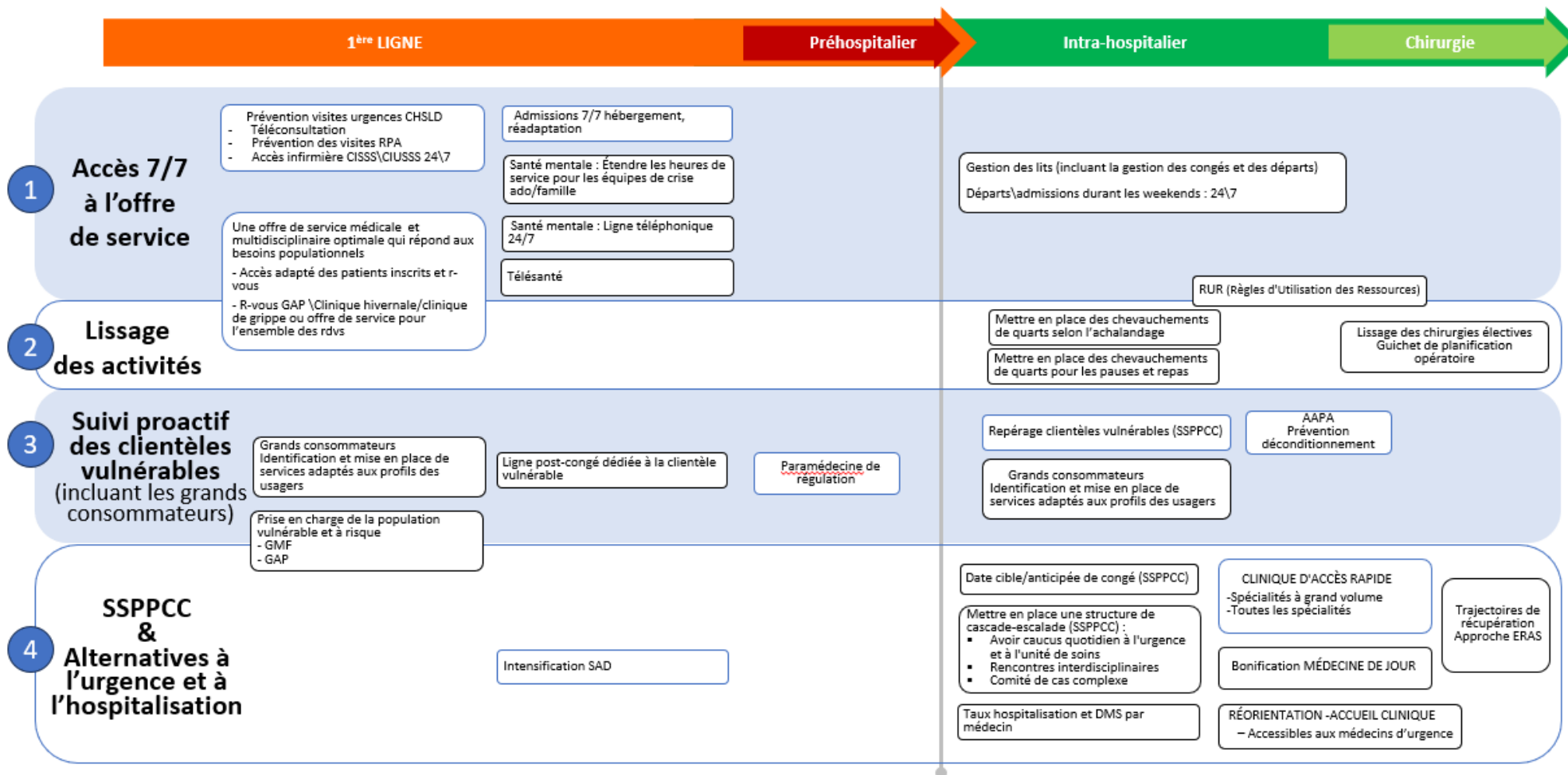
### Les 4 actions structurantes priorisées par les PDG à mettre en place rapidement en vue de la saison hivernale



- 1 Accès 7/7 à l'offre de service
- 2 Lissage de l'activité
- 3 Suivi proactif des clientèles vulnérables (incluant les grands consommateurs)
- 4 SSPPCC & Alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation

## Annexe 2

### Exemples de mesures à grande valeur ajoutée incluses dans les plans hivernaux



Santé Québec

# Planification stratégique de Santé Québec

Atelier de travail avec le COMEX

Par la vice-présidence Stratégie, Performance et Amélioration continue

Le 7 janvier 2024

# Table des matières

- 01** Approche et contexte de la planification stratégique
- 02** Méthodologie et identification des enjeux principaux
- 03** Discussion sur les enjeux prioritaires
- 04** Annexe – liste des enjeux identifiés

# 01 - Approche et contexte de la planification stratégique

# Planification stratégique

Dans le cadre de la mise en œuvre de Santé Québec, nous avons débuté dans les dernières semaines les travaux relativement à la planification stratégique (PS) de Santé Québec. Notre objectif avec cette démarche est de donner une vision claire des priorités de Santé Québec et nous souhaitons avoir complété la démarche au début du printemps, en vue d'un dépôt au MCE en avril.

## Contexte

- Santé Québec doit déposer un plan stratégique détaillant les **principales orientations, cibles et objectifs**
- Ce plan guidera les activités de l'organisation pour **les prochaines années**
- Il est **impératif pour Santé Québec de rapidement livrer des impacts majeurs et concrets** afin de gagner la confiance de la population, incluant les travailleurs du réseau, tout en assurant de bâtir les fondations du réseau dans une perspective plus long terme
- Dans ce contexte, Santé Québec a mandaté KPMG afin de l'accompagner dans les travaux menant au développement de sa planification stratégique.

## Objectifs de la planification stratégique

- Bâtir une **vision inspirante** pour donner un sens et mobiliser le personnel
- S'aligner sur certaines **priorités stratégiques** pour livrer des **gains à plus court terme** et bâtir la confiance
- Prioriser des initiatives et **gestes clés**, inspirés des **meilleures pratiques** et qui ont démontré leur efficacité dans les établissements avec un **fort potentiel d'impact** tout en considérant la faisabilité et capacité

## Contexte des consultations

Notre démarche inclut plusieurs consultations avec diverses parties prenantes afin d'obtenir votre perspective quant à l'exercice en cours. Le présent document présente le contexte et l'approche utilisée afin de développer la planification stratégique, ainsi que les principaux enjeux identifiés.

# Contexte de la planification stratégique

- Le **réseau** de la santé et des services sociaux fait face à des **enjeux importants** incluant le manque d'accès aux soins primaires, la pénurie de main-d'œuvre, le vieillissement de la population, les effets de la pandémie, la vétusté des systèmes d'information et autres
- Un **retour à l'équilibre budgétaire est requis** d'ici la fin de l'exercice financier 2024-2025. Absence de financement pour investir dans de nouveaux changements structurels
- Le réseau est **déjà engagé dans le déploiement de grands projets structurants** dont le DSN, SIL-P et SIFARH, limitant sa capacité
- Il y a de **nombreuses opportunités de synergie et création de valeur** ainsi que de nouveaux enjeux à considérer à la suite de la création de Santé Québec
- **Un arrimage est à prévoir** avec le développement du **modèle d'organisation intégrée des soins** porté par la VPE OT
- Le plan stratégique de Santé Québec doit être **en cohérence avec le Plan Santé, le plan stratégique 2023-2027 du MSSS et ses indicateurs associés**
- Il est **impératif pour Santé Québec de rapidement livrer des impacts concrets** afin de gagner la confiance de la population incluant celle des travailleurs du réseau

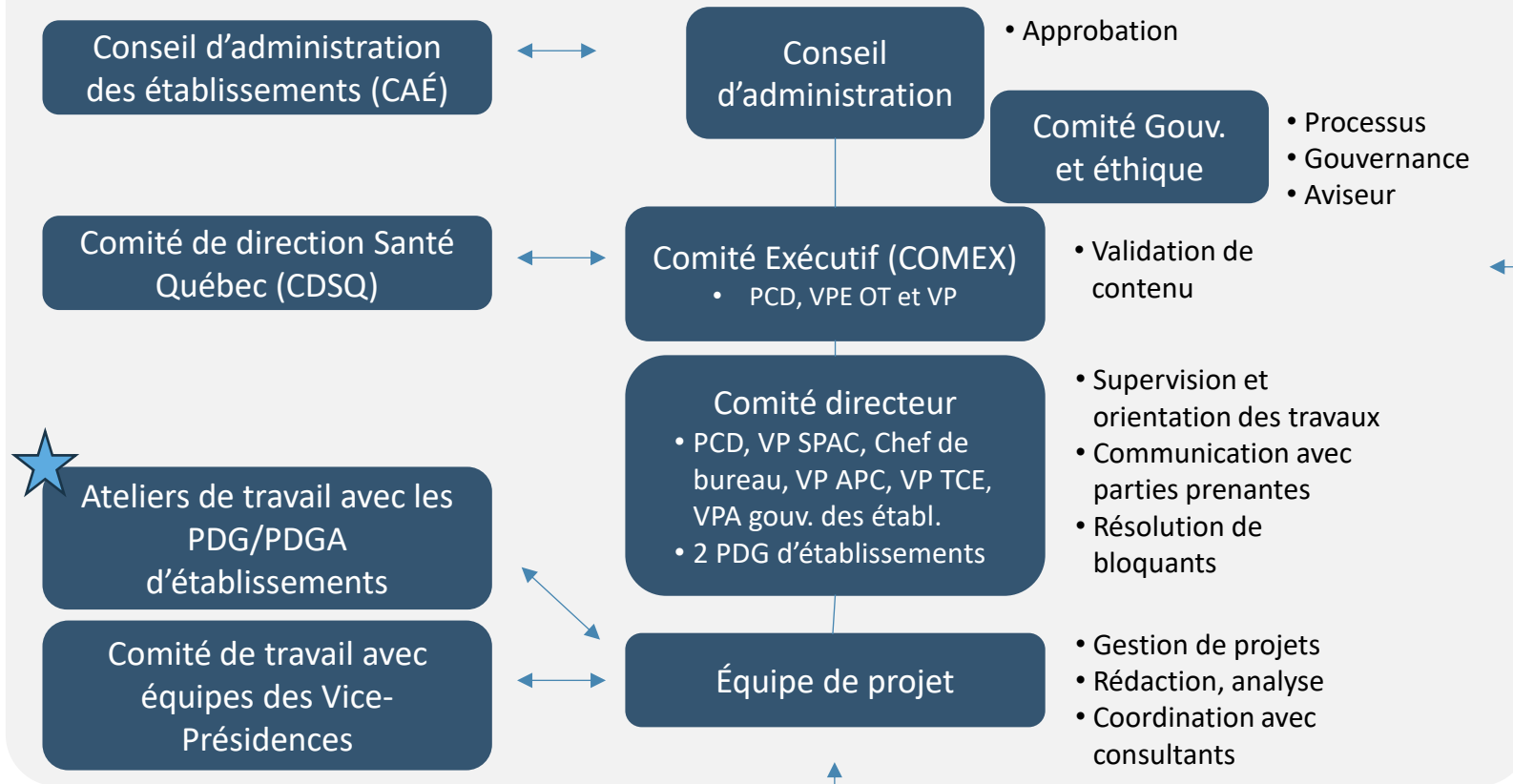


## Objectifs de la PS

- Bâtir une **vision inspirante** pour donner un sens et mobiliser le personnel
- S'aligner sur certaines **priorités stratégiques** pour livrer des **gains à plus court terme** et bâtir la confiance
- Prioriser des initiatives et **gestes clés**, inspirés des **meilleures pratiques** et qui ont démontré leur efficacité dans les établissements avec un **fort potentiel d'impact** tout en considérant la faisabilité et capacité

# Gouvernance du plan stratégique et parties prenantes impliquées / à impliquer

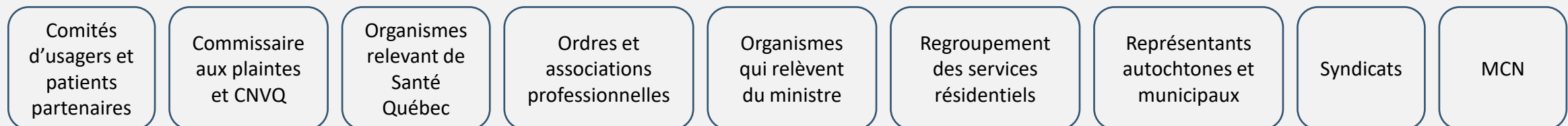
## Santé Québec



## Gouvernement du Québec



## Consultations ciblées



# Portée du plan stratégique<sup>1</sup> de Santé Québec



Contexte et enjeux qui s'appuient sur les multiples rapports et plans stratégiques publiés



Articulation de la vision et de la mission de Santé Québec



Objectifs stratégiques en lien avec les priorités actuelles: l'accès aux soins primaires et à la chirurgie, l'humain, l'efficacité / efficience (coûts)



Établissement d'indicateurs et cibles en cohérence avec les orientations du MSSS



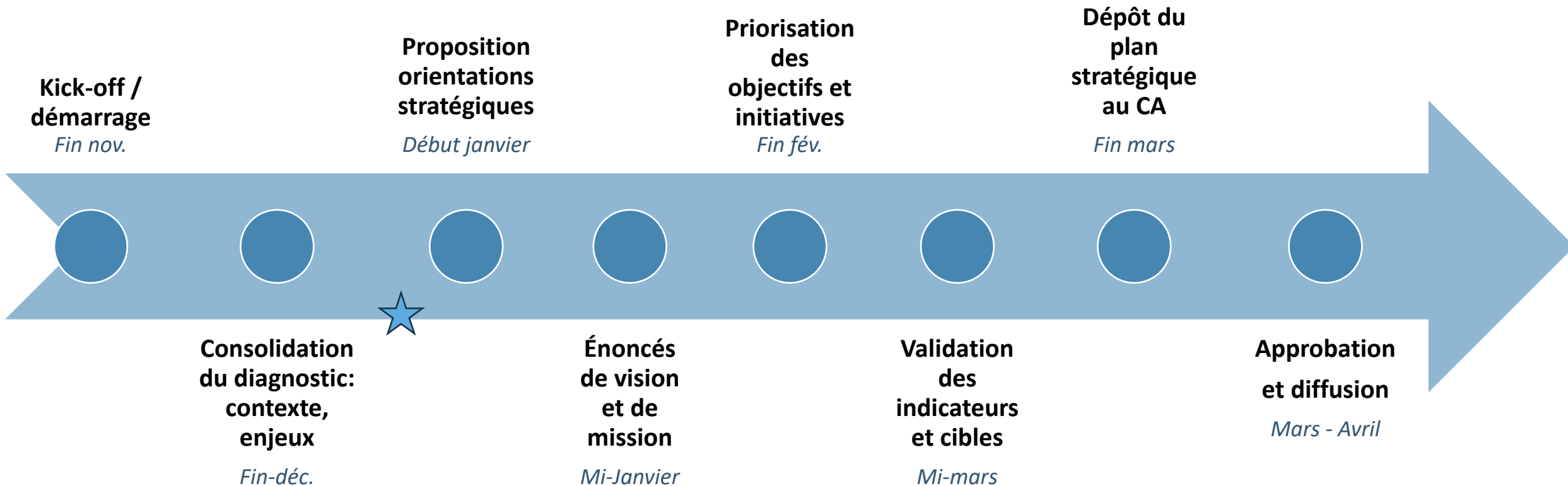
Priorisation d'initiatives (cliniques et administratives) s'inspirant de pratiques exemplaires pour démontrer des impacts à court terme



Autres livrables, tels qu'un guide explicatif sur les indicateurs et les cibles ainsi qu'un plan de communication

1. Périodicité précisée selon un décret

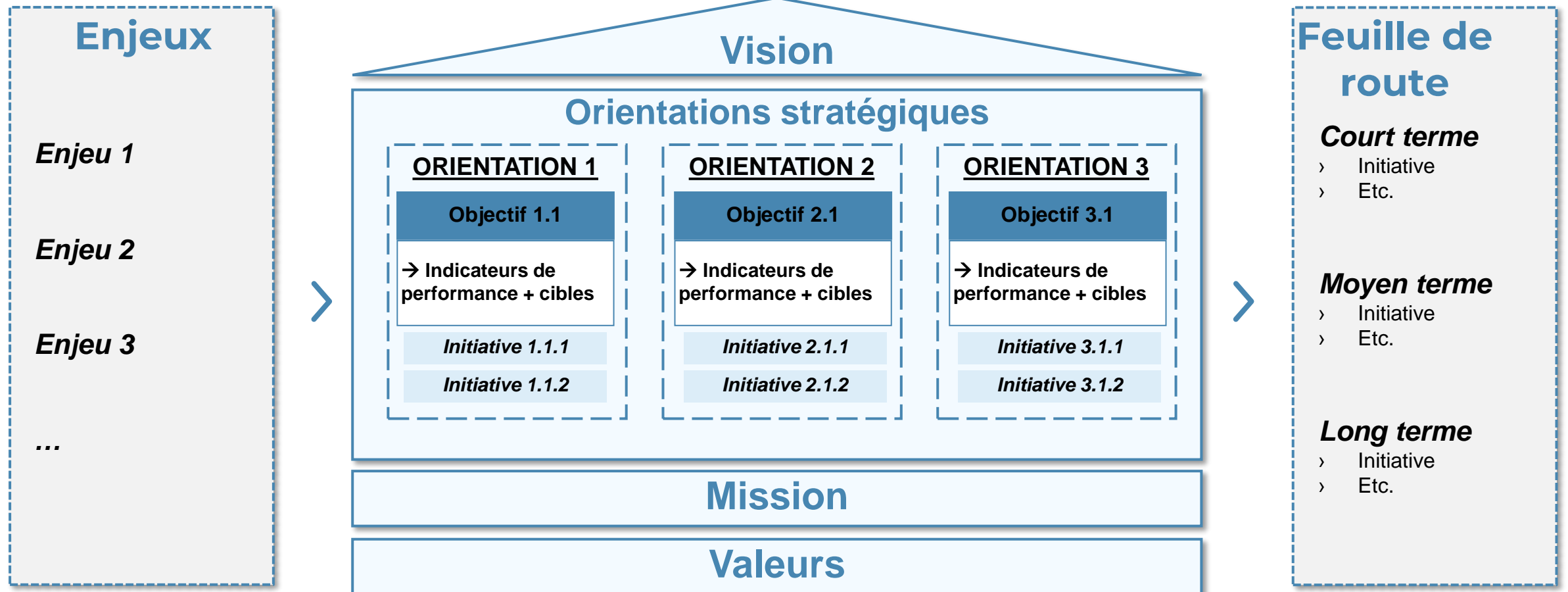
# Jalons de la planification stratégique



# Vue globale de la planification stratégique

Le diagramme illustre la structure du développement des orientations et objectifs stratégiques ainsi que de sa feuille de route associée dans le contexte actuel :

## Principes directeurs de la planification stratégique

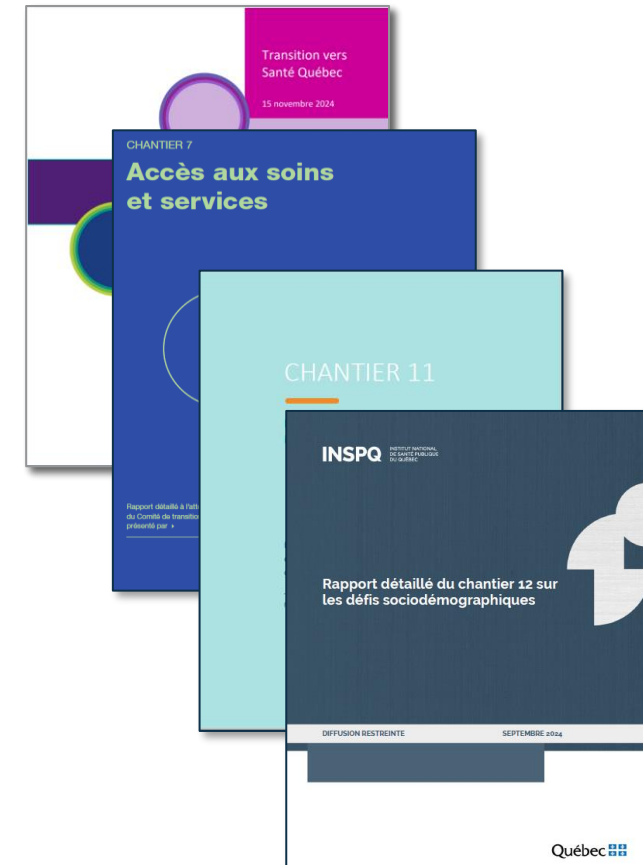


# 02- Méthodologie et identification des enjeux



# 1.1 Revue complète de la documentation partagée

Une **revue exhaustive de la documentation disponible**, telle que le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, le Plan stratégique 2023-27 du MSSS, les rapports du commissaire à la santé et au bien-être, les rapports annuels de gestion ainsi que les rapports des chantiers du Comité de transition, a été réalisée.



# 1.2 Collecte de leçons apprises lors de projets similaires

L'analyse des informations et expériences mondiales dans le cadre de projets similaires et de mise en place de sociétés d'État nous a permis d'identifier des leçons apprises sur les volets organisationnel et clinique, desquelles nous pouvons nous inspirer.

## Volet organisationnel

1. **Pour gagner la confiance du public**, il faut se concentrer sur des aspects concrets (ex : accès aux soins) plutôt que sur des questions de gouvernance ou de financement.
2. **Une transition réussie nécessite d'opérer à deux vitesses**, ce qui implique de prioriser des initiatives qui apporteront des gains rapides en même temps que celles qui apporteront des changements fondamentaux, permettant de soutenir la pérennité du système de la santé.
3. **Pour gérer la perception du public et des parties prenantes**, la nouvelle entité doit démontrer qu'elle est agile et réduit la bureaucratie.
4. Les parties prenantes et les employés doivent être alignés sur quelques **priorités communes et réalistes**. Des ambitions excessives ou trop nombreuses peuvent compromettre le succès.
5. **Pour assurer un narratif stratégique clair**, le «pourquoi» de la transformation doit être clairement articulé.
6. **Pour maintenir l'adhésion des parties prenantes et de la population**, il est préférable d'éviter de réaliser des changements structurels importants (perspective court-terme).

## Volet clinique

1. **Il appert de se concentrer sur la gestion de la santé de la population** et souligner l'importance d'intégrer les soins en mettant une emphase sur les «passages de relais» entre différents prestataires de soins.
2. **Les premières étapes de la mise en œuvre de la nouvelle société d'État** doivent comprendre l'intégration des soins et de partager qu'il s'agit d'un des buts premiers de la nouvelle organisation.
3. **Un accent doit être mis pour développer et intégrer des incitatifs pour la main-d'œuvre tout en définissant des règles de performance claires**. Ceci encouragera le développement et la performance des groupes de soins.
4. **Un leadership fort au niveau de la première ligne** facilitera à assurer des services et des soins de santé cohérents et complets.
5. **Une stratégie de gestion du changement robuste et adaptée à la réalité du réseau** permettra de favoriser une culture de confiance et soutiendra la transition vers des nouveaux modèles et pratiques de soins.
6. **Les outils et la capacité analytique basée sur des données de qualité** permettront des améliorations cliniques et opérationnelles et accéléreront la prise de décisions.

# 1.3 Engagement de plusieurs parties internes

Afin de mieux comprendre la perception des enjeux précédemment identifiés ainsi que d'orienter la définition de la vision et des orientations stratégiques à venir de Santé Québec, plusieurs sessions d'entrevues ont été réalisées avec des parties prenantes internes à Santé Québec. Un guide d'entrevue leur a préalablement été envoyé, comprenant quatre questions références pour orienter la discussion et approfondir des concepts nécessaires à notre analyse.



**Selon votre perspective et vos fonctions actuelles, quels sont les enjeux prioritaires et les objectifs stratégiques pour y répondre?**



**Quelles sont les opportunités que voyez-vous dans un horizon court et long terme (internes à SQ, pour le RSSS dans sa globalité, dans le modèle de livraison des opportunités)?**



**Quelles sont les principales synergies (provinciales et locales) que vous identifiez pour votre fonction et le RSSS dans sa globalité?**



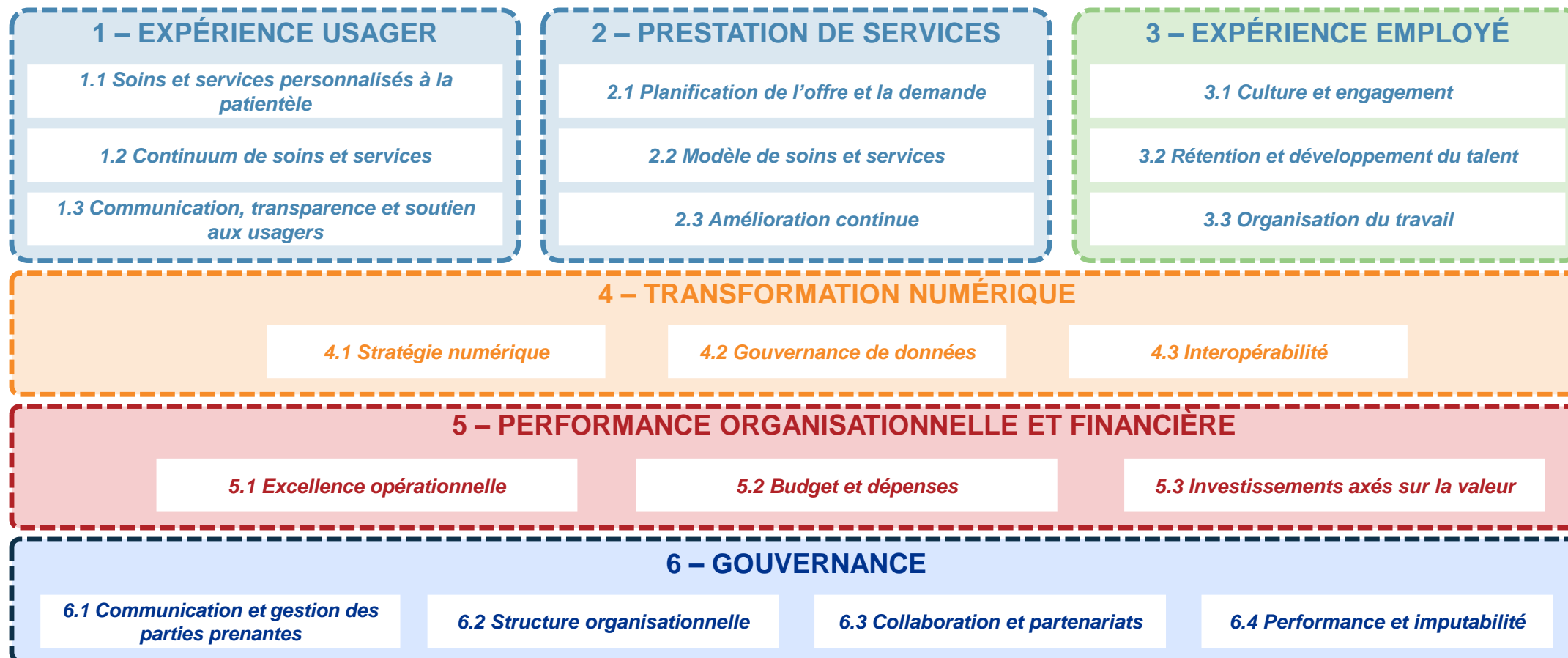
**Sur la base des éléments partagés, quelle est votre perspective quant à la mission et la vision de Santé Québec à court et long terme? Y a-t-il des tendances desquelles nous devrions nous inspirer?**

**Nous avons impliqué près d'une vingtaine de parties internes**



# 2. Identification de thématiques clés

Les thématiques clés et leurs sous-thématiques ont permis de conduire à l'analyse détaillée et ont été identifiées suite à l'analyse préliminaire. Cela permettra de prioriser certaines thématiques, facilitant ainsi la définition des orientations et des objectifs.



# 3. Analyse détaillée

L'analyse détaillée des thématiques clés a été réalisée en adoptant une méthode en trois étapes, permettant d'explorer en profondeur les enjeux préliminaires identifiés et de dresser une liste de 10 enjeux principaux.



## 1- Meilleures pratiques et tendances internationales

Les meilleures pratiques et les tendances internationales ont été examinées en s'appuyant sur des **études de cas pertinentes**, afin d'identifier des **approches efficaces adoptées par d'autres pays** face à des **enjeux similaires**.



## 2- Indicateurs de performance et balisage canadien

Des indicateurs de performance spécifiques et un balisage canadien ont été développés dans le but d'évaluer **l'efficacité du système actuel**. Ceci a permis de **comparer l'état actuel du Québec** avec celui des **autres provinces canadiennes**.



## 3- Principaux constats et enjeux majeurs (indicateurs québécois)

Enfin, les principaux constats et enjeux majeurs en lien avec chaque thématique ont été identifiés en mettant en lumière **les indicateurs de performance du réseau** permettant une compréhension approfondie des **défis à relever**.



\*Notez que les analyses détaillées seront partagées ultérieurement.

# 4. Approche d'identification des enjeux

Les principaux enjeux, qui serviront d'intrants à l'identification des orientations stratégiques, ont été priorisés à l'aide de principes directeurs tels que présentés ci-dessous :

## Identification des enjeux préliminaires

L'analyse préliminaire (revue de la documentation partagée, analyse approfondie des chantiers, leçons apprises, engagement avec plusieurs parties internes), l'analyse détaillée, ainsi que les consultations avec les multiples parties prenantes (internes et externes) **ont permis d'identifier de nombreux enjeux.**

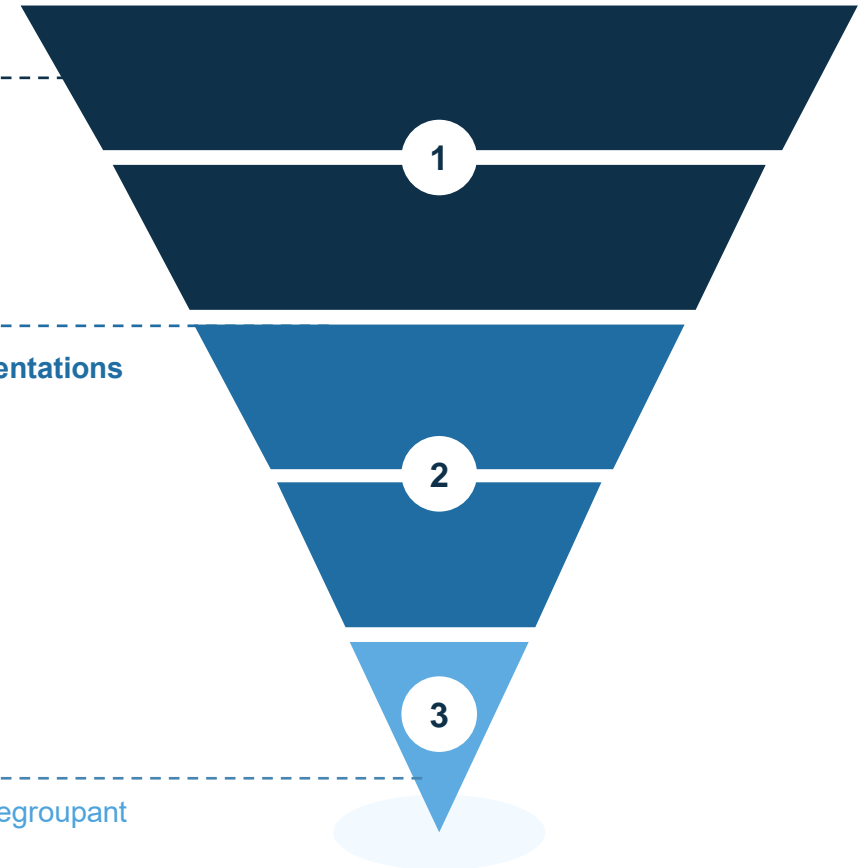
## Principes directeurs

Les principes directeurs guident l'**identification des principaux enjeux et le développement des orientations stratégiques** de la planification stratégique de Santé Québec :

- ✓ Vision inspirante pour donner un sens et mobiliser le personnel
- ✓ Expérience des usagers et besoins des citoyens au centre des priorités stratégiques
- ✓ Démonstration d'impact à court terme pour bâtir la confiance
- ✓ Priorisation d'enjeux et opportunités sur lesquels Santé Québec a un levier d'intervention
- ✓ Cohérence avec le Plan santé et le Plan stratégique du MSSS
- ✓ Considération des nouvelles opportunités grâce à la portée nationale de Santé Québec
- ✓ Appui sur les meilleures pratiques
- ✓ Reconnaissance de l'importance de la culture et gestion du changement

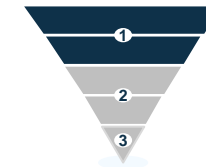
## Identification des enjeux prioritaires

Basés sur les principes directeurs ci-haut et à l'aide de consultations avec des parties prenantes et en regroupant les enjeux identifiés préalablement, 10 enjeux principaux ont été identifiés.



Il est important de souligner que **notre processus est dynamique et itératif**. À chaque étape de l'analyse, nous avons intégré de nouvelles données et retours d'expérience, ce qui a permis d'affiner notre compréhension des enjeux et d'ajuster nos priorités en conséquence. L'approche de consultation en cours permettra d'ailleurs d'affiner les principaux enjeux.

# Liste des enjeux préliminaires



L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, a permis d'identifier une quarantaine d'enjeux. Veuillez vous référer aux annexes pour vous familiariser avec les enjeux identifiés.

## Liste des enjeux identifiés (1/4)

L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, a permis d'identifier plusieurs enjeux :

Thèmes	Enjeux
Expérience usagers	1 Le manque de participation des usagers pas suffisamment en
	2 Les relations avec les usagers ne permettent pas de continuer à s'améliorer de collaboration avec
	3 Le manque d'information (différentes, etc.) sur l'impact de leurs besoins (domicile)
Prestation de services	4 La planification et l'approche de la Santé publique continue (cancérologie)
	5 L'organisation des services géographiques entraine la COVID a entrainé l'approche de la Santé promotion et prévention
	6 L'évolution démographique continue la prévision de la santé
	7 La qualité n'est pas d'actualité
	8 Le manque de processus limite le partage efficace (autant entre les professionnels que le public)
	9

Il est à noter que cette liste est révisée et sera

## Liste des enjeux identifiés (2/4)

L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, a permis d'identifier plusieurs enjeux :

Thèmes	Enjeux
Prestation de services	10 L'accès aux soins est imparfait et la fragmentation des services et les disparités (équitable aux soins)
	11 Il existe un déséquilibre de l'offre de services (demande) et les besoins
	12 La place des partenariats et de réflexion pour les services aux citoyens
	13 La faible reconnaissance de la santé fragilise le lien et différentes parties prenantes
Expérience employée	14 Les difficultés à fidéliser le personnel exacerbent les problèmes
	15 L'évolution des approches de travail impacte les pratiques en place
	16 Le besoin de trouver le juste équilibre et d'expertise pour le développement des compétences
	17 Les évolutions organisationnelles et le cadre légal à la fois compliqués et nécessaires à l'établissement de relations efficaces avec les organes
	18

Il est à noter que cette liste est révisée et sera améliorée

## Liste des enjeux identifiés (3/4)

L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, a permis d'identifier plusieurs enjeux :

Thèmes	Enjeux
Expérience employée	19 La main-d'œuvre qualifiée est de plus en plus difficile à obtenir
	20 Le fardeau administratif, alourdissant plus des répercussions sur la disponibilité des ressources
	21 La répartition territoriale de la main-d'œuvre crée des disparités dans certaines régions, une pression clinique
	22 Les conditions de travail et le besoin de soins sont des enjeux impactant l'organisation
	23 Les inscriptions dans les programmes de soins sont en baisse
	24 Les ressources, les informations et l'accès disponibles pour les usagers sont insuffisants
	25 Il est parfois difficile d'accéder aux données et de les exploiter, limitant la mise en place de certaines initiatives
	26 Le réseau possède un faible niveau de maturité technologique de l'information TI
Transformation numérique	27 La gouvernance en TI est parfois sous-optimal en raison de lacunes et à des disparités régionales importantes
	28 Accès limité aux technologies et aux données numériques restreignent la capacité d'autogérer leurs soins

Il est à noter que cette liste est révisée et sera améliorée en fonction de la mesure de

## Liste des enjeux identifiés (4/4)

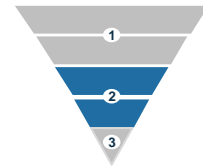
L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, ont permis d'identifier plusieurs enjeux :

Thèmes	Enjeux	Chantiers	Plan stratégique 2023-2027	Plan Santé	CSBE	Tableau de bord	Approche consultative
Performance organisationnelle et financière	29 La rigidité organisationnelle ralentit l'innovation, la flexibilité locale et génère parfois de la résistance au changement	5 / 9		✓	✓		
	30 Le processus de mesure de la performance bénéficierait d'une plus grande clarté et transparence	5 / 8			✓	✓	✓
	31 La culture d'analyse et de prise de décision axées sur la donnée est sous-optimale	6 / 9		✓	✓		
	32 Il est difficile d'identifier, de quantifier et de matérialiser les bénéfices suite à la mise en place de nouvelles initiatives	5			✓		✓
	33 Les contraintes budgétaires et les dépenses sont en hausse	5		✓	✓		✓
	34 Il y a parfois un manque d'alignement entre les incitatifs et les comportements souhaités, tant au point de vue humain qu'organisationnel						✓
	35 Les rôles et les responsabilités organisationnels ne sont pas clairement définis ni standardisés (comprenant les rôles des patients partenaires)	11		✓	✓		
	36 La complexité de la structure organisationnelle et des processus de gouvernance ralentit la prise de décision	4 / 5 / 9			✓		✓
Gouvernance	37 L'affaiblissement de la relation entre la santé publique et les décideurs locaux impacte la compréhension des besoins populationnels	5					
	38 L'omniprésence de la politique générant un flot de demandes et d'ajustements						✓
NA	39 La mise en place de mesures intégrées, favorisant le développement durable, est sous-optimale						✓

Il est à noter que cette liste est révisée et sera améliorée en fonction de la mesure de la réalisation des consultations avec les parties internes et externes



Êtes-vous en accord avec les enjeux identifiés?  
Rajouteriez-vous un ou des enjeux à cette liste?



# Principes directeurs

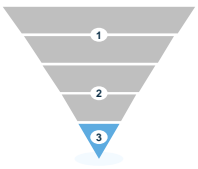
Les principes directeurs guident l'**identification des enjeux prioritaires et le développement des orientations stratégiques** de la planification stratégique de Santé Québec :

- ✓ Vision inspirante pour donner un sens et mobiliser le personnel
- ✓ Expérience des usagers et besoins des citoyens au centre des priorités stratégiques
- ✓ Démonstration d'impact à court terme pour bâtir la confiance
- ✓ Priorisation d'enjeux et opportunités sur lesquels Santé Québec a un levier d'intervention
- ✓ Cohérence avec le Plan santé et le Plan stratégique du MSSS
- ✓ Considération des nouvelles opportunités grâce à la portée nationale de Santé Québec
- ✓ Appui sur les meilleures pratiques
- ✓ Reconnaissance de l'importance de la culture et gestion du changement



Êtes-vous en accord avec ces principes directeurs?  
Rajouteriez-vous un ou des principes directeurs à cette liste?

# Les enjeux prioritaires (1/2)



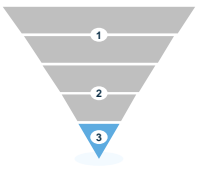
Les principaux enjeux qui serviront d'intrants à l'identification des orientations stratégiques.

## Enjeux prioritaires

## Description

Enjeux prioritaires		Description
Expérience usager	1	<b>Responsabilisation de la population envers leur santé globale</b> La responsabilisation des citoyens à l'égard de leur santé globale et leur appropriation des autosoins peuvent réduire la pression sur les services sociaux et les services de santé, et renforcer leur implication dans la gestion proactive de leur santé
	2	<b>Réseau intégré et accessible de soins et services primaires</b> Amélioration de l'accès aux informations, aux soins et services pour les usagers, en s'assurant qu'ils puissent consulter le bon professionnel au moment opportun, tout en réduisant la pression sur les services d'urgence, en optimisant le rôle des autres professionnels et en misant sur des partenariats
Prestation de services	3	<b>Planification et priorisation des services selon la pertinence et besoins futurs</b> La planification et la priorisation des services ne sont pas systématiquement réalisées en fonction des besoins populationnels. Ils sont également entravés par le manque de données en temps réel, ce qui limite l'adaptation de l'offre aux besoins spécifiques et la gestion proactive des ressources.
	4	<b>Continuum de soins et trajectoires fluides</b> Nécessité d'une meilleure intégration des différents intervenants et milieux, afin d'assurer une prise en charge globale et cohérente de l'utilisateur, en surmontant la fragmentation des services et en favorisant la collaboration
	5	<b>Meilleur équilibre entre préventif et curatif</b> Coûts élevés et une pression accrue sur les ressources qui limitent les efforts de prévention et limitent les opportunités d'améliorer la santé globale de la population
Expérience employée	6	<b>Organisation du travail décloisonnée</b> La complexité de la coordination entre les parties prenantes entraîne des efforts redondants, une pression accrue sur les professionnels, et une sous-exploitation des compétences, ce qui nuit à la fluidité des soins et à la rétention des employés

# Les enjeux prioritaires(2/2)



Les principaux enjeux qui serviront d'intrants à l'identification des orientations stratégiques

Enjeux prioritaires		Description
Transforma tion numérique	7	<b>Solutions technologiques moins hétérogènes</b>  Manque d'interopérabilité, l'état désuet de certains systèmes, le manque de maturité de certains processus entravent la collaboration, la fluidité de l'Information, la prise de décision basée sur des données fiables et l'efficacité des soins
Performance organisationnelle et financière	8	<b>Financement aligné aux besoins et à la valeur créée pour les citoyens</b>  Alignement nécessaire des ressources sur les besoins spécifiques des territoires, réduisant ainsi les iniquités régionales et optimisant l'utilisation des investissements en santé selon la valeur créée pour les citoyens
	9	<b>Gestion de performance et indicateurs liés aux résultats</b>  Manque d'indicateurs de performance axés sur la valeur qui entrave la reddition de comptes et l'amélioration continue, tandis que l'encadrement des performances est mal structuré et peu aligné sur les meilleures pratiques. De plus, l'accès limité aux données de performance réduit les opportunités d'autogestion et de sensibilisation.
Gouvernan ce	10	<b>Application des principes de subsidiarité et de gestion de proximité</b>  Les décisions et actions ne sont pas systématiquement confiées aux structures locales, puis coordonnées et/ou soutenues par les niveaux supérieurs, ce qui entrave l'agilité et la pertinence des soins tout en alourdissant les processus décisionnels

# Enjeu 1

Itération  
continue

## Thématique – Expérience usager

### Responsabilisation de la population envers leur santé globale<sup>1</sup>

La conscientisation des citoyens quant à l'autonomisation et de leur rôle dans sa prise en charge de leur santé globale peut être renforcée. Cette responsabilisation est un outil efficace pour améliorer la qualité des services et le contrôle des maladies, sans accroître les frais pour les systèmes. Elle s'inscrit dans une perspective de prévention et favorise une gestion proactive de la santé de la population. Une meilleure compréhension quant à l'importance des saines habitudes de vie, ainsi que l'implication accrue de la population a également le potentiel de réduire les pressions sur les services sociaux, ainsi que sur les soins primaires.

Des outils d'aide à la décision et d'autosoins pourraient permettre aux individus de mieux comprendre, suivre et agir sur leur santé globale. Actuellement, les données des usagers sont souvent dispersées ou difficilement accessibles, ce qui limite la capacité de la population à s'engager de manière active et éclairée dans l'autogestion de leur santé.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- « Le patient lui-même doit être mis à contribution pour améliorer l'accessibilité de la première ligne. Il faut mieux outiller la population avec des outils d'aide à la décision et ainsi favoriser les pratiques d'autosoins. Il faut mieux outiller la population avec des outils d'aide à la décision et ainsi favoriser les pratiques d'autosoins » (Plan santé).
- « Les pratiques d'autosoins ont été démontrées comme étant efficaces pour améliorer la qualité des services et le contrôle des maladies, sans accroître les frais pour les systèmes de santé » (Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications, CSBE, Rapport d'appréciation de la performance du SSSS, 2009, p. 70.).
- En vertu du principe de responsabilité populationnelle axée sur la valeur, l'objectif premier devrait être d'accroître la valeur créée par le système dans son ensemble, y compris la prévention et l'action de la santé publique. En plus d'une offre de services personnels de qualité, ce même principe requerrait d'intensifier les actions en amont de la maladie, adaptées aux besoins spécifiques de la population, des groupes et des personnes qui la composent » (Chantier 5 : Responsabilité populationnelle et participation citoyenne).
- Identification d'un moyen à fort potentiel de création de valeur : « Coconstruire et mettre en place les conditions pour que tous les citoyens puissent participer activement à leur santé et à leurs soins, notamment par le biais d'outils de prévention, d'aide à la décision et d'autosoins adaptés à différents niveaux de littératie » (Chantier 5 : Responsabilité populationnelle et participation citoyenne).
- « Le projet de loi n° 19, Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives permettra d'implanter un dossier santé numérique (DSN) accessible à chaque citoyen et à chaque établissement. Cela facilitera la fluidité des soins et l'appropriation par la population de ses informations de santé, le tout de façon sécuritaire » (Plan santé).

<sup>1</sup>Note: Dans ce contexte, « la santé est donc considérée comme une ressource de la vie quotidienne et non comme l'objectif de la vie; elle met l'accent sur les ressources sociales et personnelles de même que sur les capacités physiques » (McCartney et coll. 2019)

# Enjeu 2

Itération  
continue

## Thématique – Expérience usager

### Réseau intégré et accessible de soins et services primaires

Le réseau de soins et services primaires (incluant les services sociaux) permettant aux usagers d'accéder au bon professionnel, au moment opportun, est sous-optimal. Le modèle actuel est structuré autour d'un professionnel attitré, ce qui ne favorise pas l'accès. En effet, même pour la part de la population québécoise ayant accès à un médecin de famille, il peut être difficile d'obtenir un rendez-vous pour un besoin de santé ponctuel, rapidement. L'organisation des soins courante mitige mal le risque de surconsommation des services de la part de certaines clientèles vulnérables. Parallèlement, le rôle des autres professionnels de la santé (ex: IPS, pharmaciens) dans le modèle actuel est en deçà de son potentiel.

Le manque d'aiguillage et d'accompagnement dans la navigation vers des ressources et les intervenants appropriés exerce une pression sur le réseau, notamment sur les services d'urgence qui assurent le filet sur la santé physique et sociale de l'ensemble de la population. De plus, les opportunités de partenariats (ex: organismes communautaires, municipalités) afin de faciliter la prise en charge de certaines problématiques sociétales, telles que la gestion de l'itinérance, pourraient être davantage mises à profit pour le bien-être de la population.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- « Il y a 945 000 patients orphelins inscrits au guichet d'accès à un médecin de famille, en attente d'une prise en charge. Ces Québécois ne doivent pas être laissés pour compte alors que bien souvent, quand ils ont un enjeu ponctuel de santé, ils peinent à obtenir une consultation rapidement » (Plan santé).
- « Même [lorsque les personnes] sont inscrites, notamment en GMF, plusieurs usagers éprouvent des difficultés à obtenir un rendez-vous et à rencontrer un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé le jour même ou le lendemain » (Plan Stratégique MSSS, 2023-2027).
- Le délai moyen de traitement des demandes au GAP excluant les prises de rendez-vous est de 1 jour 20 h 25 min (Tableau de bord - Performance du réseau de la santé et des services sociaux).

# Enjeu 3



## Thématique – Prestation de services

### Planification et priorisation des services selon la pertinence et besoins futurs

Avec le temps, le périmètre d'action du réseau et son offre de services se sont étendus sur un grand nombre d'activités. Un réel besoin de recentrage et de clarté sur les priorités est la clé, particulièrement dans un contexte de ressources limitées. Le dialogue et la transparence avec les citoyens sur les capacités du réseau sont nécessaires pour assurer une (re)définition commune et en continu des choix et des priorités. Les portraits de santé des populations et de caractérisation des communautés qui permettraient notamment d'adapter l'offre de services en fonction des besoins spécifiques ne sont pas réalisés avec la même intensité dans tous les territoires ni utilisés de façon uniforme.

Par ailleurs, la planification des capacités du réseau en fonction des besoins priorisés est entravée par le manque d'accès aux données en temps réel, ne permettant pas de prédire la demande et d'ainsi actualiser la capacité pour y répondre. En l'absence de ces données, le réseau peine à réévaluer la pertinence, à planifier de manière proactive et à ajuster les ressources humaines et financières en fonction des défis futurs, modulés selon les réalités locales et régionales.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- « Accès déficient à des données permettant de suivre l'évolution des changements sociodémographiques, la diversification des besoins des clientèles et l'impact populationnel des programmes et services afin de pouvoir ajuster la planification des ressources et services sur une base régionale et locale. » (chantier 12).
- « Difficultés des organisations à comprendre et mesurer les besoins réels des usagers, de leurs proches, des milieux cliniques et des partenaires. » (chantier 4).
- « Les groupes rencontrés soulignaient que les services semblaient parfois déconnectés des besoins réels sur le terrain. » (chantier 4)
- « Vision : Offrir à tous les Québécois et Québécoises des soins et services accessibles, de qualité et adaptés à leurs besoins, où leur bien-être est au cœur des décisions. » (Plan Stratégique MSSS, 2023-2027).

# Enjeu 4

Itération  
continue

## Thématique – Prestation de services

### Continuum de soins et trajectoires fluides

La fragmentation des services, où les professionnels peuvent opérer en vase clos, limite la prise en charge globale du patient. Cette gestion en silos empêche que les trajectoires de soins soient réalisées selon une approche intégrée, où les différents intervenants collaborent pour offrir une expérience cohérente. Cet aspect est exacerbé par un modèle de reddition de compte morcelé, renforçant des comportements axés sur la performance de prestations isolées.

Le système n'étant pas organisé selon un modèle cible intégré, il est complexe d'assurer un continuum de soins et de services fluide et efficient. L'intégration des différents milieux et partenaires de l'écosystème (ex. communautaires, municipalités) doit également être mieux déployée, afin d'assurer une prise en charge collective et proactive.

L'accès aux spécialistes et les temps d'attentes pour les chirurgies sont des exemples d'éléments impactés par des trajectoires et un continuum de soins non optimaux.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- « L'utilisateur ne peut pas toujours bénéficier d'une réponse globale et intégrée à l'ensemble de ses besoins (approche centrée sur l'utilisateur) en raison d'un manque d'adaptation, d'intégration et de continuité des soins primaires de santé et des services sociaux, incluant les services spécifiques et spécialisés. » (chantier 7).
- « La fragmentation des soins et services est rapportée comme un enjeu majeur. Les difficultés de coordination entre les différents acteurs entraînent de l'inefficacité et la duplication des efforts. » (chantier 9).
- « Trop souvent, les soins et services de santé offerts dans le réseau sont fragmentés, orientés sur la prise en charge d'un seul problème à la fois. » (chantier 12).

# Enjeu 5

Itération  
continue

## Thématique – Prestation de services

### Meilleur équilibre entre préventif et curatif

Les parcours des usagers dans le RSSS débutent majoritairement avec la prise en charge lors d'un problème spécifique. Afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système, les efforts de prévention et la promotion des saines habitudes de vie en amont doivent être accrus et intégrés aux trajectoires de soins et au continuum des services, tout comme l'ensemble de l'offre de services sociaux. La prévention permet de maintenir la santé globale de la population et de réduire les besoins en services curatifs.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- En 2022-2023, seulement 3.1% des dépenses des établissements sont directement liés à la prévention (Comptes de la santé)
- 4 % des dépenses publiques de santé et 3 % des dépenses totales de santé sont consacrées à la santé publique, qui est la principale responsable de la prévention et de la promotion de la santé au sein du réseau (IRIS, Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec, 2024).
- Un grand nombre d'outils, de recherches existent sur la promotion des saines habitudes de vie et la prévention, ces ressources ne sont pas amenées sur le terrain (données précises en cours).
- « Les services du réseau sont centrés sur le volet curatif et non préventif pour les usagers. On constate un écart marqué face aux besoins des usagers. » (chantier 4).

# Enjeu 6

Itération  
continue

## Thématique – Ressources humaines

### Organisation du travail décloisonnée

L'organisation du travail en fonction de l'offre de service ciblée et priorisée (voir enjeu 3) est sous-optimale et peut générer des pratiques cloisonnées, menées en silos. Cette fragmentation des tâches et responsabilités complique la coordination entre les différentes parties prenantes et nuit à la fluidité des soins et services.

Les modes de travail sont par ailleurs inégaux entre les établissements, causant pour certains des difficultés à recruter et retenir leur personnel. Le plein potentiel des champs de pratique n'est pas toujours exploité à son maximum. Ces éléments limitent une répartition optimale de la charge de travail et l'utilisation optimale des compétences disponibles au sein du réseau.

Ces enjeux nuisent à la mobilisation et à la rétention des employés.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- En 2024, il y a actuellement 3 fois plus de postes d'infirmiers(ères) vacants qu'en 2019 (Tableau de bord).
- Les effectifs infirmiers du réseau public (excluant les infirmières-cadres) représentaient 85 % des membres de l'ordre en 1992 et que cette proportion avait chuté à 72 % en 2022. (IRIS, Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec, 2024)
- Les ratios de médecins et d'infirmières au prorata de la population sont stables, malgré des besoins en augmentation.
- « Les conditions de travail difficiles et le manque de soutien entraînent une démotivation et un épuisement professionnel chez les travailleurs de la santé » (chantier 12).

# Enjeu 7



## Thématique – Technologie et données

### Solutions technologiques moins hétérogènes

Le manque d'interopérabilité des technologies de l'information (TI) et l'état désuet de nombreux systèmes freinent la prise de décision et la coordination d'une prestation efficace des soins. Ce manque d'intégration engendre des silos technologiques et le dédoublement des projets TI, en plus d'alourdir plusieurs tâches administratives.

L'écosystème technologique est hétérogène et le niveau de maturité est inégal, autant au niveau interétablissement et qu'interrégional. Ces disparités compliquent le partage d'information et la collaboration entre les acteurs.

L'attraction et la rétention des compétences technologiques nécessaires en interne demeurent un défi, résultant notamment en un recours important au secteur privé.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- « Une information précise, de qualité et obtenue en temps opportun est essentielle à la gestion efficace du réseau de la santé et des services sociaux. Cette gestion repose actuellement sur une multitude de systèmes de gestion et d'information (environ 10 000 systèmes d'information et 65 000 équipements technologiques connectés) qui datent souvent de plusieurs années » (Plan santé)
- « La vétusté des systèmes d'information [...] limite l'accès aux données pertinentes pour les patients, les gestionnaires, les professionnels de la santé et les chercheurs. » (Plan santé)
- « La pandémie a mis en lumière des CHSLD vétustes, des hôpitaux mal adaptés à la modernité ainsi que des installations qui ne sont pas en mesure de répondre efficacement aux normes de prévention et de contrôle des infections. » (Plan santé)

# Enjeu 8

Itération  
continue

## Thématique – Performance organisationnelle et financière

### Financement aligné aux besoins et à la valeur créée pour les citoyens

La gestion financière du réseau de la santé repose principalement sur des pratiques axées sur les volumes historiques ou sur des besoins très spécifiques, que ce soit pour l'allocation budgétaire, le financement des services ou la répartition des ressources aux établissements. Ce modèle tient peu compte des tendances populationnelles, vulnérabilités et besoins spécifiques d'un territoire, ce qui peut entraîner des iniquités régionales.

Parallèlement, le financement n'est pas axé sur la valeur (*value based healthcare*) et n'oriente pas systématiquement les investissements vers des initiatives ayant un impact démontré sur la qualité et la pertinence des soins.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- Le gouvernement du Québec a donné comme mission à Santé Québec de retrancher 1,5 milliard de dollars au budget de fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux. (La Presse, Christian Dubé veut plus de contrôle).
- « Les modèles de financement actuels, principalement centrés sur l'activité, ne sont pas bien alignés avec le principe de responsabilité populationnelle axée sur la valeur. » (chantier 5).
- Le budget en santé atteindra plus de 60 milliards de dollars cette année, une augmentation de 50% en six ans. (Radio-Canada, Le budget en santé est « intenable », dit le ministre Dubé).
- En 2020-2021, la santé et les services sociaux constituaient 51% des dépenses gouvernementales québécoises, comparés à 35% 20 ans plus tôt. (CBSE, Une viabilité à améliorer pour le système).

# Enjeu 9

Itération  
continue

## Thématique – Performance organisationnelle et financière

### Gestion de performance et indicateurs liés aux résultats

Le manque de mesures de performance sur les résultats limite la portée de la reddition de comptes et des initiatives d'amélioration continue. Les indicateurs actuels reflètent davantage l'activité que la création de valeur, la pertinence et la qualité des services.

L'encadrement de la performance des employés et parties prenantes du système est peu structuré et peu aligné aux bonnes pratiques de gestion. Un manque d'accès aux données relatives à la performance limite les opportunités d'autogestion et de sensibilisation aux comportements souhaités.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- « Les indicateurs de performance ne sont pas adaptés pour tenir compte des services de proximité visant à développer des liens de confiance avec les populations vulnérables et communautés. » (chantier 4).
- « Le manque de clarté et de transparence dans les indicateurs et la communication peut affecter la confiance et l'engagement des citoyens et des partenaires. » (chantier 5).
- « Le changement de culture vers l'utilisation d'indicateurs comme levier d'amélioration n'est pas pleinement réalisé.» (chantier 6).
- « Accès déficient à des données permettant de suivre l'évolution des changements sociodémographiques, la diversification des besoins des clientèles et l'impact populationnel des programmes et services afin de pouvoir ajuster la planification des ressources et services sur une base régionale et locale » (Chantier 12).

## Thématique – Gouvernance

### Application des principes de subsidiarité et gestion de proximité

Le système n'est pas organisé de façon à ce que les décisions et actions soient d'abord confiées aux structures locales, puis coordonnées et/ou soutenues par les niveaux supérieurs.

Par exemple, les programmes et services, souvent nombreux et peu harmonisés, se sont ajoutés les uns aux autres au fil du temps, augmentant le niveau de complexité du système et la lourdeur de la reddition de compte. Plusieurs programmes sont également déployés sans adaptation aux réalités locales et selon une approche mur à mur du haut vers le bas.

Ces éléments organisationnels nuisent à l'autonomie d'action et limitent la prise de décision locale, pourtant cruciale dans la livraison de soins et services adaptés, agiles et pertinents en fonctions des spécificités des milieux. Non seulement cela alourdit les processus décisionnels, mais ne favorise pas la cohérence et l'alignement aux orientations du MSSS et aux priorités de Santé Québec.

Dans ce contexte, le rôle des gestionnaires est complexe et pourrait être davantage valorisé.



