



Le système de **santé** et de **services sociaux** au **Québec**

En bref

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

Le présent document peut être consulté à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca
section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70321-1 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2014

Le système de **santé** et de **services sociaux** au **Québec**

Le système de santé et de services sociaux, tel que nous le connaissons, a été institué en 1971 à la suite de l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) par l'Assemblée nationale du Québec.

Le système québécois est public, l'État agissant comme principal assureur et administrateur.

Deux régimes universels permettent à l'ensemble de la population d'obtenir des services hospitaliers et médicaux à la charge de l'État; ce sont le régime d'assurance hospitalisation, instauré en 1961, et le régime d'assurance maladie, créé en 