#### Justificatif de la priorisation issue de l'analyse détaillée de la thématique

- « Les conditions d'exercice et la charge de travail rendent la gestion de proximité complexe. » (chantier 4).
- « De la perspective des employés, il y a parfois de la confusion dans la compréhension du rôle et des responsabilités de chacun des types de gestionnaires. Il est parfois difficile de déterminer à qui se référer et pour quelles raisons, selon les enjeux » (Chantier 4).
- « L'ensemble des populations consultées ont été unanimes sur le fait que la charge de travail des gestionnaires, combinée aux conditions pour exercer leur rôle, complexifient la gestion de proximité. La perception de la charge de travail et le ratio d'encadrement peut exacerber le sentiment de surcharge rendant difficile une gestion efficace des opérations de proximité.
- « La centralisation des décisions peut limiter la réactivité locale et l'adaptation aux besoins régionaux. » (chantier 5).

## 03- Discussion sur les enjeux prioritaires

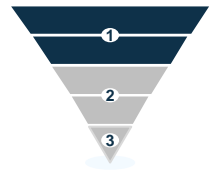
# Objectifs de l'atelier

À la lecture des enjeux identifiés, nous échangerons sur les éléments suivants :

- I. Y a-t-il des enjeux majeurs qui n'ont pas été bien capturés dans la liste des 10 enjeux prioritaires?
- II. Quels sont vos commentaires, nuances ou faits supplémentaires à considérer?
- III. Quels sont à votre avis les 5 enjeux les plus importants que Santé Québec doit adresser?

## 04- Annexe – Liste des enjeux identifiés

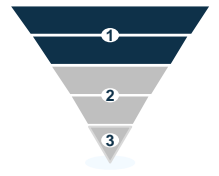
# Liste des enjeux identifiés (1/4)



L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, ont permis d'identifier plusieurs enjeux :

Thèmes	Enjeux	Chantiers	Plan stratégique 2023-2027	Plan Santé	CSBE	Tableau de bord	Approche consultative
Expérience usager	1 Le manque de responsabilisation citoyenne limite la participation des usagers dans les soins et services; elle n'est pas suffisamment encouragée	6	✓				
	2 Les relations avec les communautés autochtones doivent continuer à s'améliorer pour répondre au désir d'autonomie et de collaboration avec ces communautés						✓
Prestation de services	3 Le manque d'information (données non contextualisées, visions différentes, etc.) sur les besoins des usagers rend difficile de cerner leurs besoins réels (ex: santé mentale, soutien à domicile)	4	✓		✓		
	4 La planification et l'atteinte des cibles pour les interventions spécialisées continues à être problématique (ex: chirurgies, oncologie)	6				✓	✓
	5 L'organisation des services est actuellement gérée par géographie entraînant parfois des inefficacités						✓
	6 La COVID a entraîné un changement de paradigme dans l'approche de la Santé publique, impactant les acquis en promotion et prévention	5	✓		✓	✓	
	7 L'évolution démographique amène la nécessité d'ajuster en continu la prévision des besoins (ex: jeunesse, aînés)	12	✓		✓		✓
	8 La qualité n'est pas définie et mesurée de la même façon par tous	8	✓		✓		✓
	9 Le manque de processus de communication bidirectionnel limite le partage efficace d'information à travers le RSSS (autant entre les professionnels qu'avec les usagers et le grand public)	4 / 6 / 7			✓		✓

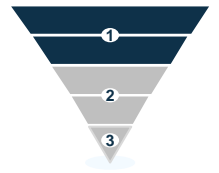
# Liste des enjeux identifiés (2/4)



L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, ont permis d'identifier plusieurs enjeux :

Thèmes	Enjeux	Chantiers	Plan stratégique 2023-2027	Plan Santé	CSBE	Tableau de bord	Approche consultative
Prestation de services	10	L'accès aux soins est impacté par le manque d'approche intégrée et la fragmentation des services	6 / 7 / 12	✓	✓	✓	✓
	11	Des barrières systémiques, telles que la disponibilité des services et les disparités géographiques, impactent l'accès équitable aux soins	5 / 7 / 12	✓	✓	✓	✓
	12	Il existe un déséquilibre entre les besoins et les attentes des usagers (demande) et les services offerts (offre)	6	✓	✓	✓	
	13	La place des partenariats dans le système actuel doit faire l'objet de réflexion pour assurer la meilleure performance des services aux citoyens					✓
Expérience employée	14	La faible reconnaissance de l'expertise des professionnels de la santé fragilise le lien et la confiance avec les usagers et les différentes parties prenantes	5			✓	
	15	Les difficultés à fidéliser les professionnels de la santé exacerbent les problématiques de main-d'œuvre					✓
	16	L'évolution des approches et des normes en santé et sécurité du travail impacte les pratiques et les organisations du travail en place					✓
	17	Le besoin de trouver le juste équilibre entre le besoin de polyvalence et d'expertise de pointe en matière de développement des compétences et d'offre de services aux citoyens					✓
	18	Les évolutions organisationnelles sont parfois restreintes par le cadre légal à la fois complexe et rigide qui limite la flexibilité nécessaire à l'établissement d'interactions efficaces et efficaces avec les organisations syndicales					✓

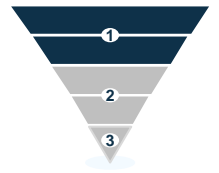
# Liste des enjeux identifiés (3/4)



L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, ont permis d'identifier plusieurs enjeux :

Thèmes	Enjeux	Chantiers	Plan stratégique 2023-2027	Plan Santé	CSBE	Tableau de bord	Approche consultative
Expérience employée	19 La main-d'œuvre qualifiée est de plus en plus rare et difficile à obtenir	10 / 11	✓	✓	✓	✓	
	20 Le fardeau administratif, alourdissant plusieurs processus, a des répercussions sur la disponibilité des soins	7	✓		✓		✓
	21 La répartition territoriale de la main-d'œuvre est déséquilibrée, créant dans certaines régions, une pression sur le personnel clinique	10	✓		✓	✓	✓
	22 Les conditions de travail et le besoin de soutien à la formation sont des enjeux impactant l'organisation des soins et services	4	✓	✓	✓	✓	✓
	23 Les inscriptions dans les programmes de santé sont à la baisse	10			✓		
Transformation numérique	24 Les ressources, les informations et l'accompagnement disponibles pour les usagers sont insuffisants	7	✓		✓	✓	✓
	25 Il est parfois difficile d'accéder aux données et de les exploiter, limitant la mise en place de certaines initiatives	11 / 12		✓	✓		✓
	26 Le réseau possède un faible niveau de maturité en technologie de l'information TI	6			✓		✓
	27 La gouvernance en TI est parfois sous-optimale, laissant place à des lacunes et à des disparités régionales importantes						✓
	28 Accès limité aux technologies et aux données, et le niveau de littéracie numérique restreignent la capacité des usagers à autogérer leurs soins						✓

# Liste des enjeux identifiés (4/4)



L'analyse préliminaire, combinée à l'analyse détaillée et aux nombreuses consultations avec des parties prenantes internes et externes, ont permis d'identifier plusieurs enjeux :

Thèmes	Enjeux	Chantiers	Plan stratégique 2023-2027	Plan Santé	CSBE	Tableau de bord	Approche consultative
Performance organisationnelle et financière	29	La rigidité organisationnelle ralentit l'innovation, la flexibilité locale et génère parfois de la résistance au changement	5 / 9		✓	✓	
	30	Le processus de mesure de la performance bénéficierait d'une plus grande clarté et transparence	5 / 8			✓	✓
	31	La culture d'analyse et de prise de décision axées sur la donnée est sous-optimale	6 / 9		✓	✓	
	32	Il est difficile d'identifier, de quantifier et de matérialiser les bénéfices suite à la mise en place de nouvelles initiatives	5			✓	✓
	33	Les contraintes budgétaires et les dépenses sont en hausse	5		✓	✓	✓
	34	Il y a parfois un manque d'alignement entre les incitatifs et les comportements souhaités, tant au point de vue humain qu'organisationnel					✓
	35	Les rôles et les responsabilités organisationnels ne sont pas clairement définis ni standardisés (comprenant les rôles des patients partenaires)	11		✓	✓	
Gouvernance	36	La complexité de la structure organisationnelle et des processus de gouvernance ralentit la prise décision	4 / 5 / 9		✓		✓
	37	L'affaiblissement de la relation entre la santé publique et les décideurs locaux impacte la compréhension des besoins populationnels	5				
	38	L'omniprésence de la politique générant un flot de demandes et d'ajustements					✓
NA	39	La mise en place de mesures intégrées, promouvant le développement durable, est-sous-optimale					✓

# Directive sur l'attribution du matériel de bureautique et de mobilité

**Erika Bially**

Vice-présidente en Technologies de l'information

**François Bérubé**

Directeur générale – Infrastructure et solutions numériques



# Table de matières

No	Sujets abordés	Numéro de diapositive
<b>01</b>	Mise en contexte	<b>03</b>
<b>02</b>	Situation actuelle	<b>05</b>
<b>03</b>	Solution proposée	<b>07</b>
<b>04</b>	Prochaines étapes	<b>13</b>
	Annexes	<b>16</b>

**01**

# Mise en contexte

# MISE EN CONTEXTE



- Santé Québec met à la disposition de ses employés différents équipements bureautiques et de mobilité leur permettant la réalisation de leurs tâches quotidiennes.
- L'encadrement de la distribution de cet équipement s'appuie sur les principes suivants:
  - La **sobriété numérique** guide la gestion des équipements bureautique et de mobilité
  - La **gestion efficiente et rigoureuse** du matériel informatique et de mobilité
  - La **normalisation des équipements disponibles**
  - La **saine gestion des fonds publiques** tout en offrant du matériel actuel et performant
  - La **satisfaction des utilisateurs** du matériel fourni par l'organisation
  - La **responsabilisation et la sensibilisation** des utilisateurs à l'importance de prendre soin de l'équipement fourni par Santé Québec
  - La **protection des données** pour assurer la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des actifs informationnels.

02

## Situation actuelle

Catégorie	Description
<b>Appareil</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'iPhone SE est désuet</li><li>• Modèle d'entrée de gamme datant de 2022</li></ul>
<b>Dérogation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Haut taux de demandes de dérogation et de remplacement, vu le haut taux d'insatisfaction avec l'iPhone SE.</li></ul>
<b>Transferts de ligne</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestion fastidieuse et complexe et plus particulièrement pour les lignes personnelles.</li></ul>
<b>Méthode d'acquisition</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Frais de résiliation lors du départ d'une ressource.</li><li>• Approche inefficace au niveau de la gestion des lignes.</li></ul>
<b>Indice de bonheur</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduction globale de l'indice de bonheur (clients et équipe mobilité).</li></ul>

**03**

## **Solution proposée**

# DES ENSEMBLES ONT ÉTÉ PRÉPARÉS POUR

- Répondre aux besoins des différentes clientèles
- Améliorer la gestion des inventaires
- Favoriser la réutilisation des stocks ou des équipements



Ensemble PLATINE

- PRÉSIDENTE ET CHEFFE DE LA DIRECTION
- VICE-PRÉSIDENT EXÉCUTIF
- VICE-PRÉSIDENTS(ES)
- VICE-PRÉSIDENTS(TES) ADJOINTS(TES)
- Le personnel de leur cabinet, à l'exception des contractuels(elles)



Ensemble OR

- Directeurs(trices) généraux
- Directeurs(trices) généraux adjoints(tes)
- Directeurs(trices) adjoints
- Gestionnaires



Ensemble STANDARD

- Conseillers(ières) cadres
- Employés(ées)
- Contractuels(elles)

PLATINE



Coût : 5 100\$	Appareil	Coût initial	Autorisation	Possibilités de dérogation
Équipement principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordinateur portable Windows avec écran 14" tactile et compatible LTE               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajout de la LTE dans le PC <b>autorisé</b></li> <li>- <b>Durée de vie : 6 ans</b></li> </ul> </li> </ul> <p><b>OU</b></p>	3 000\$	Préautorisé	iPad Pro 11"
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tablette de type iPad Pro 13" avec clavier détachable et compatible LTE               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajout de la LTE dans le iPad autorisé</li> <li>- <b>Durée de vie : 4 ans</b></li> </ul> </li> </ul>	+8,70\$ / mois pour la LTE		
Cellulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>iPhone neuf, de génération précédente à l'actuelle (ex.: <b>iPhone 15</b>)               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transferts de ligne corporative <b>autorisés</b></li> <li>✓ Double carte SIM pour intégrer la ligne personnelle sur le même téléphone que le téléphone corporatif</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Durée de vie : 4 ans</b></li> </ul>	1 100\$	Préautorisé	Autre appareil Apple (frais supplémentaires)
Kit de base	<p><b>Au bureau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2x moniteurs 22 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En télétravail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x moniteur 27 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En déplacement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x casque d'écoute supra-auriculaire et sans fil</li> <li>1x sac de transport</li> </ul>	1 000\$	Préautorisé	2x moniteurs 22" en télétravail.
Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Service personnalisé</li> <li>Service 24/7 pour les situations qui nécessitent un soutien immédiat</li> </ul>			

OR



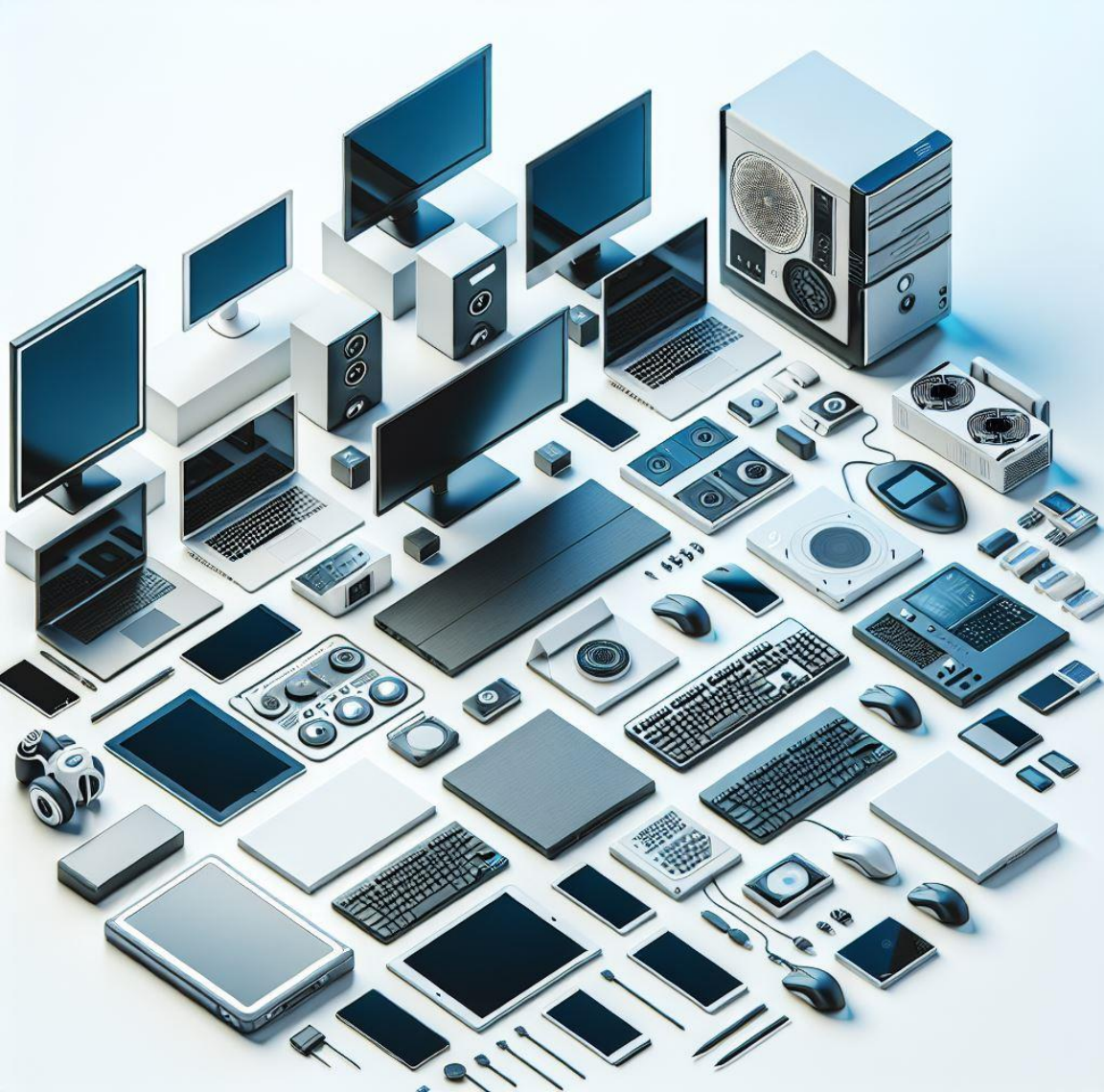
Coût : 4 600\$	Appareil	Coût initial	Autorisation	Possibilités de dérogation
Équipement principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un ordinateur portable Windows avec écran 14" et compatible LTE.</li> <li><b>Durée de vie : 6 ans</b></li> </ul>	2 500\$	Préautorisé	Non
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajout de la LTE dans le PC sur autorisation.</li> </ul>	+8,70\$ / mois pour la LTE	<b>Supérieur hiérarchique</b>	
Cellulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>iPhone neuf <b>ou usagé</b>, de génération précédente à l'actuelle (ex.: <b>iPhone 15</b>)               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transferts de ligne corporative <b>autorisés</b></li> <li>✓ Double carte SIM pour intégrer la ligne personnelle sur le même téléphone que le téléphone corporatif</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Durée de vie : 4 ans</b></li> </ul>	1 100\$	<b>Supérieur hiérarchique</b>	Autre appareil Apple, <b>sur approbation du supérieur hiérarchique</b> (frais supplémentaires)
Kit de base	<p><b>Au bureau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2x moniteurs 22 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En télétravail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x moniteur 27 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En déplacement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x casque d'écoute supra-auriculaire et sans fil</li> <li>1x sac de transport</li> </ul>	1 000\$	Préautorisé	2x moniteurs 22" en télétravail, <b>sur approbation du supérieur hiérarchique</b>
Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Service offert via le Centre de service</li> <li>Soutien offert sur les heures normales de travail</li> </ul>			

## STANDARD



Coût : 4 400\$	Appareil	Coût initial	Autorisation	Possibilités de dérogation
Équipement principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un ordinateur portable Windows avec écran 14".</li> <li><b>Durée de vie : 6 ans</b></li> </ul>	2 500\$	Préautorisé	Non
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajout de la LTE dans le PC <b>sur autorisation.</b></li> </ul>	+8,70\$ / mois pour la LTE	<b>Supérieur hiérarchique</b>	
Cellulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>iPhone neuf <b>ou usagé</b>, jusqu'à <b>deux générations précédentes</b> à l'actuelle (ex.: <b>iPhone 14</b>)               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transferts de ligne corporative <b>refusés</b></li> <li>✓ Transferts de ligne personnelle <b>refusés</b> (proposer la double SIM comme solution)</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Durée de vie : 4 ans</b></li> </ul>	1 100\$	<b>Supérieur hiérarchique</b>	Non
Kit de base	<p><b>Au bureau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2x moniteurs 22 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En télétravail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x moniteur 22 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En déplacement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x casque d'écoute supra-auriculaire et sans fil</li> <li>1x sac de transport</li> </ul>	900\$	Préautorisé	Non
Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Service offert via le Centre de service</li> <li>Soutien offert sur les heures normales de travail</li> </ul>			

## 03 Exemples de coûts supplémentaires



### Rehaussements pour un iPhone Pro Max (+ 800\$)

- Coût d'un iPhone 15 standard : **1 000\$**
- Coût d'un iPhone 15 Pro Max : **1 800\$** (+800\$)

### Livraisons d'un iPad et d'un ordinateur portable (+ 3 000\$)

- Coût d'un ordinateur portable : 2 000\$
- Coût d'un iPad Pro 13" M4 et accessoires : 3 000\$

### Rehaussements d'iPad suivant la sortie d'une nouvelle génération (+ 3 000\$)

- Coût d'un iPad Pro 13" M4 et accessoires : 3 000\$

**04**

## **Prochaines étapes**

### Mettre en place la structure administrative

- Actuellement, l'unité administrative de tous les employés de Santé Québec est celui de la Présidente et cheffe de la direction.
- La mise en place des catégories d'ensemble (Platine, Or et Standard) proposées nécessite la création des unités administratives dans chaque vice-présidence.

### Actualisation du formulaire de demande

- L'équipe de la bureautique prépare un formulaire de demande qui prendra en charge la gestion des niveaux d'autorisation, dès que les unités administratives seront créées.
- En attendant, une demande devra être produite à travers le portail Espace Client.



# Merci!

L'équipe mobilité Santé Québec

JAMIE PRONOVOST

PIERRE-LUC MAILLOUX-ROY

STEVEN DEBLOIS



# Annexes



# Modèles d'appareils

## Pourquoi proposer uniquement des appareils iOS (Apple) plutôt qu'Android?

Possibilité de livrer un appareil géré par Santé Québec directement du fournisseur au client :

- Embarquement effectué par Telus, donc aucune intervention physique n'est requise de notre part.
- Mets à profit les solutions déjà en place, telles que Apple Business Manager et Intune.

Il s'agit du type d'appareil le plus répandu en entreprise.

Un fabricant unique nous permet de simplifier la gestion globale et de développer une expertise plus pointue.

Coût des appareils moins élevés

## Pourquoi proposer une génération précédente à l'actuelle?

Celle-ci offre l'équilibre optimal entre le coût, le taux de dépréciation et la durée de vie de l'appareil :

Modèle	Prix	Durée estimée	Cause de la désuétude	Prix / année
iPhone 16 (2024)	1 200\$	4 ans	Batterie	300\$
iPhone 15 (2023)	1 100\$	4 ans	Batterie	275\$
iPhone 14 (2022)	900\$	3 ans	Performances et support	300\$
iPhone SE (2022)	650\$	2 ans	Performances et batterie	325\$
iPhone 13 (2021)	780\$	2 ans	Performances et support	390\$

## Pourquoi proposer la tablette iPad Pro 13" de génération actuelle?

Il s'agit du modèle et de la taille demandés par la forte majorité de la clientèle de la catégorie Platine.

L'écran de 13", le plus grand disponible, offre une expérience et une productivité comparables à celles d'un ordinateur portable.

Possibilité de demander une dérogation pour le modèle 11" (aucune réserve, prévoir un délai d'approvisionnement).

Notre véhicule contractuel est pour des iPads de génération actuelle.



# Méthode d'acquisition

Procéder à l'acquisition des appareils en achat comptant et sans engagement.

	Appareil (iPhone 15)	Total des mensualités sur 24 mois	Total
<b>Contrat de deux ans</b>	500 \$	650 \$	<b>1 150 \$</b>
<b>Achat comptant</b>	1 100 \$	300 \$	<b>1 400 \$</b>

**Pourquoi ne pas profiter du rabais offert par l'engagement (rabais théorique de 250\$ sur 2 ans)?**

- Pour éviter la gestion ainsi que les frais de résiliation potentiels causés par :
  - Départ de personnel ou changement de fonctions
  - Rehaussement d'appareils
  - Mauvaises informations transmises
- Pour réduire les mensualités et homogénéiser le forfait de tous les utilisateurs.
- Pour assurer une saine gestion de l'inventaire des lignes actives :
  - Dans le cas d'un transfert de ligne, évite que le client reçoive inutilement une carte SIM supplémentaire et sous engagement.
  - Dans le cas d'un départ, évite d'entreposer des cartes SIM actives sous engagement.
- Pour éviter de devoir réattribuer un numéro de téléphone ayant déjà été utilisé.
- Pour simplifier la gestion de l'inventaire au quotidien.



## Avis de confidentialité - Pied de page courriel

- Gouvernance
- Direction générale de la sécurité de l'information et de la cybersécurité
- Vice-présidence des technologies de l'information

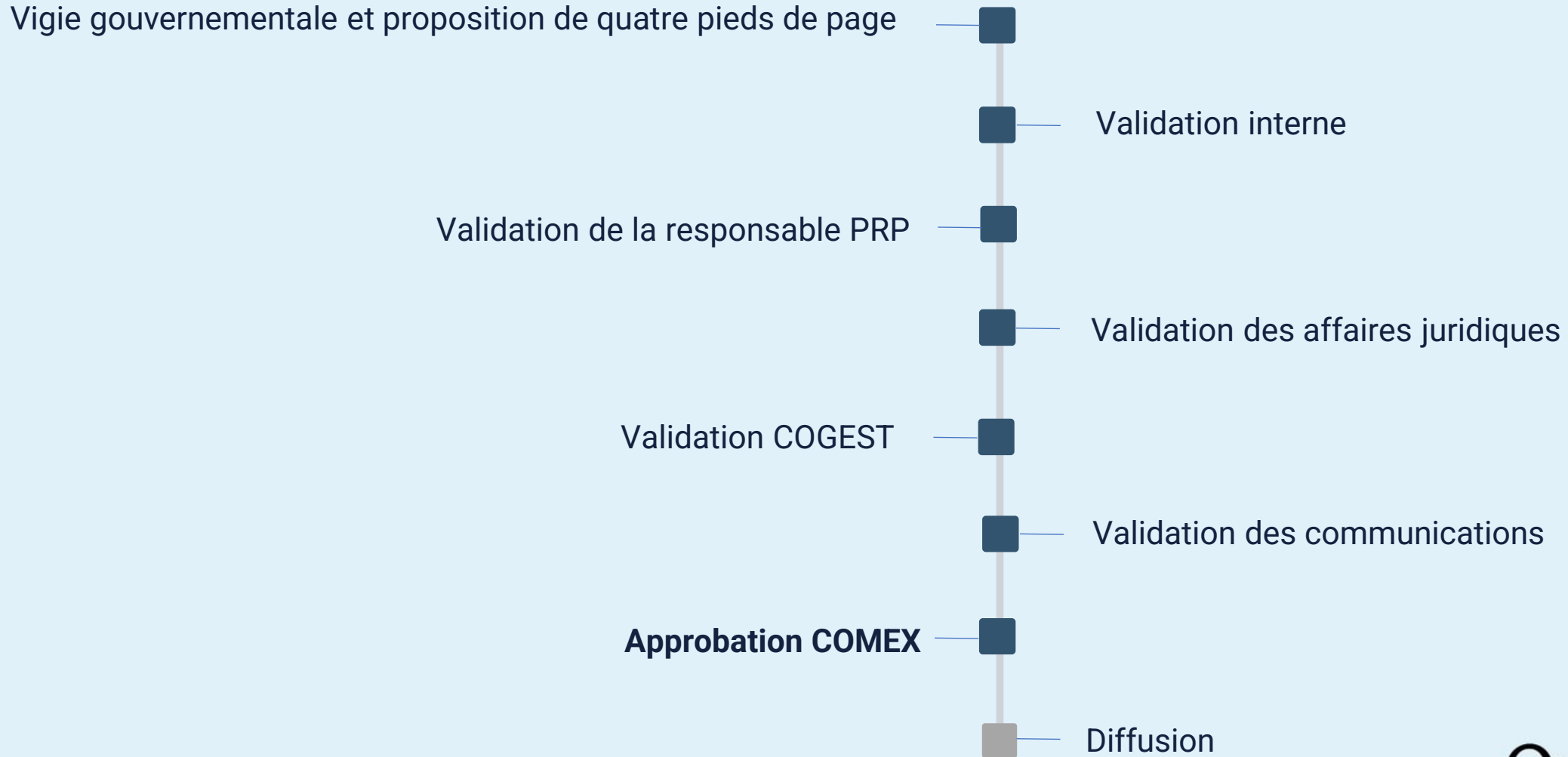
Présentation par la VPTI

COMEX 21 janvier 2025

# Plan de la présentation

- 1 — Processus de validation
- 2 — Contexte
- 3 — Éléments de sélection
- 4 — Proposition retenue
- 5 — Visuel
- 6 — Plan de communication/gestion du changement
- 7 — Période de questions

# 1. Processus de validation



# 2. Contexte

## Bonnes pratiques de sécurité

- Moyen d'informer l'expéditeur de la sensibilité du message (déjà adopté majoritairement dans la fonction publique)
- Effet dissuasif chez l'utilisateur
- Démontre l'importance que l'organisation accorde à la confidentialité de ses données

## Exigence légale ou réglementaire

- **Légale** : Il n'existe pas de loi forçant l'utilisation d'un pied de page « avis de confidentialité » dans un courriel
- **Réglementaire** : Il n'existe pas non plus une obligation administrative du gouvernement du Québec, seuls les éléments permettant d'identifier l'expéditeur sont réglementés (Programme d'identification visuelle du gouvernement du Québec)

# 3. Éléments de sélection

- **Formel**
- **Concepts juridiques**
- **Concepts techniques**
- **Menaçant**
- **Responsabilité**

## 4. Proposition retenue

Le contenu de ce courriel est réservé à l'usage exclusif de son ou de ses destinataires. Il peut contenir des renseignements confidentiels ou protégés en respect des lois applicables ou bien être visé par le secret professionnel.

Il est donc strictement interdit de le diffuser, de le distribuer, d'en dévoiler le contenu ou de le reproduire. Si vous avez ou croyez avoir reçu ce courriel par erreur, nous vous prions d'aviser immédiatement son expéditeur et de détruire ce message, ainsi que toute copie.

# 5. Visuel

Sans titre - Message (HTML)

Fichier **Message** Insertion Dessin Options Format du texte Révision Aide Antidote Rechercher des outils adaptés

Coller Presse-papiers Texte simple Noms Inclure Indicateurs Dictier Voix Niveau de confidentialité Confidentialité Rédacteur Rédacteur Lecteur immersif Immersion Nouveau sondage de disponibilité Rechercher un horaire Docusign eSignature Docusign Envoyer pour signature Adobe Acrobat Sign Afficher les modèles Mes modèles Viva Insights Complément

De

À

Cc

Objet

Pas d'étiquette



**Felix Bouchard**

Conseiller en sécurité de l'information

**Direction générale de la sécurité de l'information et de la cybersécurité (DGSIC)**

930, chemin Sainte-Foy, 6e étage, Québec (Québec) G1S 2L3

Devez-vous vraiment imprimer ce courriel?

## AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Le contenu de ce courriel est réservé à l'usage exclusif de son ou de ses destinataires. Il peut contenir des renseignements confidentiels ou protégés en respect des lois applicables ou bien, être visés par le secret professionnel.

Il est donc strictement interdit de le diffuser, de le distribuer, d'en dévoiler le contenu ou de le reproduire. Si vous avez ou croyez avoir reçu ce courriel par erreur, nous vous prions d'aviser immédiatement son expéditeur et de détruire ce message ainsi que toute copie.]

# 6. Plan de communication / gestion du changement

<p><b>Le changement</b></p> <p><b>Nature : simple</b> Bonnes pratiques</p> <p><b>Portée : large – facile à joindre</b> Environ 330k</p>	<p><b>Messages clés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La protection de vos données, une priorité.</li> <li>• Un nouvel avis de confidentialité doit être ajoutés à vos courriels.</li> <li>• Ceci s'applique à tous les employés du réseau ayant une adresse courriel.</li> <li>• <b>Actions requises :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En tant qu'émetteur de courriels : ajouter ou remplacer l'avis de confidentialité dans sa signature Outlook – <i>référence : procédure (pièce jointe ou lien, selon le cas).</i></li> <li>• En tant que destinataire : prendre connaissance de l'avis et prendre conscience des bonnes pratiques à <b>adopter</b> en lien avec la réception de courriels possiblement sensibles ou qui ne lui est pas destiné.</li> </ul> </li> </ul>
---	---

## Plan de communication / gestion du changement

Activité	À qui	Émetteur	Moyen
Annonce du nouveau libellé pour l'avis de confidentialité en bas de page des courriels	Tous les employés « corpo » de Santé Québec	Équipe de communication interne	Courriel
	Tous les employés et gestionnaires des établissements avec courriel	Équipe de communication Proximité RSSS	Courriel
	Tous les employés des organismes assujettis avec courriel	À définir	Courriel
Demande de réitérer sur la raison d'être de l'avis et l'importance de le comprendre	Gestionnaires, en cascade de communication vers leurs employés	DI - Santé Québec	Au choix du gestionnaire

### Requis pour l'exécution du plan

1. **Validation du responsable du développement durable**
2. Convenir des émetteurs\* qui sont les plus crédibles aux yeux des employés dans ce contexte et ce, pour chaque activité de communication .
3. Proposer les messages pour les diverses communications
4. Concevoir la procédure pour ajouter l'avis dans la signature d'un courriel.

\* L'émetteur peut être une personne ou une boîte de courriel ayant une certaine crédibilité ou autorité.

# Vers un système de santé et de services sociaux **+EFFICACE**



# Merci!

# Résultats-clés au 31 mars 2025

Vice-présidence Talent, Culture et Engagement

Janvier 2025

OBJECTIFS	RÉSULTATS CLÉ (KR)
<b>1) Mutualiser les capacités d'enquête pour plaintes de harcèlement pour éviter le recours à des enquêteurs externes.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offre de service diffusée aux établissements</li> <li>▪ Offre de service implantée auprès des établissements ciblés</li> </ul>
<b>2) Agir sur l'assurance salaire:</b> <b>a) Amorce du processus de gestion personnalisé des employés présentant un taux d'absentéisme au-delà de 25%;</b> <b>b) Optimisation de l'utilisation du système d'information de gestion Santé et Sécurité au Travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tous les établissements utilisent l'ensemble des fonctionnalités du système d'information de gestion</li> <li>▪ Utilisation optimale de SIGMA-SST</li> <li>▪ Les systèmes parallèles sont mis hors service</li> </ul>
<b>3) Uniformiser les services d'actuariat pour le suivi financier du régime rétrospectif de la CNESST auprès des établissements, en collaboration avec la VP Finance.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Appel d'offre lancé.</li> </ul>
<b>4) Déployer la mesure de l'expérience employé.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le plan de déploiement finalisé est déposé au COMEX</li> </ul>
<b>5) Optimiser les systèmes d'information et de gestion RH.</b> <b>a) Mise en place d'un index unique des employés de Santé Québec</b> <b>b) Finalisation de la mise à jour du dossier d'affaires SIRH et identification de la séquence de réalisation des projets transitoires</b> <b>c) Déploiement de la plateforme Talent-Santé-Québec</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'index unique est déployé dans tous les établissements</li> <li>▪ L'ensemble des clients LGI et midi-solutions sont connectés à l'index</li> <li>▪ Le dossier d'affaires SIRH finalisé est déposé au COMEX</li> <li>▪ La plateforme est déployée sur trois sites pilotes</li> </ul>
<b>6) Déployer un indicateur unique de besoin de main-d'œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicateur validé par les équipes cliniques</li> <li>▪ Les simulations sont possibles à partir d'avril 2025</li> </ul>
<b>7) Déployer le processus sur la dotation des postes interétablissement (entrevues, processus de transfert de dossier, etc.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le processus est diffusé et déployé dans les établissements</li> </ul>

# Lobbyisme à Santé Québec

## Présentation

Présenté au :

**COMITÉ EXÉCUTIF**

Par :

**PATRICK THIERRY GRENIER**

CHEF DU BUREAU DE LA PRÉSIDENTE ET CHEF DE LA DIRECTION, AFFAIRES JURIDIQUES ET DE LA GOUVERNANCE.

**SANA HAIDARA**

DIRECTRICE DE L'ÉTHIQUE ET DE LA CONFORMITÉ.

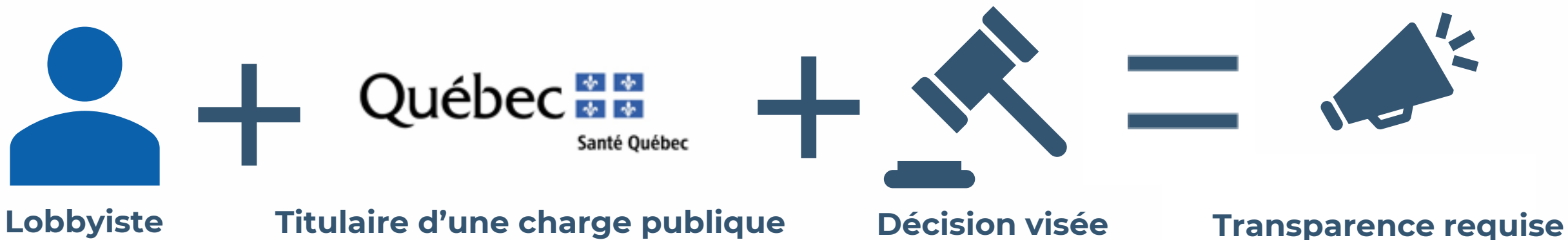
Le 21 janvier 2025

# Qu'est-ce que le lobbyisme?

---

Toute communication orale ou écrite avec un titulaire de charge publique visant à influencer ou étant susceptible d'influencer une décision visée.

## Trois composantes



## ...En quoi ça vous concerne?

- Contribuer à renforcer la confiance dans les institutions publiques et les personnes qui y œuvrent
- Respecter nos obligations légales et réglementaires
- Faire preuve de transparence et démontrer que les questions d'intérêts publics prime sur les intérêts particuliers

# Principes et objectifs de la Loi sur la transparence en matière de lobbyisme

## Principes

- Légitimité du lobbyisme
- Droit du public de savoir qui cherche à influencer les titulaires de charges publiques

## Objectifs

- Assurer un sain exercice des activités de lobbyisme
- Transparence

# Une activité de lobbyisme peut être...

---

Une activité visant à influencer un titulaire de la charge publique dans sa prise de décisions concernant :

- Un programme, une résolution, une orientation ou un plan d'action;
- Un permis, une licence, un certificat ou une autorisation;
- Un contrat, autrement que dans le cadre d'un appel d'offres public, une subvention ou un autre avantage pécuniaire;
- La nomination d'administrateurs publics.

# Une activité de lobbyisme n'est pas....

---

- Une simple demande d'un permis, d'une licence, d'un certificat, d'une autorisation, d'une subvention ou d'un avantage pécuniaire;
- Une présentation d'un produit ou d'un service;
- Une réponse à une demande écrite;
- Une participation à un comité consultatif;
- Des représentations entre titulaires de charges publiques (par ex. un représentant de Santé Québec fait une représentation auprès d'un Ministre ou de ses fonctionnaires);
- Une demande d'information concernant ses droits et ses obligations;
- Un appel d'offres public ;
- Des conditions d'exécution d'un contrat après son attribution;
- Des procédures publiques ou connues du public.

## Prochaines étapes

Des formations et un processus à venir

ACTIVITÉS	Date
Formation sur les obligations liées à la <i>Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme</i> et au Code de déontologie des lobbyistes pour le COMEX	18 mars
Formation sur les obligations liées à la <i>Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme</i> et au Code de déontologie des lobbyistes pour les administrateurs	20 mars

# Titulaires de charges publiques

Déclarer pour mieux se protéger

Divulguer

- Administrateurs
- Exécutifs

- Au plus tôt (dès réception de la communication ou dès la rencontre avec le lobbyiste), communiquer avec la Direction de l'éthique et de la conformité par courriel au :
  - [lobbyisme@sante.quebec](mailto:lobbyisme@sante.quebec)

Vérifier

Direction de l'éthique et de la conformité

- Valide l'inscription au registre des lobbyistes et le respect du Code de déontologie des lobbyistes
- Fournit les informations sur le mandat publié par le lobbyiste
- Tient le **registre interne** des lobbyistes de Santé Québec

Contrôler

Direction de l'éthique et de la conformité

En cas de manquement (par ex. mandat non clair)

- Rappeler au lobbyiste ses obligations (par ex. publication du mandat)

## Note importante:

- Possibilité de rencontre spontanée ou de donner suite à des communications sans mandat car les lobbyistes disposent d'un délai de 30 à 60 jours pour déclarer leurs activités

**Merci !**

Lobbyisme à Santé Québec.



Santé Québec

# VPF - Objectifs au 31 mars 2025

Janvier 2025

# Principes directeurs

---



Création de valeur



Orientations et réflexion sur les meilleures pratiques



Passer d'un mode rétrospectif à un mode prospectif



Collaboration, synergie et consolidation réseau



Tenir compte des attentes de nos parties prenantes

# Objectifs de la VPF au 31 mars 2025

---

- Analyser l'impact de la hausse des heures travaillées & \$ par rapport au volume (19-20 vs 23-24)
- Établir un tableau de bord consolidé des données financières RSSS
- Convenir des principes de base des modalités de reddition de compte et de confirmation de revenus MSSS en début d'année financière
- Établir les principes de base des modalités du FAP pour le 1<sup>er</sup> avril 2025
- Valider la répartition du budget 2025-2026 en ajustant les cibles selon la performance des établissements

# Indicateurs clés

---

Basé sur la réflexion d'accessibilité de l'information et de la synergie réseau

Réflexion envisagée sur les processus administratifs communs

Poursuivre nos démarches dans l'atteinte de réduction du nombre de reddition de compte à produire

Poursuivre nos démarches pour la confirmation de la subvention MSSS dès le début de l'année financière

- Mettre en relation la hausse des heures travaillées et les volumes d'activité afin de cibler les pistes d'amélioration
- Obtenir l'accès, en temps réel, aux données financières (Balance de vérification) des établissements afin d'avoir une vue d'ensemble et arrêter les demandes et la compilation de données
- Établir les règles et les modalités de reddition de compte dès le début de l'année financière
- Clarifier les règles du FAP dès le début de l'année
- Utiliser la notion de performance pour établir les cibles de performances en 25-26

Santé Québec

# Merci

Québec   
Santé Québec

Santé Québec

# Directive sur l'attribution et l'utilisation du matériel de bureautique et de mobilité

Version : 1

Direction générale adjointe de la gestion des relations clients (DGAGRC)  
Direction générale des infrastructures et des solutions numériques (DGISN)  
Vice-présidence Technologies de l'information (VPTI)

18/12/2024

## Table des matières

Tableau des acronymes .....	3
1. Introduction .....	4
1.1 Principes directeurs.....	4
1.2 Domaine d'application.....	4
2 Modalités d'attribution des équipements.....	5
2.1 Catégories d'ensemble.....	5
2.2 Critères d'allocation.....	6
3. Gestion des équipements .....	7
3.1 Utilisation.....	7
3.2 Responsabilités.....	7
3.3 Gestion et maintenance.....	8
4. Approvisionnement et acquisition.....	9
4.1 Contrats-cadres avec des fournisseurs .....	9
4.2 Processus d'approvisionnement standardisé.....	9
4.3 Gestion des surplus et équipements obsolètes.....	10
5. Dispositions additionnelles.....	10
5.1 Dérogation .....	10
5.2 Mise en application, suivi et révision .....	10
5.3 Sanctions.....	10
5.4 Approbation et date d'entrée en vigueur.....	10
Annexe A – Ensemble PLATINE.....	11
Annexe B – Ensemble OR.....	12
Annexe C – Ensemble STANDARD .....	13

## Tableau des acronymes

Acronyme	Signification
<b>DGAGRC</b>	Direction générale adjointe de la gestion des relations clients
<b>DGISN</b>	Direction générale des infrastructures et des solutions numériques
<b>VPTI</b>	Vice-présidence Technologies de l'information
<b>DRH</b>	Direction des ressources humaines
<b>LTE</b>	Long Term Evolution (connectivité sans fil)
<b>SIM</b>	Subscriber Identity Module (carte SIM)
<b>CAG</b>	Centre d'acquisitions gouvernementales

# 1. Introduction

Santé Québec s'engage à fournir à ses employés des équipements bureautiques et de mobilité performants pour soutenir l'exercice de leurs fonctions. Cette directive encadre l'attribution, l'utilisation et la gestion des équipements, afin d'assurer l'efficacité organisationnelle tout en respectant les principes de sobriété numérique et de saine gestion des fonds publics. Elle vise également à clarifier les rôles et responsabilités des parties prenantes et à définir les processus nécessaires à une gestion optimale du matériel. Cette démarche s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue pour adapter les outils technologiques aux besoins évolutifs de l'organisation.

## 1.1 Principes directeurs

Les principes directeurs définissent les fondations de cette directive et orientent toutes les décisions en matière d'attribution et de gestion des équipements :

- **Sobriété numérique** : En promouvant une utilisation efficace et responsable des ressources technologiques, Santé Québec encourage l'optimisation de la durée de vie des appareils et la réutilisation des équipements fonctionnels, tout en répondant aux besoins des utilisateurs.
- **Gestion efficiente** : Une gestion rigoureuse des inventaires est essentielle pour minimiser les coûts et éviter le gaspillage, assurant ainsi une saine gestion des fonds publics. Les processus d'approvisionnement sont conçus pour simplifier la gestion et garantir une disponibilité adéquate des ressources technologiques.
- **Normalisation** : L'utilisation d'équipements standardisés permet non seulement de faciliter les opérations, mais aussi d'améliorer la compatibilité entre les outils et de réduire les délais de maintenance ou de réparation.
- **Satisfaction des utilisateurs** : Offrir des équipements modernes et adaptés aux besoins spécifiques des différentes fonctions contribue à garantir une productivité optimale.
- **Responsabilisation** : Les utilisateurs sont sensibilisés à l'importance de préserver les équipements qui leur sont attribués et à la dimension éthique et sécuritaire de leur utilisation.
- **Protection des données** : Assurer la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des actifs informationnels doit en tout temps être une priorité.

## 1.2 Domaine d'application

Cette directive s'applique à tous les employés du siège social de Santé Québec utilisant des équipements bureautiques ou de mobilité fournis par l'organisation, y compris les employés permanents, temporaires et les consultants externes. Elle couvre tous les aspects de l'utilisation des équipements, depuis leur acquisition jusqu'à leur retrait ou remplacement. Un plan de mutualisation sera préparé ultérieurement afin d'étendre son application à l'ensemble des employés de Santé Québec.

## 2 Modalités d'attribution des équipements

### 2.1 Catégories d'ensemble

Trois catégories d'ensemble sont définies selon le poste occupé par l'utilisateur:

PLATINE	OR	STANDARD
Ordinateur portable Windows avec écran tactile 14" et compatible LTE <b>OU</b> Tablette iPad Pro 13" avec clavier détachable et Apple Pencil Pro (sur demande uniquement). Ajout de la connectivité LTE dans le PC ou la tablette.	Un ordinateur portable Windows avec écran 14" et compatible LTE.  Ajout de la connectivité LTE dans le PC sur autorisation du supérieur hiérarchique.	Un ordinateur portable Windows avec écran 14".  Ajout de la connectivité LTE dans le PC sur autorisation du supérieur hiérarchique.
<b>Cellulaire</b>		
iPhone neuf de génération actuelle -1	iPhone neuf ou usagé, de génération actuelle -1	iPhone neuf ou usagé, de génération actuelle -2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferts de ligne corporative autorisés</li> <li>• Double carte SIM pour intégrer ligne personnelle et téléphone corporatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferts de ligne corporative autorisés</li> <li>• Double carte SIM pour intégrer ligne personnelle et téléphone corporatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferts de ligne corporative refusés</li> <li>• Transferts de ligne personnelle refusés</li> <li>• Double carte SIM possible</li> </ul>
<b>Ensemble</b>		
<b>Télétravail :</b>		<b>Télétravail :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x moniteur 27"</li> <li>• 1x clavier/ souris filaire</li> <li>• 1x station d'accueil</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x moniteur 22"</li> <li>• 1x clavier / souris filaire</li> <li>• 1x station d'accueil</li> </ul>
<b>Bureau :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 x moniteurs 22"</li> <li>• 1x clavier / souris filaire</li> <li>• 1x station d'accueil</li> </ul>		
Casque d'écoute supra-auriculaire et sans fil		
Sac de transport		
<b>Dérogations</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• iPad Pro 11"</li> <li>• Autres appareils téléphoniques Apple (frais supplémentaires)</li> <li>• 2x moniteurs 22" en télétravail</li> </ul>	<b>Sous approbation du supérieur hiérarchique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres appareils téléphoniques Apple (frais supplémentaires)</li> <li>• 2x moniteurs 22" en télétravail</li> </ul>	
<b>Soutien</b>		
Service personnalisé*	Service offert via le Centre de service	
Service 24/7 pour les situations qui nécessitent un soutien immédiat**	Soutien offert durant les heures normales de travail	

\* Service adapté pour les utilisateurs ayant des besoins spécifiques, avec un accès à une ressource dédiée, via un numéro direct.

\*\* Service disponible 24h/7j réservé aux urgences empêchant un utilisateur de réaliser ses tâches essentielles.

Les catégories d'ensemble ont été conçues pour répondre aux besoins variés des utilisateurs, tout en optimisant la gestion des ressources. Ces ensembles reflètent une approche structurée basée sur l'analyse des exigences spécifiques à chaque catégorie d'employés. Ils visent à répondre aux besoins des différentes clientèles, améliorer la gestion des inventaires et favoriser la réutilisation des stocks.

### Ensemble Platine

- Président(e) et chef(fe) de la direction
- Vice-Président(e) exécutif
- Vice-Présidents(es)
- Vice-présidents(tes) adjoints(tes)
- Le personnel de leur cabinet, à l'exception des contractuels(elles)

### Ensemble Or

- Directeurs(trices) généraux
- Directeurs(trices) généraux adjoints(tes)
- Directeurs(trices)
- Gestionnaires

### Ensemble Standard

- Conseillers(ières) cadres
- Employés(ées)
- Contractuels(elles)

## 2.2 Critères d'allocation

L'attribution des équipements est soumise à plusieurs critères qui visent à assurer une utilisation optimale des ressources tout en répondant aux besoins réels des utilisateurs. Ces critères sont appliqués de manière cohérente pour garantir l'équité et la transparence dans le processus d'allocation:

- Besoins opérationnels** : Les équipements sont attribués en fonction des responsabilités et des tâches spécifiques des utilisateurs.
- Validation hiérarchique** : Certaines demandes d'équipement doivent être approuvées par le supérieur hiérarchique de l'utilisateur (voir Annexes A, B et C). Cette validation garantit que les équipements sont alignés sur les priorités opérationnelles de chaque unité.
- Formulaire de demande** : Les dirigeants, cadres et employés doivent soumettre une demande détaillée via le portail Espace Client. Ce formulaire comprend une description des besoins, les justifications pour tout équipement supplémentaire requis et les informations nécessaires à la validation administrative.
- Disponibilité des inventaires** : Les priorités d'attribution tiennent compte des équipements disponibles dans l'inventaire. Une gestion proactive permet de minimiser les délais d'attente et de s'assurer que les ressources sont

utilisées efficacement. Cela inclut la possibilité de réassigner du matériel usagé, lorsque celui-ci répond aux normes de la catégorie d'ensemble, afin d'optimiser l'utilisation des équipements existants.

- v. **Contraintes budgétaires** : L'attribution est également influencée par les ressources financières disponibles, lesquelles sont administrées conformément aux orientations établies par la DGISN. Les supérieurs hiérarchiques doivent veiller à concilier les besoins opérationnels avec les limites budgétaires, tout en gardant à l'esprit une gestion rigoureuse des dépenses.

Ces critères sont révisés régulièrement pour refléter les évolutions des besoins organisationnels et garantir une adéquation optimale entre les équipements et les tâches des utilisateurs.

## 3. Gestion des équipements

### 3.1 Utilisation

Les équipements doivent être utilisés exclusivement à des fins professionnelles et conformément aux politiques internes. Cependant, cette règle ne s'applique pas aux téléphones mobiles, pour lesquels l'ajout d'une ligne personnelle sur l'appareil corporatif est possible. Toute utilisation abusive ou non conforme est strictement interdite et peut entraîner des sanctions.

L'installation de logiciels ou d'applications non autorisés est strictement interdite. Cette mesure vise à prévenir les risques de cybersécurité et à assurer une compatibilité optimale avec les systèmes de l'organisation.

Les utilisateurs doivent garantir la sécurité physique et logicielle des équipements, incluant :

- La vigilance lors de l'utilisation d'appareils dans des lieux publics ou non sécurisés;
- La prévention des pertes, vols ou dommages matériels en adoptant des pratiques sécuritaires adaptées à chaque situation.

### 3.2 Responsabilités

#### Utilisateur désigné

L'utilisateur désigné d'un équipement bureautique ou de mobilité est responsable de l'utilisation correcte et sécurisée de l'équipement. À ce titre, il :

- Ne doit pas prêter son équipement à d'autres utilisateurs sans autorisation ;
- Doit veiller à la mise à jour régulière des logiciels et des outils de sécurité sur l'équipement, notamment lors du démarrage et des connexions au réseau. Toute irrégularité détectée au niveau des mises à jour doit être signalée à la VPTI ;
- Doit retourner l'équipement ainsi que tous les accessoires associés lorsqu'il quitte l'organisation ou lorsque l'usage n'est plus requis ;
- Doit informer immédiatement la VPTI de la perte, du vol ou de la compromission de l'équipement.
- Doit utiliser l'équipement de manière appropriée, en évitant toute action ou condition pouvant entraîner des dommages, et signaler sans délai toute anomalie ou tout dysfonctionnement.

La VPTI peut récupérer un équipement dont l'utilisateur ne respecte pas ces directives afin de garantir la sécurité des données et la conformité des équipements.

## Gestionnaires

Les gestionnaires sont responsables de la communication des règles relatives à l'utilisation des équipements auprès de leurs équipes. Ils doivent veiller à ce que tous les utilisateurs respectent la présente directive d'utilisation des équipements. Lorsqu'un gestionnaire constate un usage non conforme ou suspect d'un équipement, il doit :

- Signaler le problème à la VPTI via l'Espace Client ;
- Coopérer avec la VPTI pour résoudre toute situation liée à la gestion des équipements ;
- En cas d'absence prolongée d'un employé, le gestionnaire doit amorcer le processus de récupération des équipements pour éviter leur non-utilisation ou leur perte ;
- S'assurer d'ouvrir rapidement un billet pour toute demande de mouvement de personnel en fonction des départs, des changements de fonction ou autres situations pertinentes.

## Vice-présidence Technologies de l'information

La VPTI joue un rôle central dans la gestion des équipements de bureautique et de mobilité. Elle est responsable de :

- Déterminer les spécifications et critères d'acquisition des équipements ;
- Assurer la gestion, la configuration et l'installation des équipements ainsi que les mises à jour nécessaires ;
- Maintenir un inventaire précis et à jour des équipements ;
- Fournir un soutien technique aux utilisateurs et intervenir en cas de défaillance ou de non-conformité des équipements ;
- Veiller à la sécurité des équipements à travers des processus de nettoyage des données lors de la réattribution d'équipements.

La VPTI est également responsable de la supervision de l'approvisionnement selon les directives et des stratégies d'acquisition adaptées aux besoins organisationnels.

## Direction des ressources humaines

La DRH soutient la VPTI en ce qui concerne la gestion des mouvements de personnel liés aux équipements. Elle est responsable de coordonner, avec la VPTI, la récupération des équipements lorsque des employés quittent l'organisation ou changent de fonction. En cas de situation problématique liée à l'utilisation des équipements, la DRH peut demander à la VPTI un rapport détaillé sur l'utilisation des équipements par un employé.

## 3.3 Gestion et maintenance

### Inventaire

- Tous les équipements sont enregistrés dans un inventaire centralisé géré par le service responsable du matériel de bureautique et de mobilité. Cet inventaire inclut des informations détaillées sur l'état, l'historique et la localisation des appareils.
- Une prise d'inventaire est réalisée chaque mois pour assurer la conformité des équipements en entrepôt. Cette vérification régulière permet de s'assurer que tous les équipements sont présents et en bon état.
- Le service responsable du matériel de bureautique et de mobilité gère le cycle de désuétude des équipements. Lorsqu'un appareil nécessite un remplacement ou une mise à jour, une communication est établie avec l'utilisateur pour récupérer l'équipement et le rehausser si nécessaire.

## Maintenance

- Les mises à jour logicielles et correctifs de sécurité sont appliqués automatiquement par le système central. Les utilisateurs doivent démarrer et connecter leurs équipements au réseau pour garantir leur conformité aux standards de sécurité.
- Les équipements défectueux doivent être retournés pour réparation ou remplacement dans les plus brefs délais. Le service responsable du matériel de bureautique et de mobilité s'engage à fournir un équipement de remplacement temporaire si nécessaire.

## Récupération

- Tout équipement doit être restitué lors de la fin de l'emploi, d'un changement de poste ou lorsqu'il n'est plus requis. Les utilisateurs doivent s'assurer que toutes les données sensibles ont été sauvegardées avant la restitution.
- Les gestionnaires doivent s'assurer de la récupération rapide des équipements inutilisés. Ces derniers sont ensuite évalués pour une éventuelle réutilisation ou un recyclage responsable.

## 4. Approvisionnement et acquisition

L'approvisionnement des équipements de bureautique et de mobilité repose sur une stratégie structurée pour garantir la transparence, l'efficacité, et la satisfaction des besoins organisationnels.

### 4.1 Contrats-cadres avec des fournisseurs

Santé Québec travaille avec des fournisseurs présélectionnés, notamment par l'intermédiaire du CAG, dont la mission est de fournir aux organismes publics les biens et services nécessaires tout en optimisant les acquisitions gouvernementales. Ces contrats-cadres, conformes aux politiques d'approvisionnement approuvées par la Vice-présidence Approvisionnement, Logistique et Infrastructure, permettent de bénéficier de tarifs compétitifs, d'une homogénéité dans la qualité des équipements et de délais de livraison optimisés.

Les acquisitions se font en achat comptant. Cette approche permet de :

- Réduire les coûts et d'éviter les frais liés aux contrats à long terme ;
- Accroître la flexibilité face aux évolutions futures des besoins en équipement, notamment en cas de changement technologique ou organisationnel ;
- Simplifier la gestion de l'inventaire et d'éviter des frais supplémentaires ;
- Faciliter la gestion du parc informatique ;
- Réduire la complexité administrative liée aux engagements à long terme.

Un contrôle strict des budgets alloués aux acquisitions est mis en place pour garantir une utilisation optimale des ressources financières. Des rapports réguliers sont produits pour évaluer les écarts budgétaires et proposer des ajustements si nécessaire.

### 4.2 Processus d'approvisionnement standardisé

L'ensemble des achats est géré via un processus uniformisé pour assurer une cohérence dans la qualité des équipements et une traçabilité complète des transactions.

### 4.3 Gestion des surplus et équipements obsolètes

Les équipements en surplus ou obsolètes sont récupérés, évalués et réaffectés lorsque possible. Sinon, ils sont recyclés selon les normes environnementales en vigueur. Cette stratégie d'approvisionnement répond aux besoins actuels de Santé Québec tout en anticipant les défis futurs, grâce à une gestion agile des équipements. En alignant les acquisitions avec les priorités stratégiques et en intégrant une analyse continue des tendances technologiques, elle assure une continuité optimale, une flexibilité et une résilience renforcées, garantissant ainsi l'efficacité et la pérennité des infrastructures dans un environnement en constante évolution.

## 5. Dispositions additionnelles

### 5.1 Dérogation

Aucune dérogation à la présente directive n'est permise sans autorisation. Selon la catégorie d'ensemble, l'autorisation doit être obtenue du supérieur hiérarchique avant toute décision.

### 5.2 Mise en application, suivi et révision

La VPTI est responsable de la mise en application de cette directive et assurera son suivi afin de garantir sa conformité et son efficacité. Toute modification des besoins organisationnels ou des évolutions technologiques pourra entraîner la révision de cette directive. La VPTI procédera à sa mise à jour lorsque des ajustements seront nécessaires, en tenant compte des évolutions stratégiques et opérationnelles.

### 5.3 Sanctions

Lorsqu'un utilisateur contrevient à la directive ou aux règles qui en découlent, il s'expose à des mesures disciplinaires, administratives ou légales. Ces mesures dépendent de la gravité et des conséquences de son geste, conformément aux dispositions des conventions collectives, ententes, contrats, règlements et lois en vigueur.

La VPTI peut transmettre à une autorité judiciaire les informations colligées lorsqu'il existe des raisons de croire qu'une infraction à toute loi ou tout règlement a été commise.

Dans le cadre d'ententes de services entre ministères, organismes ou tiers, les mesures spécifiées en cas de manquement peuvent également s'appliquer.

### 5.4 Approbation et date d'entrée en vigueur

Cette directive remplace toute directive antérieure relative à l'approvisionnement et à l'acquisition des équipements de bureautique et de mobilité. Elle entre en vigueur à la date d'approbation par le ou la vice-président(e) Technologies de l'information.

## Annexe A – Ensemble PLATINE

Ensemble PLATINE	Coût total 5 100 \$	Appareil	Coût initial	Autorisation	Possibilités de dérogation
	Équipement principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordinateur portable Windows avec écran 14" tactile et compatible LTE               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajout de la LTE dans le PC <b>autorisé</b></li> <li>- <b>Durée de vie : 6 ans</b></li> </ul> </li> </ul> <p><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tablette de type iPad Pro 13" avec clavier détachable et compatible LTE               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajout de la LTE dans le iPad autorisé</li> <li>- <b>Durée de vie : 4 ans</b></li> </ul> </li> </ul>	3 000\$ +8,70\$ / mois pour la LTE	Préautorisé	➤ iPad Pro 11"
	Cellulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>iPhone neuf, de génération précédente à l'actuelle (-1)               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transfert de ligne corporative <b>autorisé</b></li> <li>✓ Ajout de la ligne personnelle <b>autorisé</b> (double SIM) sur le téléphone corporatif</li> </ul> </li> <li><b>Durée de vie 4 ans</b></li> </ul>	1 100\$	Préautorisé	➤ Autre appareil Apple (frais supplémentaires)
	Kit de base	<p><b>Au bureau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2x moniteurs 22 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En télétravail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x moniteur 27 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En déplacement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x casque d'écoute supra-auriculaire sans fil</li> <li>1x sac de transport</li> </ul>	1 000\$	Préautorisé	➤ 2x moniteurs 22" en télétravail.
	Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Service personnalisé</li> <li>Service 24/7 pour les situations qui nécessitent un soutien immédiat</li> </ul>			

## Annexe B – Ensemble OR

Ensemble OR	Coût total 4 600 \$	Appareil	Coût initial	Autorisation	Possibilités de dérogation
	Équipement principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un ordinateur portable Windows avec écran 14" et compatible LTE.</li> <li><b>Durée de vie : 6 ans</b></li> </ul>	2 500\$	Préautorisé	Non
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajout de la LTE dans le PC sur autorisation.</li> </ul>	+8,70\$ / mois pour la LTE	<b>Supérieur hiérarchique</b>	
	Cellulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>iPhone neuf ou usagé, de génération précédente à l'actuelle (-1)               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transferts de ligne corporative autorisés</li> <li>✓ Ajout de la ligne personnelle autorisé (double SIM) sur le téléphone corporatif</li> </ul> </li> <li><b>Durée de vie : 4 ans</b></li> </ul>	1 100\$	<b>Supérieur hiérarchique</b>	Autre appareil Apple, <b>sur approbation du supérieur hiérarchique</b> (frais supplémentaires)
	Kit de base	<p><b>Au bureau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2x moniteurs 22 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En télétravail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x moniteur 27 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En déplacement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x casque d'écoute supra-auriculaire sans fil</li> <li>1x sac de transport</li> </ul>	1 000\$	Préautorisé	2x moniteurs 22" en télétravail, <b>sur approbation du supérieur hiérarchique</b>
Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Service offert via le Centre de service</li> <li>Soutien offert sur les heures normales de travail</li> </ul>				

## Annexe C – Ensemble STANDARD

Ensemble STANDARD	Coût total 4 400 \$	Appareil	Coût initial	Autorisation	Possibilités de dérogation
	Équipement principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un ordinateur portable Windows avec écran 14".</li> <li><b>Durée de vie : 6 ans</b></li> </ul>	2 500\$	Préautorisé	Non
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajout de la LTE dans le PC sur autorisation.</li> </ul>	+8,70\$ / mois pour la LTE	<b>Supérieur hiérarchique</b>	
	Cellulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>iPhone neuf ou usagé, jusqu'à deux générations précédentes à l'actuelle (-2)               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transferts de ligne corporative refusés</li> <li>✓ Ajout de la ligne personnelle autorisé (double SIM) sur le téléphone corporatif</li> </ul> </li> <li><b>Durée de vie : 4 ans</b></li> </ul>	1 100\$	<b>Supérieur hiérarchique</b>	Non
	Kit de base	<p><b>Au bureau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2x moniteurs 22 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En télétravail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x moniteur 22 pouces</li> <li>1x clavier / souris filaire</li> <li>1x station d'accueil</li> </ul> <p><b>En déplacement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1x casque d'écoute supra-auriculaire sans fil</li> <li>1x sac de transport</li> </ul>	900\$	Préautorisé	Non
	Soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Service offert via le Centre de service</li> <li>Soutien offert sur les heures normales de travail</li> </ul>			

# Plan d'action saison hivernale 24-25

**3<sup>e</sup> bilan mensuel**



## Table des matières

1. Démarches période hivernale.....	3
2. État d'avancement : Plans d'action pour la période hivernale des établissements.....	4
3. Orientations ministérielles – Préparation aux saisons automnales et hivernales : Faits saillants.....	5
4. Résultats des principaux indicateurs d'accès.....	17
Annexe 1 .....	18
Annexe 2 .....	19

## 1. Démarches période hivernale

### **Actions réalisées depuis le dernier rapport**

- Suivi de l'avancement des plans d'action individuels de chaque établissement et mise à jour mensuelle :
  - 1) Évolution de l'avancement des plans d'action de chaque établissement;
  - 2) Suivi des indicateurs de performance identifiés sur lesquels les actions devraient agir afin de quantifier les résultats;
  - 3) Ajout et modification des actions par les établissements, selon les résultats.
- Suivre de près l'évolution des indicateurs d'accès des établissements en parallèle pour agir proactivement en accompagnement pour les établissements en plus grande difficulté;
- Mise en œuvre du plan d'action intégré court terme auprès des établissements ciblés d'ici le 31 mars 2025 :
  - Spécifiquement pour les volets des urgences (durée moyenne de séjours et délai de prise en charge), patients de basse priorités (4 et 5) à l'urgence, Guiche d'Accès à la Première Ligne, NSA (Niveau de Soins Alternatifs), Chirurgie, Santé mentale, Soutien à Domicile;
  - Déploiement des actions par les PDG des établissements;
  - Vigie, soutien et encadrement offert par l'équipe VPE-OT de Santé Québec;
  - Suivi hebdomadaire au niveau de l'évolution des indicateurs.
- Démarches en cours pour l'envoi d'une communication aux établissements sur l'application de la facturation des usagers de niveau de soins alternatifs (NSA) qui refusent de quitter l'hôpital pour un hébergement;
- Analyse plus approfondie de différents éléments :
  - Des places perdues en CHSLD lors de la fermeture des chambres multiples en CHSLD : cela concerne 69 places en CHSLD privés, dont l'immense majorité (94%) se trouve au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
  - Mise à jour du portrait de l'utilisation de la surcapacité dans les milieux hospitaliers : en date du 17 janvier 2025, il y avait 634 lits de surcapacité utilisés pour un total de 1 573 lits de surcapacité prévue au seuil d'alerte maximal. Et c'est 59% des installations hospitalières qui utilisaient leurs lits de surcapacité.

### **À venir :**

Poursuite de la mise en œuvre du plan d'action intégré court terme auprès des établissements ciblés d'ici le 31 mars 2025 :

- Mise en place de travaux pour adresser les enjeux sur la présence de personnes en situation d'itinérance de plus en plus présentes dans les urgences.

## 2. État d'avancement : Plans d'action pour la période hivernale des établissements

### Faits saillants

- Chaque établissement pilote l'avancement de son plan d'action et l'impact des actions ciblées sur ces indicateurs.
- En fonction de l'évolution de son état de situation, le PDG doit ajuster son plan d'action en ajoutant ou ajustant des mesures.
- Vous trouverez ci-bas le tableau d'évolution de l'actualisation des plans qui est suivi mensuellement avec des rencontres individuelles entre l'équipe de coordination nationale de Santé Québec et les établissements.

Établissements	Mi-sept 2024		07-oct-24		25-oct-24		05-nov-24		18-nov-24		02-déc-24		17-déc-24		28-janv-25	
	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement	Nb actions à implanter	% avancement
01_BSL	9	33%	14	29%	12	29%	12	31%	12	31%	12	31%	13	52%	13	65%
02_SLSJ	3	42%	8	44%	8	44%	8	72%	8	72%	8	88%	8	88%	8	100%
03_CapNat	29	38%	29	46%	28	79%	28	93%	28	93%	28	93%	28	96%	28	98%
03_CHUQ	10	23%	10	23%	10	35%	10	35%	10	63%	10	63%	10	75%	10	75%
03_IUCPQ-UL	3	33%	3	33%	3	33%	3	33%	3	62%	3	67%	3	86%	3	93%
04_MCQ	15	35%	15	71%	15	79%	15	91%	15	91%	15	93%	15	93%	15	95%
05_Estrie	10	38%	10	55%	10	55%	10	75%	10	75%	10	90%	10	90%	10	90%
06_CHUM	20	25%	20	55%	20	87%	20	93%	20	99%	20	99%	20	100%	20	100%
06_CHUSJ	16	59%	16	70%	16	70%	16	70%	16	72%	14	98%	14	98%	14	98%
06_CUSM	19	43%	19	43%	19	55%	19	55%	18	76%	18	76%	18	76%	18	76%
06_ICM	5	70%	3	67%	3	67%	3	67%	3	67%	3	67%	3	67%	3	67%
06_INPLPP	3	63%	3	63%	3	63%	3	63%	3	75%	3	75%	3	75%	3	100%
06-1_EstMtl	18	69%	18	69%	18	69%	18	83%	18	85%	18	85%	18	92%	18	92%
06-2_OuestMtl	22	53%	20	56%	20	58%	20	74%	20	74%	20	86%	20	91%	20	91%
06-3_CtrOuestMtl	19	55%	19	68%	19	68%	19	72%	19	72%	19	82%	19	82%	19	82%
06-4_CtrSudMtl	22	73%	22	78%	22	86%	22	91%	22	91%	22	91%	22	97%	22	99%
06-5_NordMtl	26	37%	26	63%	26	80%	26	85%	26	89%	25	97%	25	99%	25	99%
07_Out	12	8%	12	48%	12	73%	12	81%	12	85%	12	85%	12	90%	12	92%
08_AbTem	16	34%	16	56%	16	66%	16	67%	16	69%	16	73%	16	73%	16	73%
09_CINrd	21	21%	13	25%	13	25%	13	42%	13	52%	13	60%	13	60%	13	65%
10_BJ	16	27%	16	23%	16	34%	16	45%	16	45%	16	55%	16	73%	16	73%
11-1_Gasp	15	0%	15	0%	15	48%	15	68%	15	68%	15	75%	15	75%	15	86%
11-2_Illes	10	35%	10	35%	10	35%	10	35%	10	35%	10	35%	10	58%	10	58%
12_ChApp	17	24%	17	26%	17	51%	17	74%	17	74%	17	85%	17	85%	17	85%
13_Lvl	9	22%	9	56%	9	75%	9	75%	9	78%	9	83%	9	83%	9	89%
14_Lan	17	66%	17	66%	17	74%	17	74%	17	96%	17	96%	17	96%	17	96%
15_Laur	59	23%	59	50%	59	67%	59	69%	59	79%	59	81%	59	82%	59	88%
16-1_MCentre	20	38%	20	50%	20	50%	20	56%	20	75%	20	79%	20	79%	20	80%
16-2_MEst	31	36%	31	36%	31	36%	31	57%	31	81%	31	90%	31	91%	31	97%
16-3_MOuest	13	34%	13	34%	13	44%	13	50%	13	85%	13	85%	13	87%	13	87%
<b>Total général</b>	<b>505</b>	<b>39%</b>	<b>503</b>	<b>48%</b>	<b>500</b>	<b>58%</b>	<b>500</b>	<b>66%</b>	<b>499</b>	<b>74%</b>	<b>496</b>	<b>79%</b>	<b>497</b>	<b>83%</b>	<b>497</b>	<b>86%</b>

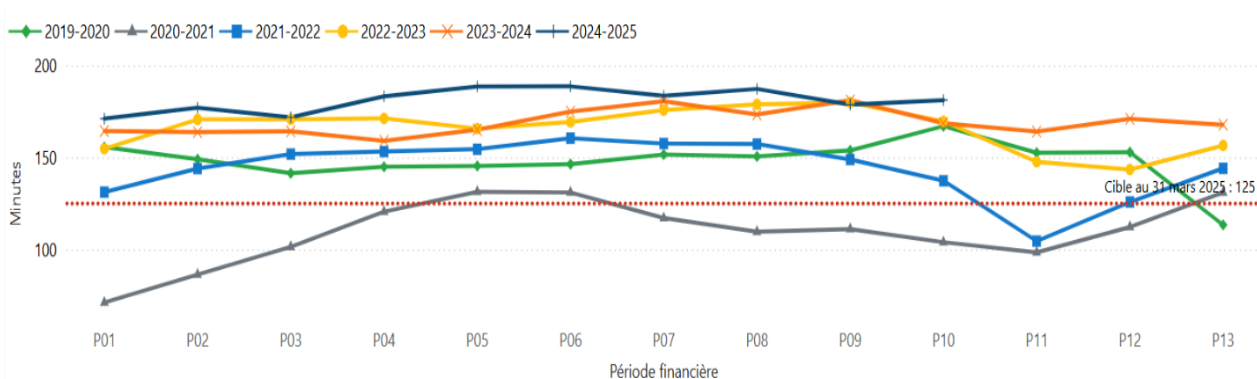
### 3. Orientations ministérielles – Préparation aux saisons automnales et hivernales : Faits saillants

#### a) Volet accessibilité clinique et urgence

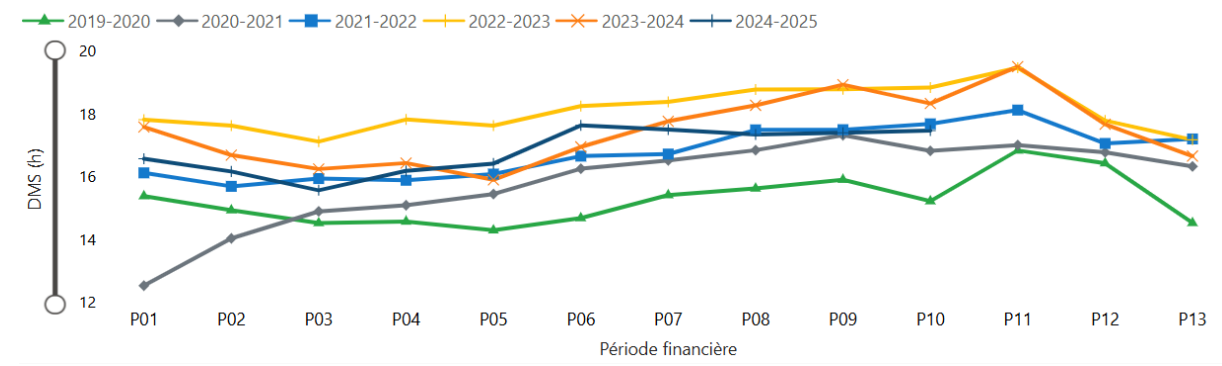
##### DONNÉES

Indicateurs au Plan stratégique	Cible 2024-25	Résultats P1-P10 2024-25	Indicateurs complémentaires à ceux du PS	Résultats P1-P10 2024-25
Durée moyenne de séjour (DMS) sur civière	16h	16h49(16,8)	DMS sur civière des usagers admis	24h35
			DMS sur civière des usagers P1-P2-P3 non admis	12h44
			DMS sur civière des usagers P4-P5 non admis	12h50
			% séjours de plus de 72 heures sur civière	1,8%
			Délai entre la PEC et la demande d'admission	10h03
			Délai entre la demande d'admission et le départ de l'utilisateur	13h43
Délai de prise en charge (PEC) médicale	125 min	181 min	Délai de PEC pour les usagers P1-P2-P3	2h34
			Délai de PEC P4-P5	3h35
			% départs av. PEC médicale	11,9%
			% visites d'usagers ambulatoires P4-P5 non admis (sur visites totales)	44,4%
			% visites d'usagers ambulatoires P4-P5 non admis inscrits auprès d'un médecin ou d'un groupe de médecins	73,6%

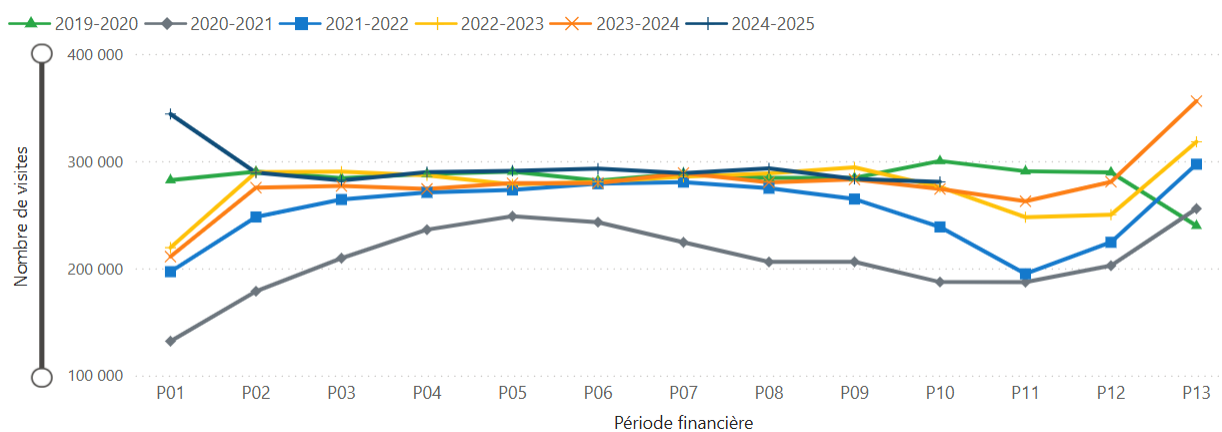
#### Délai moyen de PEC médicale



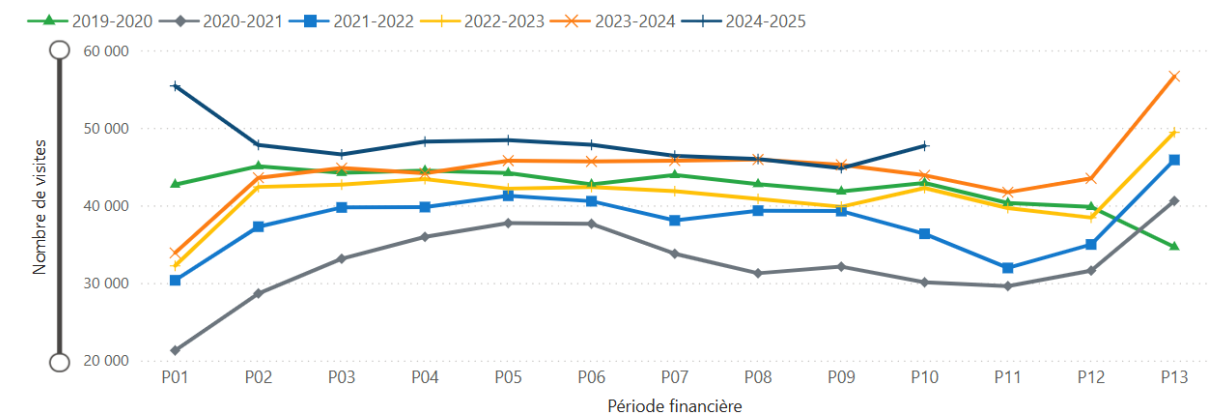
## DMS sur civière



## Évolution des visites totales



## Évolution des visites 75 ans et plus



### Durée moyenne de séjour (DMS) sur civière :

- Augmentation de 7,3% du nombre de visites totales aux urgences comparativement à 2023-2024 (P1-P10);
- Augmentation de 9,2% des visites d'usagers de 75 ans et plus comparativement à 2023-2024 (P1-P10);
- Stabilisation de la DMS sur civière depuis P6 alors que la tendance est normalement à la hausse à cette période-ci de l'année (données de P7 à P10 inférieures aux 3 dernières années);
- DMS sur civière chez les patients non admis :
  - Délai important pour obtenir une consultation en médecine spécialisée ou auprès d'un professionnel;
- DMS sur civière pour les patients admis :
  - Délai important pour obtenir un lit d'hospitalisation;
- L'indicateur du plan stratégique ne permet pas de mettre le focus au bon endroit (ex. : DMS globale sur civière). Il est important de bien comprendre les bloquants pouvant réduire la durée totale du temps passé à l'urgence.

### **P4-P5 :**

- Un nombre élevé d'usagers consultent les services d'urgence pour une raison de visite mineure qui ne requiert pas l'expertise ou le plateau technique des services d'urgence;
- 73,6% des patients ambulatoires P4-P5 non admis à l'hôpital ont un médecin de famille ou sont inscrits auprès d'un groupe de médecins, ce qui expose les enjeux d'accès limité en 1<sup>er</sup> ligne au moment opportun.

### ACTIONS EN COURS

#### Travaux en cours ayant un impact sur le délai de prise en charge (PEC) et la durée moyenne de séjour (DMS) à l'urgence :

- Poursuite de l'animation de ces indicateurs dans la salle de pilotage stratégique au Comité de direction Santé Québec (suivi délai de PEC et DMS sur civière);
- Suivis individuels réalisés auprès des établissements par l'équipe de coordination nationale;
- Plusieurs actions visant à améliorer ces deux indicateurs sont intégrées dans les plans d'action hivernaux élaborés et pilotés par chaque établissement.

#### Travaux en cours ayant un impact sur la DMS sur civière :

- Suivis personnalisés auprès des installations ayant un nombre élevé de séjours de plus de 72 heures;
- Plusieurs actions visant à augmenter la disponibilité des lits hospitaliers sont en cours :
  - Assurer que les installations possèdent des plans de surcapacité et des plans de désencombrement des urgences et qu'ils soient utilisés lorsque requis;
  - Implantation le suivi des séjours et de la planification précoce et conjointe de congé (SSPPCC) afin de réduire les longs séjours hospitaliers (> 10 jours), SAD intrahospitalier, prévenir le déconditionnement, analyse et interventions au niveau des patients réadmis à l'intérieur des 90 jours (notamment en assurant un rendez-vous avec le médecin de famille avant le congé).

### Travaux en cours ayant un impact sur le délai de PEC :

- Mise en place des cliniques désignées populationnelles (SAG-Gastro ou toutes clientèles confondues, selon les territoires);
- Suivis personnalisés auprès des installations ayant des délais élevés de PEC (révision des processus entourant la PEC);
- Recommandations du Groupement d'experts des services d'urgence du Québec (GESUQ) sur les délais de PEC médicale et l'amélioration du pourcentage de départs avant PEC afin de partager les bons coups dans le RSSS;
- Projet pilote de clinique d'urgences mineures.

### Travaux P4-P5 et guichet d'accès première ligne (GAP) :

- Suivis personnalisés auprès d'établissements ayant de hauts volumes de P4-P5 afin d'assurer un taux de comblement des plages de réorientation, des plages CDP/SAG/Gastro;
- Suivi personnalisé auprès d'établissements ayant un haut volume de demandes hors délai au guichet d'accès première ligne afin d'assurer un lissage de l'activité de l'offre de services de ceux-ci sur 7 jours.

## b) Volets aînés

Indicateurs de performance	Cible	An dernier 23-24		Cette année 24-25	
		Portrait décembre 23		Portrait décembre 24	
		Valeur	Date	Dernière valeur nationale dispo	Date
32. Nombre total de personnes recevant des services de SAD	398 017	323285	P09 2023	333 019	P09 2024
33. Nombre de personnes en attente d'un 1 <sup>er</sup> service SAD	15 730	20 490	P10 2023	18 450	P09 2024
34. Nombre d'heures de services SAD longue durée rendus à domicile	34.7 M	23 877 210	P09 2023	24 553 709	P09 2024
35. Nombre d'heures de services SAD COURTE DURÉE rendus à domicile		771 411	P09 2023	776 305	P09 2024
36. Nombre d'heures de services SAD SOINS PALLIATIFS rendus à domicile		673 705	P09 2023	656 389	P09 2024

- Assurer la fluidité hospitalière : plans de surcapacité, réouverture des lits hospitaliers ou CHSLD fermés;
- Poursuivre le virage SAD : Implantation des recommandations prioritaires du chantier valorisation SAD afin de dégager davantage de temps clinique.

## c) Volet services sociaux

- Plusieurs établissements ont intégré les admissions 7/7 en réadaptation dans les plans hivernaux.

## d) Volet santé publique et prévention

### Sommaire de la campagne 2024-25

- La prise de rendez-vous a débuté le 7 octobre dernier pour les personnes vulnérables. La campagne de vaccination a débuté le 16 octobre, en même temps que la prise de rendez-vous populationnelle générale.

Les établissements effectuent actuellement une tournée mobile, ayant jusqu'ici rejoint :

- plus de 99% des CHSLD.
- plus de 99% des RI/SAPA
- plus de 95% des RPA

## Doses administrées

Les tableaux ci-dessous présentent le résultat des doses administrées pour la campagne actuelle. Notons qu'aucune cible n'a été identifiée pour la population générale concernant la vaccination contre la COVID-19.

À des fins de suivi, la même cible que pour la vaccination contre l'influenza est présentée dans les tableaux.

Toutes les données présentées sont tirées du tableau de bord exécutif et du Registre de vaccination en date du 30 janvier 2025.

### COVID-19 – 2024-2025

Groupes cibles	Doses administrées	Proportion de personnes vaccinées	Cibles
0-59 ans	340 295	5,2%	N/A
60-74 ans	576 411	34,0%	N/A
75 ans et plus	465 360	52,8%	60%
<b>Total</b>	<b>1 382 066</b>		
CHSLD	27 883	66,1%	80%
RPA	83 493	64,0%	70%
TdeS	48 227	14,4%	30%

Proportion de doses administrées en 2024-2025, par lieu :

- RSSS : 56%
- Pharmacies : 44%

## Influenza – 2024-2025

Groupes cibles	Doses administrées	Proportion de personnes vaccinées	Cibles
0-59 ans	476 748	7,3%	N/A
60-74 ans	645 515	38,1%	N/A
75 ans et plus	520 812	59,1%	60%
<b>Total</b>	<b>1 643 075</b>		
CHSLD	34 997	82,9%	80%
RPA	103 339	79,2%	70%
TdeS	65 813	19,7%	30%

Proportion de doses administrées en 2024-2025, par lieu :

- RSSS : 54%
- Pharmacies : 46%

## Efficacité vaccinale (influenza) – Hémisphère sud

- Au cours de la saison grippale 2024-25 dans l'hémisphère sud, la plupart des pays ont connu des niveaux d'activité grippale similaires à ceux observés au cours des saisons précédentes, à l'exception du Chili qui a eu un niveau d'activité très élevé.
- Autant dans l'hémisphère Sud qu'en Australie, la souche prédominante était le virus de l'influenza A(H3N2). L'influenza A a été plus associée aux hospitalisations (97 % de cas).

### Amérique du sud – Efficacité vaccinale (EV)

- Réduction globale de 34,5 % du risque d'hospitalisation (influenza A et B confondus)
- Réduction de 58,7 % chez les individus avec comorbidités
- Réduction de 39,0 % chez les jeunes enfants
- Réduction de 31,2 % chez les adultes plus âgés
- EV légèrement différente selon les sous-types d'influenza A :
  - A(H3N2) : 36,5 %
  - A(H1N1) pdm09 : 37,1 %
- Nombre de cas trop faible pour estimer l'EV pour influenza B.

### Australie – Efficacité vaccinale

- Réduction de 62 % du risque de consultation en médecine générale (Influenza A et B confondus).
- Réduction de 56 % du risque d'hospitalisation.
- L'efficacité estimée du vaccin contre les consultations en médecine générale et l'hospitalisation pour la grippe était similaire contre les gripes A(H1N1) et A(H3N2).
- Nombre de cas trop faible pour estimer l'EV pour influenza B.
- Bonne correspondance entre les souches circulantes et les souches vaccinales utilisées : 98,7 % des isolats de grippe A(H1N1), 91,1 % des isolats de grippe A(H3N2) et 100 % des isolats de grippe B/Victoria.
- La plus grande efficacité du vaccin en 2024 est probablement due à une bonne correspondance entre les souches circulantes et les souches vaccinales, ainsi qu'à une saison plus précoce avec moins d'opportunités de diminution immunologique après la vaccination.

**Notes :** il convient d'indiquer que ce qui se passe dans l'hémisphère sud ne prédit pas la saison de l'hémisphère nord. Des facteurs tels que les différents virus grippaux prédominants et les variations de l'immunité de la population peuvent contribuer à ces différences.

## Campagne de vaccination VRS – Adultes et bébés

### Vaccination VRS adulte - 2024-2025

Groupes cibles	Doses administrées	Proportion de personnes vaccinées
CHSLD	31 695	75,1%
RPA	32 177	24,7%
RI-RTF	2 490	Inconnu
Autres*	16 143	N/A
<b>Total</b>	<b>82 505</b>	

### Vaccination en mobilité dans les établissements d'hébergement

#### Précisions – Vaccination VRS

- Seules les RPA de catégorie 3 avec des gens connus du SAD et les RPA de catégorie 4 sont visées par l'opération de vaccination en raison d'une quantité limitée du vaccin VRS pour répondre à la demande.
- La catégorie « Autres » représente majoritairement des erreurs de saisie. Considérant que cette catégorie représente environ 20% des doses totales, il est probable que les autres catégories aient des données quelque peu sous-estimées.

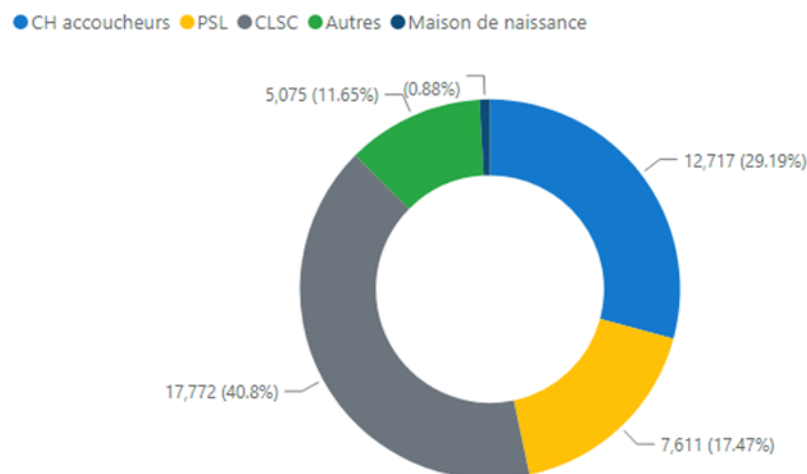
### Immunsation VRS - Bébés

Groupe d'âge	Doses administrées	Cible
0 à 28 jours	16 670	
1 mois	2 918	
2 mois	7 543	
3 mois	2 187	
4 mois	7 485	
5 mois	2 071	
6 mois	2 084	
7 mois	1 223	
8 mois et plus	1 378	
<b>Total</b>	<b>43 559</b>	<b>50 000</b>

L'offre populationnelle a débuté le 4 novembre 2024.

## Lieu d'administration

Répartition du nombre de doses par type de lieu d'administration, e...



## Dépistage des virus respiratoires (COVID et influenza)

L'offre de dépistage de la COVID-19 est disponible en tout temps dans les Points de service locaux.

- Ci-dessous, quelques données présentant les résultats de dépistage contre la COVID-19 et l'influenza réalisés depuis le début 1er octobre 2024.

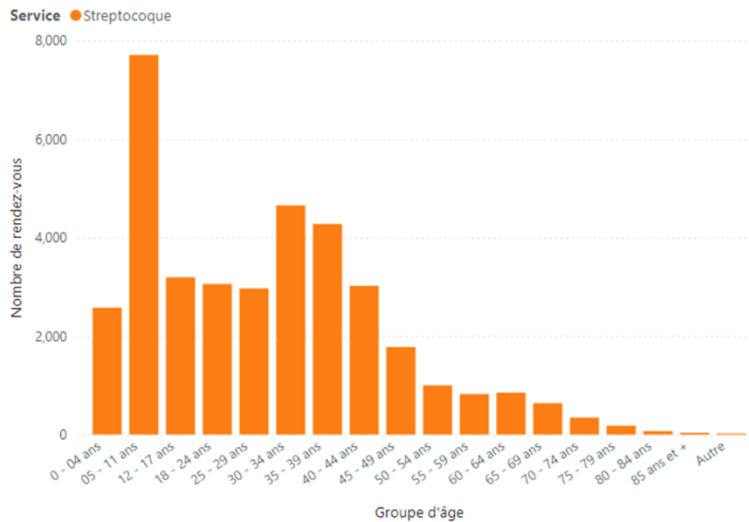
Régions sociosanitaires	Résultats positifs	Résultats négatifs	Résultats inconnus	Total
01 - Bas-Saint-Laurent	362	1 166	75	1 603
02 - Saguenay – Lac-Saint-Jean	442	1 473	27	1 942
03 - Capitale-Nationale	655	1 915	84	2 654
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	539	1 735	116	2 390
05 - Estrie	542	1 196	1 905	3 643
06 - Montréal	1 375	5 296	354	7 025
07 - Outaouais	221	596	166	983
08 - Abitibi-Témiscamingue	214	695	10	919
09 - Côte-Nord	33	98	12	143
10 - Nord-du-Québec	3	15	5	23
11 - Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	74	208	12	294
12 - Chaudière-Appalaches	408	1 203	103	1 714
13 - Laval	456	1 772	206	2 434
14 - Lanaudière	595	1 792	76	2 463
15 - Laurentides	799	2 340	667	3 806
16 - Montérégie	1 280	3 685	147	5 112
<b>Total</b>	<b>7 998</b>	<b>25 185</b>	<b>3 965</b>	<b>37 148</b>

## Dépistage du streptocoque A

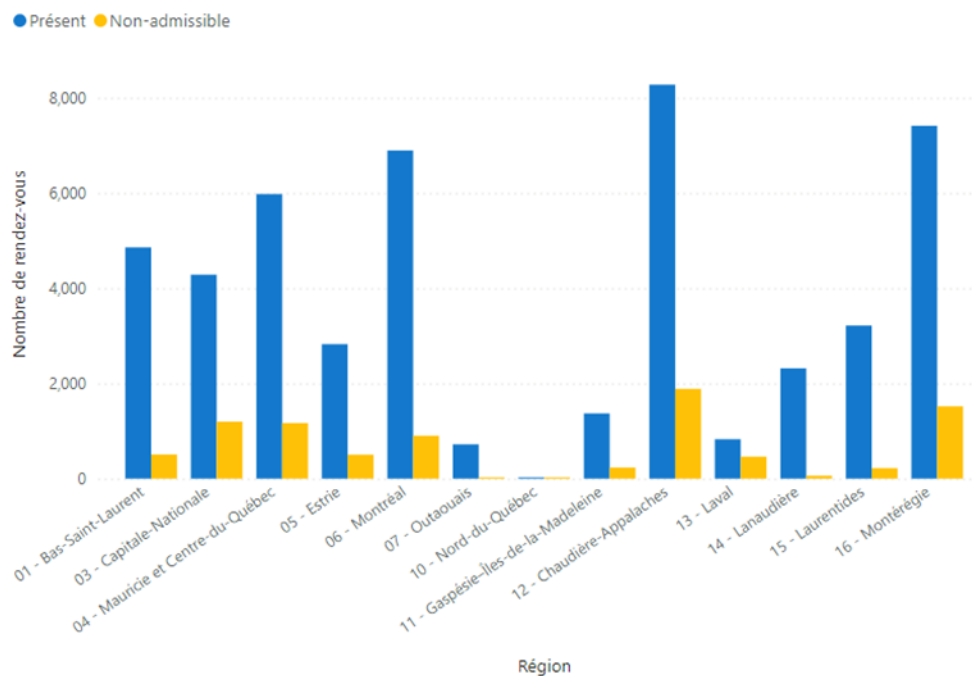
Le dépistage du streptocoque A se poursuit dans les Points de service locaux. Les graphiques ci-dessous présentent les données de prise de rendez-vous depuis le début octobre.

- Nombre de rendez-vous net réservés : 49 001
- Personnes non admissibles : 8675

Nombre de rendez-vous par groupe d'âge et par service



Nombre des rendez-vous selon le statut des rendez-vous et la région



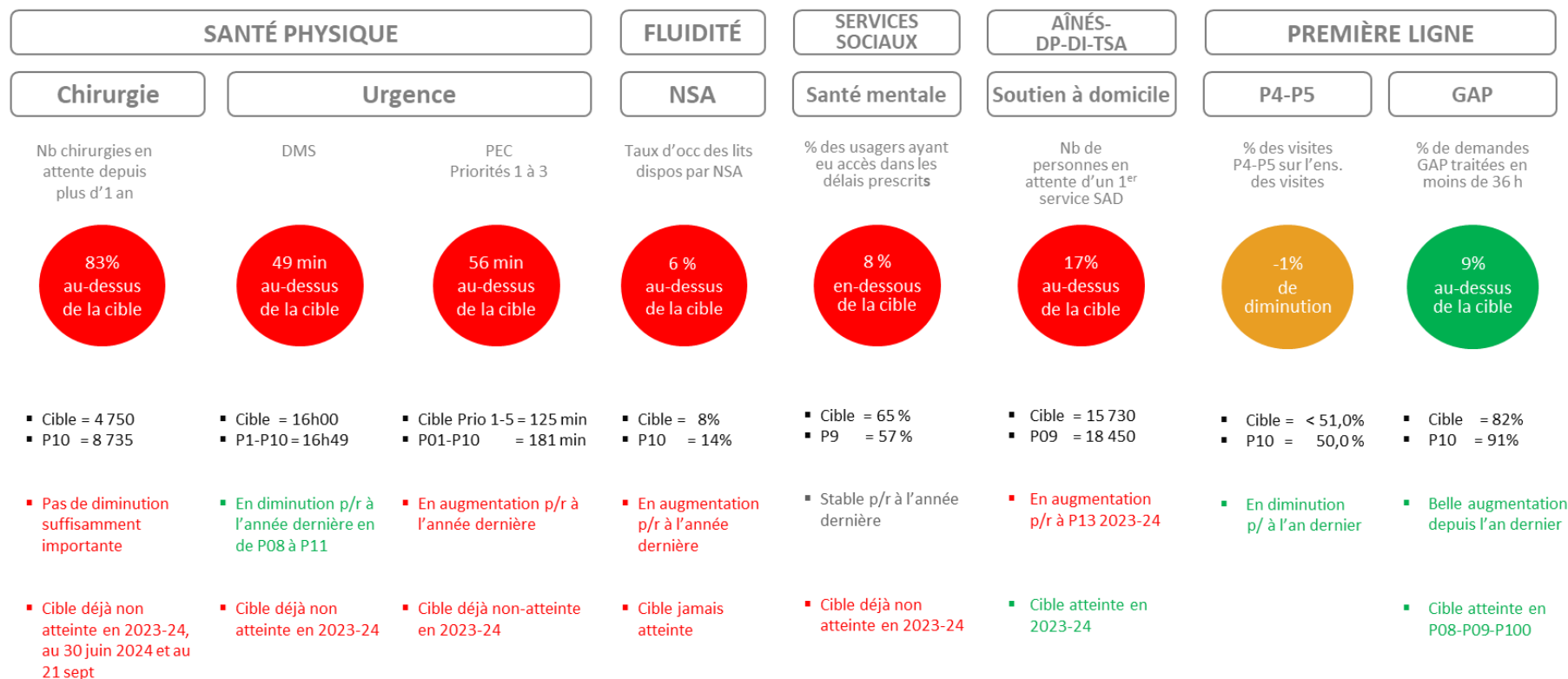
**e) Volet ressources humaines**

Les mesures proposées n'ont pas été retenues, considérant qu'ils exigent la création de sondages et une documentation manuelle.

**f) Volet infrastructure**

Les établissements s'assurent du niveau d'inventaire des équipements de protection (masques, N95, etc.).

#### 4. Résultats des principaux indicateurs d'accès



#### Légende

- Cible atteinte
- Proche de la cible
- Éloigné de la cible

## Annexe 1

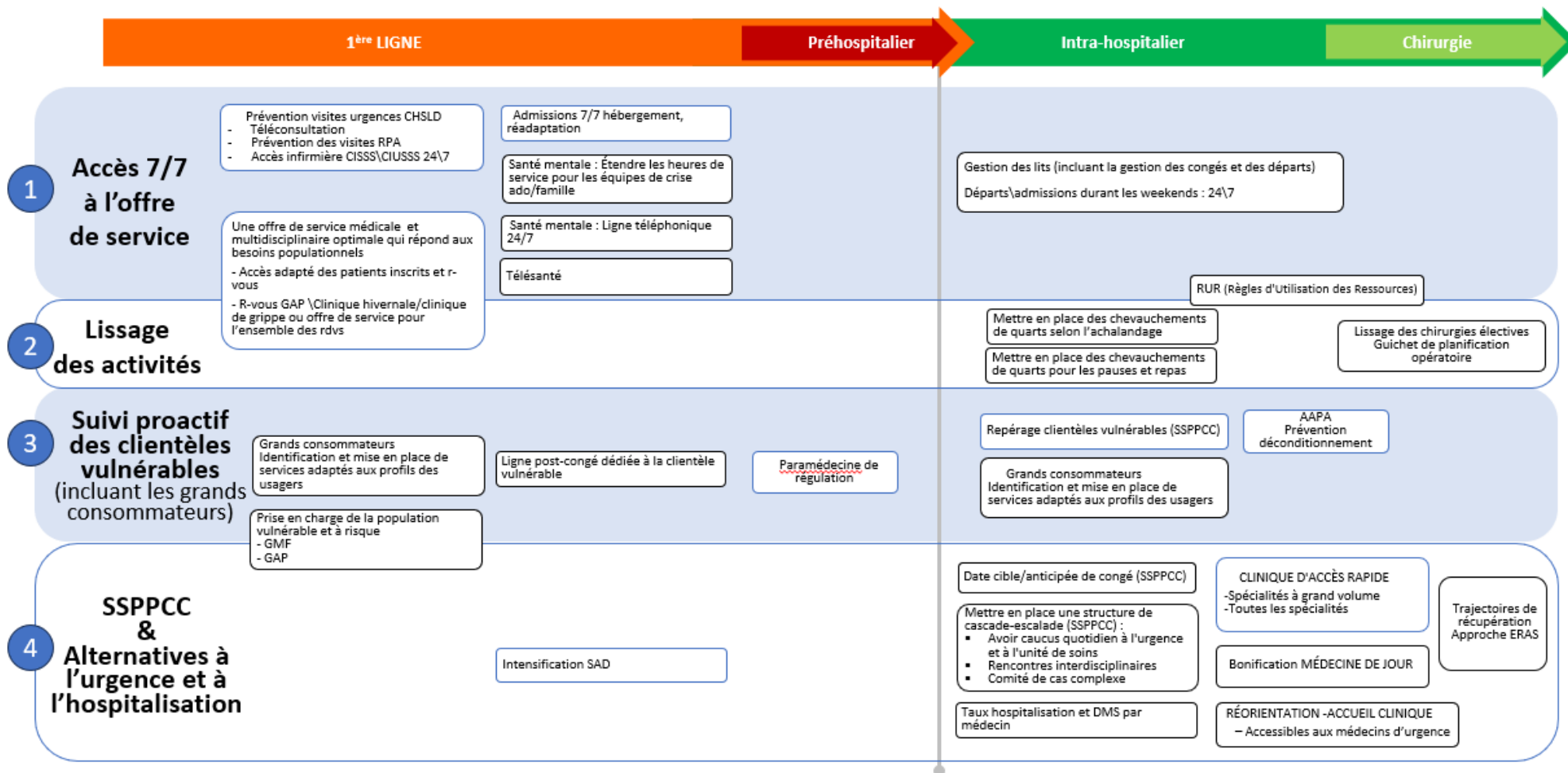
### Les 4 actions structurantes priorisées par les PDG à mettre en place rapidement en vue de la saison hivernale



- 1 Accès 7/7 à l'offre de service
- 2 Lissage de l'activité
- 3 Suivi proactif des clientèles vulnérables (incluant les grands consommateurs)
- 4 SSPPCC & Alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation

## Annexe 2

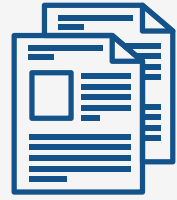
### Exemples de mesures à grande valeur ajoutée incluses dans les plans hivernaux



# Cahier des charges des PDG

**Suivi sur la complétion des essentiels au 1<sup>er</sup> décembre par  
les établissements**

# Rappel cahier des charges des PDG



## 31 FICHES

- Rôles et responsabilités des PDG des établissements de Santé Québec
- Conseil d'administration d'établissement (CAE) et autres comités du CAE
- Départements territoriaux
- Services préhospitaliers d'urgence
- Établissements privés



## TRAVAUX ANALYSE

- Mise en place d'un groupe de travail
- Identification des essentiels au point de vue légal pour le 1er décembre
- Identification de voies de passage / recommandations en lien avec différents enjeux



## ACCOMPAGNEMENT DES PDG

- Éléments à fournir au **1er décembre** (voir [synthèse pages suivantes](#))
- Élaboration de gabarits et modèles (ex. règlement intérieur de l'établissement)
- Outil de suivi
- Pratique générale



## PROCHAINES ÉTAPES

- Groupes de travail en cours et à venir
  - CAÉ
  - CIETOC
  - DTMS
  - DTMF
  - etc.
- Travaux d'harmonisation pour divers dossiers

# ÉTAT DE SITUATION - MISE EN PLACE DES ESSENTIELS AU 1ER DÉCEMBRE 2024

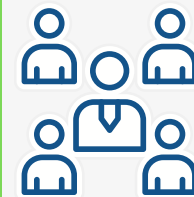
## Éléments davantage administratifs

100 %



des établissements ont mis en place leur **règlement intérieur de l'établissement (RIE)**

100 %



Les membres du CA ont été informés de la **disposition transitoire** pour la **mise en place des CAÉ** jusqu'à leur constitution officielle

100 %



des établissements responsables d'un comité régional en langue anglaise ont confirmé que leur comité était toujours fonctionnel

100 %



des établissements ont vérifié et actualisé leur **règlement de signatures** afin qu'il soit en règle

97 %

des établissements ont tenu **une activité** avec leur CA **pour expliquer le nouveau mandat des CAÉ**

98 %



CA des **centres de communication santé (CCS)\***

des **représentants de Santé Québec** ont été nommés sur les CA des CCS concernés

88 %

des **membres indépendants** ont été nommés par Santé Québec sur le CA des CCS concernés (21 membres indépendants / 24)

75 %

des **CA des CCS** concernés sont **dûment constitués** (5 CA / 8)

100 %



tous les établissements ont débuté l'application de la procédure de **traitement des plaintes** à l'égard d'un membre du **CMDPSF** qui est prévue au RIE

100 %



des établissements ont conservé leur **comité de vigilance et de la qualité**

100%\*



des établissements ont identifié un **responsable de site** pour chacune de leur installation (30/30)

100 %



les comités des usagers et comités de résidents dans l'ensemble des établissements demeurent en action

\*Le CAUCA a été traité à part et n'est pas inclus au calcul. Idem pour US pour lequel Santé Québec ne nomme pas les administrateurs. Ceci dit, les processus vont bon train et avancent bien - en ce qui concerne les membres Santé Québec, il reste 1/4 personnes pour le CCS de la Montérégie à nommer.

# ÉTAT DE SITUATION - MISE EN PLACE DES ESSENTIELS AU 1ER DÉCEMBRE 2024

## Éléments davantage cliniques

100 %



des établissements ont **ajusté** le titre du directeur des services professionnels (**DSP**) pour celui de directeur médical et des services professionnels (**DMSP**)

100 %



des établissements ont **ajusté** le titre du directeur des services multidisciplinaires (**DSM**) pour celui de directeur des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (**DSMSSS**)

100 %



des établissements qui offrent des services de **sages-femmes** ont ajusté le titre de responsable des sages-femmes pour **chef de département** et se sont assurés que les **contrats** étaient **en règle**.

100 %



des établissements ont confirmé que leur **conseil multidisciplinaire continue** d'opérer et que conformément à la disposition transitoire il effectue les **fonctions du conseil multidisciplinaire de santé et du conseil multidisciplinaire des services sociaux**

100 %



des établissements ont confirmé que leur conseil des infirmières et infirmiers (**CII**) **continue** d'assurer ses fonctions et respecte la composition de l'article 305 de la LGSSSS

100 %



des établissements qui ont des sages-femmes ont **ajusté** leur conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (**CMDP**) afin qu'il devienne **CMDPSF** et ont ajouté un siège à l'exécutif

100 %



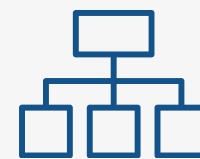
des comités régionaux des services pharmaceutiques (**CRSP**) demeurent **fonctionnels** et sont devenus les comités territoriaux des services pharmaceutiques (**CTSP**)

100 %



des Départements régionaux de médecine générale (**DRMG**) demeurent **fonctionnels** et sont devenus les Départements territoriaux de médecine familiale (**DTMF**)

100 %



des établissements se sont assurés que les fonctions relatives aux **pratiques professionnelles** du DSI, du DSMSSS et du DMSP soient **sous le PDG**

# Plan intégré court terme pour améliorer l'accès (d'ici mars 2025)

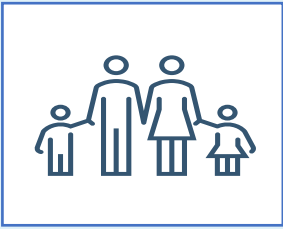
**Vice-présidence exécutive – Opérations et transformation**

Suivi hebdomadaire du plan d'accès

14 février 2025

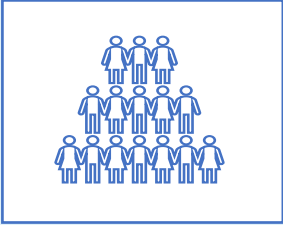
# Historique du plan intégré court terme pour améliorer l'accès

---



## POPULATION

Les attentes de la population d'avoir des résultats concrets et rapide



## DÉFIS RESSOURCES HUMAINES

Réduction MOI et gel d'embauche

Nécessité d'optimiser la contribution des ressources humaines actuellement disponibles



## TRANSFORMATION

Contexte de grande transformation dans le RSSS

Garder un focus sur les gestes les plus porteurs



## BUDGET

Rigueur budgétaire

Absence de financement pour investir dans les changements structurels



## ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

Plusieurs indicateurs du plan stratégique sont à risque au moment du transfert à Santé Québec

# OBJECTIF DU PLAN

Obtenir des **gains rapides** avec des **gestes clés**, inspirés des **meilleures pratiques** et qui ont démontré leur efficacité dans les établissements avec un **fort potentiel** d'obtenir des gains court terme et influencer positivement les indicateurs prioritaires

## 5 trajectoires

## 12 établissements

## 18 gestes-clés

### P4-P5 & GAP

2 établissements = 57%  
demandes HD au GAP

1. Combler plages de réorientation à 95%+
2. Lisser l'offre de services des GAP sur 7 jours et rendre disponibles les plages au minimum un mois à l'avance
3. Combler plages CDP/SAG/gastro à 95%+

### Urgence – PEC – DMS – NSA

6 établissements avec PEC  
et/ou DMS civière et/ou NSA  
élevés

1. Identifier principaux bloquants de PEC
2. Revoir l'organisation médicale selon pics de clientèle
3. Mettre en place trajectoire intégrée pour utilisateurs fréquents de l'urgence
4. Diminuer le nombre de longs séjours aux urgences et à l'hospitalisation afin de réduire le déconditionnement
5. Optimiser la gestion des lits (départs de l'étage avant 12h et date cible de congé déterminées dans les premières 24-48h pour tous les usagers admis)
6. Suivre et évaluer les réadmissions à l'intérieur de 60 jours

### Chirurgie élective

8 établissements = 67% des  
HD 1an+

1. Épurier la liste d'attente HD
2. Planifier au minimum un cas HD par jour pour chaque chirurgien avec HD et réaliser 100 % des cas ophtalmologie HD d'ici le 31 mars 2025
3. Distribuer les priorités opératoires aux chirurgiens avec le plus d'HD de janvier à avril
4. Effectuer des blitz chirurgicaux en sus des cédules opératoires habituelles

### Soutien à domicile

3 établissements =  
32% des personnes en  
attente d'un 1<sup>er</sup> service

1. Effectuer une mise à jour standardisée des listes d'attentes SAD SAPA et SAD DI TSA
2. Effectuer une gestion standardisée des charges de cas SAD SAPA et SAD DI TSA

### Santé mentale

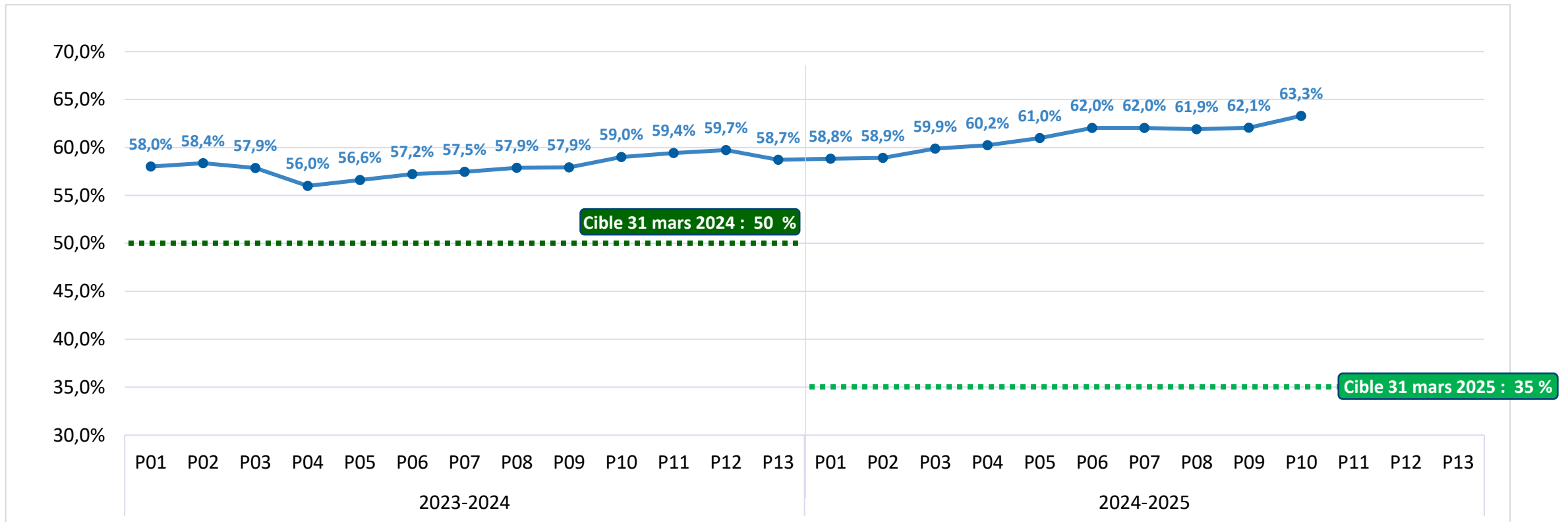
4 établissements =  
22% des usagers HD

1. Épurier la liste d'attente
2. Réviser les charges de cas de tous les intervenants incluant les psychiatres (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne)
3. Prioriser la prise en charge des nouveaux dossiers HD dans la liste d'attente

### Médecine spécialisée

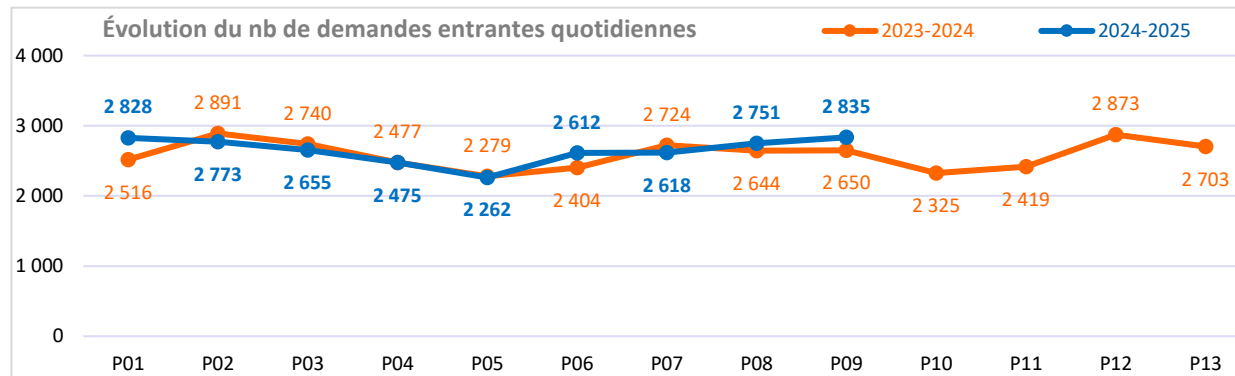
Nouveau !

# Évolution du % de demande de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés



# Évolution des volumes de demandes ENTRANTES de consultation en médecine spécialisée

Demandes entrantes



Variation depuis l'an dernier  
(P02 à P09 2024-25 vs P02 à P09 2023-24)

1 % des demandes entrantes





## ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

Plusieurs indicateurs du plan stratégique sont à risque au moment du transfert à Santé Québec

# SITUATION INITIALE

### Légende

- Cible atteinte
- Proche de la cible
- Éloigné de la cible

SANTÉ PHYSIQUE		AÎNÉS-DP-DI-TSA		SERVICES SOCIAUX	AUTRES		
Urgence		Chirurgie	Soutien à domicile		Santé mentale	NSA	
DMS	PEC Priorités 1 à 3	Nb chirurgies en attente depuis plus d'1 an	Nb de personnes en attente d'un 1 <sup>er</sup> service SAD	Nb de personnes recevant des services SAD	Nb heures SAD	% des usagers ayant eu accès dans les délais prescrits	Taux d'occ des lits dispos NSA
<div style="background-color: red; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>34 min au-dessus de la cible</p> </div>	<div style="background-color: red; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>28 min au-dessus de la cible</p> </div>	<div style="background-color: red; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>328% au-dessus de la cible</p> </div>	<div style="background-color: red; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>24% au-dessus de la cible</p> </div>	<div style="background-color: green; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>Au niveau de la cible</p> </div>	<div style="background-color: gold; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>-2,6% sous la cible</p> </div>	<div style="background-color: red; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>9 % en-dessous de la cible</p> </div>	<div style="background-color: red; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>7 % en-dessous de la cible</p> </div>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 16h00</li> <li>▪ P1-P7 = 16h34</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible Prio 1-5 = 125 min</li> <li>▪ P01-P07 = 153 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 2 500</li> <li>▪ P07 = 10 707</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 15 730</li> <li>▪ P06 = 19 630</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 398 017 = +3% p/r à l'an dernier</li> <li>▪ P06 = 284 654 = +3% p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 34,7M = +8% p/r à l'an dernier</li> <li>▪ P06 = 17,3M = +5,4% p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 65 %</li> <li>▪ P6 = 56 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible = 8%</li> <li>▪ P7 = 15%</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ - 12 min en P1-P7 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ +10 min en P1-P7 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stable depuis P02</li> <li>▪ -23% en P07 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ +11 % en P06 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ + 3% en P06 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ + 5,4 % en P06 p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stable p/r à l'an dernier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ +1 % en P7 p/r à l'an dernier</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible déjà non atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible déjà non atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible déjà non atteinte en 2023-24, et au 30 juin 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible atteinte à 99% en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible déjà non atteinte en 2023-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cible jamais atteinte</li> </ul>

# Mise en œuvre

---

# PLAN D'ACTION

## SEPTEMBRE – OCTOBRE 2024

- Élaboration d'un palmarès d'accès afin de mieux cibler les actions
- Identification des établissements avec fort potentiel d'amélioration
- Identification des gestes clés – meilleures pratiques prioritaires

## NOVEMBRE 2024

- Finalisation et diffusion du plan auprès des établissements

## DÉCEMBRE 2024

- Déploiement des actions par les PDG
- Vigie, soutien et encadrement par la VPE de Santé Québec

## JANVIER – MARS 2025

- Vigie, soutien et encadrement par l'équipe VPE de Santé Québec
- Élaboration de la feuille de route plus long terme
- Suivi étroit au niveau de l'évolution des indicateurs

## MARS 2025

- Bilan des apprentissages
- Ajustements des modalités de vigie, soutien et encadrement



# Pilotage

*Gouvernance, coordination de l'accès, amélioration continue de la performance*

**Pilotage stratégique - Comité de direction Santé Québec**  
Tous les établissements

## Coordination nationale de l'accès

- ❖ Rencontre de suivis période hivernale (Tous les établissements)
- ❖ Rencontre de suivis période hivernale et accès (Établissements ciblés)

## Actions ciblées

- ❖ Auprès d'un établissement pour 1 indicateur
- ❖ Auprès de plus d'un établissement pour 1 indicateur

## Actions ciblées, avec boucles d'amélioration continue

- ❖ Auprès d'un établissement, lorsque plusieurs défis au niveau de l'atteinte des cibles dans la fluidité de la trajectoire (urgence (DMS, PEC), NSA, etc.).

**Identification des enjeux : Secteur, gouvernance établissement, Santé Québec/ MSSS = Assurer des boucles d'amélioration continue**

STRATÉGIQUE

STRATÉGIQUE  
& TACTIQUE

CHIRURGIE

SANTÉ MENTALE

SAD

URGENCE - DMS & NSA

URGENCE - PEC

TACTIQUE  
&  
OPÉRATIONNEL

# Résultats hebdomadaires et périodiques

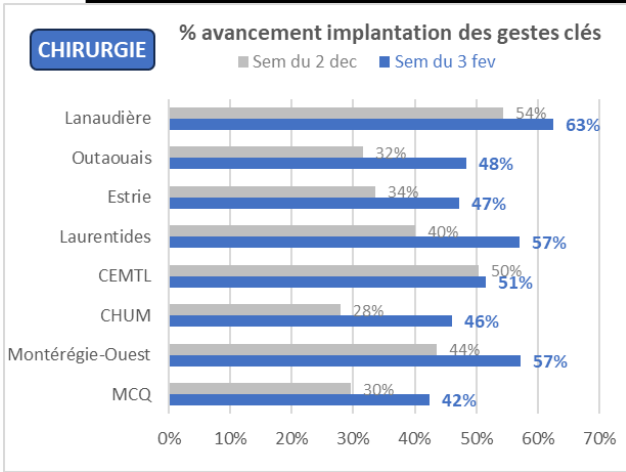
---

# Insérer le lien ou une copie de notre tableau de suivi avec les résultats hebdomadaire

Tableau de suivi  
strategique hebdomadaire  
du plan actions intégré CT  
ACCÈS

Suivi du plan d'actions intégré court terme d'amélioration de l'ACCÈS		INDICATEUR d'IMPLANTATION % avancement implantation		INDICATEURS de PERFORMANCE planification stratégique																								
No Volets	Établissements/ Installations	di.2 dec	di.9 dec	di.16 dec	di.23 dec	di.30 dec	di.6 janv	di.13 janv	di.20 janv	Période de référence	Janv 2 dec	2 dec	Janv 9 dec	9 dec	Janv 16 dec	16 dec	Janv 23 dec	23 dec	Janv 30 dec	30 dec	Janv 6 janv	6 janv	Janv 13 janv	13 janv	Janv 20 janv	20 janv		
1	Chirurgie	Lanaudière	37%	33%	47%	28%	34%	43%	45%	Nb de patients en attente depuis plus d'1 an	P08 2024-2025	1355	1245	1315	1220	1275	1194	1235	1207	1195	1223	1155	1136	1115	1114	1075	1075	
	Outaouais	32%	43%	27%	21%	37%	39%	35%	1463		1385	1437	1374	1411	1328	1385	1364	1359	1373	1333	1319	1307	1257	1281	1281	1281	1281	
	Estrie	34%	23%	37%	25%	30%	47%	43%	962		918	942	919	922	890	902	924	882	891	862	895	842	846	822	822	822	822	822
	Laurentides	40%	60%	40%	25%	28%	41%	46%	809		709	787	688	765	647	743	699	721	735	699	699	677	636	655	655	655	655	655
	CEMTL	50%	56%	55%	45%	59%	64%	58%	688		664	642	635	636	594	610	601	584	633	558	593	532	527	506	506	506	506	506
	CHUM	28%	28%	43%	41%	52%	60%	44%	659		627	631	603	603	553	575	565	547	569	519	566	491	566	463	463	463	463	463
	Montérégie-Ouest	44%	43%	43%	41%	51%	56%	47%	551		481	536	493	521	486	506	487	491	499	476	488	461	491	446	446	446	446	446
	MCO	30%	23%	28%	20%	26%	41%	35%	346		310	340	298	334	279	328	283	322	286	316	293	310	284	304	304	304	304	304
	MCOYTOT Étab accompagné	37%	41%	41%	31%	40%	43%	44%	6833		6339	6650	6240	6467	5951	6284	6130	6101	6209	5918	5469	5735	5721	5552	5552	5552	5552	5552
	PROVINCE hors étab accomp								10 017																			
PROVINCE								55,3%																				
2	Santé mentale	Capitale-Nationale					58%	58%	% des usagers ayant eu accès dans les délais prescrits	P7 2024-2025	41,1%			42,1%		42%												
	Estrie						35%	35%		51,5%				51,7%		53%												
	Chaudière-Appalaches						33%	35%		56,5%				55,4%		58%												
	Montérégie-Ouest						67%	50%		51,3%				51,6%		52%												
	MCOYTOT Étab accompagné						53%	45%		49,8%				49,8%		51%												
PROVINCE hors étab accomp								55,3%					56,4%		56%													
PROVINCE								55,3%					56,4%		56%													
3	Soutien à domicile	Capitale-Nationale	1%	6%			13%		Somme Établissement et de conditionnement +DYS:0259+926	P07 2023-24	2 639																	
	Estrie	1%	5%			6%		2 785																				
	CEMTL	1%	5%			5%		802																				
	MCOYTOT Étab accompagné	1%	5%			3%		19 240																				
	PROVINCE hors étab accomp							19 240																				
PROVINCE								19 240																				
4	Urgences-PEC	CEMTL - Santa-Cabrini							PEC (Délai moy. de prise en charge) Priorités 1 à 3	P08 2024-2025	198	181	196	173	194	176	191	156	189	171	187	183	185	190	183	194	183	194
	CUSM - Glen adulte							247		157	244	226	242	259	239	177	234	240	233	302	231	175	228	186	228	186		
	LAN - Pierre-Le-Gardeur			42%	42%			227		220	224	209	222	187	219	197	217	245	214	369	212	263	209	174	209	174		
	LAU - St-Jérôme							159		158	157	165	155	149	154	146	152	172	150	194	148	162	147	157	147	157		
	CMC - Hôpital Charles-Le Moyne	68%	70%	73%	75%	75%	77%	351		322	347	280	343	245	339	264	335	199	332	260	328	405	324	294	324	294		
	CMO - Anna-Laberge							67		59	66	61	66	69	65	56	64	53	63	98	63	74	62	60	62	60		
	MCOYTOT Étab accompagné	68%	70%	58%	58%	75%	77%	189			197		197		197		177		196		254		221		185			
	PROVINCE hors étab accomp							158			154		149		148		138		147		179		154		143			
	PROVINCE							24,6			21,2		23,9		23,4		23,1		26,5		26,5		33,2		28,9			
	Urgences-	DMS sur civière	CEMTL - Santa-Cabrini							29,8	29,8		28,2		28,3		29,7		22,6		33,3		31,9		28,9			
CUSM - HGM								31,1	28,0		29,2		32,8		29,6		23,7		28,3		32,8		30,7					
CUSM - Glen								19,7	20,5		20,5		21,6		19,6		18,7		25,5		26,2		25,8					
LAN - Pierre-Le-Gardeur								28,1	26,0		26,0		25,0		25,3		24,5		27,0		31,3		26,0					
LAU - St-Jérôme								27,2	24,2		21,4		23,8		24,4		20,1		23,7		22,6		23,6					
CMC - Hôpital Haut-Richelieu								26,5	25,4		27,5		24,9		19,9		22,1		30,9		28,3		28,3					
CMO - Anna-Laberge								22,6	20,8		22,7		22,0		21,4		15,5		24,6		24,0		25,5					
CMO - Suroît								23,5				24,7		25,0		24,1		22,1		27,1		28,6		28,0				
MCOYTOT Étab accompagné								23,5				24,7		25,0		24,1		22,1		27,1		28,6		28,0				
PROVINCE hors étab accomp								23,5				24,7		25,0		24,1		22,1		27,1		28,6		28,0				
PROVINCE							23,5				24,7		25,0		24,1		22,1		27,1		28,6		28,0					

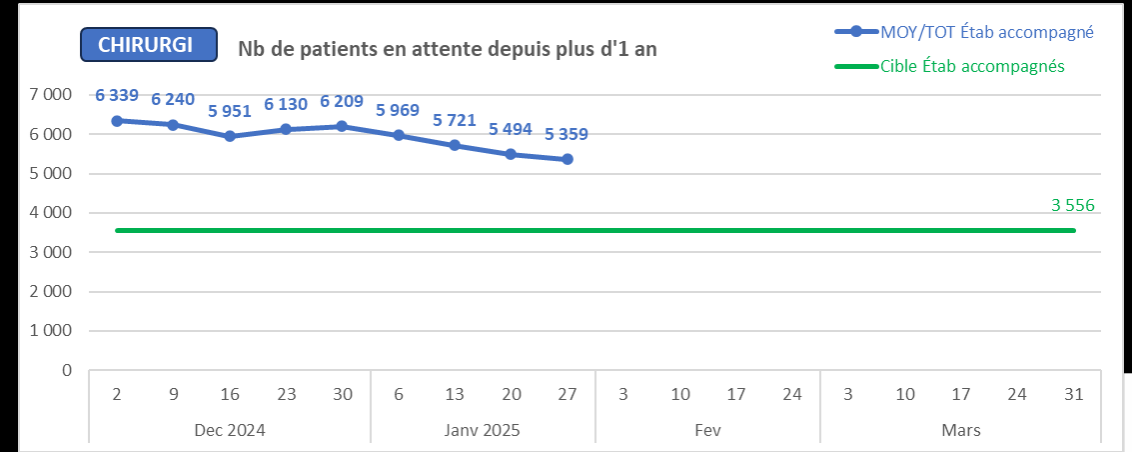
# Chirurgie – Avancement Sem du 10 février 2025



**Établissements/ Installations**

ultat. 3 fev Cible 3 fev

Lanaudière	1003	955
Outaouais	1162	1203
Estrie	787	762
Laurentides	531	589
CEMTL	507	428
CHUM	518	379
Montérégie-Ouest	426	401
MCQ	286	286
<b>MOY/TOT Étab accompagné</b>	<b>5 220</b>	<b>5 003</b>



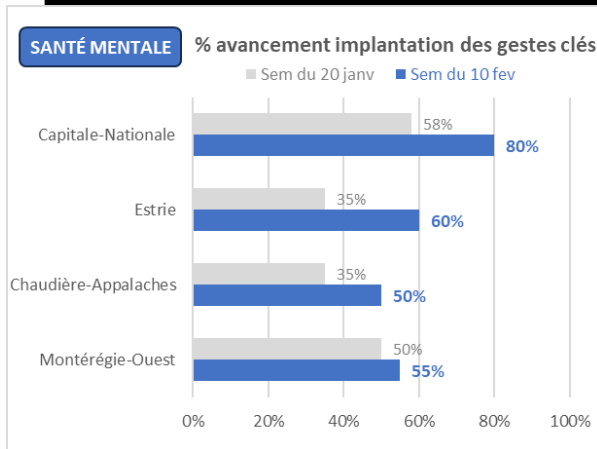
## Actions réalisées

- Poursuite du soutien de Santé Québec auprès des établissements

## Bons coups

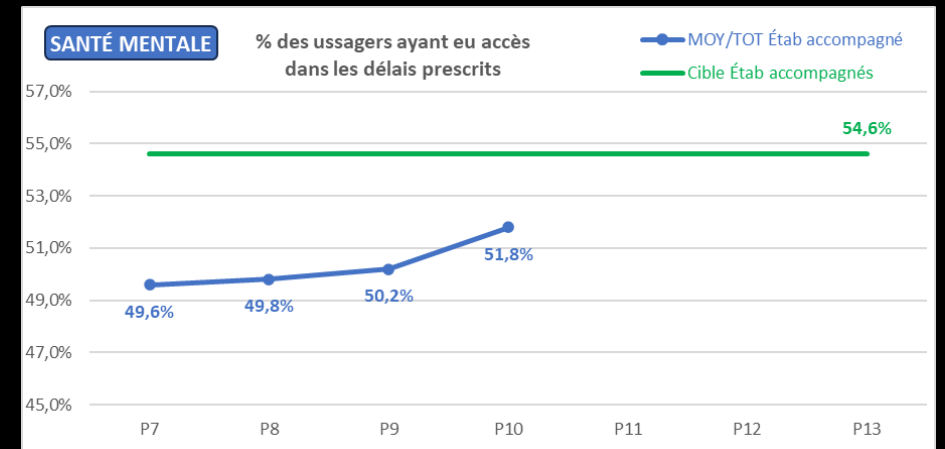
- Partage des bonnes pratiques
- La liste de HD pour l'ophtalmo diminue réellement, grâce principalement aux CMS (beaucoup planifier moins de HD initialement), mais aussi dans les hôpitaux.

# Santé mentale – Avancement Sem du 10 février 2025



**Établissements/ Installations**

Établissement/Installation	P10	ultat 13 janv	Cible 13 janv
Capitale-Nationale	45,9%	●	44%
Estrie	ND	---	55%
Chaudière-Appalaches	57,0%	●	60%
Montérégie-Ouest	52,6%	●	54%
<b>MOY/TOT Étab accompagné</b>	(15 dec au 11 janv) 51,8%	---	---
<b>PROVINCE hors étab accomp</b>	59,1%	---	---
<b>PROVINCE</b>	57,8%	●	---



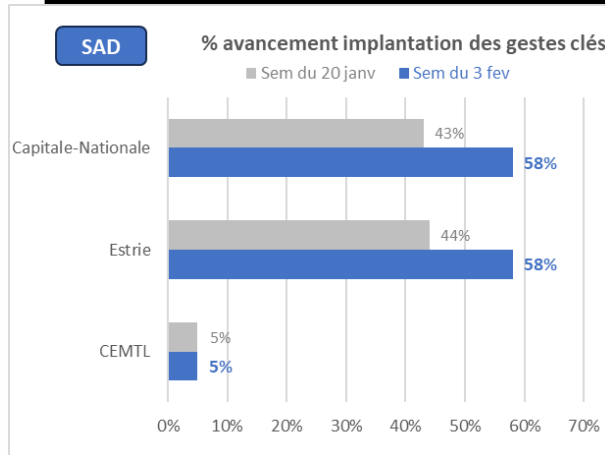
## Actions réalisées

- Actions qui orientent à des impacts davantage moyen-long terme que court terme
- Travaux sur les pratiques médicales, pour que les départements se donnent des balises pour faciliter la gestion des listes d'attente en 2e ligne

## Bons coups

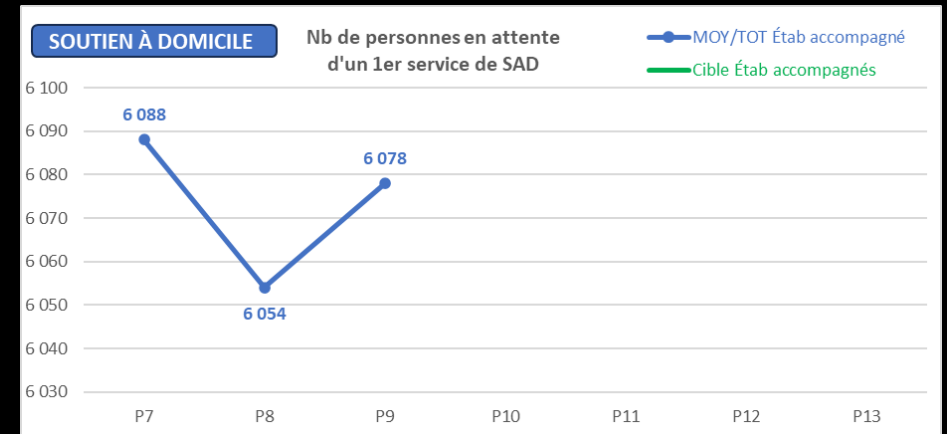
- Partage des bonnes pratiques médicale d'une milieu auprès des 3 autres milieux
- Les données de la P10 indiquent une augmentation d'accès dans l'ensemble des ESSS (Estrie à valider, donnée ND le 14/02)

# SAD – Avancement Sem du 10 février 2025



**Établissements/ Installations**

	Cible 16 dec	ultat 23 dec	Cible 23 dec
Capitale-Nationale		2 530	→
Estrie	P9	2 691	→
CEMTL		857	→
<b>MOY/TOT Étab accompagné</b>	(17 nov au 14 dec)	6 078	→
<b>PROVINCE hors étab accomp</b>		12 372	---
<b>PROVINCE</b>		18 450	---



Mêmes éléments que les dernières semaines

## Actions réalisées

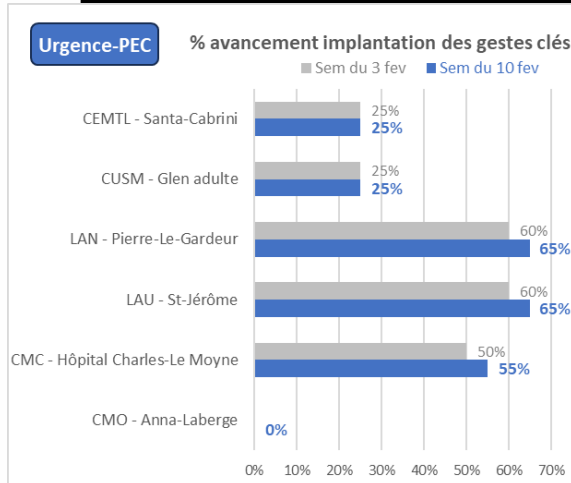
- **Estrie** : Visite de 4 jours du 20 au 24 janvier 2025
- **Capitale-Nationale** : Visites de 3 jours de Santé Québec du 13 au 16 janvier
- Bilan sera présenté aux 2 étab. le 24 fev.
- Les rencontres hebdo se poursuivent chaque lundi avec chacune des 2 directions. Les données locales sont reçues à chaque fin de périodes.

Mêmes éléments que les dernières semaines

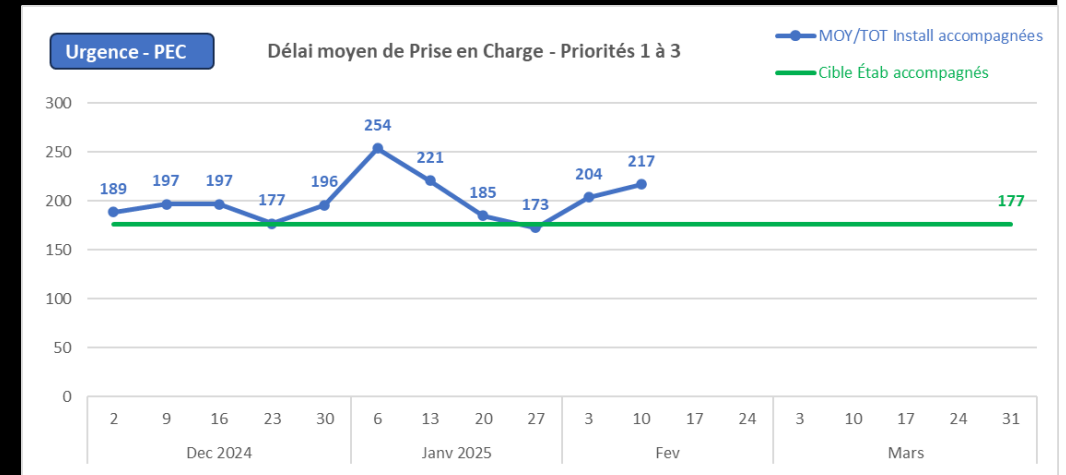
## Bons coups

- **Estrie et Capitale-Nationale** :
  - Très bon accueil de SAPA et DI-TSA
  - Corrections en cours des erreurs de saisies (volumes significatifs). Les impacts devraient se faire voir au PBI en P11 et suivantes.
- **Capitale-Nationale** : un guichet unique (AIH) a été mis en place depuis quelques années, facilitant l'accès. Au Québec, il serait le seul établissement avec un guichet unique.

# Urgences - PEC – Avancement Sem du 10 février 2025



Établissements/ Installations	ultat 10 fev		Cible 10 fev
	Actuel	Différence	
CEMTL - Santa-Cabrini	207	●	174
CUSM - Glen adulte	260	●	217
LAN - Pierre-Le-Gardeur	190	●	199
LAU - St-Jérôme	212	●	140
CMC - Hôpital Charles-Le Moyne	318	●	308
CMO - Anna-Laberge	59	●	59
MOY/TOT Install accompagnées	217	●	194
PROVINCE hors install accomp	149	---	---
PROVINCE	157	---	---



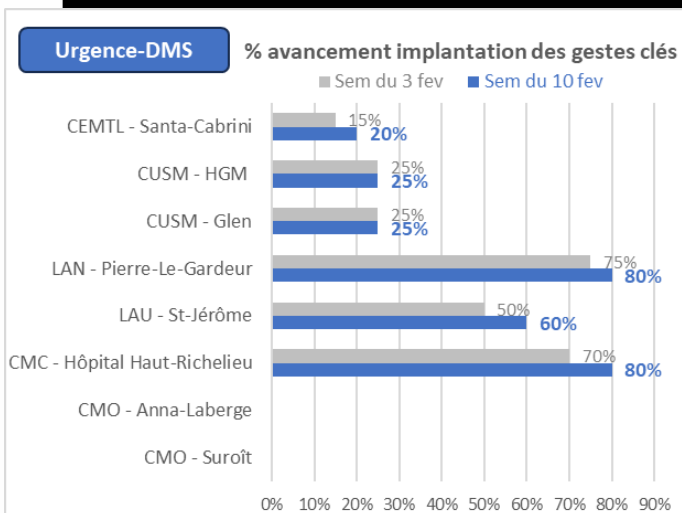
## Actions réalisées

- CEMTL - Santa-Cabrini : priorisation du volet fluidité dans un 1er temps, travaux avec l'établissement (gestion de lits et DMS hospitalière)
- CUSM - Glen adulte : priorisation du volet fluidité dans un 1er temps, travaux avec l'établissement (gestion de lits et DMS hospitalière)
- LAN - Pierre-Le-Gardeur : travaux à venir sur la trajectoire ambulatoire avec Dr. Mireault
- LAU - St-Jérôme : projet LEAN en cours pour la trajectoire ambulatoire
- CMC - Hôpital Charles-Le Moyne : révision des processus en cours, travaux à venir sur la trajectoire ambulatoire avec Dr Mireault

## Bons coups

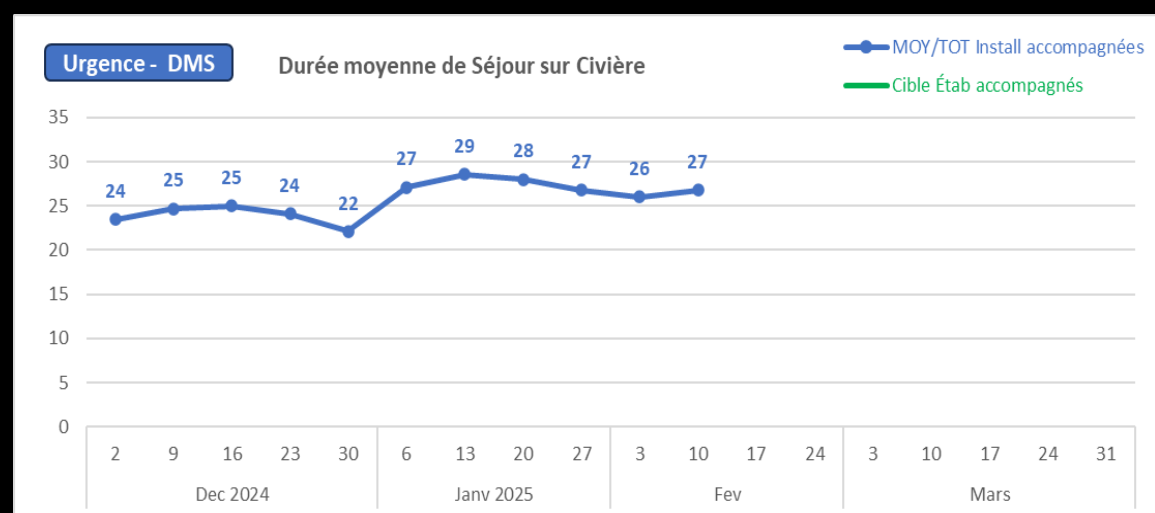
- Révision des processus en cours dans plusieurs centres au niveau de la trajectoire ambulatoire
- Malgré la hausse des volumes de visites, la majorité des installations réussissent à maintenir leurs délais de PEC des usagers P1-P2-P3.

# Urgences – DMS sur civière – Avancement Sem du 10 février 2025



**Établissements/ Installations**

Établissements/ Installations	ultat 10 fev
CEMTL - Santa-Cabrini	32,5 →
CUSM - HGM	36,6 🏆
CUSM - Glen	29,1 🏆
LAN - Pierre-Le-Gardeur	22,9 🏆
LAU - St-Jérôme	25,5 →
CMC - Hôpital Haut-Richelieu	22,7 🏆
CMO - Anna-Laberge	25,9 →
CMO - Suroît	24,0 🏆
<b>MOY/TOT Install accompagnées</b>	<b>26,8 🏆</b>
<b>PROVINCE hors install accomp</b>	<b>17,8 🏆</b>
<b>PROVINCE</b>	<b>19,0 🏆</b>



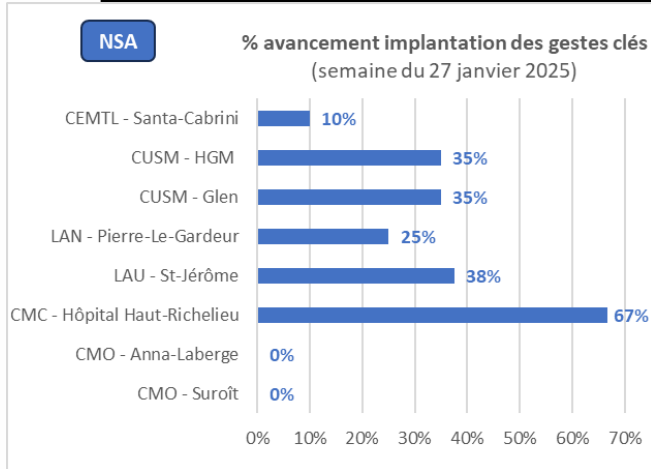
## Actions réalisées

- Amélioration des processus de gestion de lits dans les centres suivis suite à recommandations SQ
- Partage de l'importance d'une diminution des longs séjours au bénéfice des usagers (éviter de se créer des NSA) et prise en compte par les acteurs de l'enjeu
- Partage des bons coups pour créer une dynamique positive
- Travaux au niveau des longues DMS hospitalières dans plusieurs centres

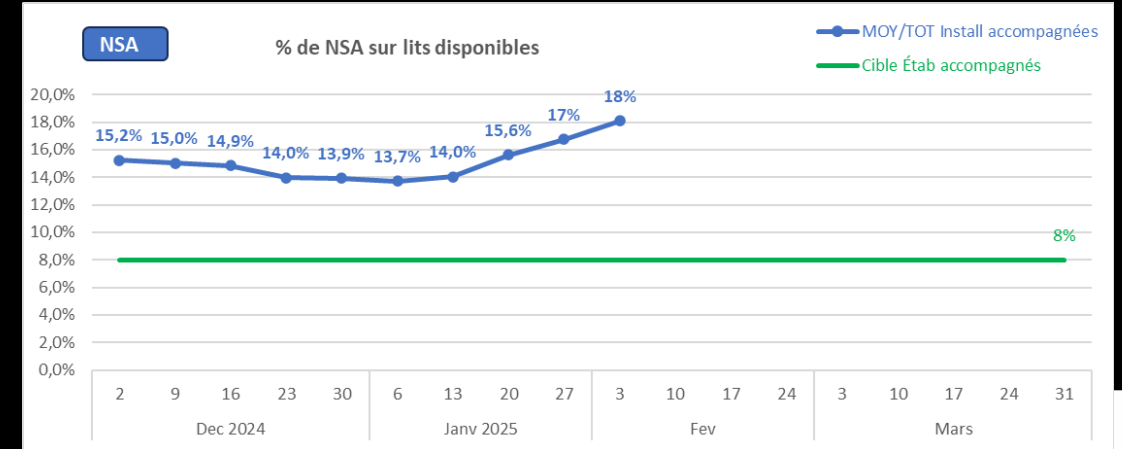
## Bons coups

- Malgré l'augmentation des visites, des cas de gripes et le taux élevé de NSA, les urgences réussissent à contrôler les effets délétères au niveau des DMS et des longs séjours.

# NSA – Avancement Sem du 10 février 2025



Établissements/ Installations	ultat 3 fev	
	ultat 3 fev	Cible 3 fev
CEMTL - Santa-Cabrini	27,9%	8,0%
CUSM - HGM	30,3%	8,0%
CUSM - Glen	8,2%	8,0%
LAN - Pierre-Le-Gardeur	15,7%	8,0%
LAU - St-Jérôme	14,7%	8,0%
CMC - Hôpital Haut-Richelieu	9,2%	8,0%
CMO - Anna-Laberge	19,7%	8,0%
CMO - Suroît	45,4%	8,0%
<b>MOY/TOT Install accompagnées</b>	<b>18,1%</b>	<b>8,0%</b>
<b>PROVINCE hors install accomp</b>	<b>15,0%</b>	<b>8,0%</b>
<b>PROVINCE</b>	<b>15,4%</b>	<b>8,0%</b>



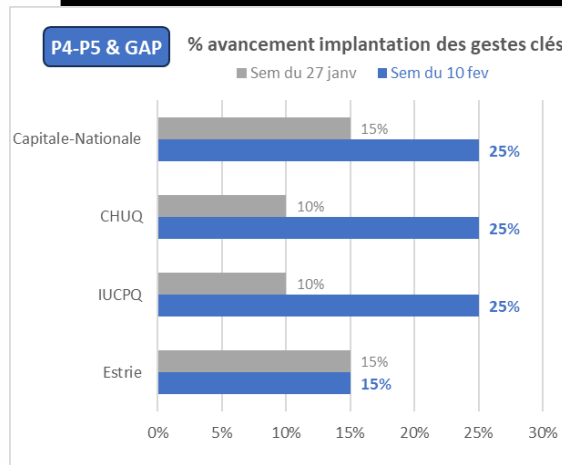
## Actions réalisées

- 3/6 établissements qui sont bien sur les rails et en actions (LAN, LAU, CISSSMC)
- 2/6 qui ont créer leur structure et identifié leur gestes clés et qui débutent tranquillement (CEMTL, CUSM)
- 1/6 qui n'a pas identifié ses gestes clés ni démarrer sa structure (CISSSMO)
- Rencontres hebdo se poursuivent pour les 6
- Montérégie-Ouest: Gestes clés identifiés cette semaine: date cible de congé. Chef SAD intrahospit augmentera le suivi pour NSA SAD

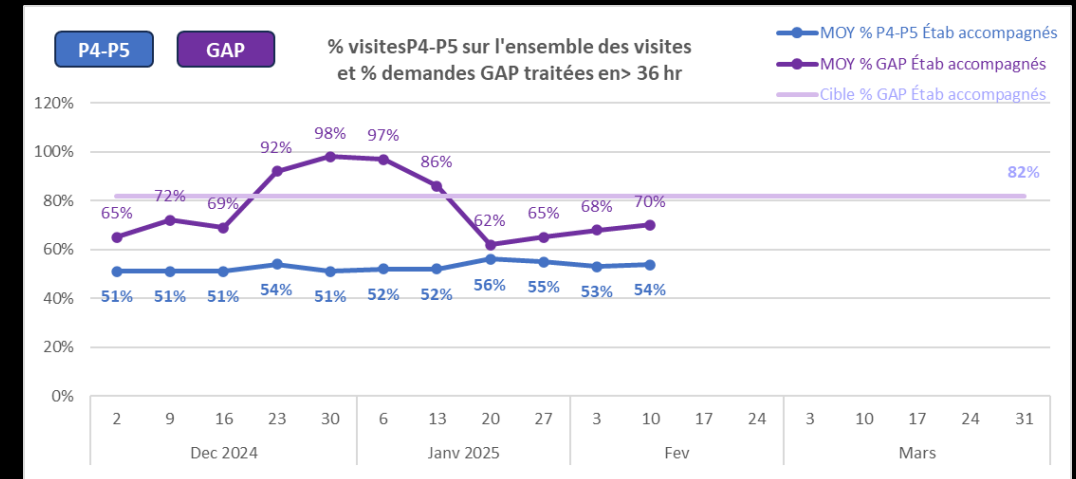
## Bons coups

- LAN - Pierre-Le-Gardeur: Très en action-proactif concernant ses enjeux

# Urgences – P4-P5 & GAP – Avancement Sem du 10 février 2025



Établissements/ Installations	ultra 3 fev		Cible 3 fev		ultra 10 fev		Cible 10 fev	
	%	Trend	%	Trend	%	Trend	%	Trend
Capitale-Nationale	73%	▲	73%	▲	73%	▲	73%	▲
CHUQ	48%	▲	48%	▲	50%	▲	50%	▲
IUCPQ	38%	▲	38%	▲	35%	▲	35%	▲
Estrie	52%	▲	52%	▲	53%	▲	53%	▲
<b>MOY/TOT Étab accompagné</b>	53%	▲	53%	▲	54%	▲	54%	▲
<b>PROVINCE hors étab accomp</b>	48%	▲	48%	▲	49%	▲	49%	▲
<b>PROVINCE</b>	49%	▲	49%	▲	50%	▲	50%	▲
Estrie	90%	●	75%	●	87%	●	76%	●
Capitale-Nationale	57%	●	70%	●	61%	●	72%	●
<b>MOY/TOT Étab accompagné</b>	68%	●	68%	●	70%	●	70%	●
<b>PROVINCE hors étab accomp</b>	83%	---	83%	---	84%	---	84%	---
<b>PROVINCE</b>	80%	---	80%	---	82%	---	82%	---



## Actions réalisées P4-P5

- Capitale-Nationale : rencontre de suivi le 13 fev, identification des gestes clés dans les dernières semaines
- Estrie : rencontre de suivi le 14 fev, en discussions sur les détails du plan d'actions, notamment certains indicateurs
- IUCPQ : rencontre de suivi le 20 fev

## Actions réalisées GAP

- Estrie : En investigation pour baisse du % de traitement en 36h la FDS
- Capitale-Nationale : Personnel en orientation, réorganisation interne en cours

## Bons coups P4-P5

- Harmonisation des outils de promotion des alternatives à l'urgence dans les 3 établissements

## Bons coups GAP

- Maintien de l'indicateur de traitement en moins de 36h en haut de la cible



# INDICATEURS STRATÉGIQUES D'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

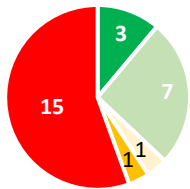
## SANTÉ PHYSIQUE

### Chirurgie

Nb chirurgies en attente depuis plus d'1 an



- Cible = 4 750
- P10 = 8 735

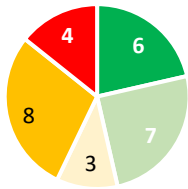


### Urgence

DMS



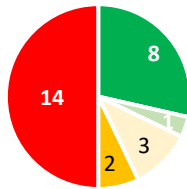
- Cible = 16h00
- P1-P10 = 16h49



PEC  
Priorités 1 à 3



- Cible Prio 1-5 = 125 min
- P01-P10 = 181 min



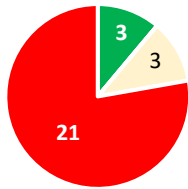
## FLUIDITÉ

### NSA

Taux d'occ des lits dispos par NSA



- Cible = 8%
- P11 = 15%



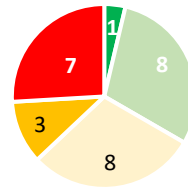
## SERVICES SOCIAUX

### Santé mentale

% des usagers ayant eu accès dans les délais prescrits



- Cible = 65%
- P9 = 57%



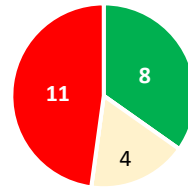
## AÎNÉS-DP-DI-TSA

### Soutien à domicile

Nb de personnes en attente d'un 1<sup>er</sup> service SAD



- Cible = 15 730
- P10 = 17 980



## PREMIÈRE LIGNE

### P4-P5

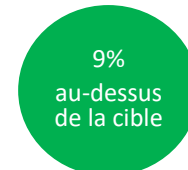
% des visites P4-P5 sur l'ens. des visites



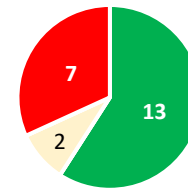
- Cible = < 51,0%
- P10 = 50,0%

### GAP

% de demandes GAP traitées en moins de 36 h



- Cible = 82%
- P10 = 91%



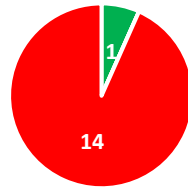
## MÉDECINE SPÉCIALISÉE

### CRDS

% demandes de consult med spé dont les délais d'attente sont dépassés



- Cible = 35%
- P09 = 62%

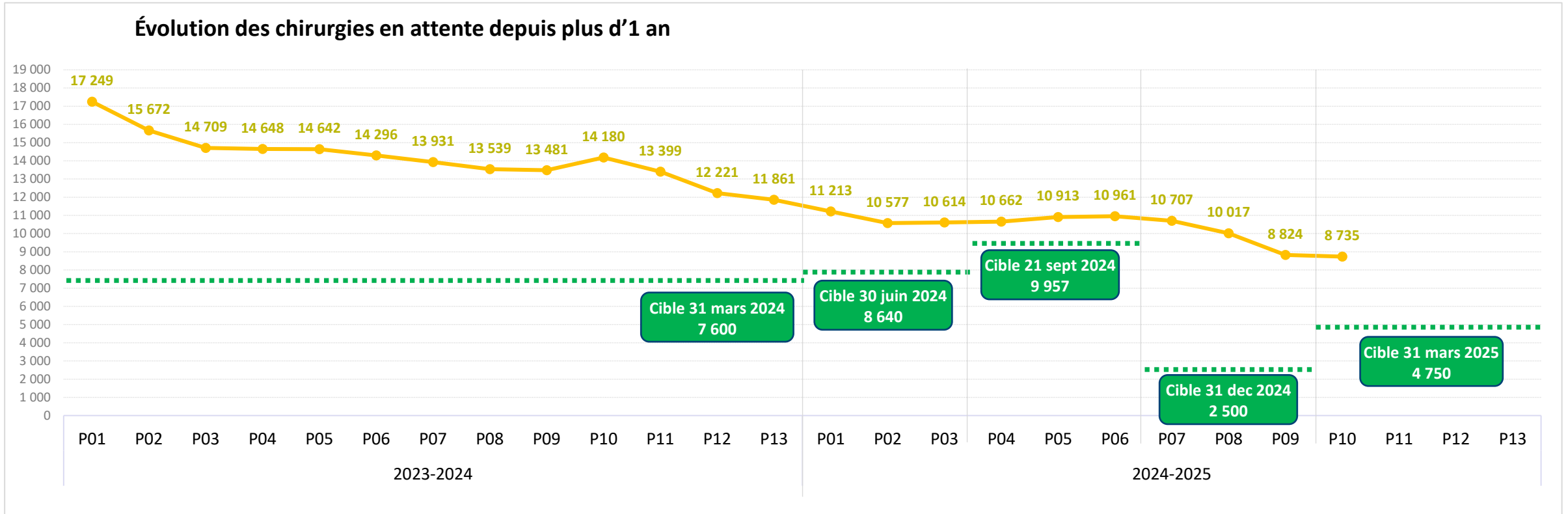


### Légende

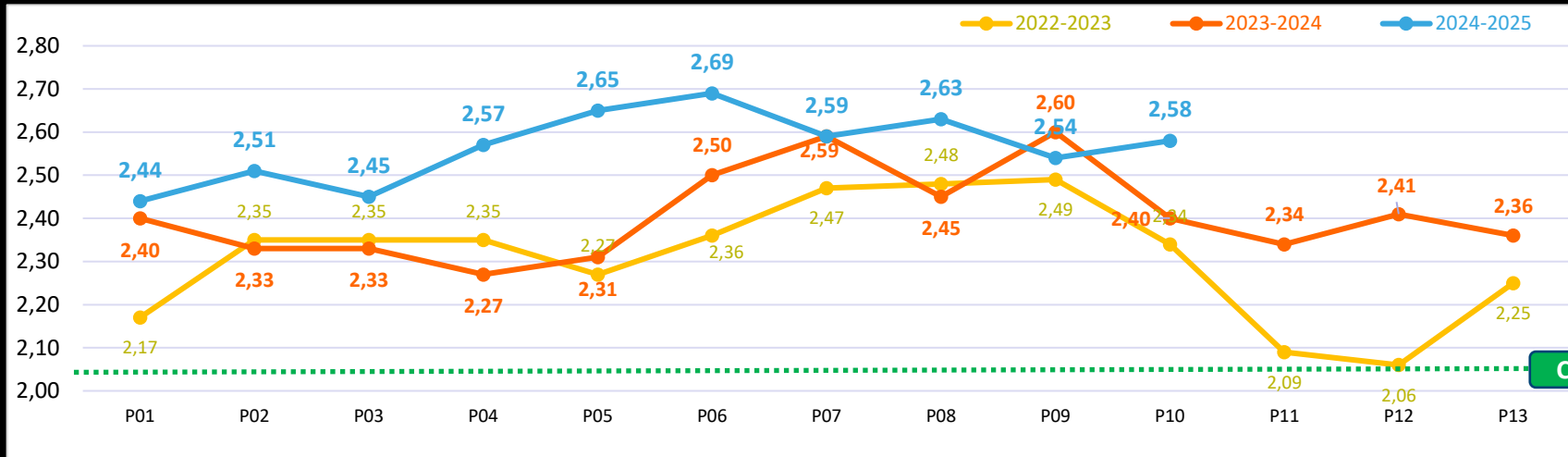
- Cible atteinte
- Proche de la cible
- Éloigné de la cible

Variation  
Disparité étab

# Évolution chirurgies en attente depuis plus d'1 an



# Évolution du Délai moyen de PEC à l'urgence – Priorités 1 à 3



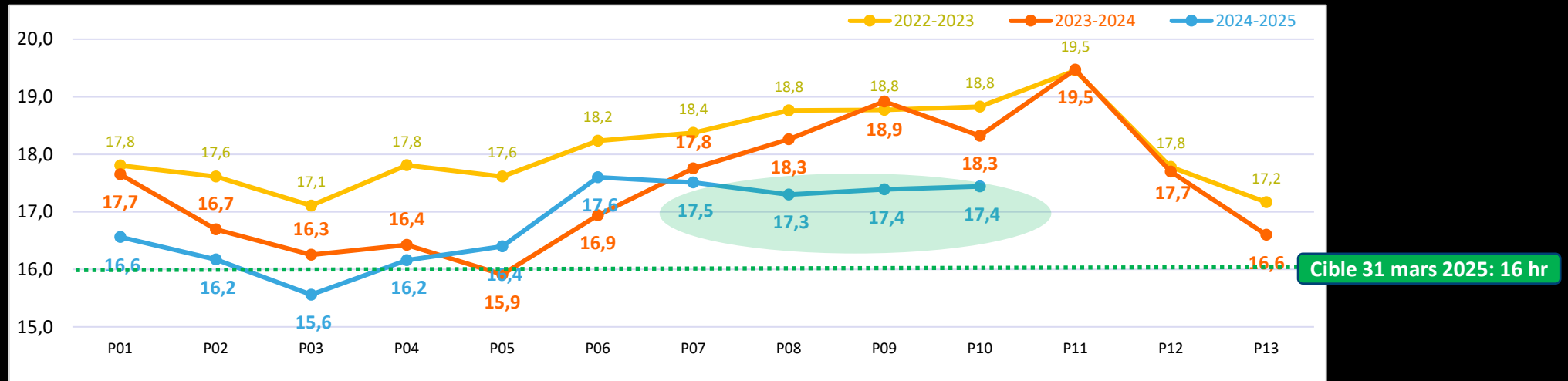
Cible 31 mars 2025: 2,08 hr (2h05) (125 min)

Année	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	Moyenne
2024-2025	2,44	2,51	2,45	2,57	2,65	2,69	2,59	2,63	2,54	2,58				2,56 (2h34)
2023-2024	2,40	2,33	2,33	2,27	2,31	2,50	2,59	2,45	2,60	2,40	2,34	2,41	2,36	2,41 (2h25)
2022-2023	2,17	2,35	2,35	2,35	2,27	2,36	2,47	2,48	2,49	2,34	2,09	2,06	2,25	2,31 (2h19)

Aucune période n'est sous la cible

Toutes les périodes sont sous la cible

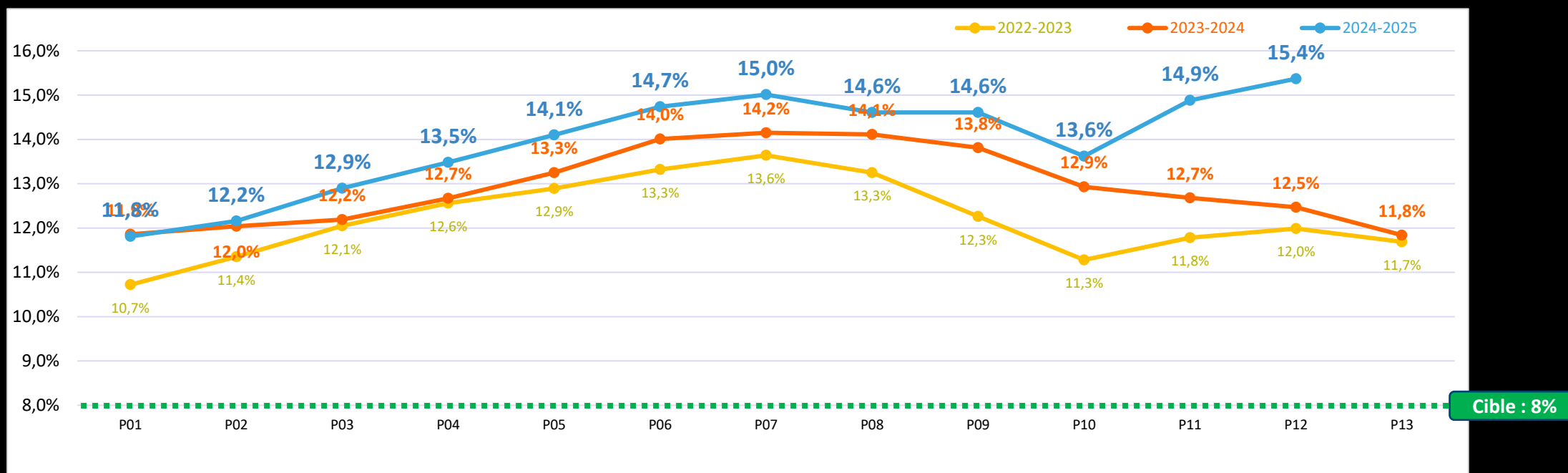
# Évolution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) sur civière



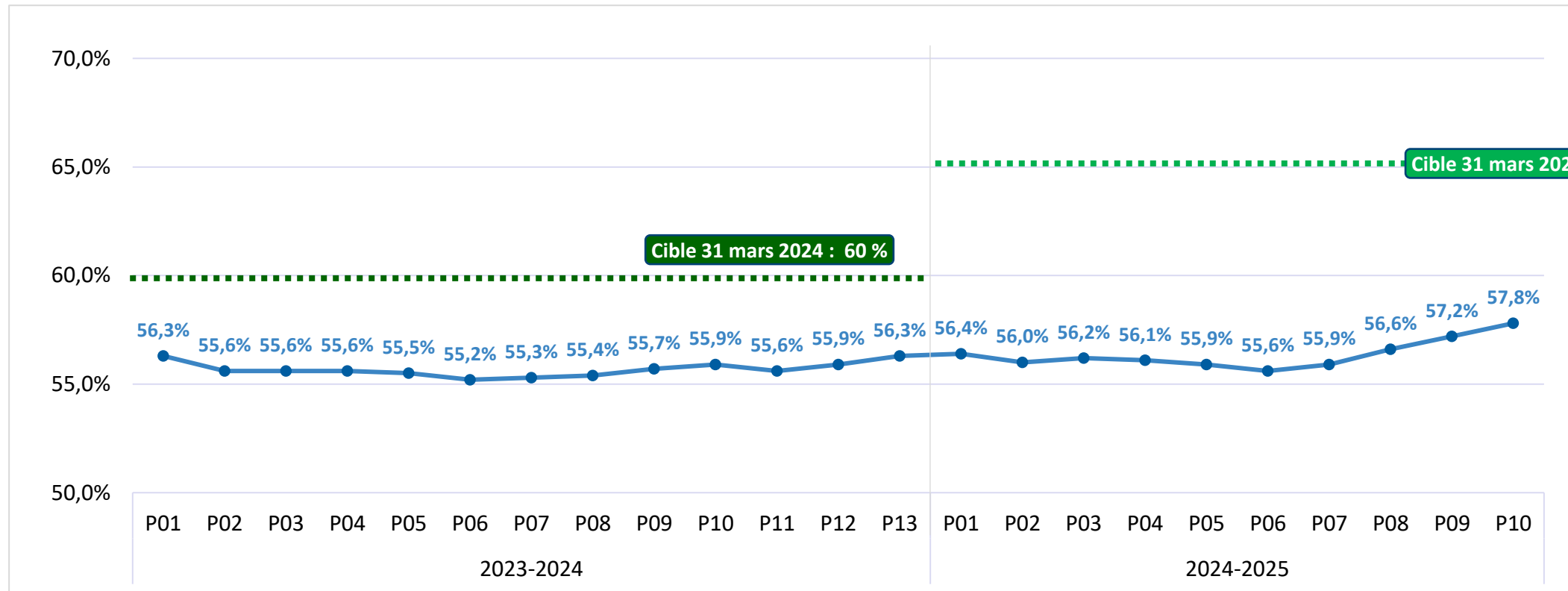
Année	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13		Moyenne
2024-2025	16,6	16,2	15,6	16,2	16,4	17,6	17,5	17,3	17,4	17,4					16,8 (16h49)
2023-2024	17,7	16,7	16,3	16,4	15,9	16,9	17,8	18,3	18,9	18,3	19,5	17,7	16,6		17,4 (17h26)
2022-2023	17,8	17,6	17,1	17,8	17,6	18,2	18,4	18,8	18,8	18,8	19,5	17,8	17,2		18,1 (18h05)

6/13 périodes où nous sommes en-dessous de la cible

# Évolution du % d'occupation des lits disponibles par des NSA

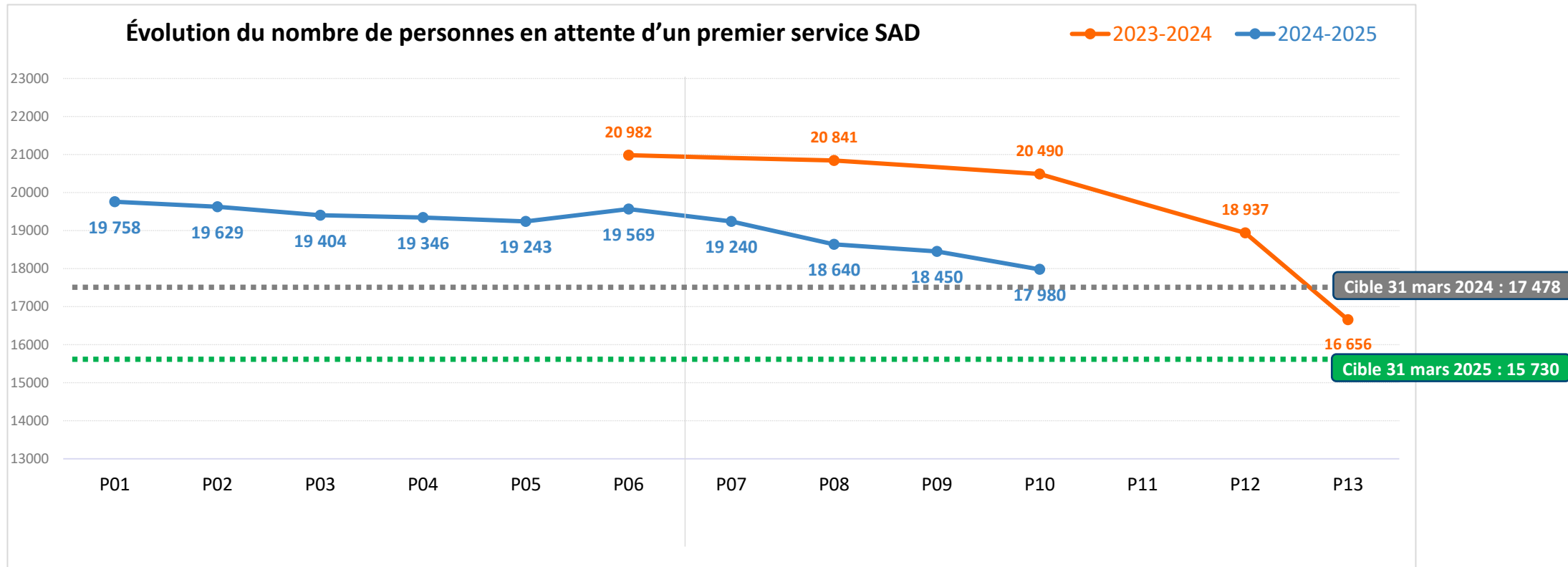


# Évolution du % des usagers ayant eu accès des soins et services Santé mentale dans les délais prescrits

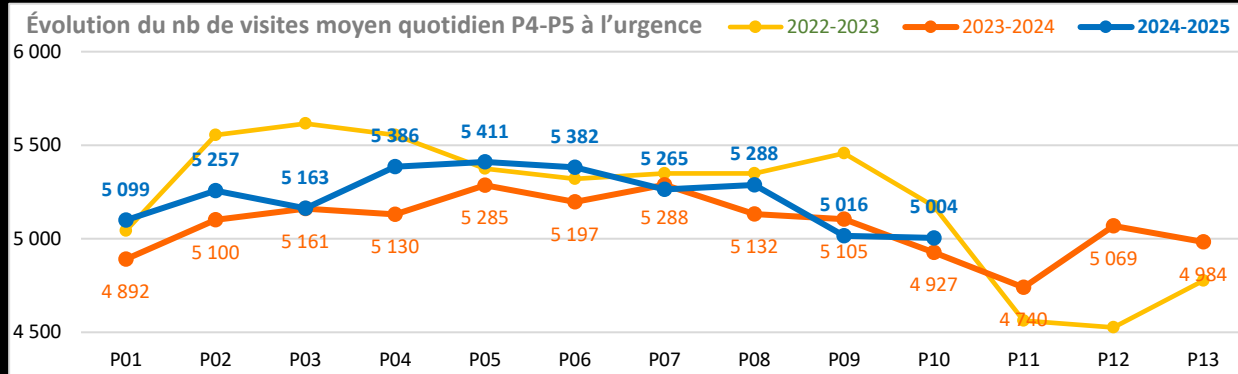


Les données sont incomplètes pour le CCSMTL, CEMTL et l'Estrie pour 2024-2025.

# Évolution du nombre de personnes en attente d'un 1<sup>er</sup> service SAD

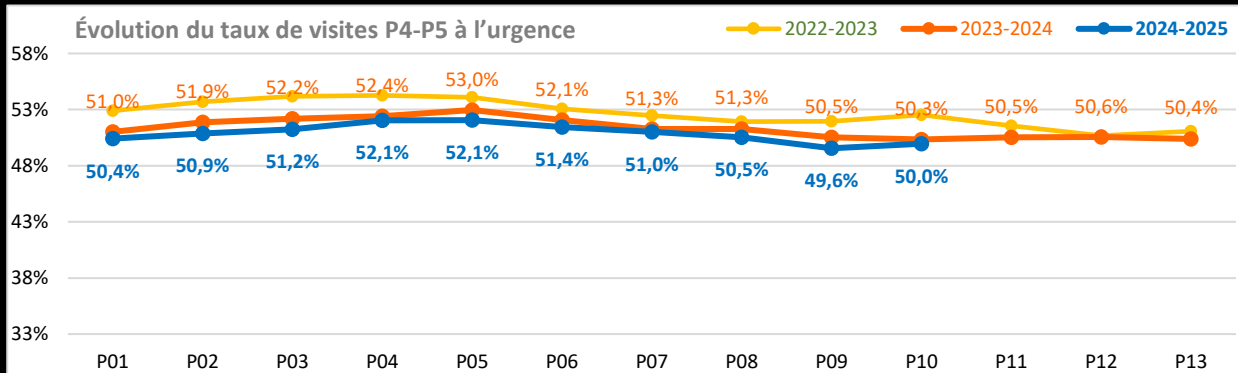


# Évolution des visites P4-P5 à l'urgence

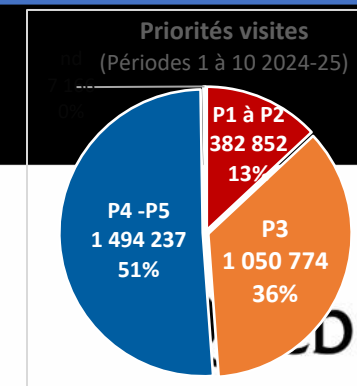


**+2 %** d'augmentation des visites P4-P5 à l'urgence

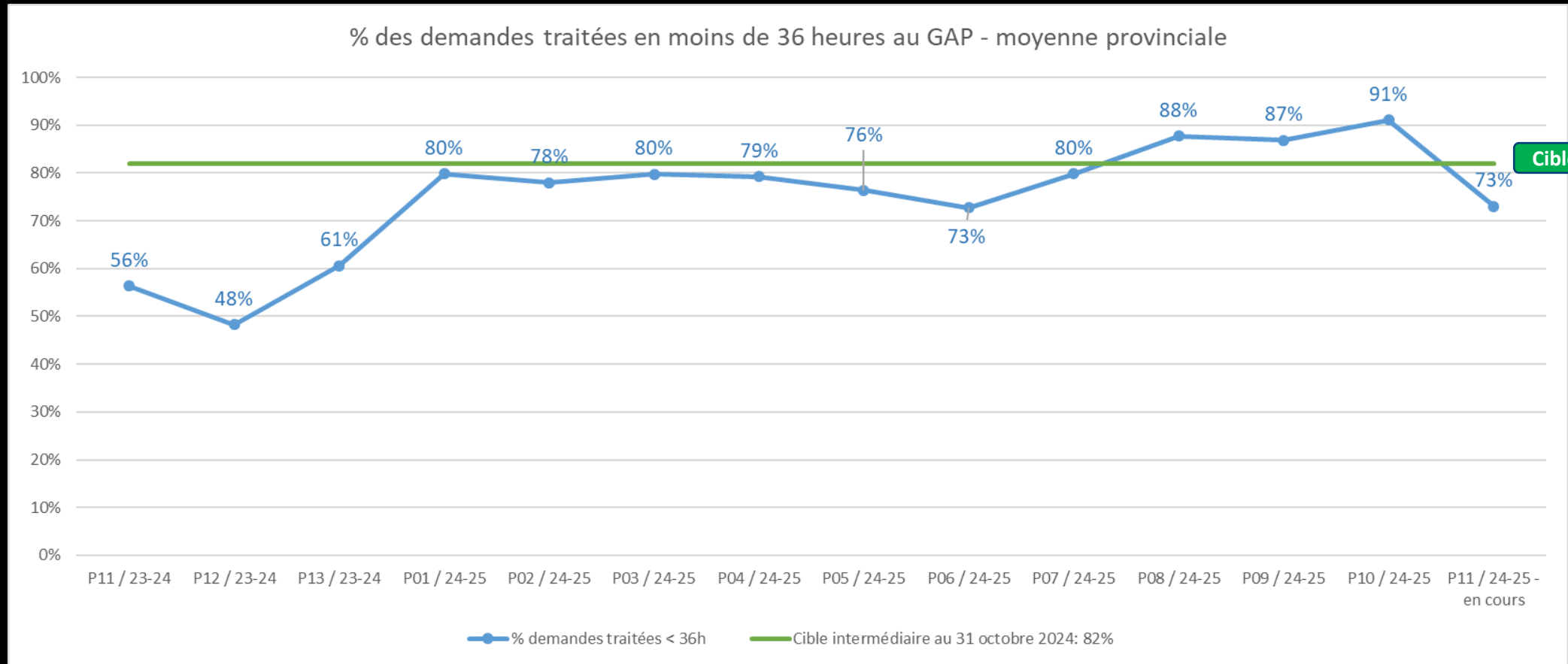
*(plus faible que les +3% d'augmentation des visites à l'urgence)*



**-0,7%** de diminution du taux de visites P4-P5 à l'urgence

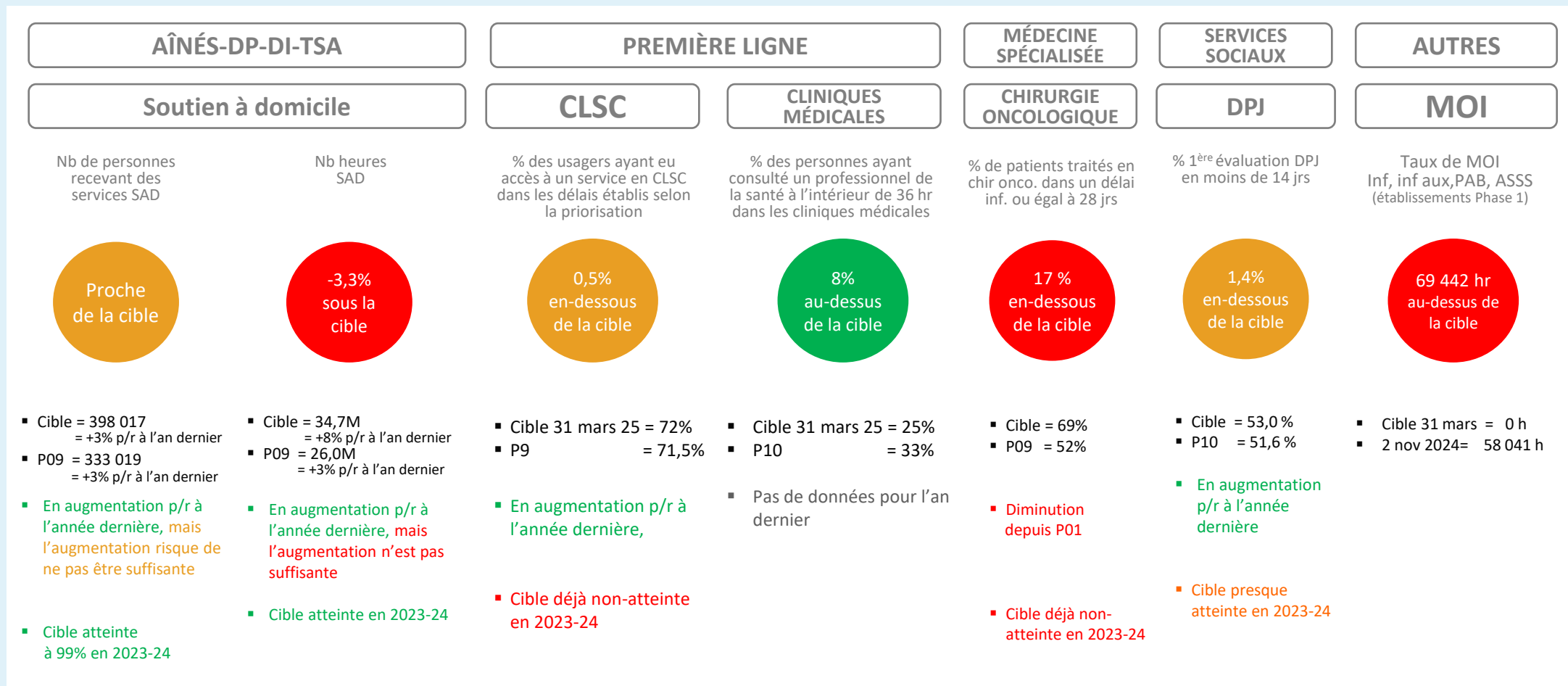


# Évolution du % de demandes GAP traitées en moins de 36 heures





## AUTRES INDICATEURS STRATÉGIQUES D'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES



### Légende

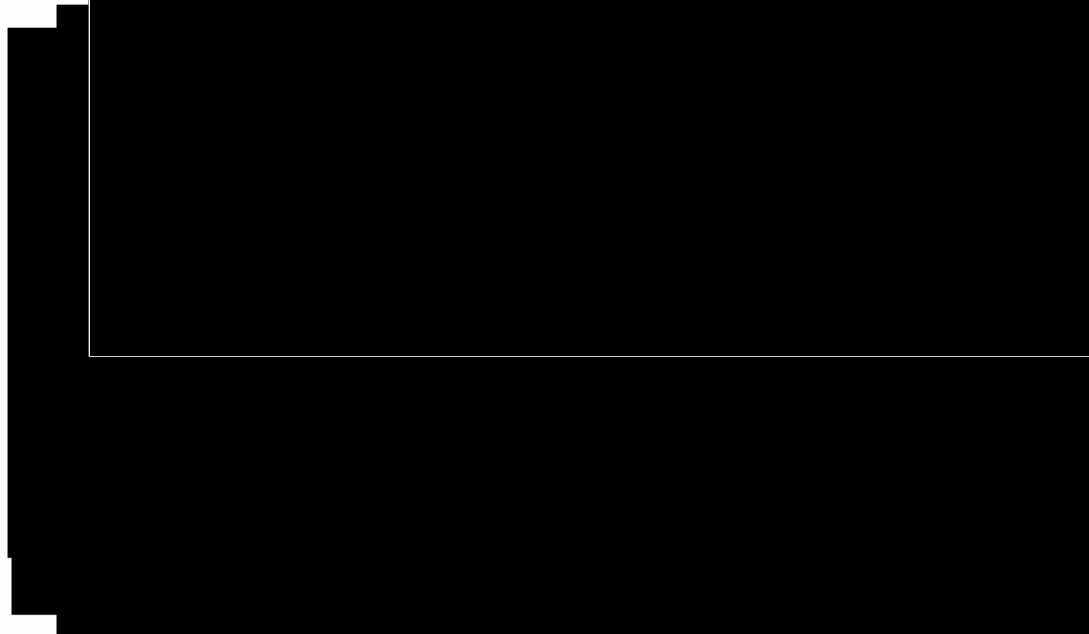
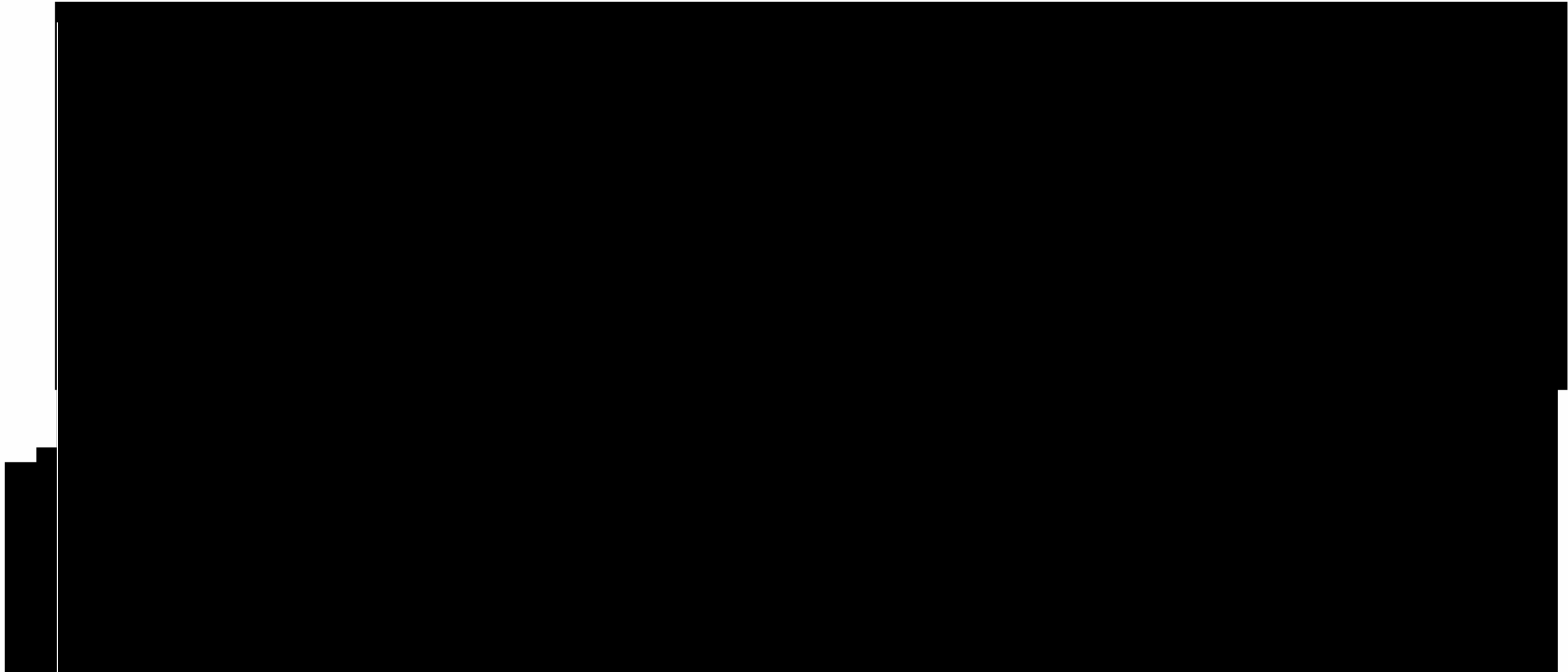
- Cible atteinte
- Proche de la cible
- Éloigné de la cible

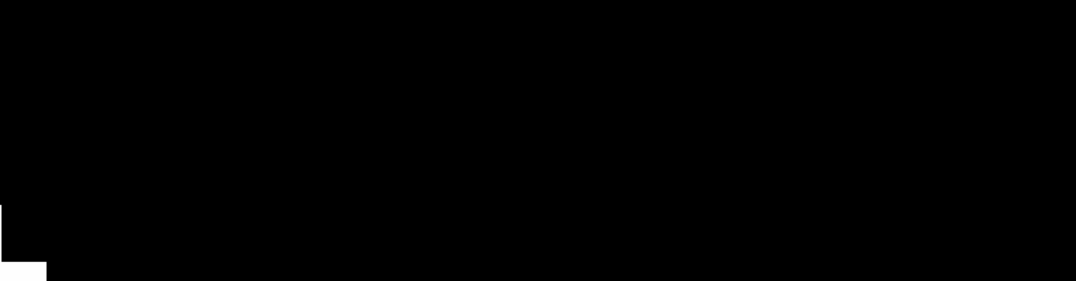
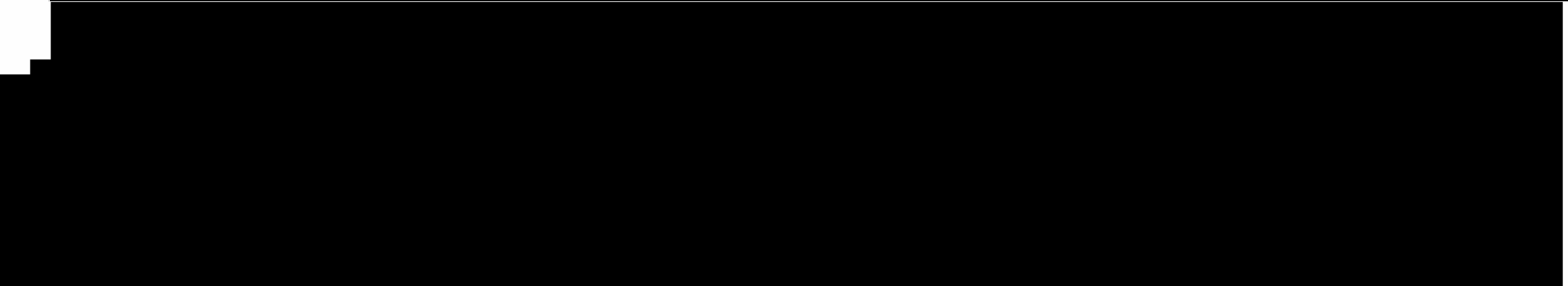
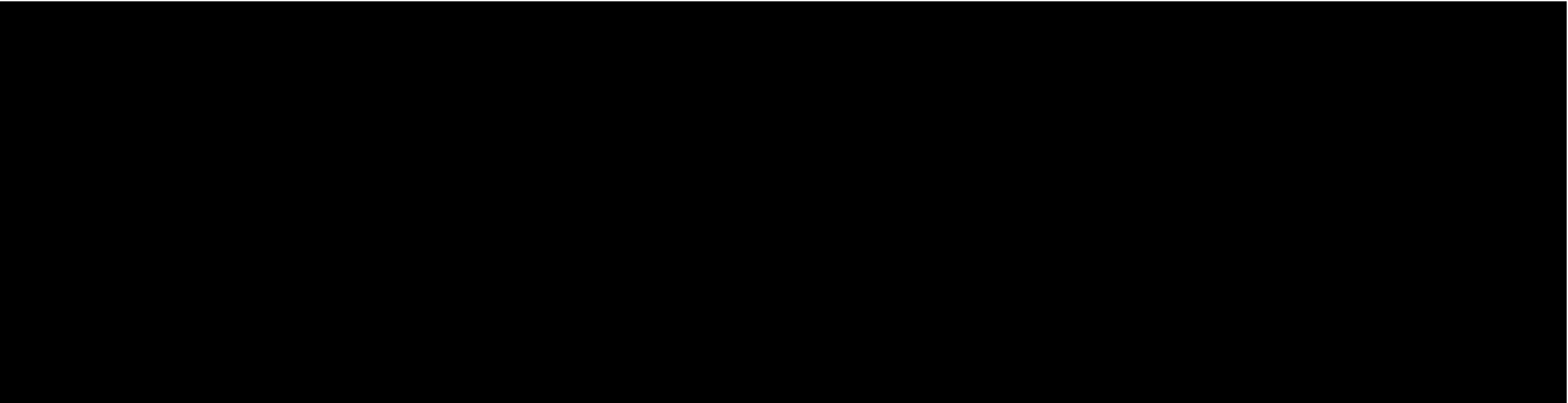
# Palmarès d'établissements

Établissement	GAP	CLSC	Santé mentale	URGENCE			Chirurgie	NSA	SAD	MOI	Palmarès GLOBAL
	% des demandes	% des usagers ayant eu	% usagers ayant eu	DMS	PEC Priorités 1 à 3	% amb. Réo.	Nb usagers en	% occ des lits disponibl	Nb total de personn	(Inf., inf. aux, PAB, ASSS)	
	Palmarès	Palmarès	Palmarès	Palmarès	Palmarès	Palmarès	Palmarès	Palmarès	Palmarès	Palmarès	
01 - CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT	1	2	3	3	1	5	2	5	3	5	3,0
02 - CIUSSS DU SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN	3	2	2	1	5	5	2	3	1	3	2,7
03 - CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL	---	---	---	2	1	5	5	5	---	1	3,2
03 - CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE	5	2	5	2	1	1	---	5	1	3	2,8
03 - INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE	---	---	---	2	3	5	5	1	---	1	2,7
04 - CIUSSS DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC	1	2	2	1	2	1	5	5	1	3	2,3
05 - CIUSSS DE L'ESTRIE - CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE	1	2	5	2	5	5	5	5	1	3	3,1
06 - CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	---	---	4	4	5	5	5	3	---	1	3,9
06 - CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE	---	---	2	1	1	5	5	---	---	1	2,5
06 - CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	---	---	2	5	4	5	5	5	---	1	3,9
06 - CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	3	1	2	4	5	1	1	5	5	3	3,0
06 - CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	5	1	2	4	5	5	2	5	1	3	3,3
06 - CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	1	2	5	3	5	1	5	5	3	3	3,3
06 - CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	1	2	3	4	3	5	5	5	1	3	3,2
06 - CIUSSS DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	1	2	3	5	5	1	1	5	1	3	2,7
06 - INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	---	---	1	1	3	5	5	1	---	1	2,4
07 - CISSS DE L'OUTAOUAIS	1	2	5	4	5	5	4	5	3	3	3,7
08 - CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	1	4	5	2	5	5	1	5	1	3	3,2
09 - CISSS DE LA CÔTE-NORD	5	4	3	1	5	5	2	5	3	5	3,8
10 - CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA B	---	4	4	---	---	---	---	---	5	---	---
11 - CISSS DE LA GASPÉSIE	1	2	2	1	1	5	2	1	3	5	2,3
11 - CISSS DES ÎLES	1	1	2	2	1	5	2	5	1	5	2,5
12 - CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	5	1	3	3	1	5	5	5	3	3	3,4
13 - CISSS DE LAVAL	1	2	5	5	5	1	2	5	3	5	3,4
14 - CISSS DE LANAUDIÈRE	1	2	3	4	5	1	5	5	1	3	3,0
15 - CISSS DES LAURENTIDES	5	2	3	4	4	5	5	5	1	5	3,9
16 - CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE	1	2	5	5	5	1	5	3	3	3	3,3
16 - CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST	5	2	3	2	5	1	3	5	1	5	3,2
16 - CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST	5	2	4	4	1	5	5	5	1	3	3,5

# Proposition d'ajustements des suivis stratégiques

---





**Merci !**

**Eric A Leclerc**  
Directeur adjoint des enquêtes et  
de l'inspection- secteur  
commercial et institutionnel

**Geneviève Defoy**  
Directrice adjointe évaluations et  
inspections, milieux de vie Ouest  
Qc

**Robin-Aubut Fréchette**  
Inspecteur national adjoint

**Martine Gosselin**  
Commissaire nationale aux  
plaintes et à la qualité des  
services

**Conseil  
d'administration**

**Natasha Bergeron**  
Vice-présidente Stratégie  
Performance et Amélioration  
continue

**Geneviève Biron**  
Présidente et cheffe de la  
direction (PCD)

**Patrick-Thierry Grenier**  
Chef du bureau de la PCD,  
des affaires juridiques et  
de la gouvernance

Marie-Hélène Fortin  
Directrice des affaires  
corporatives

Catherine Maranda  
Directrice de la  
coordination

Sana Haidara  
Directrice de l'éthique  
et de la conformité

*Vacant*  
Direction des affaires  
juridiques

**Frédéric Abergel**  
Vice-président exécutif  
opérations et  
transformation

**Vincent Lehouillier**  
Vice-président Talent,  
Culture et Engagement

**Julie Boucher**  
Vice-présidente Affaires  
publiques et  
communications

**Jean-Pierre Kik**  
Vice-Président  
Approvisionnement,  
logistique et infrastructure

**Sonia Dugas**  
Vice-présidente Finances

**Erika Elisabeth De Assis Bially**  
Vice-présidente - Technologies de  
l'information

**Mélanie Charbonneau**  
Directrice du bureau du vice-président exécutif Opérations et Transformation

**Frédéric Abergel**  
Vice président exécutif opérations et transformation

**Guy Thibodeau**  
VPA Soutien à la gouvernance établissement

**Jean Mireault**  
VPA Planification et performance clinique

**Robin-Marie Coleman**  
VPA coordination de l'accès et des trajectoire de soins

**Maryam Vafaei**  
VPA transformation numérique des pratiques cliniques

**Annie Talbot**  
Directrice générale médicale et des services professionnels médecine familiale

**Mario Viens**  
Directeur général médical et des services professionnels médecine spécialisée

**Liza O'Doherty**  
Directrice générale des soins infirmiers

**Isabelle Simard**  
Directrice générale des services multidisciplinaires de santé et services sociaux

**Caroline Mathieu**  
Directrice générale de l'expérience usager

Caroline Dusablon  
DGA Gestion réseau et partenariats

Mélanie Manseau  
DGA Qualité et résultats de santé

Stéphane Tremblay  
DGA trajectoires clientèles et réseaux d'excellence clinique

Sonia Dugal  
DGA - Santé publique, soins et services primaires et communautaires

Véronique Wilson  
DGA coordination réseau et soutien aux opérations

Philippe Lottin (intérim)  
DGA programme DSN Épic

Julie Noël (intérim)  
Direction Gouvernance des solutions cliniques

Annick Leblanc  
Directrice des relations institutionnelles

Martine Leblanc-Constant  
Directrice des opérations de santé publique

Patricia Cossette (intérim)  
Direction Centre expertise DSN

VACANT 1.2.9.3.  
DGA - Soins et services spécialisés, surspécialisés et spécifiques

Paul Guyot  
Directeur- Services résidentiels et d'hébergement et de transition

Mustapha Ben Abdesselam (intérim)  
Direction Génie clinique, hospitalier et programme imagerie d'entreprise

Steve Bellumeur (intérim)  
Direction Programme de laboratoire

Trun Tran  
Directeur des spécialités sociales et psychosociales

Alexis Guilbert-Couture  
Directeur des services spécialisés en santé physique

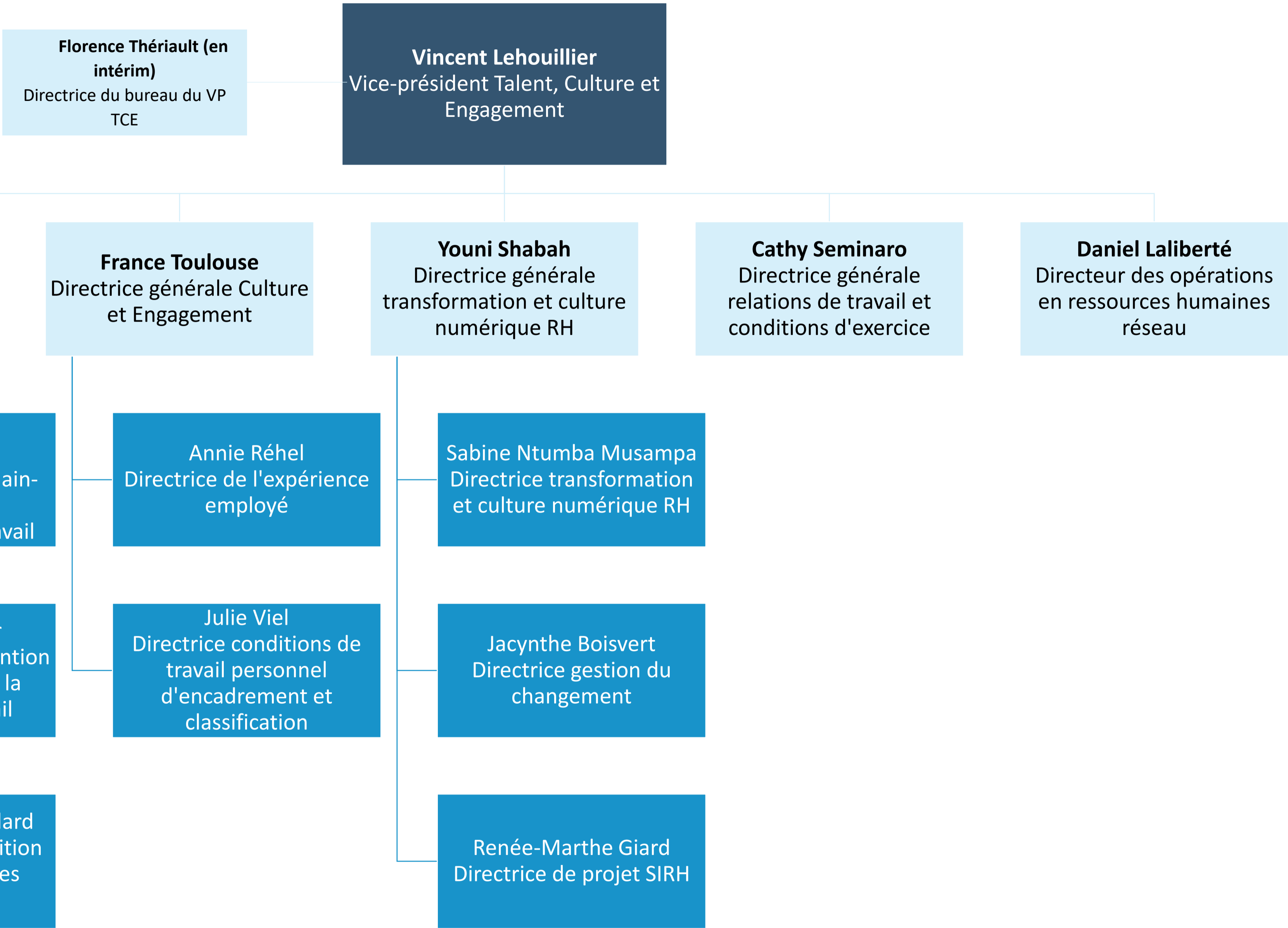
**Corinne Pinsonneault**  
Directrice bureau de la VP stratégie,  
performance et amélioration continue

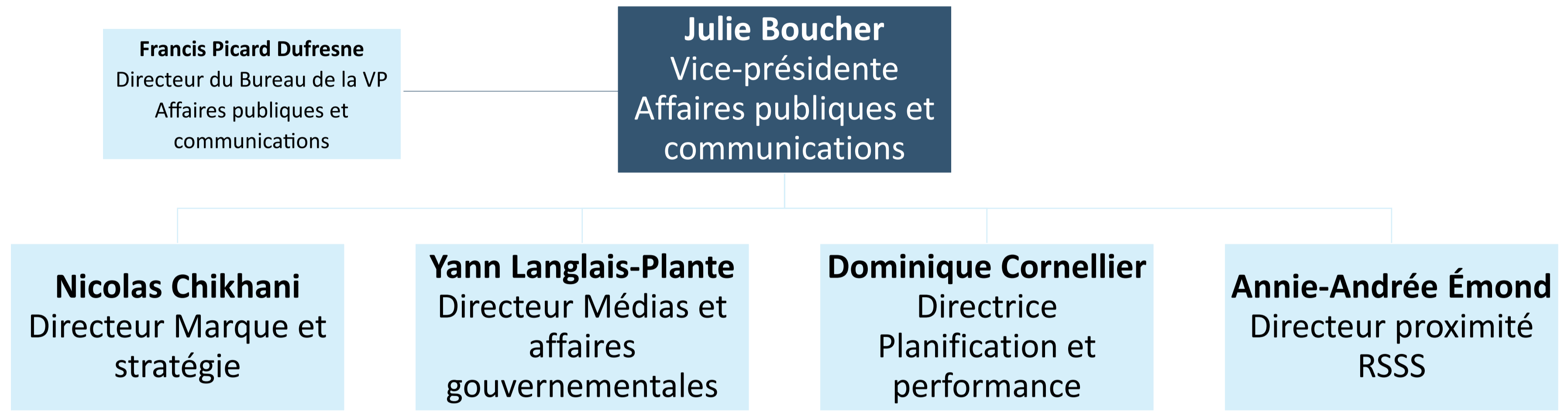
**Natasha Bergeron**  
Vice-présidente Stratégie  
Performance et Amélioration  
continue

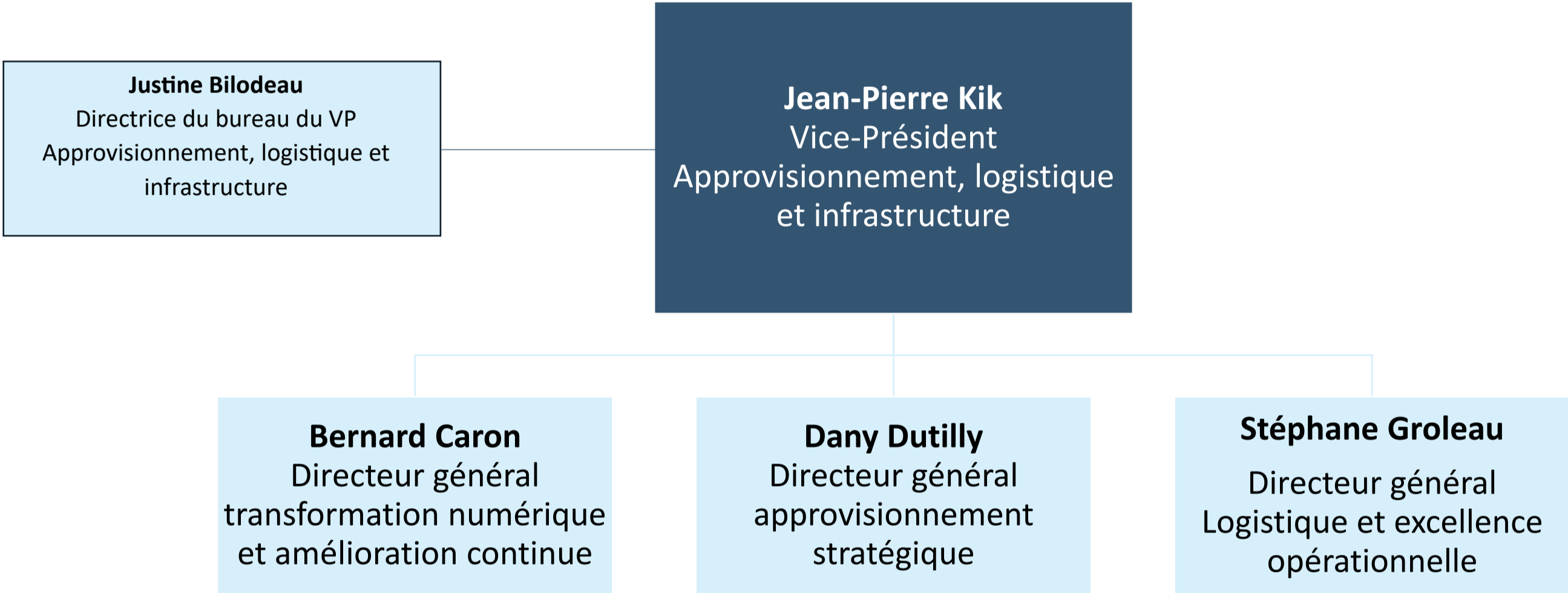
**Julie Verret-Chalifour**  
Directrice générale  
planification stratégique et  
partenariat

**Geneviève Bélanger-  
Jasmin**  
Directrice générale- bureau  
de gestion de programmes  
et de projets

**Soumaia Boubou**  
Directrice de l'amélioration  
continue







**Martin Cossette (interim)**  
Directeur du Bureau de la VPTI

**Erika Elisabeth De Assis Bially**  
Vice-présidente - Technologies de l'information

**François Bérubé**  
Directeur général Infrastructure et solutions numériques

**François Casabon**  
Directeur général Gouvernance et stratégie technologies de l'information

**Micheline El Dayrie**  
Directrice générale Architecture d'entreprise, méthodologie et cadres

**Karine Dubé**  
Directrice générale Sécurité de l'information et de la cybersécurité

**Cathy Gauthier**  
Directrice générale du Bureau de coordination TI

**Sylvain Croteau**  
Directeur général Innovation, recherche et développement, et données

**Imane Guirchan**  
Directrice du Bureau de soutien à la transformation numérique, aux opérations et valorisation du capital humain

**Martin Delage**  
Directeur général Projets prioritaires TI

**Daniel Piché**  
Directeur du Bureau de projet TI

Hugues Dombrowski  
Directeur des opérations technologiques

Hafedh Chourabi  
Direction de la gestion budgétaire et LGGRI

Rafik Chorki  
Directeur de la livraison des solutions d'architecture

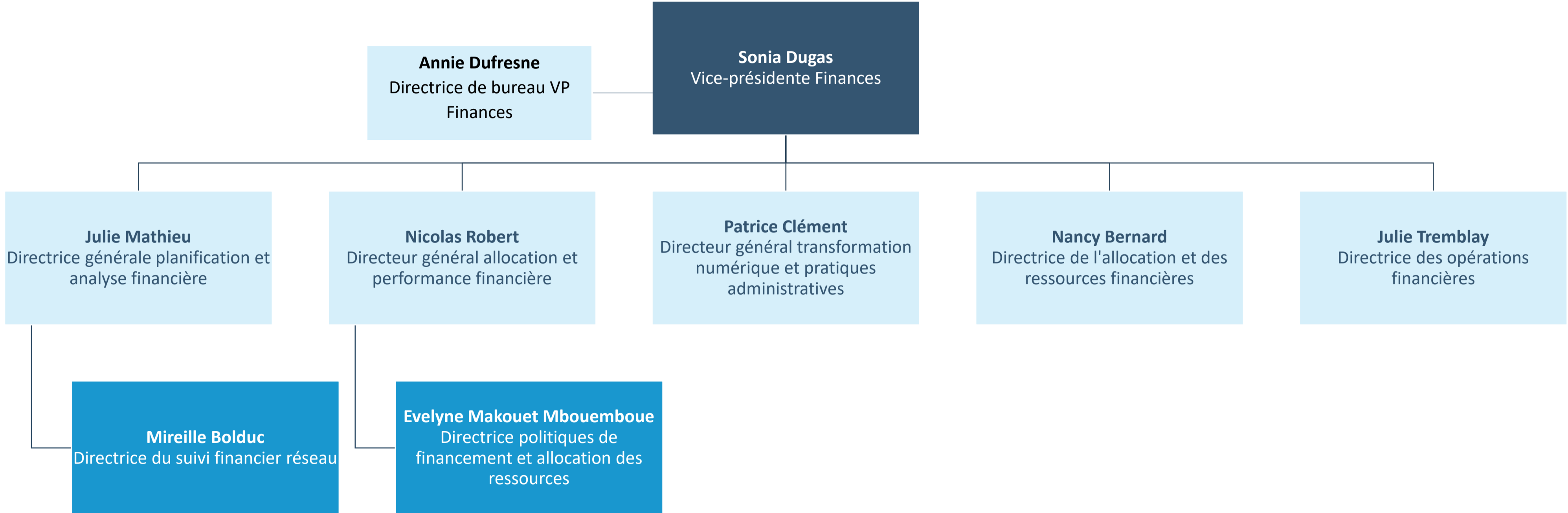
Martin Otis  
Directeur des relations clients

Khaled Msalmi (interim)  
Direction des contrats, conformité et performance

Bruno Lepage  
Directeur des solutions numériques

Ann Soucy (PDS)  
Direction de gouvernance, stratégie et gestion des risques RI

Isabelle Poulin  
Directrice des cadres, méthodologies et outils de gestion de projets



---

# Comité de stratégie et de gouvernance des données

Proposition de mandat et composition

Sylvain Croteau

Éric Martel



# Table de matières

No	Sujets abordés	Numéro de diapositive
<b>01</b>	Mise en contexte	<b>03</b>
<b>02</b>	Gouvernance	<b>07</b>
<b>03</b>	Prochaines étapes	<b>10</b>
	Annexes	<b>13</b>

01

## Mise en contexte





Pour bien se matérialiser, la stratégie de données nécessite une **gouvernance des données** prenant la forme de...

- Alignement entre les orientations stratégiques et la priorisation des chantiers techniques
- Rôles et responsabilités clairs entre les parties prenantes
- Processus de certification de qualité de données
- Environnement informationnel adapté aux besoins du RSSS, de ses partenaires intersectoriels et à la gestion de mégadonnées
- Mutualisation des ressources en regroupant des expertises, en créant des outils partagés en évitant la duplication d'efforts et en transférant des connaissances
- Interopérabilité des données et des systèmes des établissements
- Inventaire de données du RSSS avec un cycle de vie transparent et partagé
- Harmonisation des outils et processus dans tous les établissements, basé sur les meilleurs pratiques en matière de PRP et de cybersécurité



02

# Gouvernance





**03**

## **Prochaines étapes**







# Annexe

# Hub-Spoke Responsibilities Distribution



The **hub-spoke model** enables you to formalize and scale data engineering practice across the enterprise.

## Central Team

- **Technical group** focused on platform and technology standards and best practices.
- **Platform owners, data engineers, DBAs, integrators, architects.**
- Data scope includes **“all” data** known/unknown, internal/external.
- Produce **reusable components, templates** to support departmental team activities.

## Satellite Teams

- **Functional groups** focused on operationalizing data toward consumer outcomes within business domains.
- **Product managers, domain experts, business technologists, end-user representative.**
- Data scope is **limited** to the product line.
- Provision **data products** using the templates just like in an assembly line.

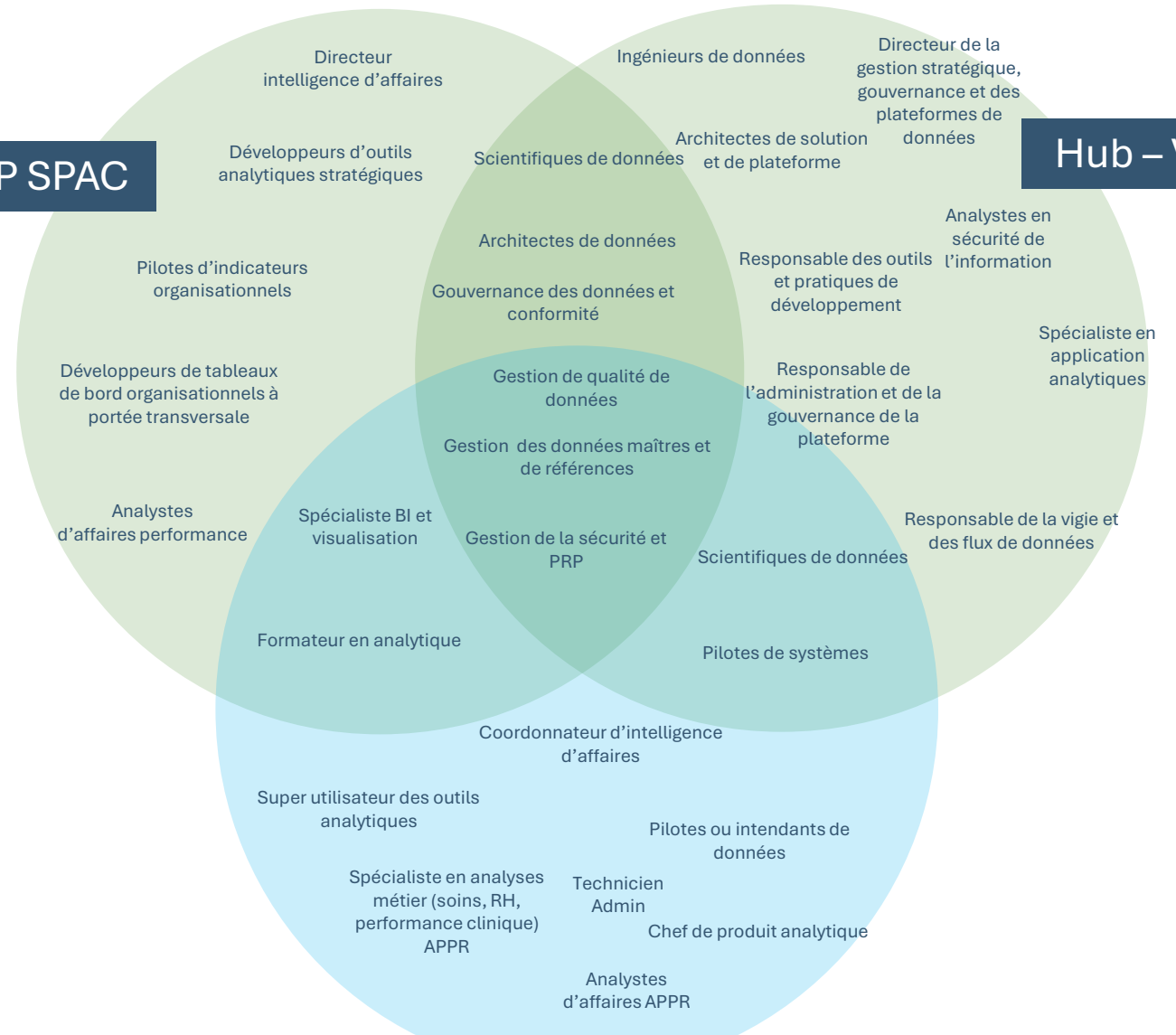
## Fonctions du Hub

Meilleures pratiques de développement, de gouvernance des données, de sécurité, de PRP, des modèles IA et de la gouvernance des plateformes de données.

Développement, Ingénierie de données, intelligence d'affaires et visualisations de données complexes, intelligence artificielle, analytique avancée, modèles prédictifs, cybersécurité, administration de plateforme (DEVOPS et MLOPS)

## Hub – VP SPAC

## Hub – VP TI



## Spoke



# Nos principes directeurs

Accessibilité	Confiance	Qualité performance	Sécurité de l'information	Protection des renseignements personnels (PRP)
<p>Les données de l'organisation sont un bien commun</p> <p>Les données cliniques sont la propriété du citoyen</p> <p>Un inventaire de données documentées est disponible</p> <p>Les vice-présidences et les établissements ont accès aux jeux de données dont elle a besoin</p> <p>Les données des systèmes doivent toujours être accessibles</p> <p>Les extractions des données sont automatisées</p> <p>Le format d'accès doit favoriser le croisement des données</p> <p>La mutualisation des ressources doit servir de moteur à l'accès</p>	<p>La qualité de données est mesurée, documentée et certifiée</p> <p>La donnée numérique prévaut sur la donnée manuelle</p> <p>Le cycle de vie d'une donnée est numérique du début à la fin et retraçable</p> <p>La littératie en utilisation de données probantes est développée à l'échelle du réseau de la santé</p> <p>Focus sur les données probantes et leur utilisation informée</p> <p>Se bâtit en partenariat avec les vice-présidences et les établissements</p>	<p>Les données permettent de générer de la valeur, d'améliorer les services et de limiter les risques</p> <p>Les données sont priorisées selon leur alignement aux priorités organisationnelles</p> <p>L'articulation de la performance et la gouvernance des données se font à tous les niveaux de l'organisation</p> <p>La qualité de données est l'affaire de tous et les rôles et les responsabilités sont documentés</p> <p>Les tâches à non-valeur ajoutée sont automatisées</p>	<p>Accorder le niveau minimal d'accès pour accomplir son travail</p> <p>La divulgation d'information est limitée aux personnes autorisées</p> <p>Les failles de sécurité sont signalées immédiatement par tous</p> <p>Assurer que tous les fournisseurs de solutions respectent la politique de sécurité</p> <p>Assurer la mise en place des mesures prioritaires du MCN et Santé Québec en sécurité de l'information</p>	<p>La protection des renseignements personnels est un droit et une priorité</p> <p>Les renseignements personnels (RP) appartiennent à la personne concernée et sont confidentiels</p> <p>Sauf exceptions, le consentement est requis pour collecter, communiquer ou utiliser un RP</p> <p>Les critères de responsabilité, de transparence et de nécessité guident la PRP</p>

Transversal: Agile, en continu, création de valeur, gestion de risques, imputabilité, considérations éthiques

**Le DAMA-DMBOK 2 (Data Management Body of Knowledge) identifie 11 domaines de gestion et de gouvernance des données.**

**Ces domaines couvrent l'ensemble du cycle de vie des données et leur gestion stratégique.**

**1. Gouvernance des Données (Data Governance)**

- Pilote tous les autres domaines en définissant les rôles, responsabilités, politiques et standards liés aux données.
- Assure l'alignement avec la stratégie d'entreprise, la conformité réglementaire et l'éthique des données.

**2. Architecture des Données (Data Architecture)**

- Définit les modèles, les structures et les flux de données pour garantir leur interopérabilité et leur évolutivité.
- Pilote la conception des bases de données, des entrepôts de données et des data lakes.

**3. Modélisation et Conception des Données (Data Modeling & Design)**

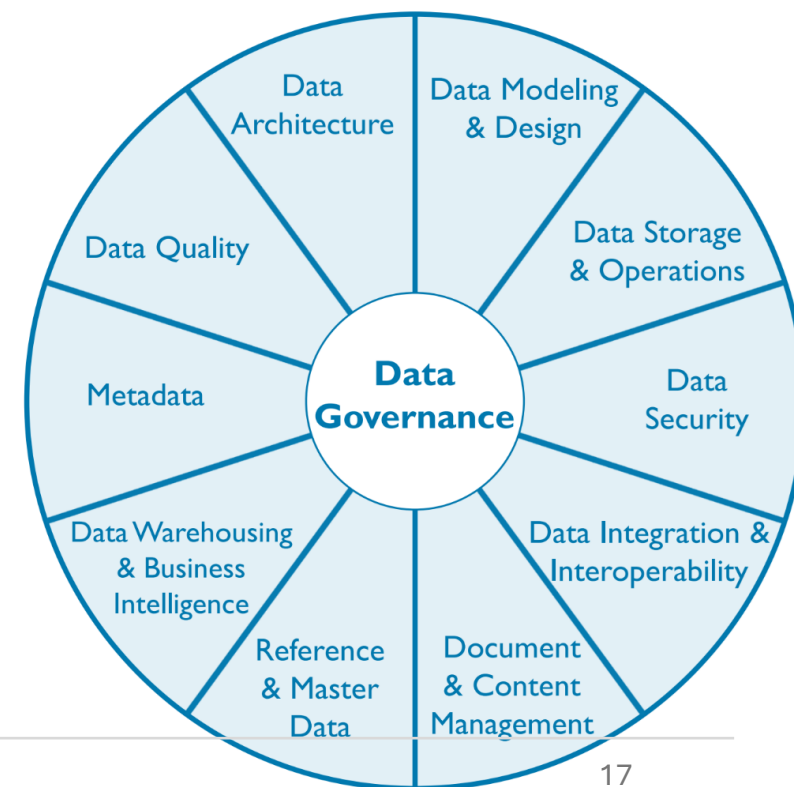
- Création et gestion des modèles conceptuels, logiques et physiques des données.
- Structuration des relations entre les différentes entités de données.

**4. Stockage et Opérations sur les Données (Data Storage & Operations)**

- Gestion des bases de données, entrepôts de données (DWH), data lakes et solutions cloud.
- Optimisation des performances et de la disponibilité des données.

**5. Sécurité des Données (Data Security)**

- Protection des données contre les accès non autorisés et les cyberattaques.
- Mise en place de contrôles d'accès, chiffrement, gestion des identités et audits de sécurité.



## 6. Intégration et Interopérabilité des Données (Data Integration & Interoperability)

- Synchronisation et migration des données entre différents systèmes et plateformes.
- Gestion des ETL (Extract, Transform, Load), API et middleware.

## 7. Qualité des Données (Data Quality)

- Définition des critères de complétude, exactitude, cohérence et actualisation des données.
- Mise en place de processus de contrôle et d'amélioration continue de la qualité des données.

## 8. Métadonnées et Gestion des Référentiels (Metadata & Master Data Management - MDM)

- Gestion des métadonnées pour structurer et documenter les données.
- Mise en place du MDM pour garantir une vision unique et fiable des données clés (patients, médicaments, équipements).

## 9. Gestion des Données de Référence et de Maîtrise (Reference & Master Data Management - MDM)

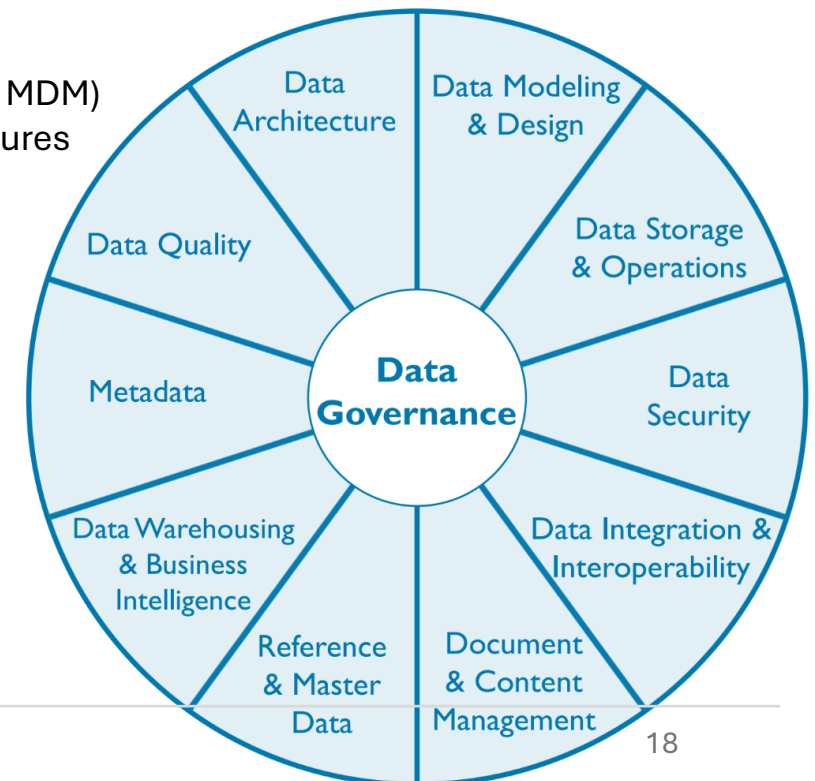
- Harmonisation des données de référence utilisées par plusieurs systèmes (ex. : nomenclatures médicales, codes ICD).
- Évite les incohérences et doublons dans les données critiques.

## 10. Gestion des Contenus et Documents (Data Content & Document Management)

- Organisation des documents numériques (dossiers patients, résultats d'examens, contrats, rapports).
- Gestion des cycles de vie des documents et conformité légale (archivage, conservation, destruction).

## 11. Gestion des Données Analytiques et Big Data (Data Analytics & Business Intelligence)

- Exploitation des données via BI, IA et Machine Learning pour des analyses prédictives et décisionnelles.
- Optimisation de la prise de décision basée sur les données.



## Présentation COMEX

### Gouvernance de portefeuille axée sur la valeur

### 27 février 2025

- Natasha Bergeron
- Geneviève Bélanger-Jasmin

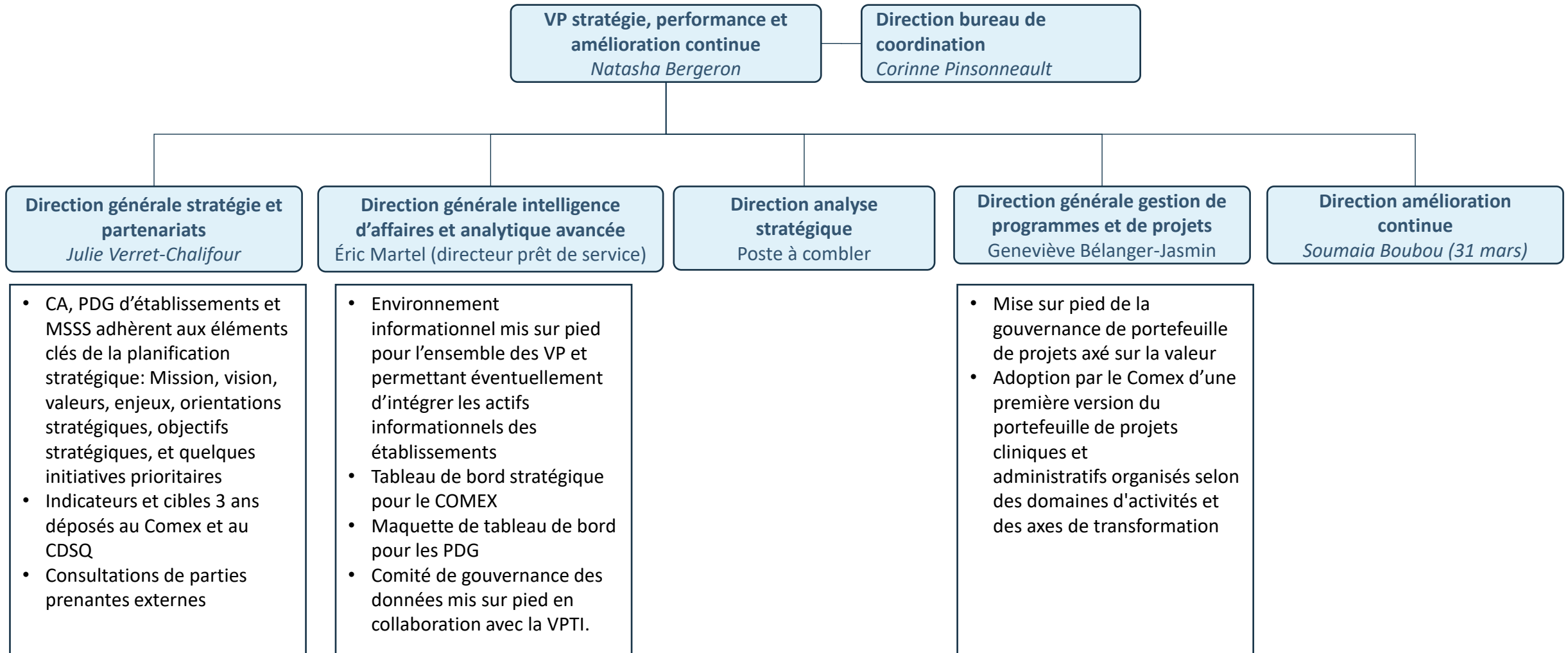


# Ordre du jour

No	Sujets abordés	Numéro de diapositive
01	VPSPAC- OKR	3
02	Portefeuille axé sur la valeur	6
03	Processus de priorisation/sélection et suivi	10
04	Recensement	17
05	Prochaines étapes	21
An	Annexes	25

**01**

**VP SPAC - OKR**



**Objectif :**

Mise en place du portefeuille de projet axé sur la valeur en lien avec la planification stratégique Santé Québec

Résultats clés d'ici le 31 mars 2025	Responsable	Collaborateurs	État d'avancement	Statut
Mise sur pied d'un comité tactique	VPSPAC	Toutes les VP	100% 	
Projets recensés par VP	VPSPAC	Toutes les VP	75% 	
Méthodologie de priorisation élaborée et approuvée	VPSPAC	Comité tactique	60% 	
Priorisation des projets cliniques et administratifs	VPSPAC	Comité tactique	0% 	
Matrice de portefeuille élaborée par domaines d'activités et d'axes de transformation	VPSPAC	VPTI et VPE-OT	40% 	



02

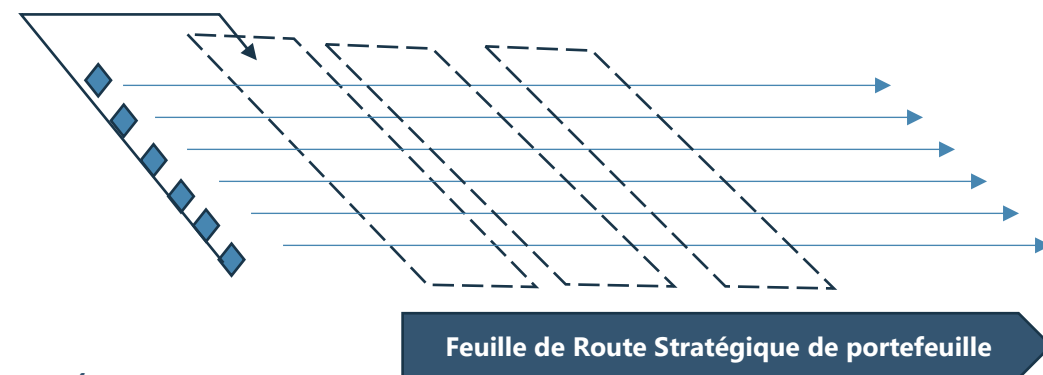
## Portefeuille axé sur la valeur

Passer d'une gestion de projets/programmes fragmentée, en silo et imprévisible à une approche agile et cohérente structurée autour de domaines d'activités dans le but de créer de la valeur

## ***Meilleures pratiques pour exceller :***

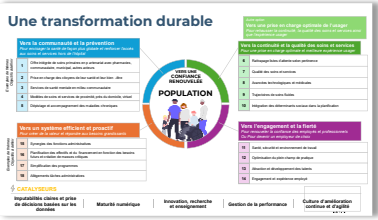
*Prioriser, planifier, budgéter, suivre les livraisons autrement*

1. Définir les priorités stratégiques
2. Regrouper les initiatives en portfolios axés sur les domaines d'activités
3. Aligner collectivement les efforts sur les objectifs trimestriels
4. Structurer les équipes de livraison autour de ces domaines d'activités



# Constitution du portefeuille

Matrice par domaines d'activités et axes de transformation



	La prévention et les services dans la communauté	La prise en charge optimale de l'utilisateur	Un système efficient et proactif	L'engagement et la fierté
--	--	--	----------------------------------	---------------------------

Domaine d'activité clinique 1	🎯KR 🎯KR		🎯KR	🎯KR	📄 Feuille de route
Domaine d'activité clinique 2	🎯KR 🎯KR	🎯KR			📄 Feuille de route
Domaine d'activité clinique 3		🎯KR 🎯KR 🎯KR	🎯KR 🎯KR		📄 Feuille de route
Regroupement de trajectoire 1	🎯KR 🎯KR		🎯KR	🎯KR	📄 Feuille de route
Regroupement de trajectoire 2	🎯KR 🎯KR	🎯KR	🎯KR	🎯KR	📄 Feuille de route
Gouvernance	🎯KR 🎯KR		🎯KR 🎯KR	🎯KR	📄 Feuille de route
Fonction administrative (RH, Finance, Appra)			🎯KR	🎯KR	📄 Feuille de route
Fondation technologiques et maturité numérique	🎯KR 🎯KR	🎯KR 🎯KR	🎯KR 🎯KR		📄 Feuille de route
Fondation immobilière		🎯KR		🎯KR	📄 Feuille de route

La prévention et les services dans la communauté

La prise en charge optimale de l'utilisateur

Un système efficient et proactif

L'engagement et la fierté

Regroupement de trajectoire 1



Rendez-vous



Rendez-vous



Rendez-vous



Rendez-vous

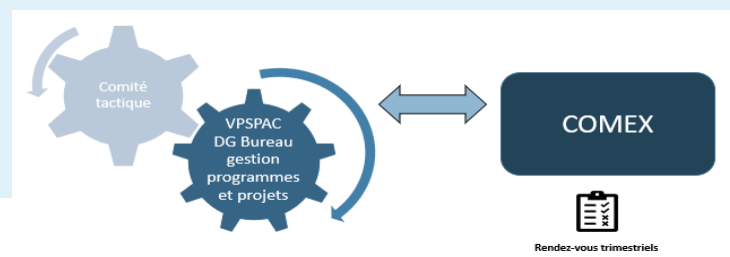
cible (OKR)

	T1	T2	T3	T4
Livrable complété 1				
Livrable complété 2				
Livrable complété 3				
Livrable complété 4				
Livrable complété 5				
Livrable complété 6				
....				

**03**

# Processus de priorisation/sélection et suivi

# 03 Structure de gouvernance du projet



## Bureau gestion programmes et de projets

### Fonction

Mettre de l'avant une gestion de portefeuille basée sur une approche Lean-Agile structurée autour de domaines d'activités et d'axes stratégiques de création de valeur. Responsable de la déclinaison de la PS en initiatives et projets concrets. Faciliter un processus de priorisation et de sélection de projets. Accompagner les équipes à l'utilisation des meilleures pratiques de gestion de projets et de portfolios. Soutenir à l'élaboration des feuilles de route, aux suivis des performances, des OKR et de l'atteinte des objectifs stratégiques.

### Équipe

- Geneviève Bélanger Jasmin, DG
- Yves Desjardins, Conseiller cadre
- Martine Guay, Gestionnaire de projet
- Responsables de domaines d'activités

### Rencontres

2 à 3 fois semaine

## Comité tactique

### Fonction

Participer au recensement des projets. Contribuer à la structure des portefeuilles de valeur et à la priorisation. Cocréer les feuilles de route, suivre la performance et la création de valeur et recommander les mises à jour de portefeuille au Comex. Représenter leur vice-présidence et cascader l'information.

### Membres

- Équipe VP SAC
- Annie Dufresne, VP F
- Youni Shabah, VP TCE
- Daniel Piché, VP TI
- Bernard Caron, VP ALI
- Dominique Cornellier, VP APC
- Mélanie Charbonneau, VPE
- Corinne Pinsonneault, VP SPAC
- Catherine Maranda, bureau PCD

### Rencontres

D'ici 31 mars 2025 = hebdomadaire  
Mensuellement

## COMEX

### Fonction

Approuver les recommandations du comité tactique.  
Approuver le portefeuille et ses modifications.  
Suivre la performance et la création de valeur du portefeuille et contribuer à l'alignement des efforts collectifs sur les OKR trimestriels.

### Membres

- Geneviève Biron, PCD
- Patrick Thierry Grenier, Chef du bureau PCD
- Natasha Bergeron, VP SPAC
- Frédéric Abergel, VPE OT
- Vincent Lehouillier, VP TCE
- Erika Bially, VP TI
- Sonia Dugas, VP
- Jean-Pierre Kik, VP ALI
- Julie Boucher, VP APC

### Rencontres

Rdvs trimestriels

### Impact

- Impact sur les objectifs stratégiques (taille de impact sur indicateurs)
- Équilibre entre bénéfices à court termes et bénéfices à plus long termes
- Équilibre entre les secteurs

### Conformité / mise à niveau

- Gestion de risque
- Modernisation (systèmes, infrastructure)

### Faisabilité

- Coûts de développement et d'opération
- Durée de développement
- Niveau de complexité
- Ampleur de la gestion de changement (p.ex., nb de ressources impactées)

### Capacité organisationnelle

- Budgets disponibles
- Ressources disponibles
- Capacité dans les établissements

## Pré-qualification

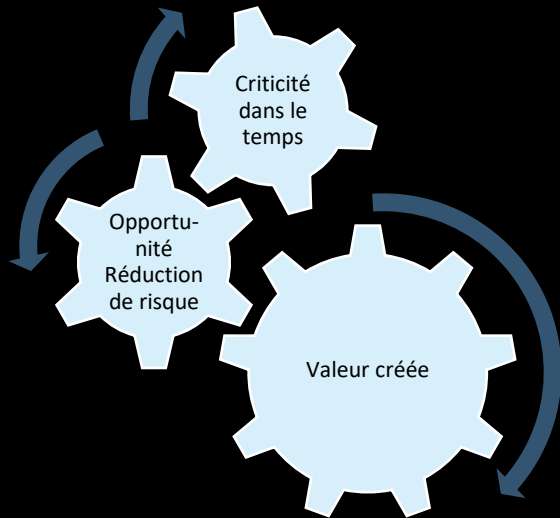
- Alignement stratégique
- Domaines d'activités
- Exigences légales, non-conformités réglementaires, obligations ministérielles (nonobstant le score)

## Pondération

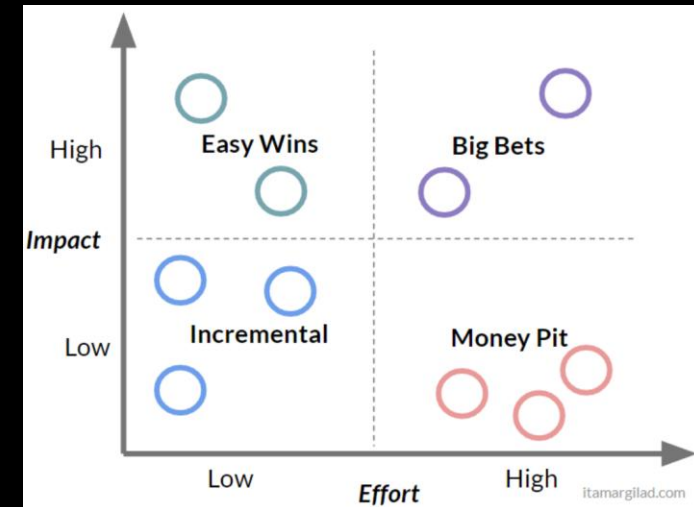
- Détermination d'un indice reflétant le ratio impact versus effort
- Calcul du ROI lorsque possible

## Équilibrage du portefeuille axé sur la valeur

- Pour atteindre l'OKR
- Capacité des VP, établissements, ressources
- Impact long terme, court terme
- Risques (dev vs désuétudes)



$$\text{Indice} = \frac{VC + C + ORR}{\text{EFFORTS}}$$



Note : Modèle WSJF (weigh scale job first) du référentiel SAFe et la suite de Fibonacci

<https://scaledagileframework.com/wsjf/>

Facteurs de priorisation	Description des critères	Niveau					
		130 Majeur	80 Très élevé	50 Élevé	30 Moyen	20 Peu élevé	10 Faible
<b>Valeur créée</b>  Impact du projet en lien avec l'atteinte du quintuple objectif et les orientations stratégiques	<b>Améliorer l'expérience de soins et services des personnes, de leurs proches et des parties prenantes</b> (accès, coordination optimale, communication)						
	<b>Améliorer la santé et le bien-être global de la population et réduire la maladie</b> (prévention, promotion de la santé, impact réel)						
	<b>Améliorer l'équité et réduire les inégalités sociales liées à la santé et au bien-être</b> (politiques intersectorielles, soutien des populations vulnérables, collaboration globale)						
	<b>Assurer la viabilité financière et l'efficacité du système</b> (gestion accrue des budgets et des investissements)						
	<b>Améliorer le bien-être global et l'expérience des personnes oeuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux</b> (devenir un employeur de choix, améliorer les conditions de travail et créer une culture qui valorise et encourage le développement du talent)						

# Critères considérés dans le calcul de l'indice

*Criticité, Opportunité et réduction de risque, Effort*

Facteurs de priorisation	Description des critères	Niveau					
		130 Majeur	80 Très élevé	50 Élevé	30 Moyen	20 Peu élevé	10 Faible
<p><b>Criticité dans le temps (C)</b></p> <p>Évalue l'urgence d'un projet ou d'une tâche en fonction de son impact temporel.</p>	<p><b>Urgence de réaliser le projet</b> (ex. un projet devant être terminé avant une date limite légale, répond à une règle, une obligation, à un enjeux de sécurité, aurait une criticité temporelle élevée)</p> <p><b>Impact du retard</b> (plus les conséquences négatives d'un retard sont graves, plus la criticité temporelle est élevée)</p>						
<p><b>Opportunité Réduction de Risque (ORR)</b></p> <p>Évalue dans quelle mesure la fonctionnalité réduit les risques ou facilite le développement d'autres projets</p>	<p><b>Fiabilité/Pérennité</b> (ex. un projet qui réduit le risque de défaillance d'un système critique ou qui améliore la stabilité à long terme, aurait une valeur élevée)</p> <p><b>Innovation</b> (ex. introduction de nouvelles technologies ou méthodes de travail avec un impact significatif à l'échelle du réseau de la santé, aurait une valeur élevée)</p> <p><b>Impact global sur le système de santé</b> (ex. amélioration des services, réduction des coûts, augmentation de l'efficacité opérationnelle, aurait un impact élevé)</p> <p><b>Mutualisation</b> (consolidation des chantiers, gestion des actifs)</p>						
<p><b>Effort</b></p> <p>Effort requis pour obtenir les bénéfices souhaités</p>	<p><b>Estimation de la durée</b> (temps estimé pour compléter une tâche, une phase ou un projet (de la planification à la mise en œuvre))</p> <p><b>Complexité du projet</b> (ex. nombre de ressources affectées, ampleur des modifications des processus de travail et des défis des gestion du changement, expertise des ressources requises)</p> <p><b>Quantité et disponibilité des ressources humaines, matérielles et financière</b></p>						

**04**

# **Recensement**

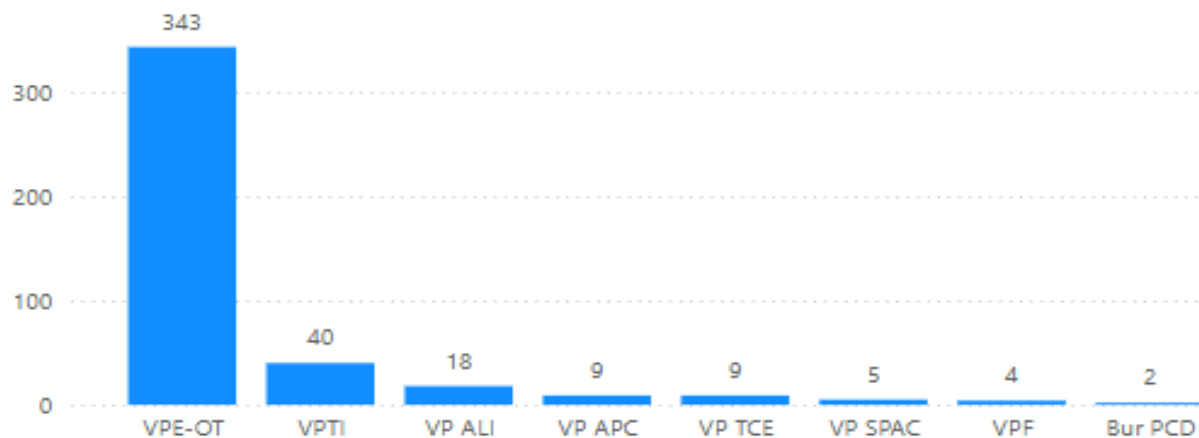
### Projets à inclure dans le recensement

- Implique un début et une fin du travail du projet ou d'une phase du travail du projet
- A un impact sur les objectifs stratégiques et les KPI, sur la gestion de risque ou la modernisation (ex., infrastructure, système)
- Regroupe un ensemble d'activités, d'actions de diverses parties prenantes, transversal (qui touche à plusieurs départements)
- Est d'une certaine envergure et importance stratégique
- Permet de résoudre un problème sur le terrain. Nécessite la collaboration et le support du réseau dans l'implantation
- Ayant un risque sur la réputation de Santé Québec

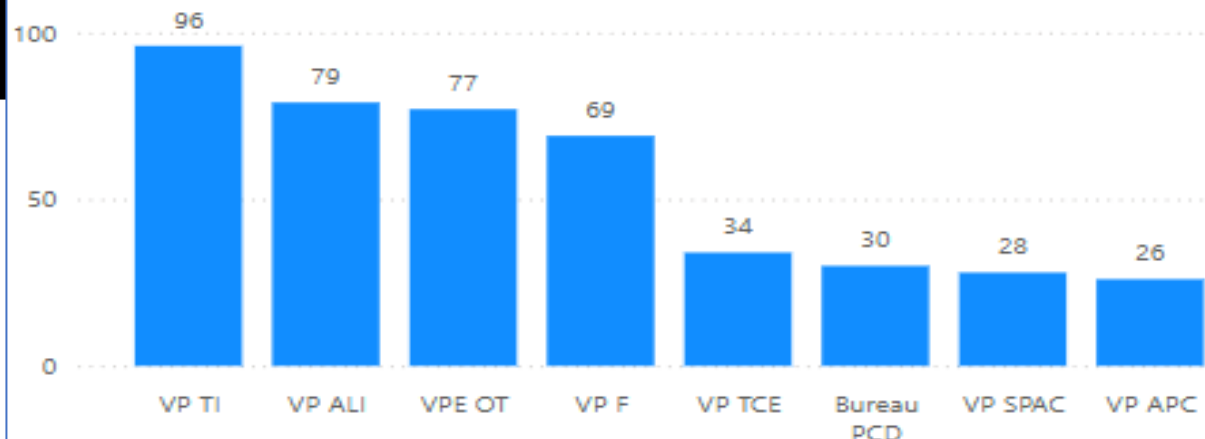
### Projets à ne pas inclure dans le recensement

- Issus des opérations au quotidien
- Pour des petites améliorations ciblées ou spécifiques
- Pour de l'amélioration continue localement
- Sans planification, organisation ou gestion rigoureuse du projet

Nombre de projets par vice-présidence



Nombre de projets par collaborateur

**VPE-OT**

Inclus 54 programmes, 21 projets IPAM, 14 projets de coordination, 5 plans d'action, 21 projets de rédaction/révision et 5 trajectoires

**VP-TI**

Inclus 25 projets qui pourraient être portés par VPE-OT

Inclus 42 projets du FRISS

Exclus près de 2000 projets PQI-RI RSSS (en recensement par VP-TI)

**VP-ALI**

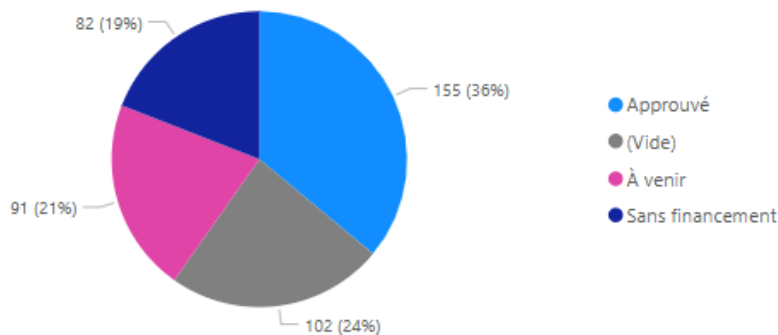
Exclus 150 projets PQI Immobilisation

Exclus la majorité des projets PCFI, PCEM et PCENM des établissements

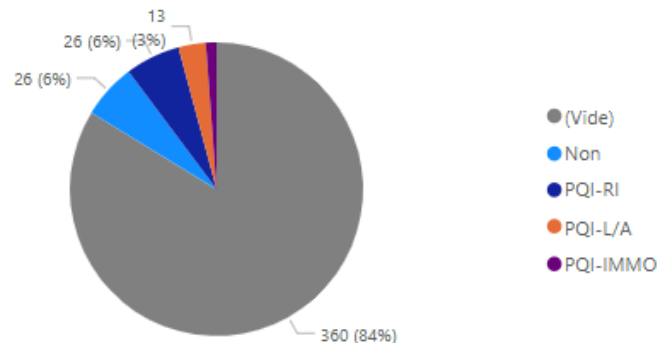
Information pour 127 projets

*\*NB : 303 projets pour lesquels les collaborateurs n'ont pas encore été identifiés*

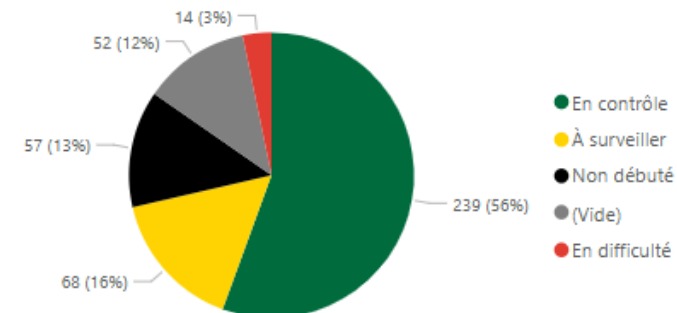
Nombre de projets par statut de financement



Enveloppe du PQI



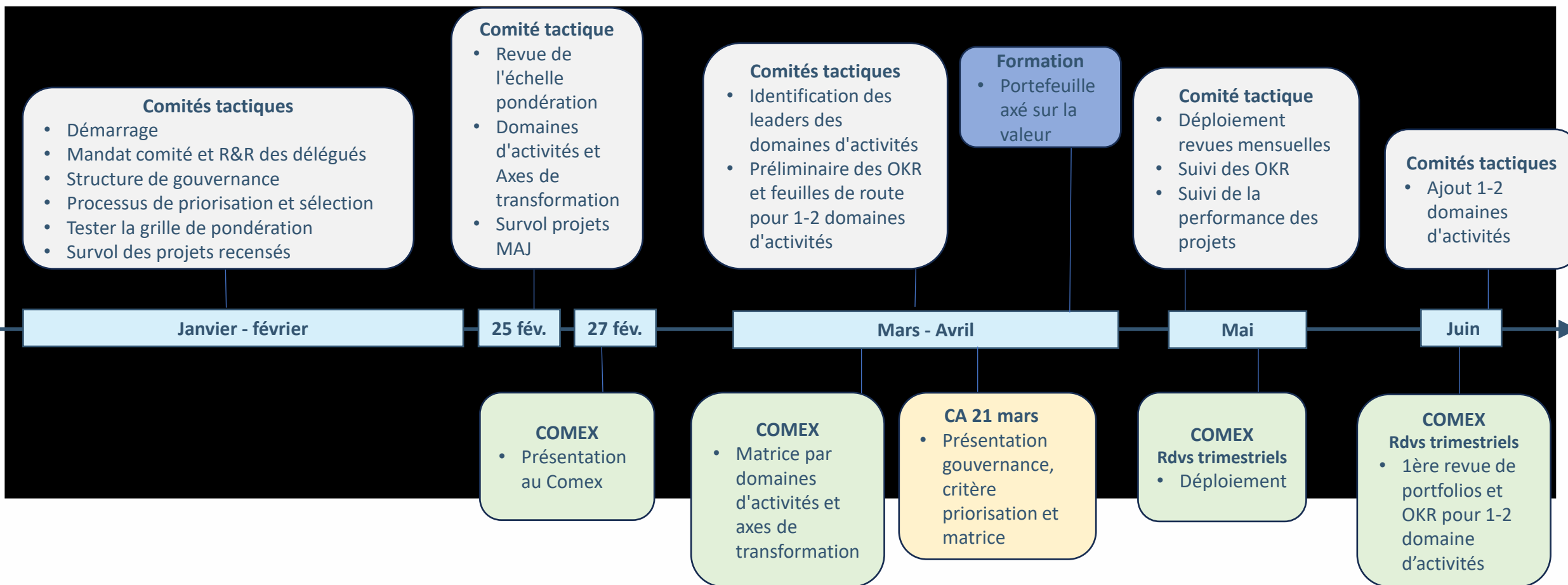
Nombre de projets par statut de projet

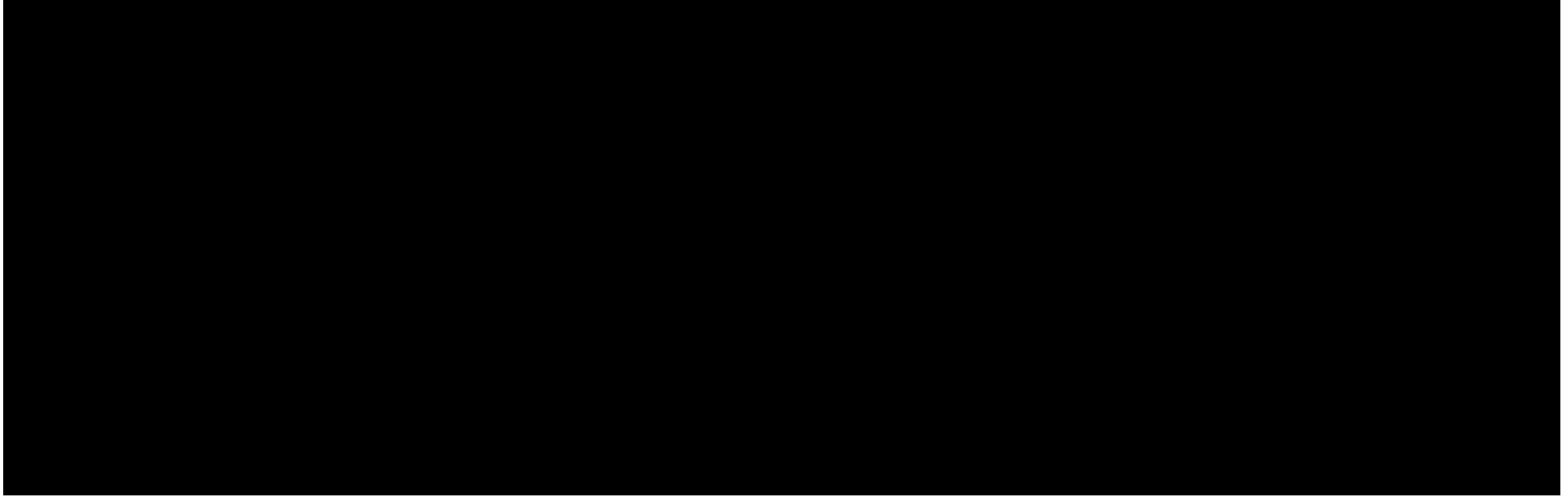


- Beaucoup d'informations non colligées (cases vides en gris)
- 19 % des projets sans financement (financement non-requis = à même les ressources internes)
- 21 % des projets ont un financement à venir (en attente de confirmation)
- 56 % des projets sont en contrôle
- 19 % des projets sont « à surveiller » ou « en difficulté »

05

## Prochaines étapes





**Merci de votre attention!**

# An

## Annexes

## Projet

Initiative temporaire entreprise dans le but de fournir un produit, un service ou un résultat unique. La nature temporaire des projets implique un début et une fin du travail du projet ou d'une phase du travail du projet. Un projet peut être indépendant ou faire partie d'un programme ou d'un portefeuille.

## Portefeuille

Regroupement des projets (initiatives, plan d'action, programmes, etc.) gérés en tant qu'ensemble afin d'atteindre des objectifs stratégiques.

## Feuille de route (*road map*)

Échéancier global représentant les grandes étapes, comme les jalons, les livrables, les événements importants, les revues et les points de décision.

## OKR (*objectives and key results*)

Les OKR se rapportent aux objectifs et résultats clés, méthodologie de définition d'objectifs conçue pour aider votre équipe à se fixer des objectifs ambitieux. Cette méthode combine les objectifs que vous souhaitez atteindre aux résultats clés que vous utiliserez pour mesurer votre progression.

## KPI (*key performance indicator*)

Un indicateur de performance (ou KPI en anglais, pour key performance indicator) est une mesure quantitative qui vous permet de suivre la progression de votre équipe ou organisation au regard de vos objectifs clés.

## **Systeme de création de valeur**

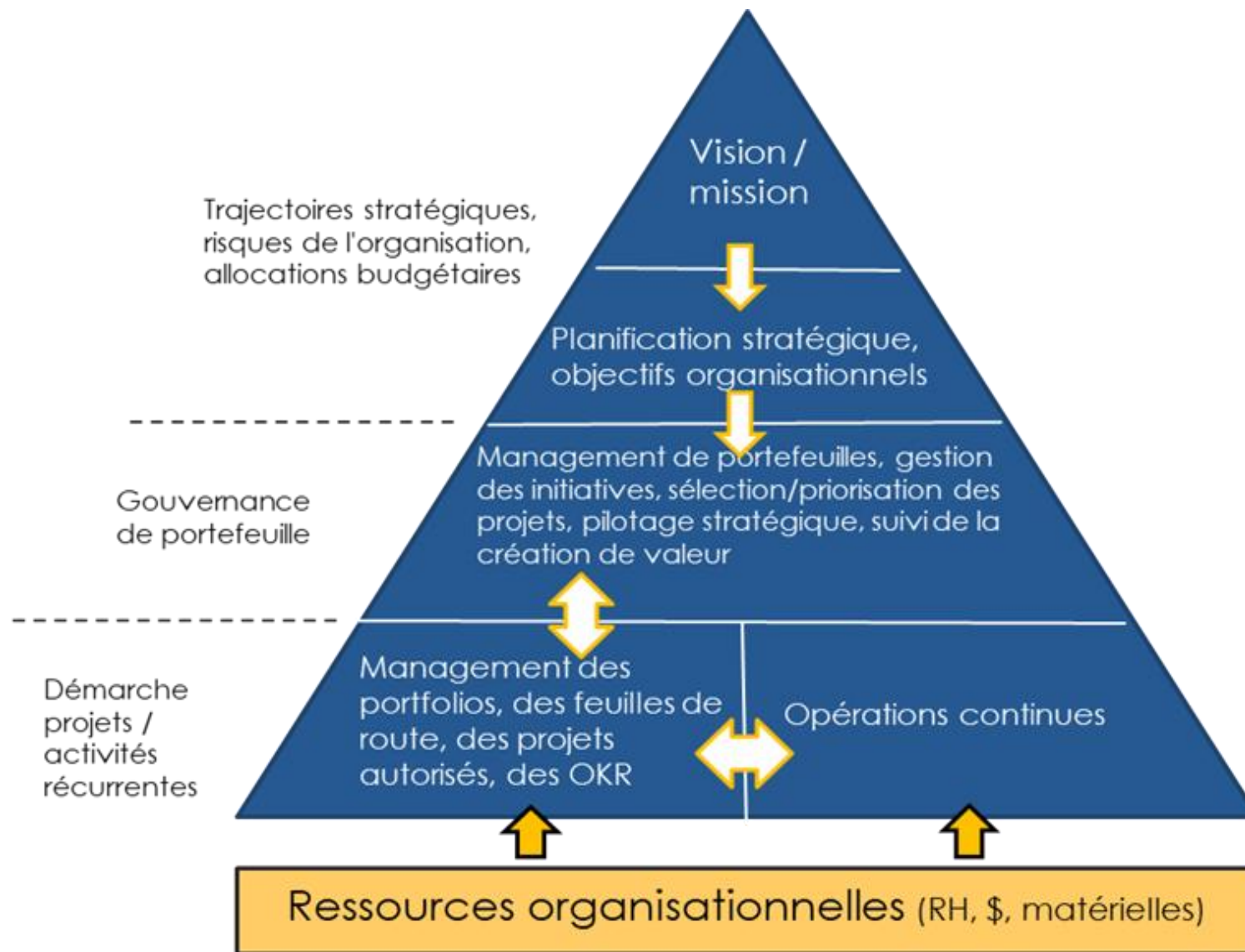
Ensemble d'activités stratégiques visant à établir, pérenniser et/ou faire progresser une organisation. Les portefeuilles, les programmes, les projets, les produits et les opérations peuvent tous faire partie du système de création de valeur d'une organisation.

## **Domaines d'activités**

Ce sont les composantes horizontales de la matrice de portefeuille. Elles constituent les principaux flux de travail de Santé Québec. Par exemple : Services communautaires, sociales, psychosociales et Soins primaires intégrés; Résidentiel et hébergement; Services hospitaliers et Services spécialisés, surspécialisés; Regroupement de trajectoire; Santé publique; Gouvernance, Fonction administrative; Fondation technologique et maturité numérique; Fondation immobilière

## **Axes de transformation** (alignés avec la planification stratégique)

Ce sont les composantes verticales de la matrice de portefeuille. Elles constituent les axes de transformation issues de la planification stratégique et selon lesquels nous visons créer de la valeur : La prévention et les services dans la communauté; La prise en charge optimale de l'utilisateur; Un système efficient et proactif; L'engagement et la fierté



**INCIDENT**  
**MICROSOFT 365**  
RÉINITIALISATION  
DES MOTS DE  
PASSE



COMEX  
27 FÉVRIER 2025

# PROBLÉMATIQUE






## Contexte



- Intervention planifiée le 21 février 2025 dans le cadre des projets GIA et ÉPIC.
- **Objectif** : Modifier des paramètres de synchronisation d'Entra ID Connect pour répondre aux besoins de ces projets stratégiques.
- Modification involontaire des mots de passe pour 160K comptes M365.
- **Résultat** : Perte d'accès aux outils M365 pour les utilisateurs touchés.
- **Seule solution** : Réinitialisation des mots de passe.

# IMPACTS ET ENJEUX

## UTILISATEURS

-  Perte d'accès aux outils M365 jusqu'à la réinitialisation du mot de passe.
-  Blocage de certains systèmes dépendants de M365 [REDACTED]
-  Risques de perturbation des activités ([REDACTED], courriels, Teams, etc.).

## CENTRES DE SERVICES LOCAUX

-  Afflux massif de demandes de réinitialisation le lundi matin suivant.
-  Difficulté de communication avec les utilisateurs impactés.

# ACTIONS

# EFFECTUÉES

Retour à la normale



Renforcement du support technique



Augmentation des ressources



Autonomisation des utilisateurs



Communication & Prévention



- Remise en état initial du système touché.
  - Activation des plans de contingence dans les établissements.
- 
- Création de comités de gestion:  
VP TI, VPA (Transformation numérique, Accès & Trajectoires de soins), VP Affaires publiques & communications, COCD, Experts Microsoft, DRI.
  - Mobilisation accrue des centres de services pour répondre à la demande.
- 
- Déploiement de nouveaux administrateurs pour accélérer la réinitialisation des mots de passe.
  - Mise en place de trajectoires dédiées à la réinitialisation dans chaque établissement.
- 
- Création et diffusion d'un guide « pas à pas »
  - Multiplication des options de réinitialisation.
- 
- Diffusion de communications ciblées
  - Gestion proactive des comptes génériques pour éviter les blocages futurs.

# ACTIVITÉS PRÉPARATOIRES

- ✓ Plan de mise en production validé
- ✓ Tests effectués en préproduction
- ✓ Approbation par les comités technique & opérationnel

# CAUSES

- ⚠ Mauvaise compréhension de l'ordre d'activation des fonctions.
- ⚠ Modification involontaire de la séquence des actions.
- ⚠ Changement de mot de passe non détecté lors des tests.

# LEÇONS APPRISSES



**PRÉ-PRODUCTION**



**GESTION DE L'INCIDENT**

- Tester tout changement de scénario pour valider le bon comportement.
  - Renforcer la validation et l'approbation des demandes de changement.
  - Analyser les risques et prévoir des mesures d'atténuation.
- 
- Optimiser la catégorisation des incidents.
  - Maintenir une collaboration étroite entre toutes les parties prenantes.

# PROCHAINES ÉTAPES

## BILAN DE L'INCIDENT

## RÉVISION DU PROCESSUS DE GESTION DES INCIDENTS BASÉ SUR LES PROCESSUS ITIL

- IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE DU PROCESSUS
- GRILLE DE CATÉGORISATION
- FONCTIONNEMENT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS
- ACTIFS PROVINCIAUX
- ACTIFS LOCAUX
- CASCADE DE COMMUNICATION





# Offre de service

---

**Vice-présidence Affaires publiques  
et Communications**

Printemps 2025

# Une fonction stratégique qui contribue à l'atteinte des objectifs de Santé Québec

---



## Être le lien entre les parties prenantes internes et externes

Cohérence et efficacité dans les toutes les communications nationales et locales



## Écouter et comprendre les besoins des parties prenantes

Mesure de la confiance, du bruit positif et négatif et agir en fonction des attentes



## Offrir des services de communications stratégiques

Service conseil 360 en communication : relations médias, relations gouvernementales, gestion de marque et communication interne

# La communication interne: un outil puissant de mobilisation

---



## Rôle-conseil auprès des parties prenantes internes

- ✓ Appuyer les dirigeants dans l'atteinte des objectifs
- ✓ Coordonner et accompagner les équipes dans le déploiement des stratégies de communications internes



## Médias internes

- ✓ Gestion des médias internes (bulletin mensuel, bulletin express et intranet)
- ✓ Planification des communications corporatives et de la diffusion
- ✓ Rédaction et création communication interne transversale

# Santé Québec à la Une : l'importance de cultiver la confiance



## Relations médias

- ✓ Établir et réaliser la stratégie de communication de média nationale
- ✓ Encadrer et coordonner les équipes locales dans la gestion des demandes médias nationales
- ✓ Soutenir les établissements dans la gestion de crise
- ✓ Agir comme représentant de Santé Québec



## Affaires publiques et gouvernementales

- ✓ Entretien des relations avec les parties prenantes nationales
- ✓ Relations avec les cabinets et gestion des demandes gouvernementales (notes d'information)

# Une image de marque forte et cohérente; une voix unique

---



## Image de marque

- ✓ Développer l'identité de marque et assurer la cohérence des messages et le respect des normes graphiques dans toutes les communications du réseau
- ✓ Offrir un service conseil et des lignes éditoriales
- ✓ Planifier et réaliser des campagnes publicitaires à l'échelle nationale



## Stratégie numérique

- ✓ Définir et mettre en œuvre une stratégie numérique qui assure une présence pertinente de la marque sur le web et les médias sociaux
- ✓ Assurer une veille des médias sociaux
- ✓ Jouer un rôle-conseil pour les équipes locales

# Planifier et mesurer pour mieux comprendre et performer

---



## Planification

- ✓ Participer à la planification stratégique et opérationnaliser les actions relatives à la VPAPC
- ✓ Assurer un rôle-conseil stratégique et coordonner les projets transversaux
- ✓ Rédiger des plans de communications, des politiques et directives de transversales afférentes à la VPAPC



## Mesures

- ✓ Élaborer des sondages afin d'être à l'écoute de la population et ainsi aligner nos actions
- ✓ Mesurer les initiatives de communication et suivre les indicateurs
- ✓ Émettre des recommandations suivant les analyses

# Vos points de contacts

---



Pour toute question, communiquez avec nous!

**Soutien général** : [communication@sante.quebec](mailto:communication@sante.quebec)

**Enjeux médiatiques** : [relations.medias@sante.quebec](mailto:relations.medias@sante.quebec)

**Enjeux politiques**: [notes.information@sante.quebec](mailto:notes.information@sante.quebec)

# Vos interlocuteurs

---



Directrice proximité réseau : [annie-andree.emond@sante.quebec](mailto:annie-andree.emond@sante.quebec)

Directeur médias, affaires publiques et relations gouv.: [yann.langlais-plant@sante.quebec](mailto:yann.langlais-plant@sante.quebec)

Directeur marque et stratégies : [nicolas.chikhani@sante.quebec](mailto:nicolas.chikhani@sante.quebec)

Directrice planification et performance : [dominique.cornellier@sante.quebec](mailto:dominique.cornellier@sante.quebec)

Directeur du bureau de la VPAPC : [francis.picard-dufresne@sante.quebec](mailto:francis.picard-dufresne@sante.quebec)

Vice-présidente, Affaires publiques et communications : [julie.boucher@sante.quebec](mailto:julie.boucher@sante.quebec)

## Présentation COMEX

### Gouvernance de portefeuille axée sur la valeur

12 mars 2025

- Natasha Bergeron
- Geneviève Bélanger-Jasmin

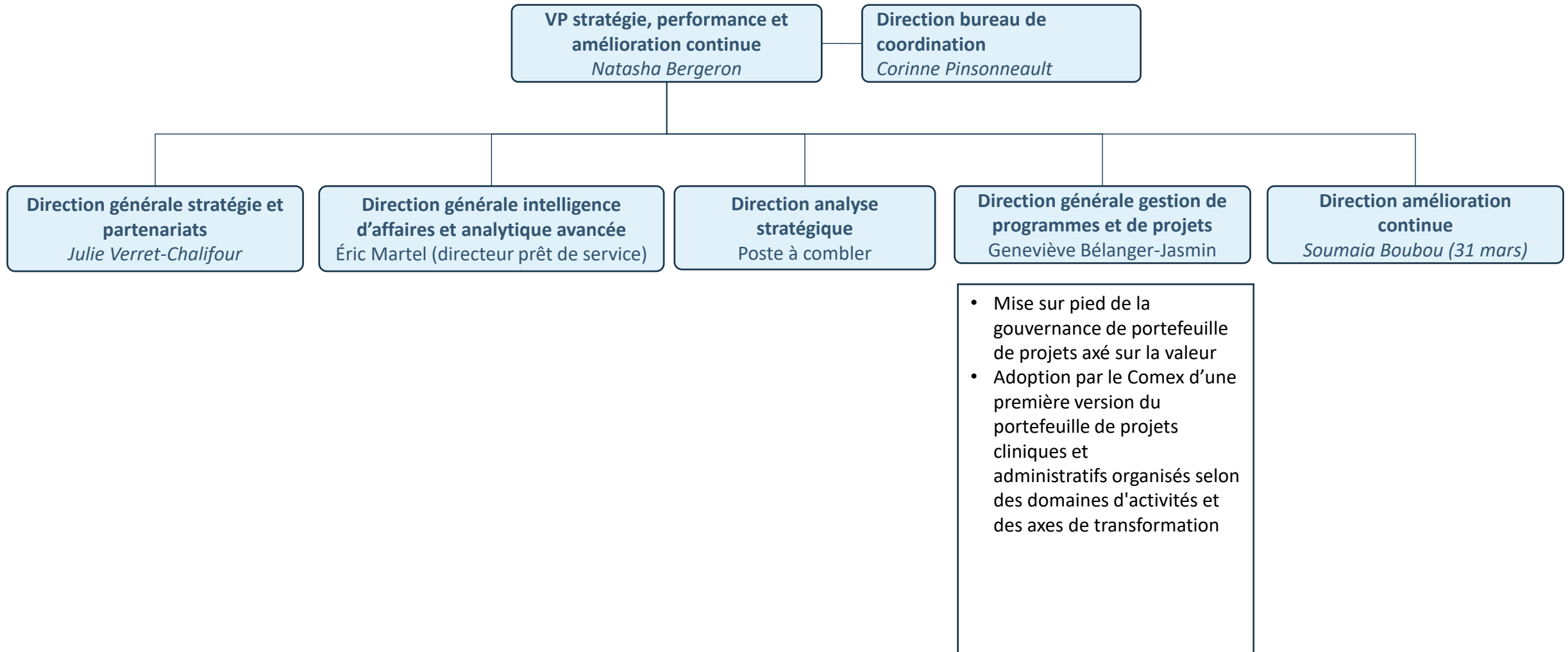


# Ordre du jour

No	Sujets abordés	Numéro de diapositive
<b>01</b>	VPSPAC- Rappel OKR gestion de portefeuille	<b>3</b>
<b>02</b>	Portefeuille axé sur la valeur	<b>6</b>
<b>03</b>	Processus de priorisation/sélection et suivi	<b>10</b>
<b>04</b>	Recensement des projets	<b>17</b>
<b>05</b>	Prochaines étapes	<b>21</b>
<b>An</b>	Annexes	<b>25</b>

**01**

**VP SPAC - OKR**



**Objectif :**

Mise en place du portefeuille de projet axé sur la valeur en lien avec la planification stratégique Santé Québec

Résultats clés d'ici le 31 mars 2025	Responsable	Collaborateurs	État d'avancement	Statut
Mise sur pied d'un comité tactique	VPSPAC	Toutes les VP	100% 	
Projets recensés par VP	VPSPAC	Toutes les VP	75% 	
Méthodologie de priorisation élaborée et approuvée	VPSPAC	Comité tactique	60% 	
Priorisation des projets cliniques et administratifs	VPSPAC	Comité tactique	0%	
Matrice de portefeuille élaborée par domaines d'activités et d'axes de transformation	VPSPAC	VPTI et VPE-OT	40% 	



**02**

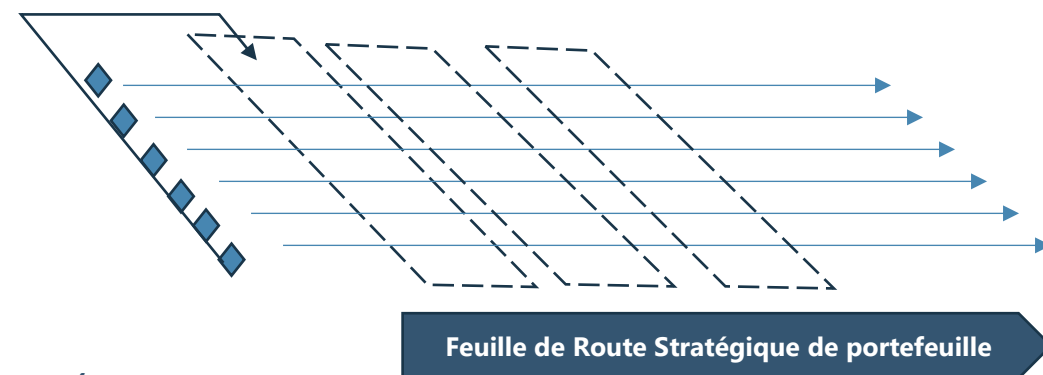
## **Portefeuille axé sur la valeur**

Passer d'une gestion de projets/programmes fragmentée, en silo et imprévisible à une approche agile et cohérente structurée autour de domaines d'activités dans le but de créer de la valeur

## ***Meilleures pratiques pour exceller :***

*Prioriser, planifier, budgéter, suivre les livraisons autrement*

1. Définir les priorités stratégiques
2. Regrouper les initiatives en portfolios axés sur les domaines d'activités
3. Aligner collectivement les efforts sur les objectifs trimestriels
4. Structurer les équipes de livraison autour de ces domaines d'activités



# Constitution du portefeuille

Matrice par domaines d'activités et axes de transformation

**Vers un réseau de services accessible ancré dans la communauté (et intégré aux besoins de la population)**  
Pour élargir le spectre de l'accès aux soins, intégrer la prévention et promouvoir l'accès aux soins et services près du domicile.

1. Renforcer la présence locale pour assurer une plus grande disponibilité des services dans la communauté / Assurer un accès facile et immédiat aux soins en renforçant le premier ligne et les services de proximité.
2. Qualifier et responsabiliser les citoyens pour qu'ils deviennent des acteurs de leur propre santé, en misant sur la prévention et l'éducation.
3. Assurer un accès et une continuité de service équitables et sécurisants pour les communautés des Premières nations et Inuits.

**Vers la qualité et la pertinence de soins et services qui comptent pour les citoyens**  
Pour garantir un effort dans ce qui compte aux citoyens en matière de soins.

1. Renforcer l'organisation des soins pour une prise en charge coordonnée, notamment pour les grands vieillissants et les populations vulnérables (liées en partie à l'accessibilité, prime en efficacité, santé mentale).
2. Simplifier et optimiser le parcours de soins pour réduire la pression sur les urgences, accélérer les diagnostics et améliorer la gestion des hospitalisations.
3. Promouvoir l'offre de soins et services aux premiers des citoyens en termes d'accès, de qualité et de performance des soins.

**Vers un système efficient et proactif**  
Pour être en la mesure d'offrir aux citoyens des services de qualité.

10. Piloter le réseau en temps réel pour optimiser l'utilisation des ressources, anticiper et éviter les opérations en court-circuit.
11. Planifier en fonction des besoins réels et futurs, des capacités de santé et de l'utilisation optimale des ressources.
12. Développer les capacités administratives de personnel afin de permettre un focus sur la prestation de services aux usagers.
13. Améliorer les synergies des fonctions administratives et l'utilisation des données pour optimiser la gestion et le soutien aux opérations cliniques.

Vers les services accessibles ancrés dans la communauté

Vers un continuum de services de qualité qui comptent pour le citoyen

Vers un système efficient et proactif

Vers l'engagement et la fierté

Relations avec les usagers	🎯KR 🎯KR 🎯KR	🎯KR 🎯KR			Feuille de route
Soins primaires	🎯KR 🎯KR	🎯KR	🎯KR 🎯KR		Feuille de route
Services spécialisés		🎯KR 🎯KR 🎯KR	🎯KR 🎯KR		Feuille de route
Pratiques professionnelles	🎯KR 🎯KR	🎯KR 🎯KR 🎯KR	🎯KR	🎯KR	Feuille de route
Trajectoires de soins et services et coordination clinique	🎯KR 🎯KR	🎯KR	🎯KR	🎯KR	Feuille de route
Gouvernance et conformité	🎯KR 🎯KR	🎯KR	🎯KR 🎯KR	🎯KR	Feuille de route
Services administratifs (RH, Finance, Appro)		🎯KR	🎯KR	🎯KR	Feuille de route
Fondation technologiques et infrastructure de données	🎯KR 🎯KR	🎯KR 🎯KR	🎯KR 🎯KR		Feuille de route
Fondation immobilière		🎯KR		🎯KR	Feuille de route

**Nouvelle version no 3** Ébauche préliminaire - En cours

**Vers un réseau de services accessibles à tout être de communauté (et adapté aux besoins de la population)**  
 Pour répondre le plus de fois possible, adapter le processus et intégrer les besoins de la population.

**Vers la qualité et la pertinence de soins et services qui comptent pour les citoyens**  
 Favoriser les choix des citoyens et améliorer leur expérience.

**Vers un système efficient et proactif**  
 Améliorer les processus et les services pour répondre à l'attente des citoyens et améliorer leur expérience.

**Vers l'engagement et la fierté**  
 Favoriser l'engagement des citoyens et améliorer leur expérience.

**POPULATION**

1. Répondre le plus de fois possible, adapter le processus et intégrer les besoins de la population.  
 2. Favoriser les choix des citoyens et améliorer leur expérience.  
 3. Améliorer les processus et les services pour répondre à l'attente des citoyens et améliorer leur expérience.  
 4. Favoriser l'engagement des citoyens et améliorer leur expérience.

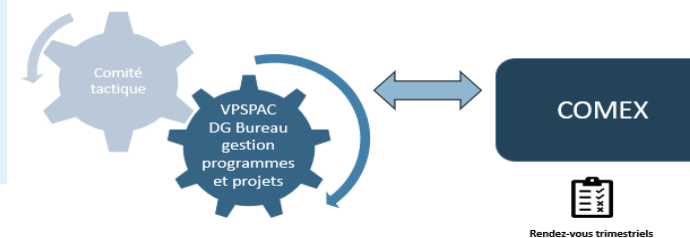
5. Favoriser l'engagement des citoyens et améliorer leur expérience.  
 6. Favoriser l'engagement des citoyens et améliorer leur expérience.  
 7. Favoriser l'engagement des citoyens et améliorer leur expérience.  
 8. Favoriser l'engagement des citoyens et améliorer leur expérience.  
 9. Favoriser l'engagement des citoyens et améliorer leur expérience.

Québec Santé Québec

	T1		T2		T3		T4	
Relations avec les usagers		Rendez-vous		Rendez-vous		Rendez-vous		Rendez-vous
Portail votre santé (module 1)								
Réorganisation des centres contact comme 811/GAP								
Éducation des usagers hospitalisés sur leur hospitalisation (plan com)								

**03**

# Processus de priorisation/sélection et suivi



## Bureau gestion programmes et de projets

### Fonction

Mettre de l'avant une gestion de portefeuille basée sur une approche Lean-Agile structurée autour de domaines d'activités et d'axes stratégiques de création de valeur. Responsable de la déclinaison de la PS en initiatives et projets concrets. Faciliter un processus de priorisation et de sélection de projets. Accompagner les équipes à l'utilisation des meilleures pratiques de gestion de projets et de portfolios. Soutenir à l'élaboration des feuilles de route, aux suivis des performances, des OKR et de l'atteinte des objectifs stratégiques.

### Équipe

- Geneviève Bélanger Jasmin, DG
- Yves Desjardins, Conseiller cadre
- Martine Guay, Gestionnaire de projet
- Responsables de domaines d'activités

### Rencontres

2 à 3 fois semaine

## Comité tactique

### Fonction

Participer au recensement des projets. Contribuer à la structure des portefeuilles de valeur et à la priorisation. Cocréer les feuilles de route, suivre la performance et la création de valeur et recommander les mises à jour de portefeuille au Comex. Représenter leur vice-présidence et cascader l'information.

### Membres

- Équipe VP SAC
- Annie Dufresne, VP F
- Youni Shabah, VP TCE
- Daniel Piché, VP TI
- Bernard Caron, VP ALI
- Dominique Cornellier, VP APC
- Mélanie Charbonneau, VPE
- Corinne Pinsonneault, VP SPAC
- Catherine Maranda, bureau PCD

### Rencontres

D'ici 31 mars 2025 = hebdomadaire  
Mensuellement

## COMEX

### Fonction

Approuver les recommandations du comité tactique.  
Approuver le portefeuille et ses modifications.  
Suivre la performance et la création de valeur du portefeuille et contribuer à l'alignement des efforts collectifs sur les OKR trimestriels.

### Membres

- Geneviève Biron, PCD
- Patrick Thierry Grenier, Chef du bureau PCD
- Natasha Bergeron, VP SPAC
- VPE OT
- Vincent Lehouillier, VP TCE
- Erika Bially, VP TI
- Sonia Dugas, VP
- Jean-Pierre Kik, VP ALI
- Julie Boucher, VP APC

### Rencontres

Rdvs trimestriels

### Impact

- Impact sur les objectifs stratégiques (taille de impact sur indicateurs)
- Équilibre entre bénéfices à court termes et bénéfices à plus long termes
- Équilibre entre les secteurs

### Conformité / mise à niveau

- Gestion de risque
- Modernisation (systèmes, infrastructure)

### Faisabilité

- Coûts de développement et d'opération
- Durée de développement
- Niveau de complexité
- Ampleur de la gestion de changement (p.ex., nb de ressources impactées)

### Capacité organisationnelle

- Budgets disponibles
- Ressources disponibles
- Capacité dans les établissements

## Pré-qualification

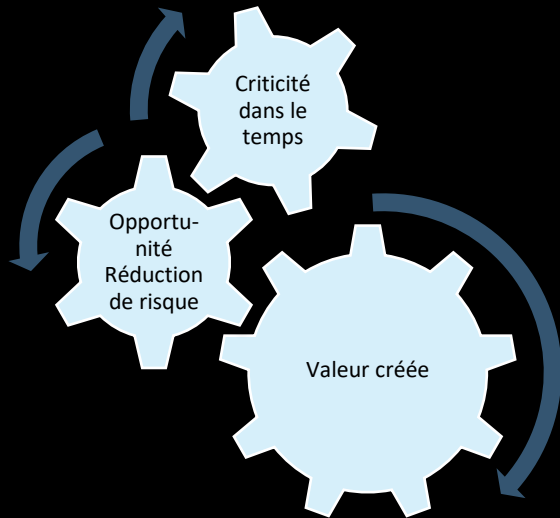
- Alignement stratégique
- Domaines d'activités
- Exigences légales, non-conformités réglementaires, désuétude obligations ministérielles (nonobstant le score)

## Pondération

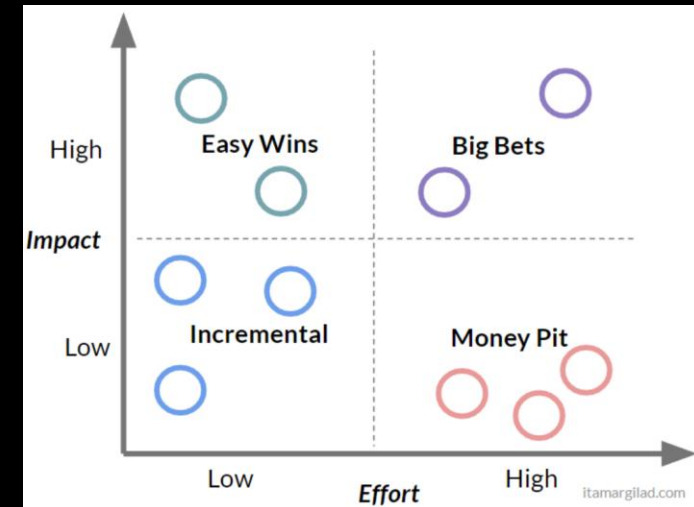
- Détermination d'un indice reflétant le ratio impact versus effort
- Calcul du ROI lorsque possible

## Équilibrage du portefeuille axé sur la valeur

- Pour atteindre l'OKR
- Capacité des VP, établissements, ressources
- Impact long terme, court terme
- Risques (dev vs désuétudes)



$$\text{Indice} = \frac{VC + C + ORR}{\text{EFFORTS}}$$



Note : Modèle WSJF (weigh scale job first) du référentiel SAFe et la suite de Fibonacci

<https://scaledagileframework.com/wsjf/>

Facteurs de priorisation	Description des critères	Niveau					
		130 Majeur	80 Très élevé	50 Élevé	30 Moyen	20 Peu élevé	10 Faible
<b>Valeur créée</b>  Impact du projet en lien avec les objectifs stratégiques et l'atteinte du quintuple objectif	<b>Améliorer l'expérience de soins et services des personnes, de leurs proches et des parties prenantes</b> (accès, coordination optimale, communication)						
	<b>Améliorer la santé et le bien-être global de la population et réduire la maladie</b> (prévention, promotion de la santé, impact réel)						
	<b>Améliorer l'équité et réduire les inégalités sociales liées à la santé et au bien-être</b> (politiques intersectorielles, soutien des populations vulnérables, collaboration globale)						
	<b>Assurer la viabilité financière et l'efficacité du système</b> (gestion accrue des budgets et des investissements)						
	<b>Améliorer le bien-être global et l'expérience des personnes oeuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux</b> (devenir un employeur de choix, améliorer les conditions de travail et créer une culture qui valorise et encourage le développement du talent)						

# Critères considérés dans le calcul de l'indice

*Criticité, Opportunité et réduction de risque, Effort*

Facteurs de priorisation	Description des critères	Niveau					
		130 Majeur	80 Très élevé	50 Élevé	30 Moyen	20 Peu élevé	10 Faible
<p><b>Criticité dans le temps (C)</b></p> <p>Évalue l'urgence d'un projet ou d'une tâche en fonction de son impact temporel.</p>	<p><b>Urgence de réaliser le projet</b> (ex. un projet devant être terminé avant une date limite légale, répond à une règle, une obligation, à un enjeux de sécurité, aurait une criticité temporelle élevée)</p> <p><b>Impact du retard</b> (plus les conséquences négatives d'un retard sont graves, plus la criticité temporelle est élevée)</p>						
<p><b>Opportunité Réduction de Risque (ORR)</b></p> <p>Évalue dans quelle mesure la fonctionnalité réduit les risques ou facilite le développement d'autres projets</p>	<p><b>Fiabilité/Pérennité</b> (ex. un projet qui réduit le risque de défaillance d'un système critique ou qui améliore la stabilité à long terme, aurait une valeur élevée)</p> <p><b>Innovation</b> (ex. introduction de nouvelles technologies ou méthodes de travail avec un impact significatif à l'échelle du réseau de la santé, aurait une valeur élevée)</p> <p><b>Impact global sur le système de santé</b> (ex. amélioration des services, réduction des coûts, augmentation de l'efficacité opérationnelle, aurait un impact élevé)</p> <p><b>Mutualisation</b> (consolidation des chantiers, gestion des actifs)</p>						
<p><b>Effort</b></p> <p>Effort requis pour obtenir les bénéfices souhaités</p>	<p><b>Estimation de la durée</b> (temps estimé pour compléter une tâche, une phase ou un projet (de la planification à la mise en œuvre))</p> <p><b>Complexité du projet</b> (ex. nombre de ressources affectées, ampleur des modifications des processus de travail et des défis des gestion du changement, expertise des ressources requises)</p> <p><b>Quantité et disponibilité des ressources humaines, matérielles et financière</b></p>						

04

# Recensement

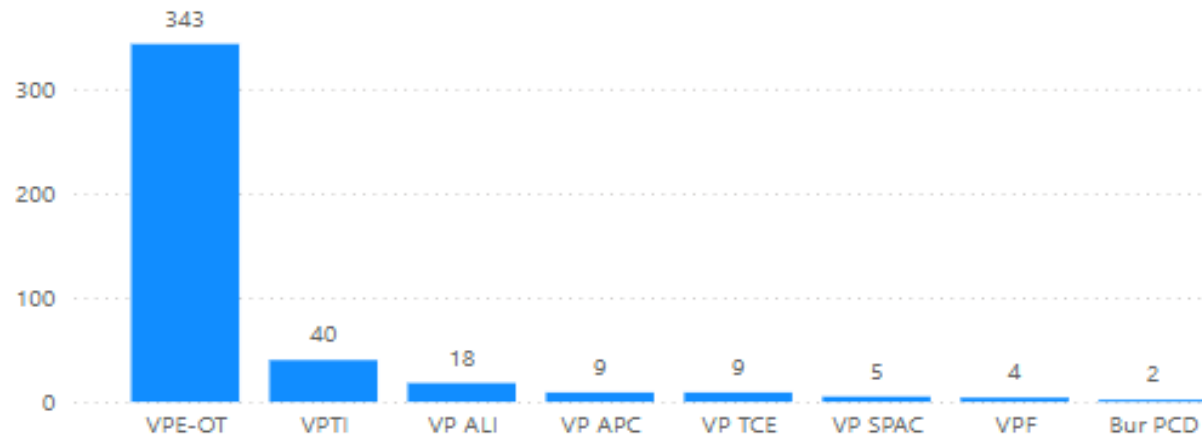
### Projets à inclure dans le recensement

- Implique un début et une fin du travail ou d'une phase du travail du projet
- A un impact sur les objectifs stratégiques et les KPI, sur la gestion de risque ou la modernisation (ex., infrastructure, système)
- Regroupe un ensemble d'activités, d'actions de diverses parties prenantes, transversal (qui touche à plusieurs départements)
- Est d'une certaine envergure et importance stratégique
- Permet de résoudre un problème sur le terrain. Nécessite la collaboration et le support du réseau dans l'implantation
- Ayant un risque sur la réputation de Santé Québec

### Projets à ne pas inclure dans le recensement

- Issus des opérations au quotidien
- Pour des petites améliorations ciblées ou spécifiques
- Pour de l'amélioration continue localement
- Sans planification, organisation ou gestion rigoureuse du projet

Nombre de projets par vice-présidence

**VPE-OT**

Inclus 54 programmes, 21 projets IPAM, 14 projets de coordination, 5 plans d'action, 21 projets de rédaction/révision et 5 trajectoires

**VP-TI**

Inclus 25 projets qui pourraient être portés par VPE-OT

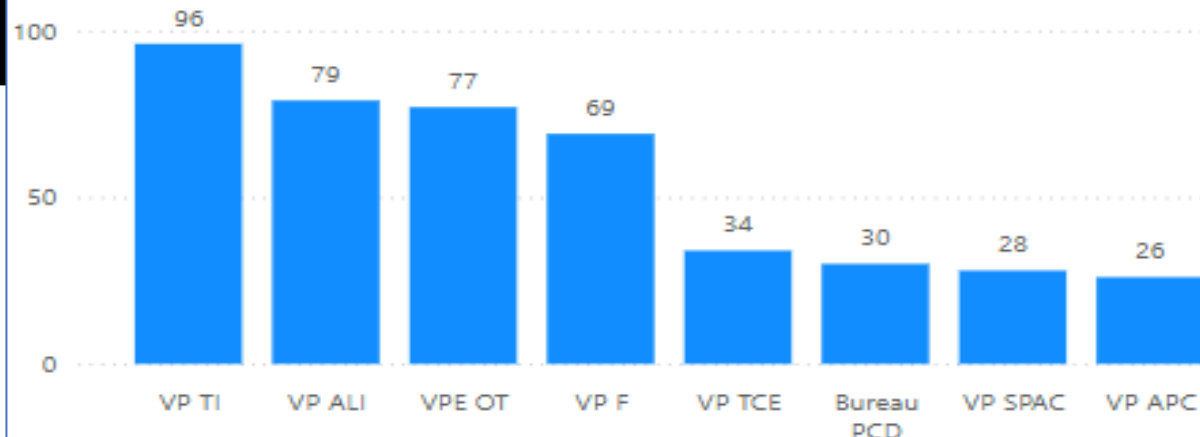
Inclus 42 projets du FRISS

Exclus près de 2000 projets PQI-RI RSSS (en recensement par VP-TI)

**VP-ALI**

Exclus 150 projets PQI Immobilisation

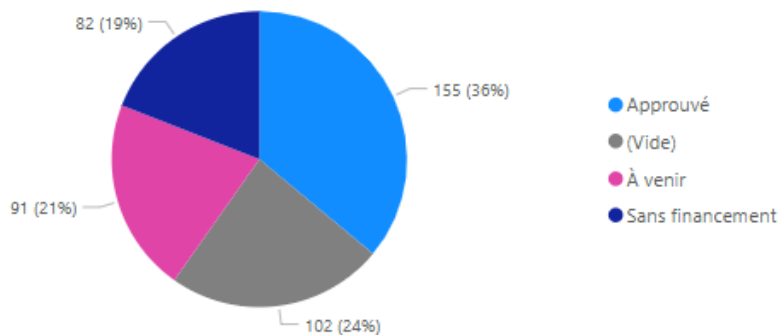
Nombre de projets par collaborateur



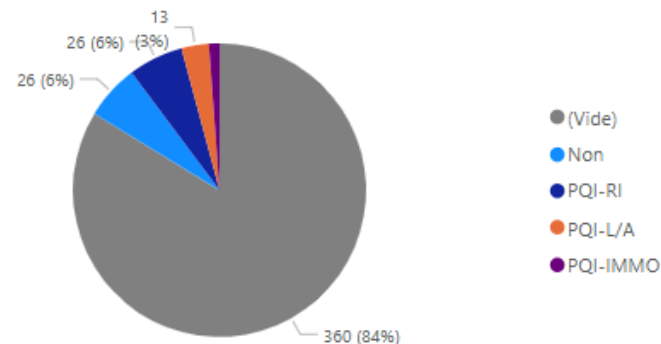
Information pour 127 projets

*\*NB : 303 projets pour lesquels les collaborateurs n'ont pas encore été identifiés*

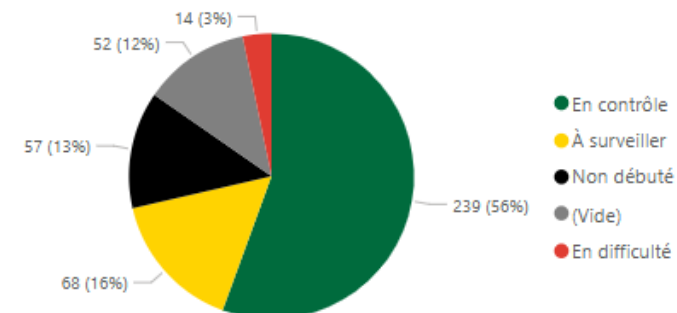
Nombre de projets par statut de financement



Enveloppe du PQI



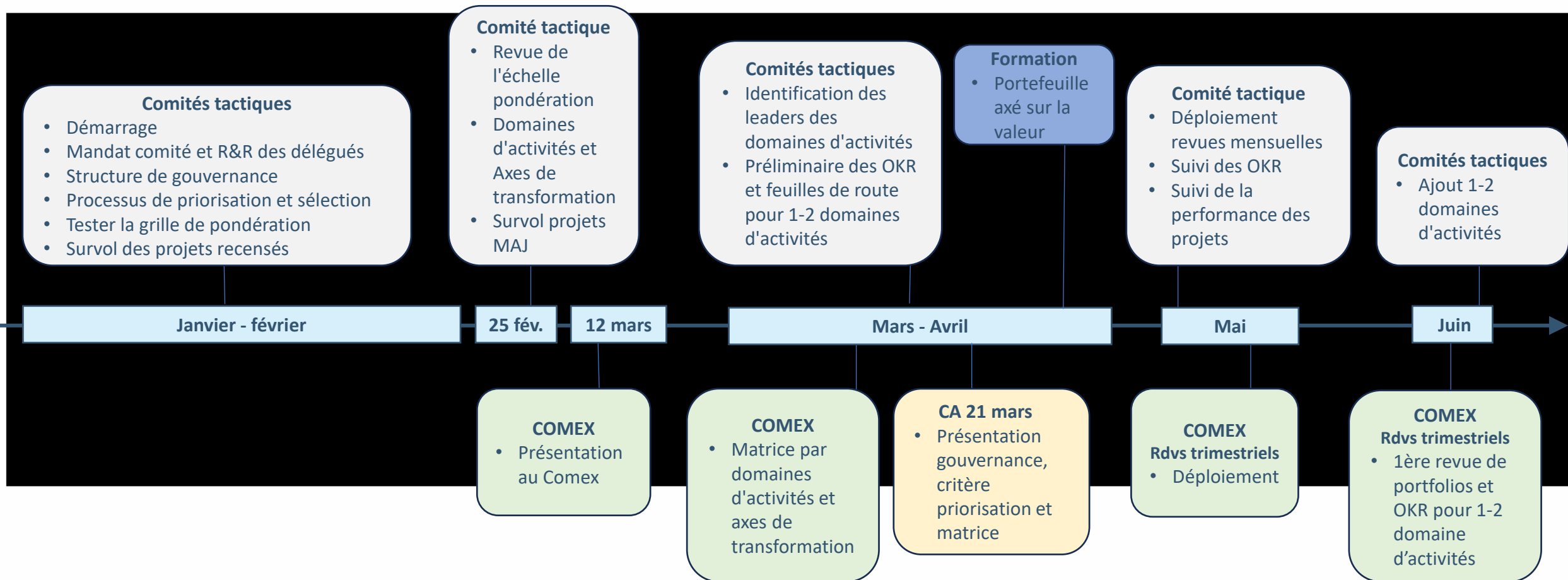
Nombre de projets par statut de projet

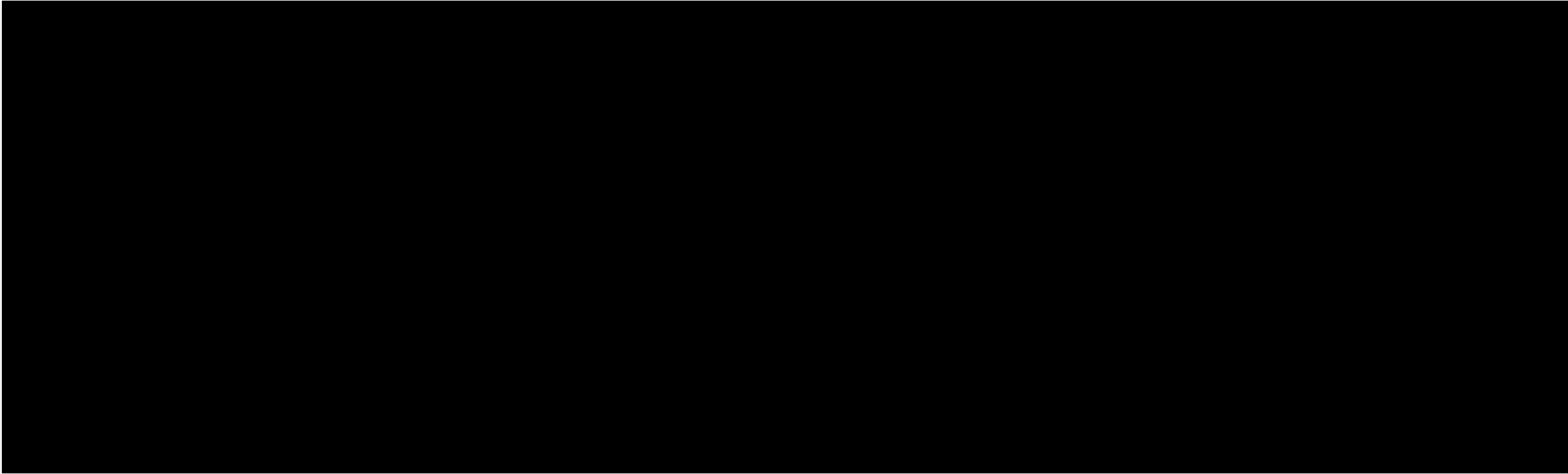


- Beaucoup d'informations non colligées (cases vides en gris)
- 19 % des projets sans financement (financement non-requis = à même les ressources internes)
- 21 % des projets ont un financement à venir (en attente de confirmation)
- 56 % des projets sont en contrôle
- 19 % des projets sont « à surveiller » ou « en difficulté »

**05**

## **Prochaines étapes**





**Merci de votre attention!**

# An

## Annexes

## Projet

Initiative temporaire entreprise dans le but de fournir un produit, un service ou un résultat unique. La nature temporaire des projets implique un début et une fin du travail du projet ou d'une phase du travail du projet. Un projet peut être indépendant ou faire partie d'un programme ou d'un portefeuille.

## Portefeuille

Regroupement des projets (initiatives, plan d'action, programmes, etc.) gérés en tant qu'ensemble afin d'atteindre des objectifs stratégiques.

## Feuille de route (*road map*)

Échéancier global représentant les grandes étapes, comme les jalons, les livrables, les événements importants, les revues et les points de décision.

## OKR (*objectives and key results*)

Les OKR se rapportent aux objectifs et résultats clés, méthodologie de définition d'objectifs conçue pour aider votre équipe à se fixer des objectifs ambitieux. Cette méthode combine les objectifs que vous souhaitez atteindre aux résultats clés que vous utiliserez pour mesurer votre progression.

## KPI (*key performance indicator*)

Un indicateur de performance (ou KPI en anglais, pour key performance indicator) est une mesure quantitative qui vous permet de suivre la progression de votre équipe ou organisation au regard de vos objectifs clés.

## **Systeme de création de valeur**

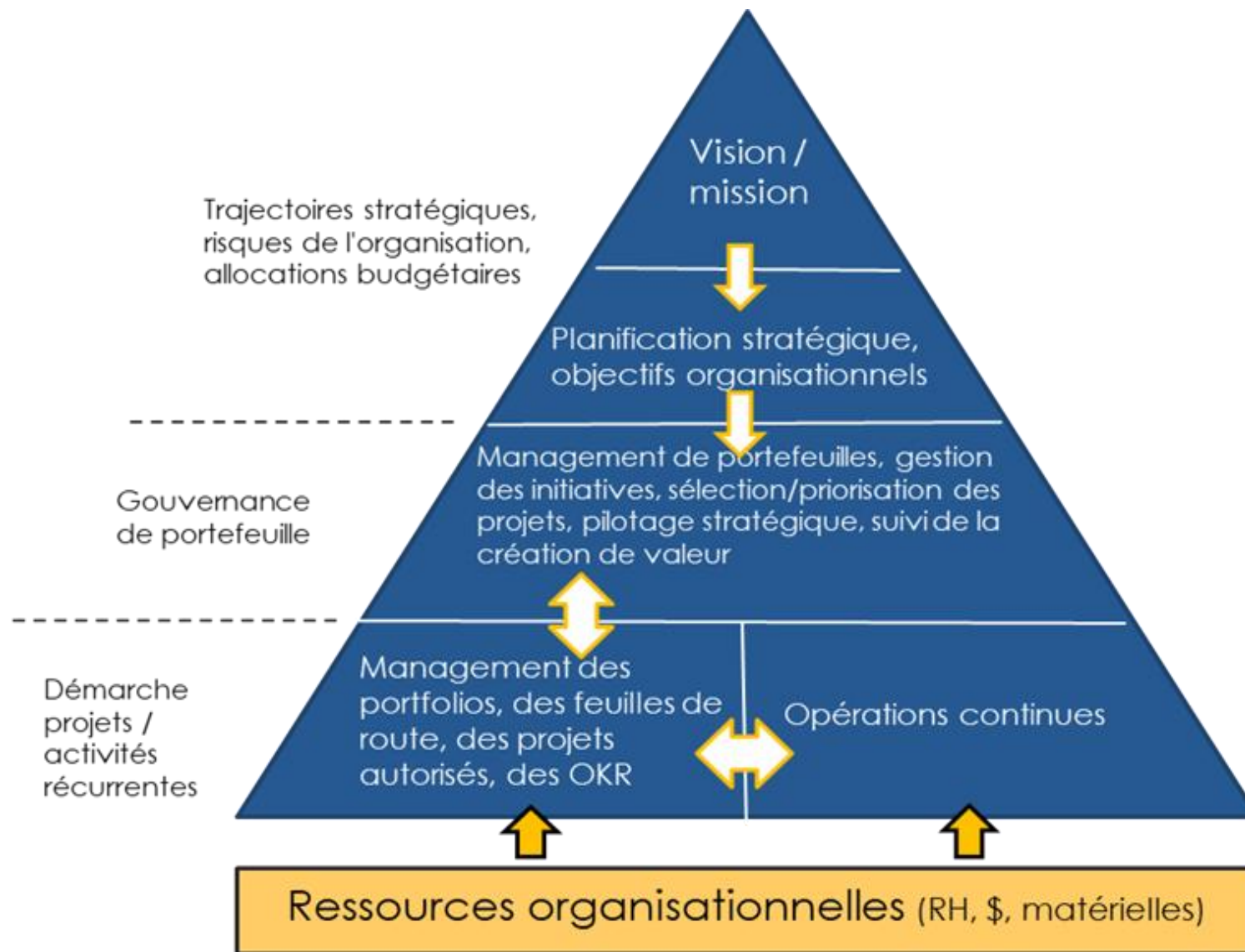
Ensemble d'activités stratégiques visant à établir, pérenniser et/ou faire progresser une organisation. Les portefeuilles, les programmes, les projets, les produits et les opérations peuvent tous faire partie du système de création de valeur d'une organisation.

## **Domaines d'activités**

Ce sont les composantes horizontales de la matrice de portefeuille. Elles constituent les principaux flux de travail de Santé Québec. Par exemple : Services communautaires, sociales, psychosociales et Soins primaires intégrés; Résidentiel et hébergement; Services hospitaliers et Services spécialisés, surspécialisés; Regroupement de trajectoire; Santé publique; Gouvernance, Fonction administrative; Fondation technologique et maturité numérique; Fondation immobilière

## **Axes de transformation** (alignés avec la planification stratégique)

Ce sont les composantes verticales de la matrice de portefeuille. Elles constituent les axes de transformation issues de la planification stratégique et selon lesquels nous visons créer de la valeur : La prévention et les services dans la communauté; La prise en charge optimale de l'utilisateur; Un système efficient et proactif; L'engagement et la fierté



# Modèle organisationnel

## Présentation CDSQ

9 avril 2025

# Agenda

INTRODUCTION	5 min	<b>Objectifs</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Retour sur les éléments structurants de la démarche</li><li>• Présenter l'avancement des travaux et discussion sur les éléments qui nécessitent clarification</li></ul>	Vincent/Youni
MISE EN CONTEXTE	10 min	<b>Rappel de la démarche des modèles organisationnels (survol des sujets des ateliers et participants)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• LGSSS et gouvernance</li><li>• Mandat du groupe/objet de consultation</li><li>• Constitution des groupes de travail</li><li>• Identification des opportunités de création de valeur</li></ul>	Mme Biron / Vincent
ÉVOLUTION DES TRAVAUX	60 min	<b>Présentation par VP des mutualisations</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rappel de l'archétype choisi pour la VP</li><li>• Présentation des mutualisations à haut niveau</li></ul> <b>Échange en plénière (40 min)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• [REDACTED]</li></ul>	VP
MISE EN OEUVRE	10 min	<b>Socialiser l'approche pour la mise en œuvre</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Modèle atterrissage</li><li>• Suivi de la transformation</li></ul>	Vincent/Youni
CONCLUSION	5 min	<b>Prochaines étapes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identifier les participants pour table Leads de transformation en établissement</li><li>• Inviter à lire les fiches de mutualisation</li><li>• Prochaine rencontre CDSQ début mai pour partager les feuilles de route</li></ul>	Vincent/Youni

# MISE EN CONTEXTE



# LGSSSS et gouvernance

## Article 42 de la LGSSSS

### SECTION II

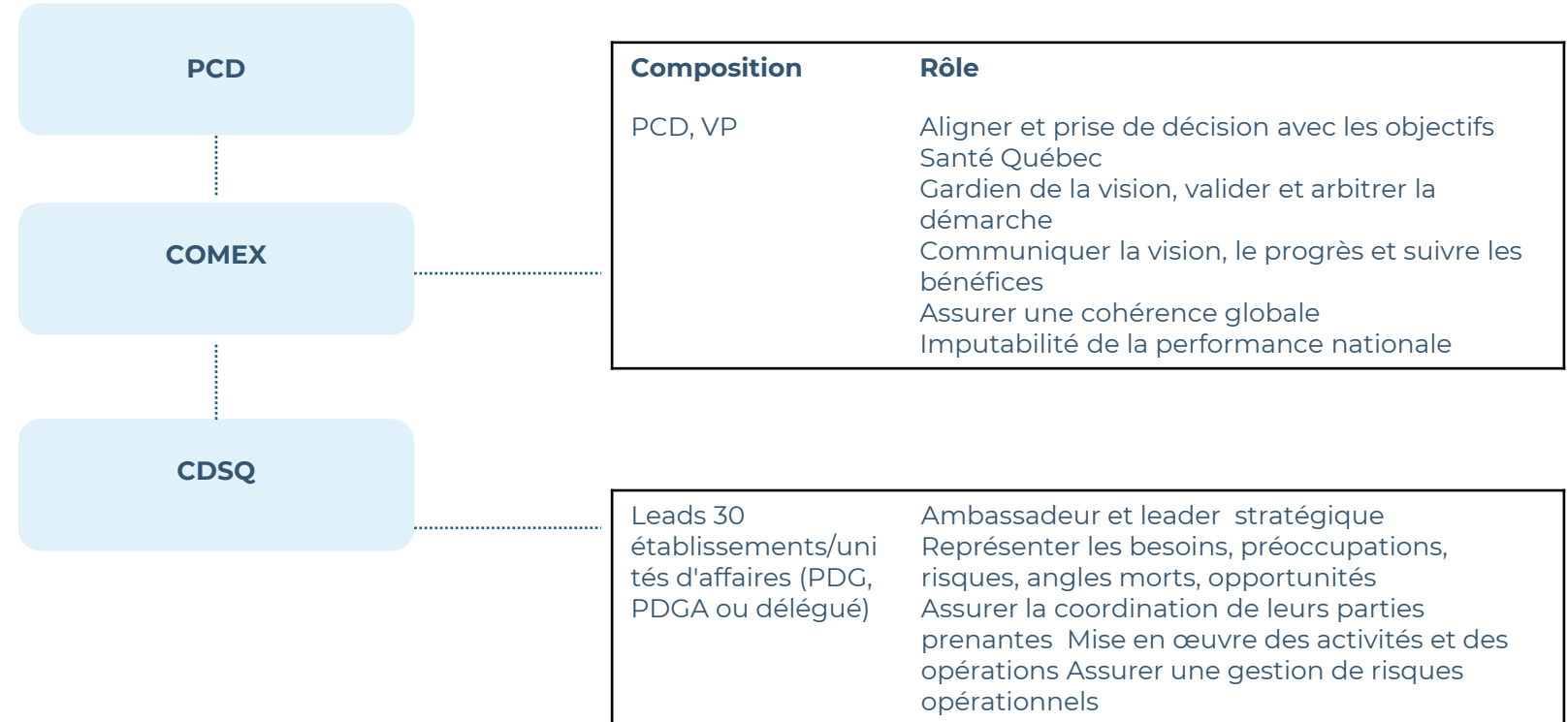
#### FONCTIONS ET POUVOIRS

##### 1.- Institution des établissements

42. Le conseil d'administration de Santé Québec peut instituer, au sein de Santé Québec, des unités administratives qui sont des établissements de celle-ci.

Un établissement de Santé Québec est un établissement public; il est territorial ou autre que territorial.

Au moins un établissement territorial doit être institué dans chaque région sociosanitaire.



# Groupes de travail

Affaires publiques / communications	Approvisionnement / logistique/ infra	Finances	Technologies de l'information	Talent, culture et engagement	Stratégie, performance, AC	Affaires juridiques et gouvernance
<b>Patrick Duchesne</b> CIUSSS de la Capitale-Nationale	<b>Gilles Hudon</b> CISSS Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	<b>Adelaïde DeMelo</b> CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	<b>Daniel Vigneault</b> Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	<b>Nathalie Castelloux</b> CISSS de la Côte-Nord	<b>Marc Bilodeau</b> CISSS de l'Outaouais	<b>Nathalie Boisvert</b> Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
<b>Dan Gabay</b> CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	<b>Martin Pelletier</b> CISSS de la Gaspésie	<b>Sophie Doucet</b> CISSS des îles-de-la-Madeleine	<b>Jean-Christophe Carvalho</b> CISSS du Bas-Saint-Laurent	<b>Isabelle Demers</b> CHU Ste-Justine	<b>Jonathan Brière</b> CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	<b>Julie Delaney</b> CISSS des Laurentides
<b>Philippe Ethier</b> CISSS de Lanaudière	<b>Bruno Petrucci</b> CISSS de la Montérégie-Est	<b>Dominique Pilon</b> CISSS de la Montérégie-Ouest	<b>Maryse Hébert</b> CISSS de la Montérégie-Est	<b>Najia Hachimi Idrissi</b> CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	<b>Isabel Roussin-Collin</b> Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	<b>Benoît Geneau</b> Institut Philippe-Pinel
<b>Isabelle Matte</b> CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	<b>Jean-François Fortin-Verreault</b> CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	<b>Nesrine Raguem</b> Institut de cardiologie de Montréal	<b>Lawrence Rosenberg</b> CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	<b>Julie Labbé</b> CISSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	<b>Claudie Deschênes</b> CISSS du Bas-Saint-Laurent	<b>Nathalie Petitclerc</b> CISSS Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
<b>Maryse Poupart</b> CISSS de la Montérégie-Centre	<b>Stéphane Tremblay</b> CISSS de l'Estrie-CHUS	<b>Jean-St-Pierre</b> CISSS de la Gaspésie	<b>Martin Beaumont</b> CHU de Québec-Université Laval	<b>Lucie Opartny</b> Centre universitaire de santé McGill	<b>Marie-Eve Desrosiers</b> Centre hospitalier de l'Université de Montréal	<b>Patrick Simard</b> CISSS de Chaudières-Appalaches
<b>Caroline Roy</b> CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue				<b>Benoît Major</b> CISSS des Laurentides		<b>Jeanne-Evelyne Turgeon</b> CISSS de Laval
<b>Marie-Eve Desrosiers</b> Centre hospitalier de l'Université de Montréal						

## Critères utilisés pour guider la composition :

- Choix des PDG, PDGA
- Région (éloignée, centre, urbaine)
- Type d'établissement (CISSS, CIUSSS, non territorial)



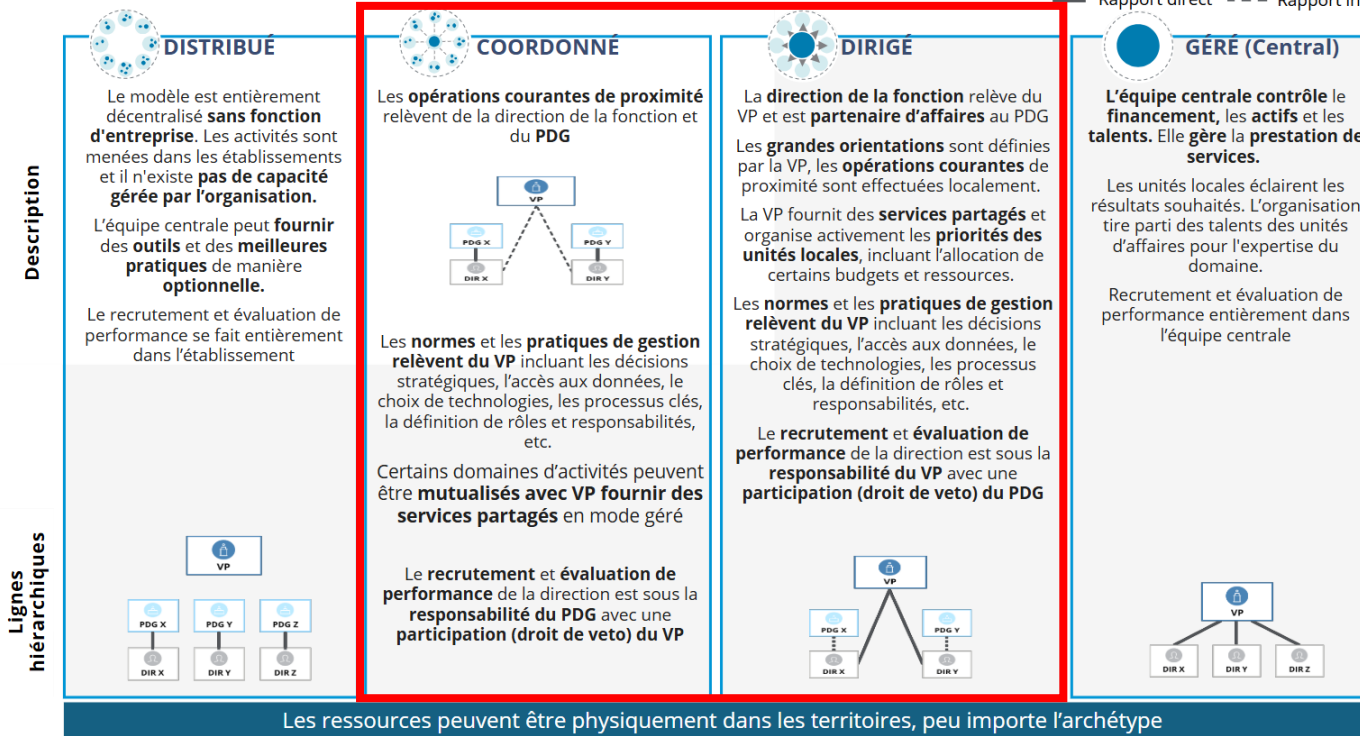
# ÉVOLUTION DES TRAVAUX



# Deux modèles cibles retenus

## Légende

Rapport direct --- Rapport indirect



VICE-PRÉSIDENT	MODÈLE CIBLE
VP Finances	Coordonné
VP Talent, Culture et Engagement	Coordonné
VP Affaires Publiques et Communications	Dirigé
VP TI	Dirigé
VP Affaires juridiques	Coordonné
VP Approvisionnement et logistique	Coordonné
VP Stratégie, performance et amélioration continue	Coordonné

# 1-Sommaires : évolution du modèle APC

---

## État de la situation :

- 5 ateliers réalisés **dans le cadre du mandat confié au comité, orienté vers un modèle dirigé** :
  - Réviser la structure des services de proximité, dont la question de la ligne hiérarchique.
  - Établir la feuille de route pour atteindre le modèle organisationnel cible.
- Sujets abordés : risques et enjeux, expertises présentes dans les équipes de proximité, porte d'entrée des demandes de soutien en communication, organigramme cible, matrice des approbations (portée locale, portée nationale), partage des responsabilités en gestion matricielle.

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

# 2-Sommaires : opportunités VP TCE

---

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

# 3-Sommaires : opportunités VP TI

---

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

# 4-Sommaires : opportunités VP ALI

---

[Redacted]

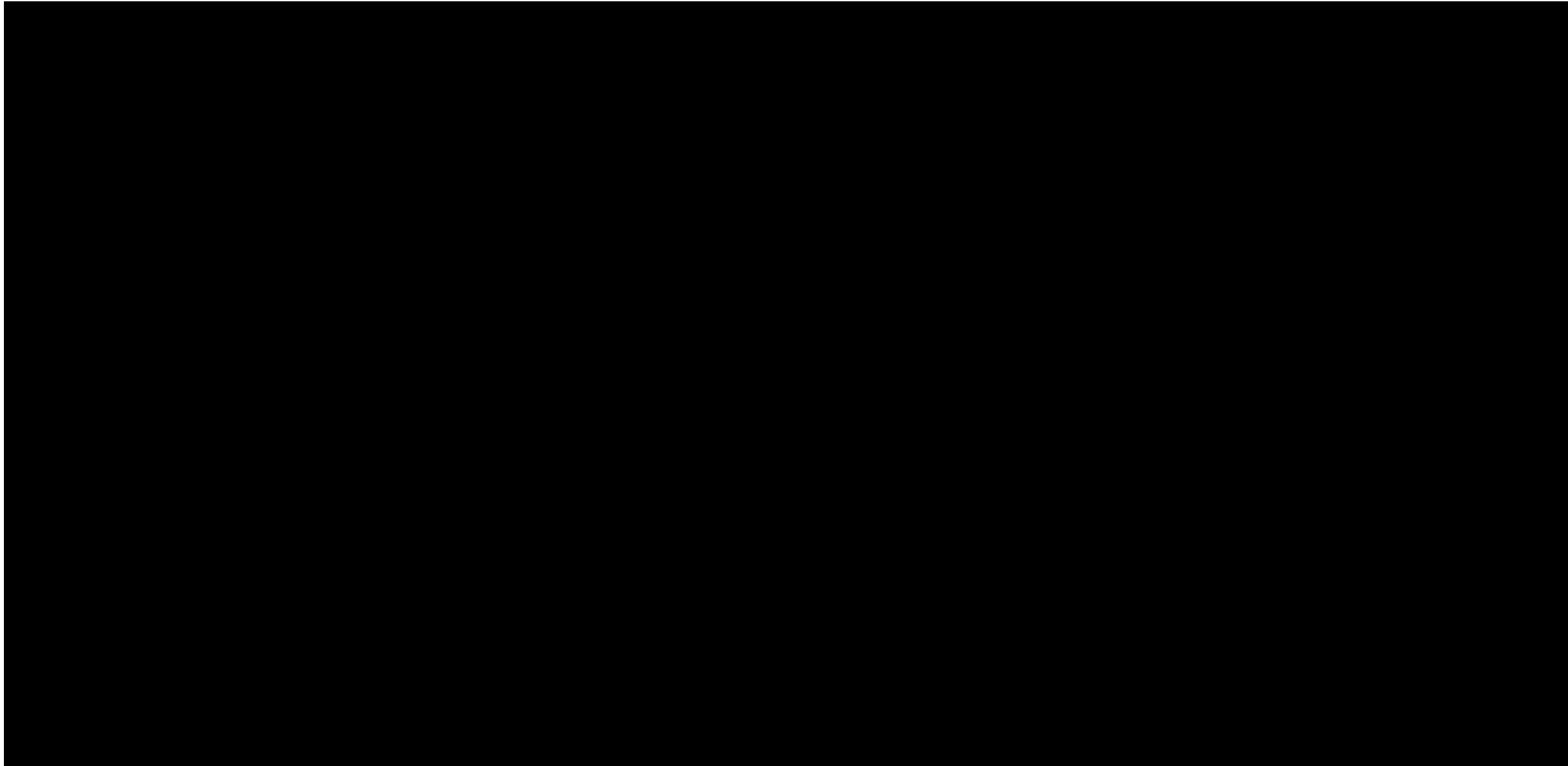
[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

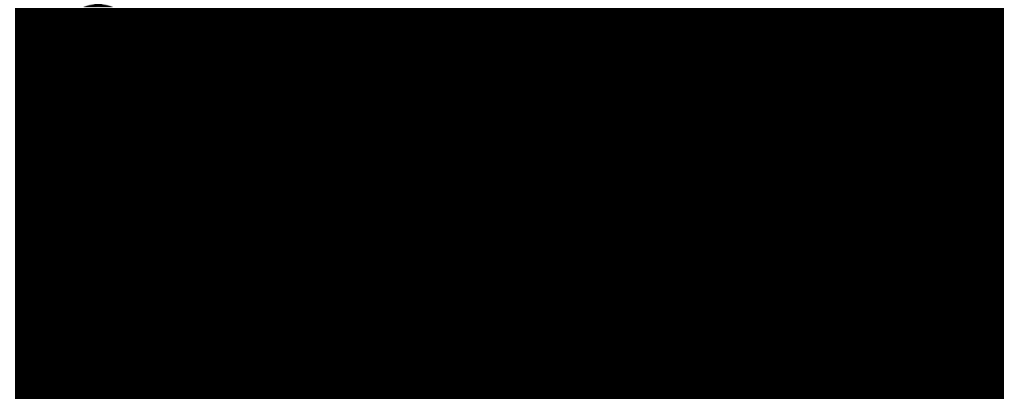
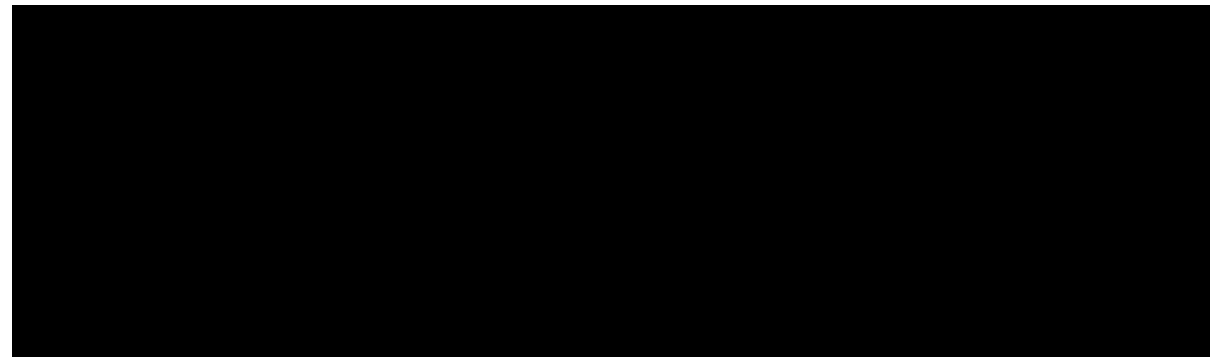
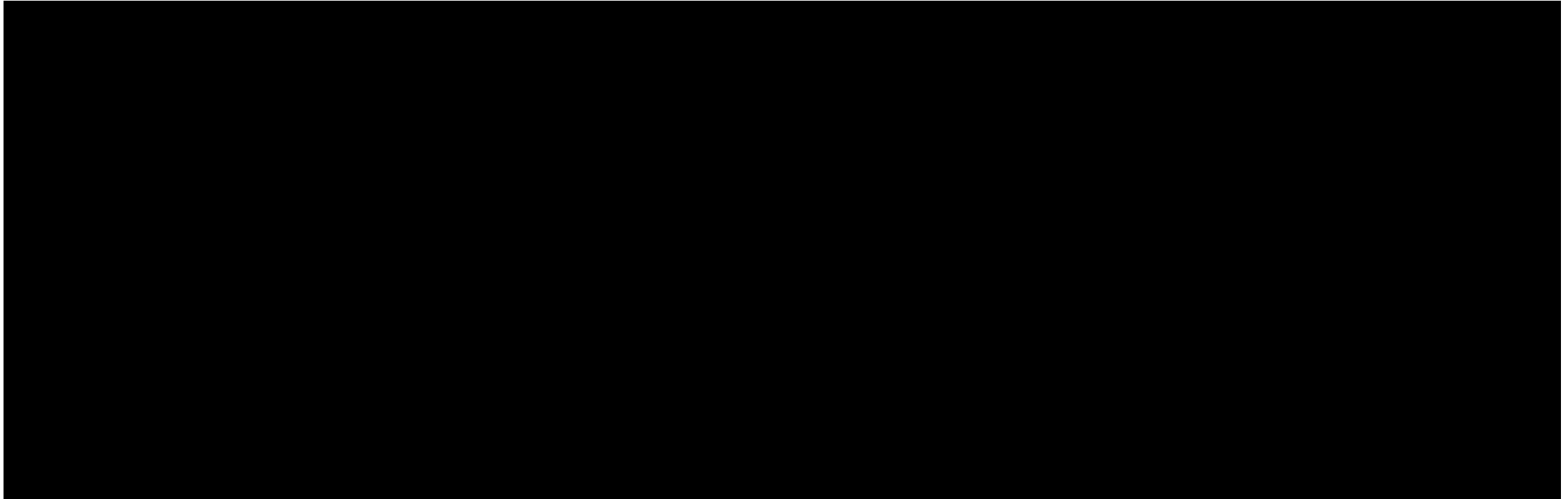
# 5-Sommaires : opportunités VP Finances

---



# 6-Sommaires : opportunités VP SPAC

---



# 7-Sommaires : opportunités VP AJ

---

[Redacted]

| [Redacted]

| [Redacted]

| [Redacted]

| [Redacted]

# 7-Sommaires : opportunités VP AJ

---

**Rencontre hebdomadaire avec les gestionnaires des contentieux depuis le 1<sup>er</sup> déc. et mise en place de 4 chantiers**

**Chantier mutualisation, harmonisation et cohérence :**

Plus de 19 gestionnaires des établissements y ont participé, dont 2 sous-chantiers

[Redacted content]

# 7-Sommaires : opportunités VP AJ

---

## Travaux préliminaires

### Apport : Responsables des affaires juridiques

- Collecte des offres de services actuelles en affaires juridiques : **complété**
- Recommandations sur une offre de services révisée (pertinence et efficacité) : **en cours**
- Cartographie des expertises des avocats du réseau, en fonction de 16 domaines de droit : **complété**
- Déploiement de 8 pôles d'expertise prioritaires, à titre de projets pilotes : **en cours**
  - Droit du travail et SST, RNI-RPA- RHD, droit statutaire, approvisionnements et règles contractuelles, droit immobilier, gouvernance clinique et médicale, droit civil, recherche et enseignement
- Cartographie des honoraires externes dépensés par établissement : **en cours, collecte incomplète**

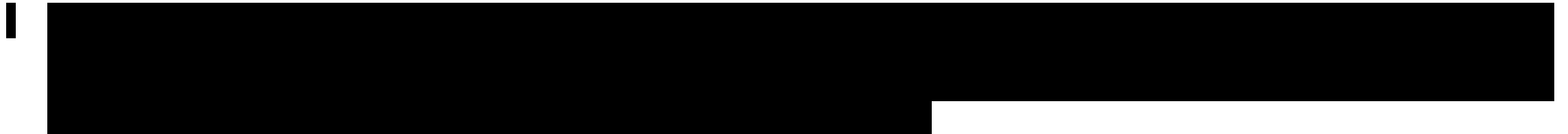
# 6-Sommaires : opportunités VP AJ

---

## Mesures convenues et en réflexion

### Pôles d'expertise – mesure convenue

- Déploiement des pôles d'expertise mentionnés précédemment, ainsi que des pôles d'expertise dans les domaines de droit suivants : droit des personnes (soins, gardes, services conseils), CETM, droit de la jeunesse, services conseils aux conseils professionnels et aux instances, droit de la construction, propriété intellectuelle, gouvernance, accès et PRP, pour constituer une deuxième ligne à laquelle les établissements et le siège se référeront (objectifs : assurer la cohérence des orientations juridiques prises au sein du réseau, l'harmonisation des pratiques, et mise à contribution de l'expertise).
  - Cela signifie que les avocats d'un pôle doivent être rendus disponibles (mécanisme de rotation mis en place)



# 7-Sommaires : opportunités VP AJ

---

## Principes directeurs convenus

- Avant d'externaliser un mandat, tout établissement devra solliciter le siège, selon un mécanisme à établir, afin qu'une vérification préalable soit effectuée quant à la capacité de prise en charge à l'interne par un des pôles d'expertise.
  - L'objectif à terme est d'internaliser la majeure partie des services juridiques actuellement externalisés.
- Assurer le maintien des activités juridiques de première ligne (dossiers litigieux en droit des personnes, services conseils à portée locale) à un niveau de proximité permettant de répondre aux besoins locaux des établissements.
- Tenir compte, dans le déploiement des mesures de mutualisation, du maintien de la capacité requise d'offrir les services de première ligne au sein des établissements.
- Le PDG de chaque établissement demeure le client. Les dossiers de portée réseau devront l'objet d'un processus de coordination par le siège afin d'assurer la cohérence des orientations juridiques prises.
- Un processus d'assurance qualité sera mis en place pour mesurer l'efficacité des mécanismes mis en place et la satisfaction des établissements quant aux services reçus.
- Les travaux se poursuivent afin de bien circonscrire les notions de services de première et de deuxième ligne.



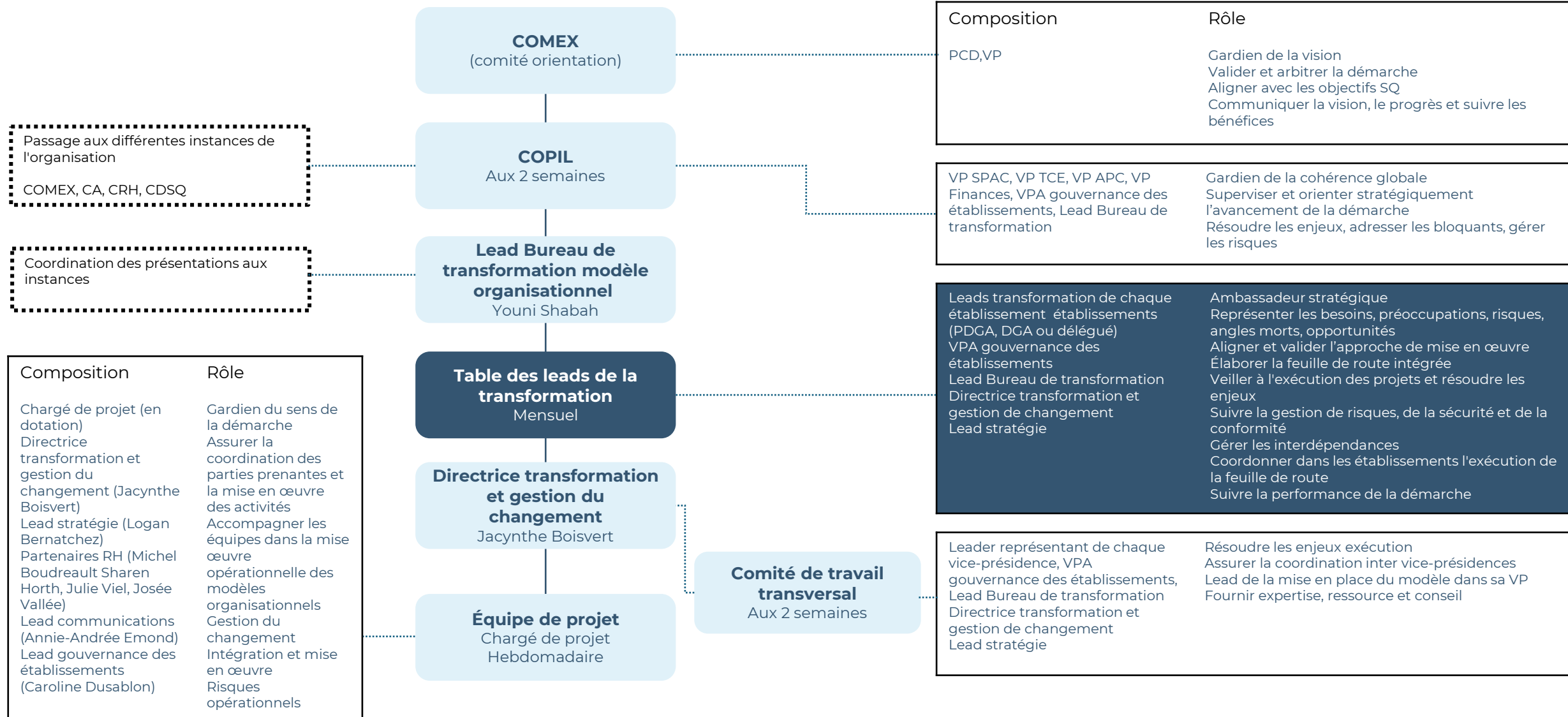
# ÉCHANGE EN PLÉNIÈRE



# MISE EN OEUVRE



# Accompagner les établissements



# Modèle d'atterrissage

---

## Chaque établissement aura un comité d'atterrissage

### Mandat

- Responsable de la mise en œuvre des mutualisations identifiées dans l'établissement
- A partir des outils fournis\*, le comité adapte le plan de mise en œuvre générique produit par l'équipe VP TCE et le groupe de travail PDG pour répondre aux besoins des parties prenantes de l'établissement

### Composition

- Lead établissement (PDGA, DGA)
- Représentant de chaque fonction en établissement + chargé de projet DQEPE
- Conseiller Gestion du changement (VP TCE)
- Conseiller Communication (VP APC)

\*Le comité d'atterrissage recevra l'analyse des parties prenantes, les impacts et un plan de mise œuvre générique pour chacune des initiatives de mutualisations.

# Suivi de la progression de mise en oeuvre

## VUE INTER - ÉTABLISSEMENT

### Table des Leaders de la transformation

- Suivre la progression de la transformation dans les établissements
- Dénouer les bloquants
- S'entraider

### Participants

- Lead transformation de chaque établissement
- Représentant de chaque VP

### Fréquence

- Mensuel

### Responsable

- Youni Shabah

## VUE PAR INTER FONCTIONS ADMINISTRATIVES

### Table fonctionnelle

- Suivre la progression de la transformation par fonction (inter établissement)
- Assurer l'engagement des Directeurs de fonctions
- Dénouer les bloquants

### Participants

- VP de la fonction
- Tous les directeurs de la fonction dans les établissements

### Fréquence

- Mensuel

### Responsable

- Youni Shabah

Les informations recueillies dans ces tables permettront au bureau de la transformation d'avoir le portrait sur la réalisation des bénéfices pour la VPTCE

# Prochaines étapes

---

- Socialiser et impliquer les directeurs de fonction dans les prochains ateliers
- Rencontre individuelle avec les PDG et bureau de transformation : identifier les leads de transformation et déployer la gouvernance de projet auprès des établissements
- Documenter les dossiers d'affaires des mutualisations prioritaires
- Analyser la capacité et les impacts pour la mise en œuvre des mutualisations prioritaires
- Aligner les travaux en cours sur l'évolution du rôle du PDG et des gestionnaires
- Élaborer le plan de communication et de mise en œuvre RH/Finances
- Rencontre CDSQ à prévoir début mai pour aborder l'atterrissage et les feuilles de route

# Bilan des travaux du comité de travail

Processus d'analyse des demandes de non-participation  
au régime de l'assurance maladie du Québec  
dans le cadre de PL83

Présentation au COMEX  
VPA Soutien à la gouvernance  
17 juin 2025

# Plan de la présentation

---

- Contexte
- Démarche
- Rôle et attente
- Processus d'analyse et délai
- Critères de recevabilité et d'analyse
- Enjeux soulevés
- Indicateurs de suivi
- Outils et prochaines étapes



# Contexte

---

À la suite de l'adoption le 24 avril dernier du projet de loi 83 favorisant la pratique de la médecine dans le réseau public au Québec, Santé Québec a la responsabilité de déployer le processus d'évaluation permettant l'autorisation des demandes de médecins souhaitant devenir professionnels non participants.

1. Il appartient à Santé Québec de statuer sur l'opportunité d'accorder une autorisation.
2. Santé Québec tient compte des orientations déterminées par le ministre et de tout facteur qu'elle juge pertinent.

Cette loi agit sur deux volets majeurs :

1. Les nouveaux médecins devront obligatoirement avoir exercé dans le réseau public pendant cinq années avant de pouvoir solliciter une autorisation de non-participation;
2. Tous les médecins, toutes cohortes confondues, devront dorénavant obtenir une autorisation préalable de Santé Québec pour exercer en dehors du régime public.

\*échéance de la loi: 24 avril 2027

# Contexte

---

- Favoriser l'exercice de la médecine dans le réseau public;
- Mettre en place des mesures afin de favoriser l'accès public aux soins de santé;
- Assujettir le statu de médecin non participant à une autorisation;
- Conférer à Santé Québec la responsabilité d'émettre cette autorisation;
- Contraindre un nouveau médecin à participer pendant 5 ans au régime public institué par la Loi sur l'assurance maladie;
- Permettre au gouvernement d'imposer aux étudiants et aux résidents en médecine la signature d'un engagement à pratiquer au Québec.

# Démarche pour soutenir l'implantation

---

## 1. Comité interne:

- Composé de membres de la VP-OC touchés par le projet de loi ainsi que le contentieux et les communications
- Mandat:
  - Mettre en place d'un processus transitoire
  - Soutenir l'analyse des demandes pendant la transition
  - Assurer le suivi des actions de mise en œuvre
  - Développer les outils et procédure interne en soutien du processus

## 2. Comité de travail réseau

- Composé de représentants du réseau PDG, DMSP, contentieux, représentants RAMQ et MSSS, Santé Québec
- Mandat:
  - Élaborer le processus d'analyse et le délai
  - Établir les critères d'analyse
  - Créer le formulaire de demandes ainsi que les outils soutenant l'analyse

# Rôle et attentes envers les établissements (PDG, DM, DMSP)

---

## Équipe de Santé Québec :

- Évalue la recevabilité de la demande
- Prend la décision et transmet la lettre d'autorisation ou de refus

## Établissements (PDG, DM, DMSP)

- Soutiennent Santé Québec en documentant l'impact de la non-participation à partir des critères identifiés et toutes autres données qu'ils jugent pertinents

# Données processus transitoire

---

En date du 12 juin

Demandes	Médecine de famille	Médecine spécialisée
<b>TOTAL DES DEMANDES REÇUES</b>	<b>35</b>	<b>172</b>
Autorisées jusqu'au 31 juillet	<b>2</b>	<b>15</b>
Préavis de refus	<b>8</b>	<b>5</b>
En traitement	<b>22</b>	<b>19</b>
Autorisées	---	<b>133</b>
Refus finaux	<b>3</b>	---

# Processus d'analyse et délai

---

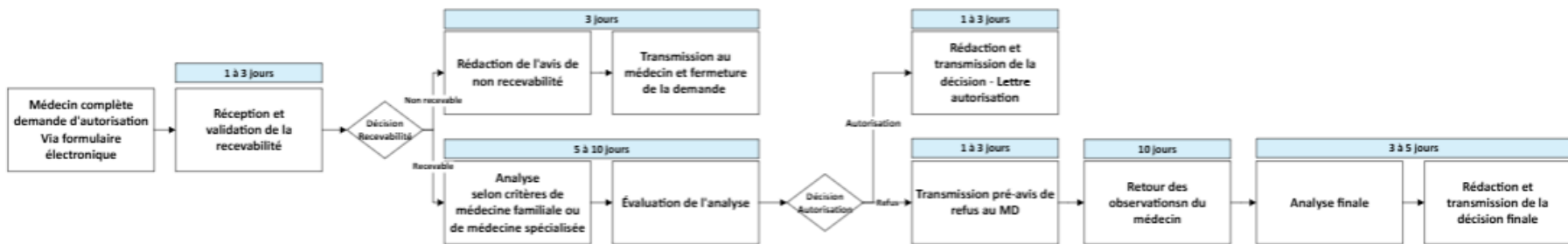
# Processus d'analyse et délai

Délai visé: 30 à 45 jours ouvrables

Projet de loi 83 favorisant la pratique de la médecine dans le réseau public au Québec  
Processus d'autorisation des demandes de non-participation

Processus d'autorisation de demande de non-participation

30 à 45 jours ouvrables



Analyse de la recevabilité

Analyse des critères

Transmission de la décision

Analyse et transmission de la décision finale si contestation par le<sup>9</sup>MD

# Critères de recevabilité de la demande et d'analyse

---

# Critères de recevabilité

---

En fonction de la loi:

- ❑ Le médecin doit avoir été soumis à une entente en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie pendant 5 ans depuis le 24 avril 2025 ou avant le 24 avril 2025 avoir été soumis à une entente
  - Art. 27 Loi sur l'assurance maladie tel qu'édicte par l'article 9 et modifié par l'article 22 de la Loi et art. 20 de la Loi.
  
- ❑ Le médecin ne doit pas avoir démissionné d'un établissement sans l'autorisation du PDG et sans préavis de 60 jours
  - Art. 24 de la Loi et art. 259 LGSSSS tel que modifié par l'art. 13 de la Loi ou faire l'objet d'une ordonnance de la RAMQ pour ce motif (art. 24 de la loi et art. 77.1.1 Loi assurance maladie tel que modifié par l'article 12
  
- ❑ Le médecin ne doit pas durant la période visée par la demande faire l'objet d'une ordonnance de la RAMQ
  - Art. 24 de la Loi et Loi sur l'assurance maladie : art. 77 tel que modifié par l'article 10 de la Loi; art. 77.0.1 tel que modifié par l'article 11 de la Loi

# Critères de recevabilité en vue d'une première analyse

---

## Informations générales

- Nom, numéro de pratique, adresse courriel, adresse de pratique, code postal
- Catégorie de médecin, médecin spécialiste ou de famille
- Son statut actuel en regard du régime public d'assurance maladie
- Lieu de pratique, secteur (AMP), établissement
- Le lieu où il entend exercer, la région
- Les motifs de sa demande
- Date de début et de fin de la non-participation

# Critères d'analyse

---

L'élaboration des critères d'analyse sont guidés par **les orientations** de la loi, soit :

- Le maintien et la continuité des services médicaux selon des conditions uniformes
- La qualité et l'impact de l'accessibilité des services médicaux offerts dans la région

Le comité de travail identifie deux catégories de critère en fonction de:

- La médecine spécialisée
- La médecine familiale

# Médecine spécialisée

---

# Médecine familiale

---

# Critères d'analyse de la médecine familiale

CRITÈRES D'ANALYSE - MÉDECINE FAMILIALE	
Volet régional	Volet établissement
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Couverture PEM et AMP de la région</li><li><input type="checkbox"/> Taux de patient orphelin (sans médecin de famille)</li><li><input type="checkbox"/> Taux d'inscription* de la population attiré à un médecin de famille ou inscription collective et IPS-PL</li><li><input type="checkbox"/> Taux de population de inscrit à un médecin de famille et IPS-PL</li><li><input type="checkbox"/> Écart au besoin (Nombre de médecins qui pratiquent dans la region vs le nombre de médecins requis)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Capacité à combler les PEM</li><li><input type="checkbox"/> Couverture des gardes en établissement et en clinique</li><li><input type="checkbox"/> Couverture du volet académique/formation</li></ul>

\* Cible actuelle à 87 % pour inscription de la population auprès d'un médecin de famille (source : *cible de l'accès aux services médicaux de première ligne\_MSSS* pour l'année 2025-2026)

Le critère pourra être revu en fonction de la planification stratégique de Santé Québec ou de toute nouvelle orientation ministérielle

# Enjeux soulevés

---

# Enjeux

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

# Outils et prochaines étapes

---

# Outils disponibles sur sante.quebec et prochaines étapes

---

## Étapes franchies

- Mise en ligne du formulaire de demande de non-participation et d'une foire aux questions

[Demande de non-participation | Régime d'assurance maladie du Québec \(Page 1 sur 4\)](#)

<https://sante.quebec/documents-et-autres-ressources/medecins-devenir-non-participant-au-regime-d-assurance-maladie/>

## Étapes à venir

- Présentation au CDSQ
- Correspondance aux PDG incluant un aide-mémoire destiné aux établissements
- Expérimenter la première version du formulaire et des critères et le formulaire – (Été)
- Prochain comité de travail (9 septembre)
- Amélioration continue
  - Révision des critères selon les besoins

# Indicateurs de suivi

---

# Indicateurs de suivi

---

## **Volumétrie:**

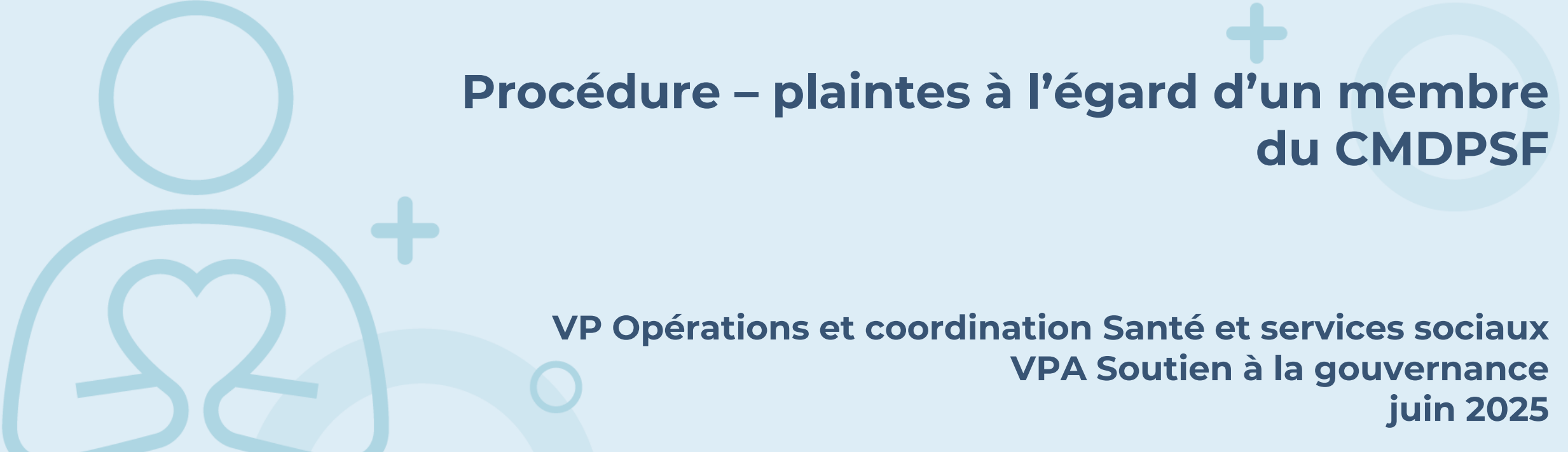
- Nombre de demande reçue
- Nombre de demande acceptée et refusée

## **Faits saillants**

- 3 spécialités pour lesquelles il y a le plus de demandes reçues

## **Données compilées par:**

- Période
- cumulative



# Procédure – plaintes à l’égard d’un membre du CMDPSF

VP Opérations et coordination Santé et services sociaux  
VPA Soutien à la gouvernance  
juin 2025

# Objet de la procédure



## Procédure complémentaire à la procédure pour les plaintes visées dans le cadre de la LGSSSS faisant partie intégrante du RIE

Procédure vise les motifs de plaintes suivants:

1. L'inconduite et/ou l'incivilité à l'égard d'un membre du personnel ou d'un professionnel de Santé Québec;
2. Le domaine du harcèlement (psychologique et/ou physique) à l'égard d'un membre du personnel ou d'un professionnel de Santé Québec;
3. Le non-respect des obligations liées à l'acte de nomination (ou de renouvellement) des privilèges de pratique d'un médecin, dentiste, pharmacien ou d'une sage-femme et/ou le non-respect des règlements de l'établissement.

## Pourquoi cette procédure additionnelle ?



# Merci aux membres du groupe de travail

Procédure réalisée par le contentieux du CISSS de Chaudière – Appalaches en collaboration avec les membres du groupe de travail et certains contentieux d'établissement:

## DMSP

- Marc-Antoine Rivard, CISSS de Lanaudière
- Élie Boustani, CISSS des Laurentides
- Jean Deschênes, CUSM

## PDG

- Jeanne-Évelyne Turgeon, CISSS de Laval
- Marc Bilodeau, CISSS de l'Outaouais
- Lucie Opartny, CUSM

## Représentants du Collège des médecins du Québec

- Louis Roy
- Élisabeth Allard

## Contentieux

- Stéphanie Boucher (Annie Caron)

## Siège social Santé Québec

### Vice-présidence Organisation et coordination SSS

- Guy Thibodeau
- Caroline Dusablon
- Mario Viens

### Vice-présidence Talents, culture et engagement

- Vincent Lehouillier
- Cathy Seminaro

### Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services

- Martine Gosselin



# Travaux réalisés et en cours

## Plan de diffusion

- Dépôt COMEX
- Dépôt CDSQ
- Retour au comité de travail
- Mise en ligne sur le sharepoint de Santé Québec dans la section sur les plaintes\*
- Envoi officiel aux PDG pour diffusion pour cascades dans leur établissement respectif
- Diffusion additionnelle via les canaux des équipes ressources humaines, contentieux et commissaires aux plaintes
- Présentation à la table des DMSP

## Étapes à venir

- Automne : élaboration d'un guide de soutien à la décision pour les établissements

SANTÉ QUÉBEC

# Procédure complémentaire pour le traitement des plaintes formulées à l'encontre d'un médecin, dentiste, pharmacien ou sage-femme

---

Le 29 mai 2025



## **Production**

Santé Québec

Vice-présidence adjointe - Gouvernance et coordination

Vice-présidence – Opérations et coordination santé et services sociaux

930, chemin Sainte-Foy, 6e étage

Québec (Québec) G1S 2L4

sante.quebec

## **Rédaction**

Cette procédure a été rédigée au nom de Santé Québec par le contentieux du CISSS de Chaudière-Appalaches sous la direction de Me Stéphanie Boucher en collaboration avec un groupe de travail composé de représentants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et de représentants du Collège des médecins du Québec.

Ce document se veut complémentaire à l'Annexe A intégrée au modèle de Règlement intérieur des établissements.

Date de mise à jour: 29 mai 2025

### **Notes**

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

## Préambule

---

La *Procédure de traitement des plaintes formulées à l'égard d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien ou d'une sage-femme* annexée au Règlement intérieur des établissements de Santé Québec établit principalement la trajectoire des plaintes formulées qui concernent des situations prévues aux articles 676 et 677 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (ci-après « LGSSSS »).

Cette procédure n'aborde toutefois pas le traitement de toutes les plaintes pouvant être formulées par un membre du personnel de Santé Québec ou par une personne qui y exerce ses activités concernant l'exercice de la profession ou les activités au sein de Santé Québec d'un médecin, dentiste, pharmacien ou sage-femme. Ces autres plaintes qui ne sont pas traitées dans la procédure susmentionnée font donc l'objet de la présente procédure.

# Table des matières

---

<b>1. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION</b> .....	<b>1</b>
<b>2. DÉFINITIONS</b> .....	<b>2</b>
<b>3. PROCÉDURE</b> .....	<b>3</b>
3.1 RÉCEPTION DE LA PLAINTÉ.....	3
3.2 ANALYSE SOMMAIRE .....	4
3.3 ÉTUDE DE LA PLAINTÉ .....	4
3.3.1. Dispositions générales.....	4
3.3.2. Identification de la personne chargée de l'étude de la plainté.....	5
3.3.2.1. <i>Plainte concernant une situation d'inconduite, excluant une situation relevant du domaine du harcèlement</i> .....	5
3.3.2.2. <i>Plainte relevant du domaine du harcèlement (psychologique et/ou physique)</i> .....	5
3.3.2.3. <i>Plainte concernant le non-respect des obligations liées à l'acte de nomination (ou de renouvellement) des privilèges de pratique d'un médecin, dentiste, pharmacien ou d'un contrat de service d'une sage-femme et/ou le non-respect des règlements de l'établissement</i> .....	6
3.3.3. Avis d'une plainté.....	6
3.3.4. Processus d'étude d'une plainté .....	6
3.4 RAPPORT DE L'ÉTUDE .....	7
3.5 FIN DE L'ÉTUDE DE LA PLAINTÉ .....	8
3.5.1. Les mesures disciplinaires (sanctions) possibles.....	8
3.5.2. Détermination d'une mesure disciplinaire .....	9
3.5.3. Transmission de la conclusion et dépôt au dossier professionnel.....	9
3.5.4. Contestation au Tribunal administratif du Québec.....	10

## 1. Objet et champ d'application

La présente procédure vise le traitement des plaintes formulées à l'égard d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'une sage-femme par l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- un membre du personnel de Santé Québec;

**ou**

- une personne qui exerce ses activités au sein de Santé Québec;

**et** qui peuvent soulever l'un ou l'autre des manquements suivants, dans le cadre de l'exercice de sa profession ou des activités de ce professionnel au sein de Santé Québec :

- 1) un comportement inadéquat à l'égard d'un membre du personnel de Santé Québec ou d'une personne qui y exerce ses activités, qui peut notamment se décliner sous les formes suivantes :
  - a. inconduite;
  - b. incivilité à l'égard d'un membre du personnel de Santé Québec ou d'une personne qui y exerce ses activités;
  - c. harcèlement (psychologique et/ou physique) ou du domaine du harcèlement à l'égard d'un membre du personnel de Santé Québec ou d'une personne qui y exerce ses activités;
  - d. non-respect des règlements de l'établissement;
- 2) le non-respect des obligations liées à l'acte de nomination (ou de renouvellement) des privilèges de pratique d'un médecin, dentiste, ou du contrat d'un pharmacien ou d'une sage-femme, ce qui peut également inclure le non-respect des règlements de l'établissement.

Considérant que la Loi ne précise pas le traitement à donner en ce qui concerne les motifs de plaintes mentionnés ci-dessus, il convient donc d'établir une ligne de conduite afin de permettre une cohérence et une équité de traitement à travers les établissements de Santé Québec. La présente vise également à conférer un traitement équitable et uniforme pour des situations similaires à travers le réseau de la santé et des services sociaux.

Les établissements de Santé Québec n'ayant pas tous les mêmes moyens, notamment en termes de ressources humaines et de trajectoires, la présente procédure vise à instaurer les grandes lignes du traitement et de l'étude des plaintes que devraient suivre les responsables disciplinaires et les acteurs les plus appropriés pour chapeauter la présente procédure. Dans un contexte de mutualisation des services, l'accompagnement et le soutien de personnes ou services d'autres établissements de Santé Québec pourront être requis ou offerts, au besoin, aux responsables disciplinaires.

La présente procédure ne remplace pas le devoir du directeur médical et des services professionnels, du chef de service ou du chef de département, de veiller à concilier les parties ou à intervenir lorsque des situations qui relèvent de la gestion quotidienne surviennent dans les services ou départements. Également, la présente procédure n'a pas pour effet de limiter l'intervention de tout responsable disciplinaire conformément à l'article 260 de la LGSSSS lorsque la situation l'indique, et ce, même en l'absence de plainte formelle.

## 2. Définitions

**Analyse de recevabilité :** analyse d'une plainte du domaine du harcèlement qui consiste à vérifier si les allégations peuvent raisonnablement représenter du harcèlement psychologique si elles étaient avérées, par opposition à une plainte frivole ou dénuée de toute chance d'être accueillie. Lorsque la plainte est insuffisamment détaillée, la personne chargée de l'étude de la plainte recueille les informations manquantes auprès de la personne plaignante, au besoin en effectuant une entrevue<sup>1</sup>.

**Domaine du harcèlement :** situation où du harcèlement est allégué ou qui, de l'avis du responsable disciplinaire, pourrait s'apparenter à du harcèlement et qui devrait faire l'objet d'une analyse de recevabilité. À noter qu'une plainte qui n'est pas recevable à titre de harcèlement peut constituer néanmoins une inconduite justifiant la poursuite de l'étude.

**Harcèlement :** situation qui comporte les quatre (4) critères suivants :

- une conduite vexatoire (c'est-à-dire abusive, humiliante ou blessante);
- se manifestant par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés qui sont hostiles ou non désirés;
- qui porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique;
- qui entraîne un milieu de travail néfaste.

Une seule conduite grave peut aussi être considérée comme du harcèlement si elle a des conséquences négatives durables pour la personne.

**Incivilité :** se définit comme un comportement déviant qui est en violation aux normes de respect mutuel établies dans le milieu de travail afin de mieux vivre ensemble. L'incivilité est un manquement aux règles et aux valeurs telles que le respect, la reconnaissance, la responsabilisation, la collaboration et le partenariat. Cela crée un inconfort important dans le milieu de travail et a un impact négatif sur le moral des personnes, l'efficacité, la productivité, la motivation et le climat de travail. Une situation d'incivilité constitue de l'inconduite.

---

<sup>1</sup> Définition tirée du guide des meilleures pratiques à l'intention des avocats effectuant des enquêtes sur des plaintes de harcèlement psychologique en milieu de travail, Barreau du Québec, juillet 2017, p.11

**Inconduite** : conduite répréhensible qui implique de faire ou d'omettre de faire quelque chose qui constitue un manquement à une obligation ou une norme de conduite attendue envers l'établissement ou un membre du personnel de Santé Québec ou d'une personne qui y exerce ses activités;

**Non-respect des obligations liées à l'acte de nomination (ou de renouvellement) des privilèges de pratique d'un médecin dentiste, pharmacien ou d'un contrat de service d'une sage-femme et/ou le non-respect des règlements de l'établissement :**

- pour un médecin ou un dentiste, le défaut d'exécuter entièrement, correctement et sans retard les obligations rattachées à la jouissance des privilèges ou tout autre non-respect des termes apparaissant à son acte de nomination (ou de renouvellement);
- pour un pharmacien, le défaut d'exécuter entièrement, correctement et sans retard les obligations qui lui incombent en tant qu'employé de Santé Québec, sauf si ce défaut est visé au deuxième alinéa de l'article 264 de la LGSSSS;
- pour une sage-femme, le non-respect des obligations prévues par son contrat de service.

**Non-respect des règlements de l'établissement** : défaut de respecter le règlement intérieur de l'établissement et toutes politiques, procédures, règlements et directives en découlant.

**Personne chargée de l'étude de la plainte** : toute personne à qui le responsable disciplinaire défère l'étude d'une plainte en application de la présente procédure, ou le responsable disciplinaire, lorsqu'applicable.

**Professionnel visé par la plainte** : le médecin, le dentiste, le pharmacien ou la sage-femme envers lequel une plainte visée par la présente procédure a été formulée.

**Responsable disciplinaire** : toute personne habilitée à imposer une mesure disciplinaire au sens de la LGSSSS.

## 3. Procédure

### 3.1 Réception de la plainte

Toutes les plaintes visées par la présente procédure doivent être soumises au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement dans lequel exerce le professionnel visé par la plainte, qui veillera à les diriger vers le responsable disciplinaire qui, pour les fins de la présente procédure et à moins d'une situation particulière qui ne commanderait que ce soit autrement, devrait être le Directeur médical et des services professionnels (ci-après « DMSP »), lorsque requis.

À noter qu'une plainte n'est pas invalide du fait qu'elle n'aurait pas été soumise en premier lieu au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Lors du transfert de la plainte vers le DMSP, le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement accuse réception auprès du plaignant et l'informe de son transfert.

## **3.2 Analyse sommaire**

Sur réception de la plainte, le DMSP procède à une analyse sommaire. À ce moment, il valide notamment que la plainte est recevable et qu'elle n'est ni vexatoire, frivole ou faite de mauvaise foi. S'il conclut qu'elle est vexatoire, frivole ou faite de mauvaise foi, il la rejette, sur examen sommaire. Le DMSP informe l'auteur de la plainte de son rejet dans les meilleurs délais.

Après analyse sommaire de la plainte, dans la mesure où cette dernière n'est pas rejetée, le DMSP avise le professionnel visé par la plainte de la réception de cette dernière. Toutefois, dans l'éventualité où la plainte est rejetée sur examen sommaire, le DMSP n'a pas à informer le professionnel de la réception d'une telle plainte.

Une fois cette analyse réalisée, le DMSP détermine s'il étudie lui-même la plainte, ou s'il y a lieu de déferer l'étude de la plainte à un autre responsable disciplinaire de l'établissement ou à une personne qui sera chargée de l'étude de la plainte, conformément aux trajectoires établies au sein de l'établissement.

## **3.3 Étude de la plainte**

### **3.3.1 Dispositions générales**

Toute plainte doit être traitée avec diligence, équité et intégrité. Elle est traitée avec discrétion, dans le respect des règles de confidentialité applicables à toutes les personnes concernées, et ce, sans restreindre le droit d'une personne qui se sent lésée de consulter et d'obtenir conseil.

Le DMSP doit veiller à ce que les plaintes soient traitées dans un délai raisonnable, compte tenu notamment des circonstances propres à chaque situation.

À cet effet, le DMSP doit faire un suivi de l'état d'avancement de l'étude de la plainte au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services tous les 60 jours à compter de la réception, par le responsable disciplinaire, de cette dernière.

Le DMSP est responsable de la tenue et de la conservation du dossier de plainte constitué par la personne chargée de l'étude de la plainte. À noter que les documents contenus au dossier de plainte ne peuvent être versés au dossier professionnel que conformément à la Loi et aux règlements.

### 3.3.2. Identification de la personne chargée de l'étude de la plainte

Lorsqu'une plainte n'est pas rejetée sur examen sommaire, le responsable disciplinaire peut, selon l'objet de la plainte et tel que plus amplement détaillé aux sections 3.3.2.1 à 3.3.2.3 :

- procéder à son étude;

**ou**

- déférer l'étude à une personne ou service qui détient les compétences pour procéder à l'étude des faits ayant mené à la plainte;

**ou**

- s'adjoindre, lorsque nécessaire, d'une personne ou d'un service qui détient les compétences pour l'accompagner dans l'étude des faits ayant mené à la plainte. Une ressource externe à l'établissement peut également être sollicitée, lorsque requis.

#### *3.3.2.1. Plainte concernant une situation d'inconduite, excluant une situation relevant du domaine du harcèlement*

Lorsque l'objet de la plainte concerne une situation d'inconduite, le responsable disciplinaire peut notamment, à son choix, déférer l'étude de la plainte ou s'adjoindre du chef de service, du chef de département médical, du service des ressources humaines ou d'un représentant des affaires juridiques, selon la situation et les trajectoires établies au sein de l'établissement en la matière.

#### *3.3.2.2. Plainte relevant du domaine du harcèlement (psychologique et/ou physique)*

Lorsque l'objet de la plainte concerne une situation potentielle de harcèlement, le responsable disciplinaire doit déférer l'étude de cette dernière au service des ressources humaines, selon l'offre de services propre à son établissement.

À l'occasion de l'étude de la plainte, le service ou la personne qui procède à cette étude le fait selon les bonnes pratiques et les processus établis dans l'établissement.

Advenant qu'aux termes de l'analyse de recevabilité, le service des ressources humaines conclut qu'à l'évidence, la situation décrite ne peut se qualifier de harcèlement, l'étude de la plainte peut être retournée au responsable disciplinaire qui pourra déterminer d'une nouvelle orientation pour son étude, le tout sous réserve des trajectoires établies au sein de l'établissement.

### 3.3.2.3. *Plainte concernant le non-respect des obligations liées à l'acte de nomination (ou de renouvellement) des privilèges de pratique d'un médecin, dentiste, pharmacien ou d'un contrat de service d'une sage-femme et/ou le non-respect des règlements de l'établissement*

Lorsque l'objet de la plainte concerne le non-respect des obligations liées à l'acte de nomination (ou de renouvellement) des privilèges de pratique d'un médecin, dentiste ou d'un contrat de pharmacien ou d'une sage-femme et/ou le non-respect des règlements de l'établissement, le responsable disciplinaire peut notamment déférer l'étude de la plainte ou s'adjoindre du chef de service ou du chef de département médical, selon la situation.

Avant que ne soit débutée l'étude de la plainte, lorsque nécessaire, le responsable disciplinaire fait signer un engagement de confidentialité à la personne dont il s'adjoind ou à qui il en défère l'étude ou à l'expert auquel il a recours (annexe1 LGSSSS).

Toutes les parties impliquées peuvent consulter un conseiller de leur choix et se faire accompagner par celui-ci à toutes les étapes de l'étude d'une plainte.

À toute étape de l'étude d'une plainte, un représentant des affaires juridiques de l'établissement peut être sollicité.

Le responsable disciplinaire chargé de l'étude de la plainte peut avoir accès au dossier du professionnel visé, et ce, à toutes les étapes de l'étude d'une plainte.

### 3.3.3. *Avis d'une plainte*

Le responsable disciplinaire transmet au professionnel visé par la plainte un avis d'étude d'une plainte, lequel doit indiquer les motifs (visés à 3.3.2.1, 3.3.2.2 et/ou 3.3.2.3) pour lesquels l'étude de la plainte est effectuée. À noter que si le plaignant ou des personnes impliquées dans la plainte peuvent être identifiable(s), il pourrait être opportun d'ajouter à l'avis d'étude d'une plainte des attentes signifiées quant à :

- l'absence de communication concernant l'objet ou les faits supportant la plainte du professionnel visé au plaignant ou aux personnes impliquées dans la plainte;
- éviter toute contamination (par exemple en essayant de régler la problématique directement avec le plaignant);
- l'interdiction de représailles.

### 3.3.4. *Processus d'étude d'une plainte*

À moins que la situation ne s'y prête pas, généralement le plaignant est rencontré en premier lieu afin de prendre sa version des faits. Par la suite, les témoins qui sont susceptibles de donner un éclairage pertinent seront également rencontrés et leur version ou apport sera considéré dans l'étude de la plainte.

La personne chargée de l'étude de la plainte peut également, si requis, accéder à de la preuve documentaire pertinente à l'étude de la plainte (par exemple : journalisation d'accès informatiques, données clinico-administratives, etc.). Elle peut également consulter toute personne ayant une expérience pertinente à la situation sous étude et pouvant guider sa compréhension.

La personne chargée de l'étude de la plainte peut également avoir accès aux renseignements de santé et de services sociaux concernant un usager qui seraient nécessaires à l'étude de la plainte.

Finalement, le professionnel visé par la plainte est rencontré, après avoir reçu un avis de convocation écrit.

Chaque témoignage et chaque élément de preuve documenté devrait être conservé au dossier de plainte de la façon privilégiée par la personne chargée de l'étude de la plainte (par exemple : témoignage écrit, enregistrement, résumé de rencontre, documents informatiques, etc.).

S'il le désire, le professionnel visé par la plainte peut être accompagné d'un conseiller de son choix. L'accompagnateur ne peut répondre ou intervenir en lieu et place du professionnel. Le responsable disciplinaire peut également se faire accompagner par la personne de son choix.

Des témoins supplémentaires pourraient être entendus si, au terme de l'ensemble des témoignages, d'autres individus ou faits semblent pertinents et nécessaires à l'étude de la plainte. Il en est de même pour l'obtention de preuve documentaire.

### 3.4 Rapport de l'étude

À la fin de l'étude de la plainte, la personne chargée de l'étude de la plainte rend un rapport écrit au responsable disciplinaire. La rédaction de ce rapport doit être entamée sans délai, afin qu'il puisse être remis rapidement au responsable disciplinaire à la fin de l'étude.

Ce rapport doit notamment contenir les éléments suivants :

- motifs justifiant la plainte;
- résumé du processus d'étude de la plainte;
- la nature des témoignages et les éléments pertinents découlant de ces rencontres;
- la position du professionnel visé par la plainte et sa version des faits;
- les conclusions quant au fondement, ou non, de la plainte, incluant les motifs de la conclusion.

Lorsque la personne chargée de l'étude de la plainte n'est pas le responsable disciplinaire, son rôle n'est pas d'émettre des recommandations quant à la sanction, mais plutôt de permettre au responsable disciplinaire d'avoir un portrait de la situation à l'origine de la plainte pour par la suite décider si des mesures disciplinaires s'imposent.

Dans la mesure où un responsable disciplinaire a lui-même procédé à l'étude de la plainte, il doit également préparer un rapport écrit contenant les éléments listés ci-haut.

Le professionnel visé par la plainte ne peut avoir accès au rapport constitué à l'occasion de la plainte, sauf si le rapport conclut que la plainte est fondée.

Le plaignant a accès aux conclusions du rapport, et ce, peu importe l'issue de l'analyse.

### **3.5 Fin de l'étude de la plainte**

#### **3.5.1. Les mesures disciplinaires (sanctions) possibles**

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste sont les suivantes :

- 1° la réprimande;
- 2° l'imposition d'une sanction administrative prévue par le règlement intérieur de l'établissement;
- 3° le changement de statut;
- 4° la privation de privilèges;
- 5° la suspension du statut et des privilèges pour une période déterminée;
- 6° la révocation du statut et des privilèges.

Les mesures disciplinaires peuvent également consister à recommander au professionnel concerné de faire un stage, de suivre un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et, s'il y a lieu, jusqu'à la mise à jour de ses connaissances, à restreindre ou à suspendre, en tout ou en partie, ses privilèges.

Seul le président-directeur général peut prononcer la révocation du statut et des privilèges. Un chef de département clinique ne peut imposer d'autres mesures disciplinaires que la réprimande.

(art. 265 LGSSSS)

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises à l'égard d'un pharmacien vont de la réprimande jusqu'au congédiement.

Elles peuvent consister à lui recommander de faire un stage, de suivre un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et, s'il y a lieu, à restreindre ou à suspendre ses activités jusqu'à la mise à jour de ses connaissances.

Seul le président-directeur général peut congédier un pharmacien. Le chef du département clinique de pharmacie ne peut imposer d'autres mesures disciplinaires que la réprimande.

(art. 266 LGSSSS)

Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises à l'égard d'une sage-femme vont de la réprimande jusqu'à la résiliation de son contrat de service et comprennent la modification de ce contrat et la privation de l'un ou de plusieurs des droits qu'il prévoit.

Seul le président-directeur général peut résilier le contrat de service. Le chef de département clinique des sages-femmes ne peut imposer d'autres mesures disciplinaires que la réprimande.

(art. 289 LGSSSS)

### 3.5.2. Détermination d'une mesure disciplinaire

Pour assurer une cohérence dans l'imposition des mesures disciplinaires au sein de l'établissement, les responsables disciplinaires de l'établissement doivent se consulter avant de déterminer la mesure appropriée à la lumière du rapport et des conclusions de l'étude de la plainte.

Dans le processus de détermination de la mesure, les responsables disciplinaires doivent prendre en considération le *guide de soutien à la décision (document à venir automne 2025)* afin d'assurer une cohérence entre les différentes sanctions imposées par les autres établissements.

### 3.5.3. Transmission de la conclusion et dépôt au dossier professionnel

Le responsable disciplinaire doit informer par écrit le professionnel visé par la plainte des conclusions de l'étude de la plainte.

Lorsqu'il est de l'intention du responsable disciplinaire de prendre une mesure disciplinaire, le responsable disciplinaire doit également aviser le professionnel visé par la plainte de son intention et lui permettre de présenter ses observations dans un délai de 15 jours de l'avis écrit.

Le responsable disciplinaire est libre de demander les observations du professionnel visé par la plainte par écrit ou verbalement.

Le responsable disciplinaire doit également verser une copie de la conclusion de l'étude de la plainte, au dossier professionnel du médecin, dentiste, pharmacien ou de la sage-femme visé par la plainte.

#### **Envers l'ordre professionnel concerné**

L'établissement doit communiquer à l'ordre professionnel concerné une reproduction de toute décision par laquelle est prise une mesure disciplinaire.

(art. 262 LGSSSS)

### 3.5.4. Contestation au Tribunal administratif du Québec

**Pour le médecin :**

Le médecin ou le dentiste qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet portant sur les mesures disciplinaires peut, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la décision lui a été notifiée, contester cette décision devant le Tribunal administratif du Québec.

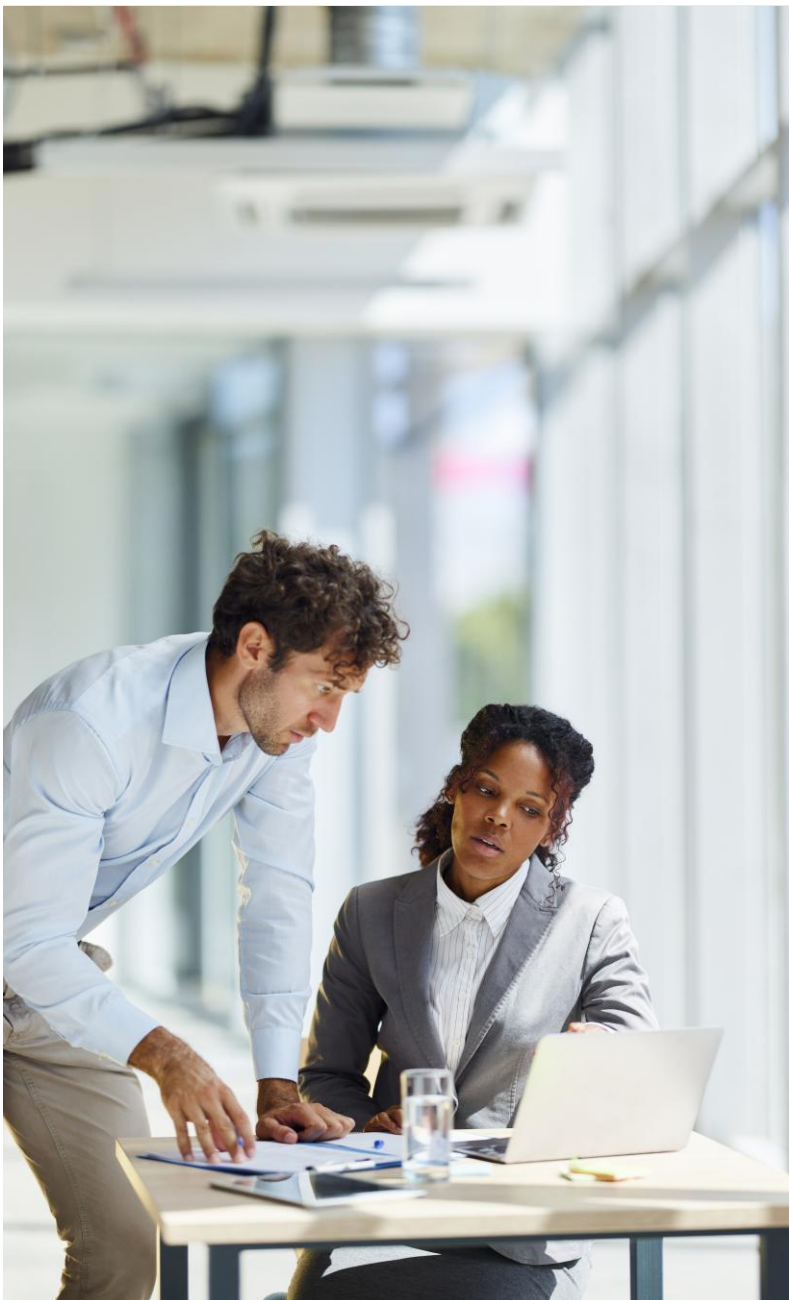
**Pour le pharmacien :**

Le pharmacien qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet et portant sur des mesures disciplinaires peut, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle cette décision lui a été notifiée, la contester devant le Tribunal administratif du Québec.

**Pour la sage-femme :**

Une sage-femme qui n'est pas satisfaite d'une décision rendue à son sujet fondée sur des critères de qualification, de compétence, de comportement ou portant sur des mesures disciplinaires peut, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la décision lui a été notifiée, contester cette décision devant le Tribunal administratif du Québec.





# État de situation

## Présentation au COMEX

Rapatriement des responsabilités des centres  
d'Opérationnalisation, centres d'Expertise et centres  
de Coordination en Télésanté

15 juillet 2025

Québec 

Santé Québec

# Ordre du jour

N°	Sujet	Numéro de diapositive
01	Objectifs de la présentation	03
02	Historique	05
03	Objectifs du rapatriement des responsabilités des centres	09
04	Centres rapatriés, feuille de route et gouvernance.	14

**N.B.** Le terme « **Centres** » sera utilisé pour alléger le texte. Le terme réfèrera à un Centre opérationnel, Centre d'expertise ou Centre de coordination en télésanté.

01

## Objectifs de la présentation



# 01 Objectifs de la présentation



## Cette présentation poursuit les objectifs suivants :

- Clarifier l'approche de rapatriement des responsabilités des Centres vers le siège social de Santé Québec;
- Exposer les travaux réalisés jusqu'à présent;
- Présenter les prochaines étapes.
- Proposer un ordonnancement préliminaire pour l'intégration des autres Centres.
- Formaliser une gouvernance durable et pérenne.

02

## Historique



Confronté à des **besoins spécifiques** et à des règles d'embauche et d'acquisition plus contraignantes, le MESSS s'est tourné vers le réseau pour créer des **CO-CE-CCT** auxquels il a confié des **mandats**.

La **responsabilité** était **déléguée** en fonction de la **spécialisation**, l'**expertise** pointue ou l'**intérêt** d'un établissement ou d'un organisme envers un mandat.

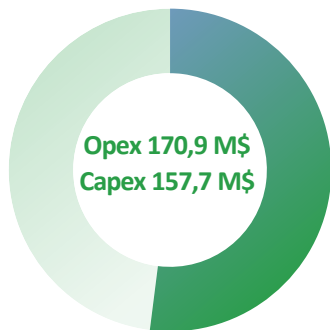
Le **niveau d'encadrement** et de suivi assuré par le MESSS se **limitait** souvent à la **reddition de comptes**, réalisée **qu'une fois par année**, lors des **demandes budgétaires**.

Un **projet** a été initié en 2024 pour **régulariser** les ententes avec les établissements : **21/29** ententes demeurent à régulariser et les « autres organismes » n'ont pas voulu adhérer à la démarche.



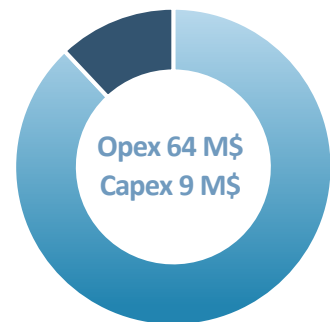
“Les Centres ont permis le déploiement de solutions à l’échelle provinciale, mais le manque de visibilité sur l’utilisation des fonds au siège social et l’insuffisance d’implication dans la gouvernance soulèvent des interrogations sur la viabilité du modèle.”

Erika Bially, fév 2025



Le budget 2024-2025 des **Centres** en **établissement** a représenté 170,9 M\$ en OPEX et 157,7 M\$ en CAPEX.

Source: DGTI, nov 2024



Le financement des **Centres** chez les **partenaires** a représenté un budget de 64, M\$ en OPEX et de 9 M\$ en CAPEX en 2024.

Source: DGTI nov 2024

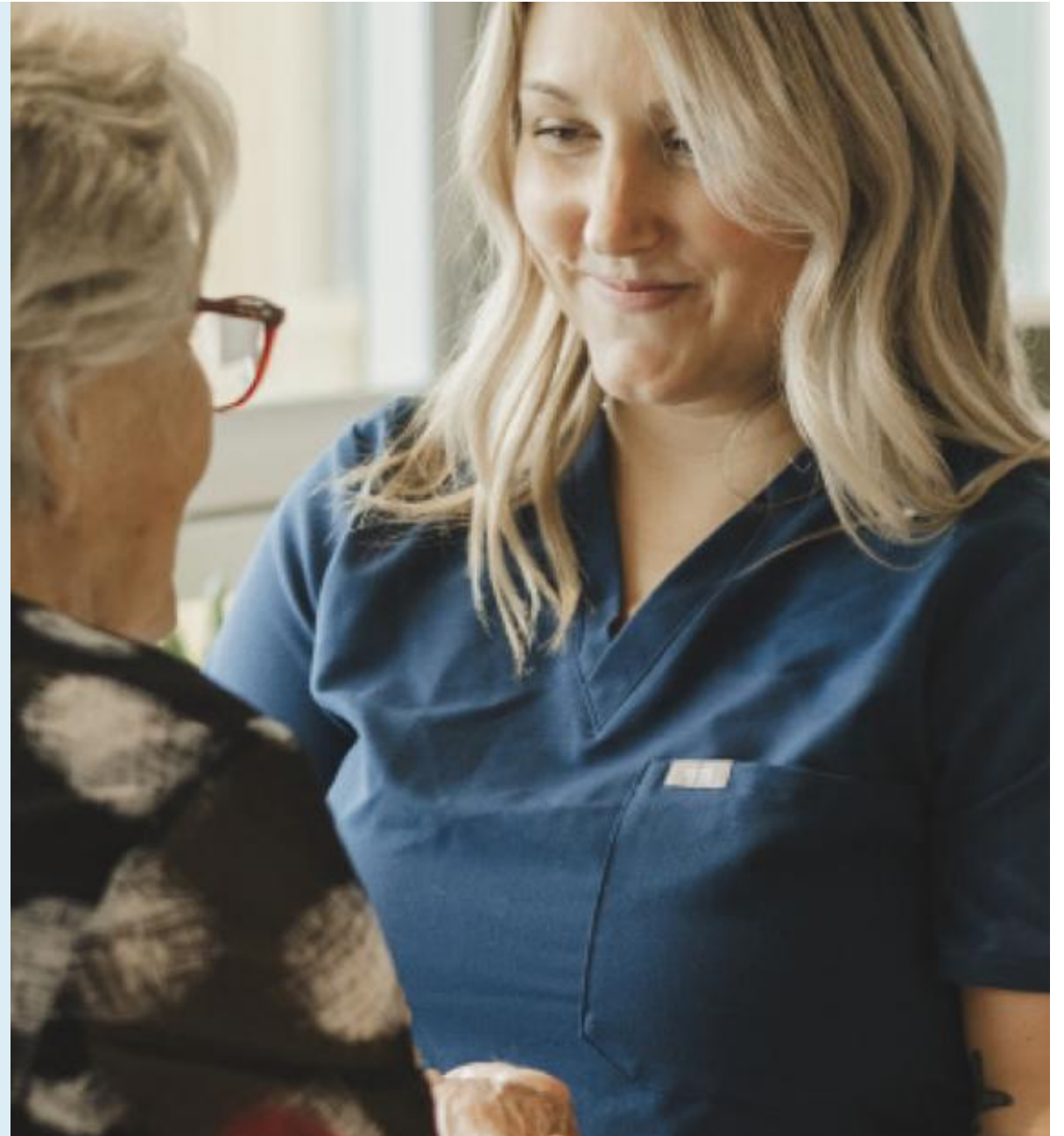


## Perspective de Santé Québec

Une stratégie structurée pour l’intégration des responsabilités des centres au siège social est indispensable afin d’aligner les investissements avec les objectifs organisationnels.

# 03

## Objectifs du rapatriement des responsabilités des centres



## 03 Rappel des objectifs: *Pourquoi rapatrier les responsabilités?*



### Imputabilité et légitimité

Une feuille de route intégrée

Une imputabilité ainsi qu'une légitimité décisionnelle et d'interaction centralisée concernant l'évolution de ces services, systèmes et infrastructures technologiques.



### Création de valeur

Pour le bénéfice de tous

Un modèle inspirant pour générer de la valeur de manière équitable et durable pour tout le réseau et pour favoriser l'alignement stratégique et la mutualisation.



### Gouvernance

Une gouvernance unique et simplifiée

Une gouvernance et une reddition de compte unifiées et partagées à l'ensemble des centres du réseau.



### Synergies potentielles

En cohérence avec la mutualisation

Des synergies et des gains opérationnels qui peuvent s'avérer avantageux.



### Retour sur la mission première

Pour le bénéfice des Québécois et Québécoises

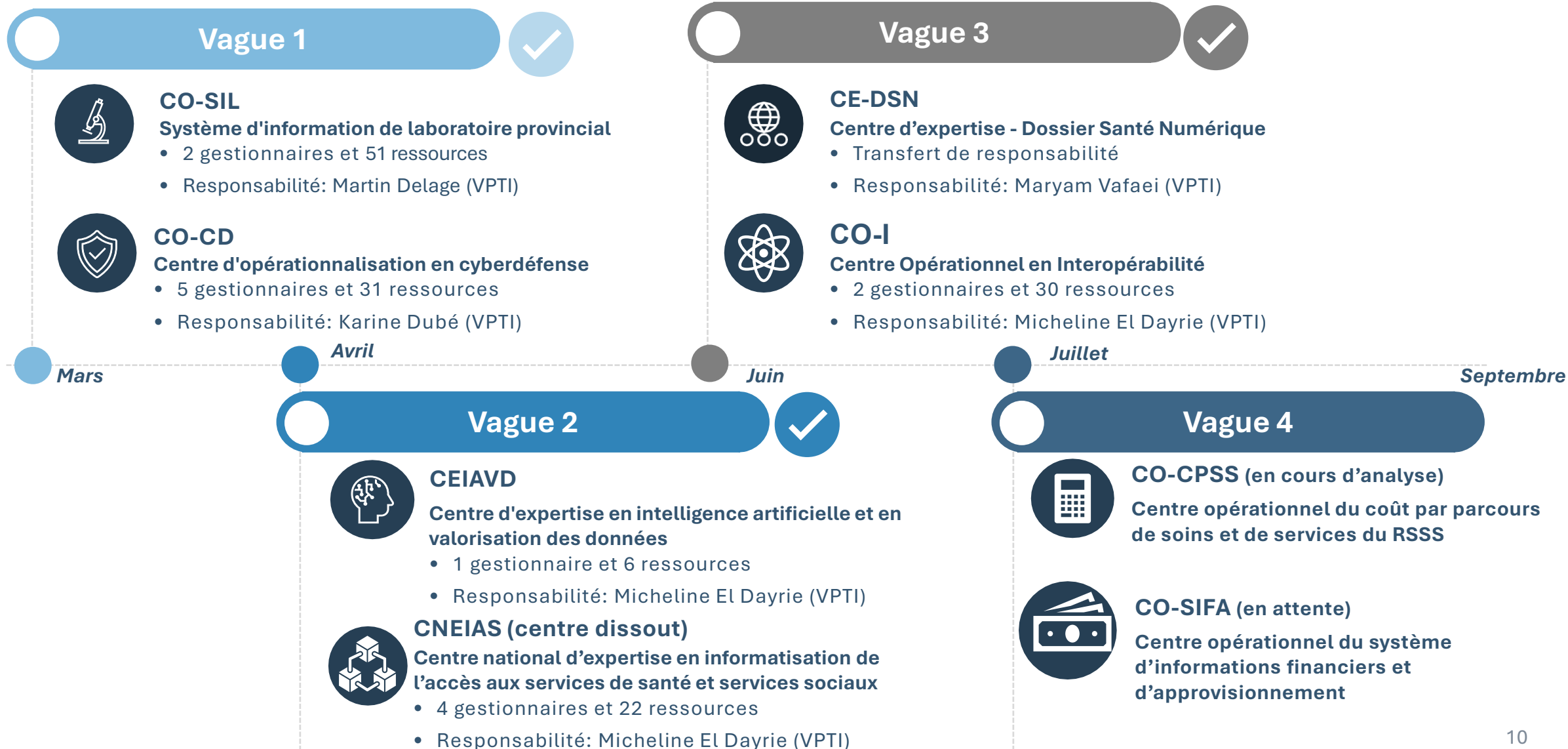
En se libérant de cette responsabilité de gestion et de reddition de comptes, l'établissement pourra se concentrer davantage sur sa mission principale.



### Au service du réseau

Des investissements ciblés

Un réseau desservi de façon uniforme et une évolution des services et des applications en cohérence avec la mission de Santé Québec.











# 04

## Centres rapatriés, feuille de route et gouvernance.



# 04 L'inventaire actuel des centres

Établ.	Centre	Description
<b>CHU Ste-Justine</b>		
	CO-Agir-tôt	Programme s'adressant aux enfant de 0-5 ans et leur famille, dépistage précoce
<b>CHUM</b>		
	CO-I	Agent d'interopérabilité provincial
	CO-CPSS	Coût par parcours de soins et de services du RSSS
	CTT-CHUM	Centre de Coordination de la Télésanté - CHUM
<b>CHUQ</b>		
	CO-Numérisation	Numérisation - Captiva
	CO-RID-LS	Répertoire d'imagerie diagnostique du RUIS de l'université de Laval et RUIS de l'université de Sherbrooke
	CTT-CHUQ	Centre de Coordination de la Télésanté - CHUQ-UL
<b>CISS-CA</b>		
	CO-CD	Cyberdéfense
<b>CISS-LAN</b>		
	CO-DSIE	Demande de services interétablissements - REPÈRE
	CO-SAIRC	Système d'alerte informatisées pour le repérage des clientèles
	CO-SISPUQ	Système d'information des services pré-hospitaliers
<b>CISS-LAV</b>		
	CO-SIL	Système de laboratoire - SIL Corelab et SIL d'anatomopathologie
<b>CIUSSS-COMTL</b>		
	CNEIAS	Centre national d'expertise en informatisation de l'accès aux SSSS
<b>CIUSSS Mauricie-et-du-Centre du Québec</b>		
	CE-DSN	Centre d'expertise DSN (MCQ), Vitrine DSN et DSN expansion provinciale

Établ.	Centre	Description
<b>CIUSSS-CSMTL</b>		
	CO-CETIC	Centre d'expertise en technologie de l'information pour la cancérologie
	CO-ENDO	Solution de transition en endoscopie (inclus dans CETIC)
	CO-CTIP	Centre de traitement informatique provincial
	CO-VID	Télévérification de l'identité à distance
	CO-SIRH	Système d'informations de ressources humaines (non remboursé)
	CO-SI-GMI	Système d'information de gestion des maladies infectieuses
	SIU-RH-SST	Système d'informations unifié de gestion des ress. Hum. - Santé sécurité au travail)
	CO-RID-MM	Répertoire d'imagerie diagnostique du RUIS de l'université de Montréal et RUIS de l'université de McGill
<b>CIUSSS-E-CHUS</b>		
	CO-SAFIR	Service d'acheminement de formulaires informatisés et suivis de requêtes
	CTT-CHUS	Centre de Coordination de la Télésanté - CIUSSS-E-CHUS
<b>CIUSSS-SLSJ</b>		
	CO-SIFA	Système d'informations de finances, approvisionnement
<b>CUSM</b>		
	CTT-CUSM	Centre de Coordination de la Télésanté - CUSM
	CSSNS	Centre de soutien des services numériques en santé
	PPSV	Plateforme provinciale de soins et services virtuels
	CO-ENA	Environnement numérique d'apprentissage - FCP
<b>IUCPQ</b>		
	CE-IAVD	CE-Intelligence artificielle et valorisation de données

## Légende :

- 6 Centres intégrés au siège social
- 1 Centre dont l'intégration est en cours
- 23 Centres à intégrer

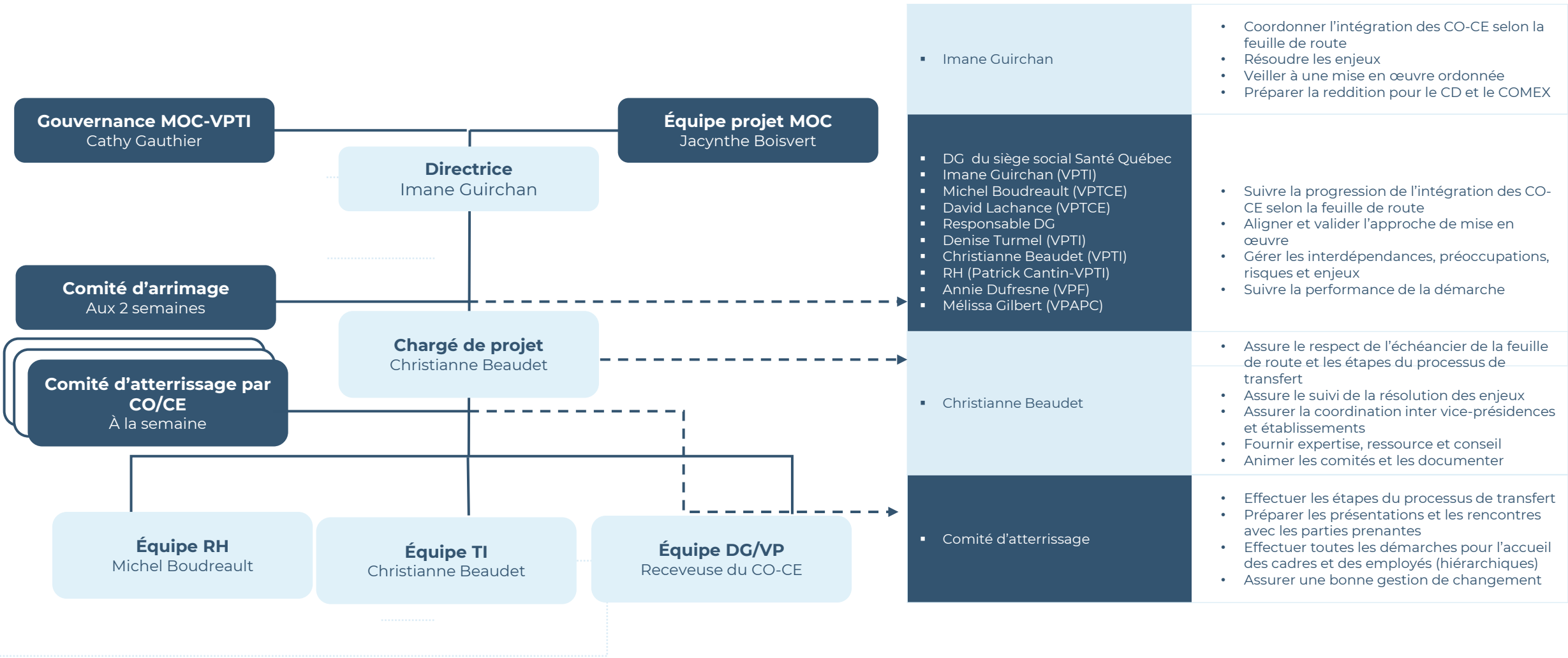
## Sommaire :

- 30 Centres
- 13 Établissements

2<sup>ème</sup> phase : Les Centres des « Autres Organismes » : RAMQ, INSPQ et Héma-Québec.



# 04 Gouvernance: *Intégration des autres CO/CE*





Québec   
Santé Québec

# Groupe d'impact médiatique

Mission : Faire rayonner médiatiquement les réalisations des établissements et du siège social de Santé Québec

Déposé au COMEX, 26 août 2025

Vice-présidence – Affaires publiques et communications

# Le Groupe d'impact médiatique (GIM)



**Piloté par l'équipe relations médias et proximité du siège social**



**Regroupe des relationnistes de tous les établissements**



**Plus de 30 reportages publiés depuis la création du GIM**



**4 priorités de rayonnement**

- Accès
- Qualité des soins
- Réduction de la bureaucratie
- Établissements critiques



- 1 rencontre de l'équipe planification par semaine
- 1 rencontre avec les établissements du réseau par mois

# 14 reportages publiés en août

- **7 articles** sur BATMAN & chirurgie cardiaque en Estrie
- **1 immersion** dans le cadre du bilan des DPJ
- **2 reportages** sur le Nirsévimab
- **1 reportage** sur l'arrivée des CEPI dans les Laurentides
- **1 reportage** sur CorneliUS, l'intelligence artificielle pour détecter le cancer de la prostate
- **1 reportage** sur l'IRM de nuit à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal
- **1 reportage** sur l'utilisation de l'IA sur tous les IRM du CHU de Québec- Université Laval



## Succès d'une chirurgie cardiaque avec la technique Batman : une première au Québec



L'équipe du CIUSSS de l'Estrie - CHUS est dirigée par le Dr Étienne Couture.  
PHOTO : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

Hôpital Notre-Dame de Montréal

## Moins d'attente grâce aux IRM de nuit



PHOTO CHARLES WILLIAM PELLETIER, COLLABORATION SPÉCIALE  
La technologue en imagerie médicale Simona Turcut assiste un patient subissant une imagerie par résonance magnétique (IRM), à l'hôpital Notre-Dame.

## Des recrues en renfort dans les Laurentides

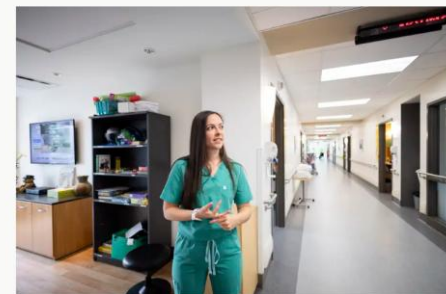


PHOTO SARAH MONGEALU BIBRETT, LA PRESSE  
Jade Aubry, candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), dans son milieu de travail au CHSLD de Saint-Jérôme

# 13 projets médiatiques nationaux en cours

---

- 20 ans de la profession d'IPS (novembre)
- Guide d'autosoins diabète (novembre)
- Les dons de nourriture par les établissements
- L'arrivée de l'Intelligence artificielle dans le réseau
- Programme de recyclage des broncho inhalateurs
- Programme de gestion thérapeutique des médicaments
- Soins à domicile – Plus grand accès
- Santé mentale – Meilleur accès
- Continuité des services sur la Côte-Nord
- Courbe NSA
- Réadaptation après chirurgie (RAAC)
- Grappe OPTI-LAB en Montérégie
- Résidence intermédiaire TGC – Une solution innovante





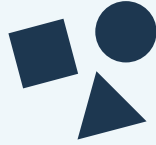
# Équipe Communications internes et Planification et performance

17 septembre 2015

# Notre vision des communications



Humaines



Personnalisées



Simple



Accessibles



Clares

# Une équipe d'expertes pour vous aider

- **Rôle-conseil et accompagnement** dans l'atteinte des objectifs de communication des vice-présidences
- **Élaboration et mise en œuvre** de plans de communication
- **Rédaction et création** d'outils (messages clés, articles, affiches, etc.) pour **diffusion** auprès des employés
- **Planification** des projets transversaux
- **Mesure** des initiatives et suivi des indicateurs
- Gestion des **communications bidirectionnelles** avec le réseau

# Notre équipe - Communications internes

## Qui contacter?



**Dominique Cornellier**

Directrice planification,  
performance et  
communications internes  
(par intérim)



**Catherine Domingue**

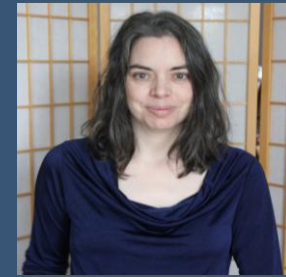
Cheffe des  
communications internes



**Katrine Louis-Seize**

Conseillère cadre

- Bureau PCD
- Nominations
- Direction des affaires juridiques
- Inspectrice nationale
- VP Excellence clinique



**Johanie Hamel-Lavigne**

APPR

- VPOCSSS – services sociaux
- Chargée de projet,  
Communauté de pratique
- Rayonnement et bons coups

# Notre équipe - communications internes

## Qui contacter?



**Mélissa Gilbert**

APPR

- VPTI
- VPALI
- Chargée de projet SharePoint



**Louise Bouchard**

Agente d'information

- VPOCSSS – santé
- VP Finances



**Sophie Laisney**

Agente d'information

- VPTCE
- Direction de l'éthique et de la conformité



**Stéphanie Trudel**

Agente d'information

- VPSPAC
- Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
- Direction des affaires corporatives

# Notre équipe - Planification et performance

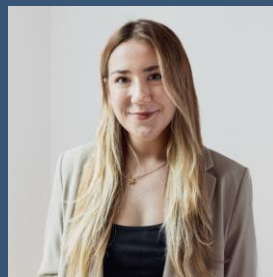
## Qui contacter?



**Gabrielle Pelletier**

Agente d'information

- VPAPC (campagnes internes)
- Coordination et montage des bulletins
- Performance, rapport et analyse



**Yuliya Arutyunyan**

Agente d'information

- Planification des projets transversaux
- Performance, rapport et analyse

# Nos outils de com internes siège social

Nouveauté

Édition du 16 septembre 2025

## Les essentiels de la semaine

Voici les actualités de cette semaine au siège social de Santé Québec.  
Bonne lecture!

**Actualités**

**Près de 750 M\$ d'économies grâce à la réduction de la main-d'œuvre indépendante (MOI)**

Le nombre d'heures travaillées par le personnel des agences privées a **diminué de 14,06 millions** entre avril 2024 et avril 2025.

Cette transition a également permis à **plus de 5 500 employés des agences** de rejoindre nos établissements.

**Le résultat?** Des équipes plus solides et stables, offrant des services plus constants et mieux coordonnés à la population.

Édition du 12 septembre 2025

## SANTÉ QUÉBEC

# Info-gestionnaire

SIÈGE SOCIAL

Vous recevrez désormais l'Info-gestionnaire pour toutes les communications du siège social destinées aux cadres.

Bonne lecture!

**Informations organisationnelles**

**Modalités entourant la progression salariale**

Nous souhaitons vous rappeler certaines modalités requises en vue de l'octroi de la progression salariale annuelle du personnel d'encadrement. Le 1<sup>er</sup> avril de chaque année, une progression salariale est accordée au cadre à moins que son rendement

Bienvenue dans l'Espace Siège social de Santé Québec

Cette plateforme est disponible 24 heures sur 24.

- À propos de Santé Québec
- Notes de service
- Documents organisationnels
- Services de soutien
- Ressources utiles
- Ressources humaines
- Les essentiels de la semaine

**NOMINATION**

Nomination de la directrice générale – Projets prioritaires, transformation numérique des pratiques cliniques

Les essentiels de la semaine – Édition du 16 septembre 2025

Notre bon coup du mois (août-septembre)

Près de 750 M\$ d'économies grâce à la réduction de la MOI

Liens rapides

- Suivre
- Mon portail MOI
- Requête informatique
- Qualité de temps (PROCES)

Médias sociaux

- Facebook
- Instagram
- LinkedIn
- Banque
- YouTube

Bulletin  
Les essentiels

Diffusion le mardi

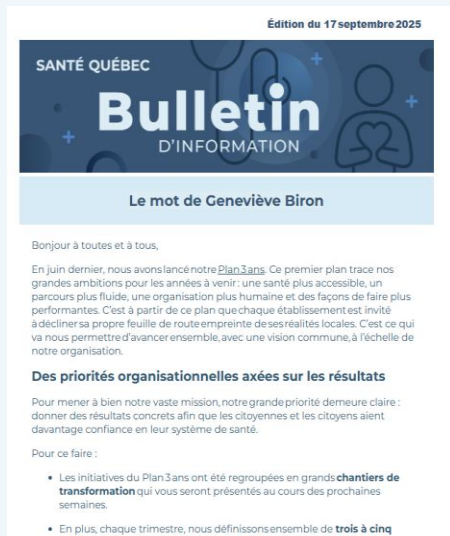
Info-gestionnaire  
siège social

Diffusion au besoin

Intranet – espace  
siège social

Intranet – espace  
gestion

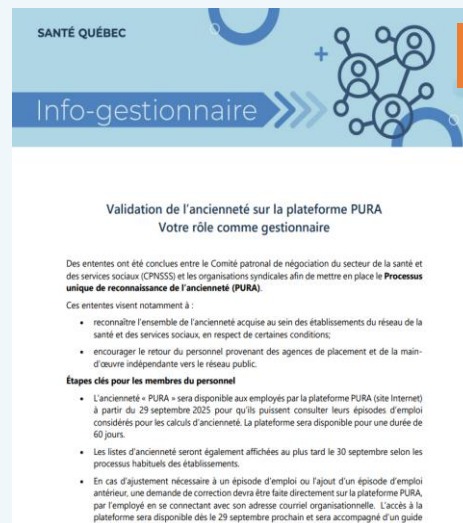
# Nos outils de com internes RSSS



Bulletin d'information  
Diffusion mensuelle



Bulletin  
d'information  
express  
Diffusion au besoin



Info-gestionnaire RSSS  
Diffusion au besoin

Nouveauté

Espace  
collaboratif  
Santé Québec



# **Objectifs – Résultats clés**

**1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2025 (T3)**

**Bureau de la PCD, des affaires juridiques et de la gouvernance**  
**Mise à jour au 31 octobre 2025**



# ORC du 3<sup>e</sup> trimestre 2025-2026

1

Mutualiser l'expertise juridique interne

2

Mettre en œuvre les bases d'une culture commune en éthique et intégrité à Santé Québec

3

Implanter un mode de fonctionnement pour les liens stratégiques avec les cabinets ministériels

# 1

## Mutualiser l'expertise juridique interne

**RC1**  
**25 %**

Avoir réalisé la prise en charge au siège social pour 3 premiers pôles d'expertise juridique

Bloquant : Aucun

**RC2**  
**80 %**

Avoir déployé la collaboration établissements/siège social pour 6 pôles d'expertises à prise en charge hybride)

Bloquant : Aucun

**RC3**  
**15 %**

Avoir un plan de déploiement des 4 premiers pôles territoriaux de collaboration et de partage d'expertise / main-d'œuvre juridiques inter-établissements

Bloquant : Aucun



# Implanter un mode de fonctionnement pour les liens stratégiques avec les cabinets ministériels

**RC1**  
**65 %**

Avoir une répartition des rôles et responsabilités claire, définie et documentée entre la VPAPC et le BPCD pour le traitement de ces demandes

Bloquant : Arrimages en cours VPAPC et BPCD pour une meilleure répartition des rôles et responsabilités

Solution : Rencontre entre les VP pour finaliser les échanges autour de la documentation préparée

**RC2**  
**0 %**

Avoir un mode de fonctionnement diffusé et utilisé par l'ensemble des VP

Bloquant : La définition des rôles et responsabilités est préalable à la diffusion et l'utilisation du mode de fonctionnement

**RC3**  
**0 %**

Avoir un mode de fonctionnement diffusé et utilisé par les parties prenantes (MSSS et cabinets ministériels)

Bloquant : La définition des rôles et responsabilités est préalable à la diffusion et l'utilisation du mode de fonctionnement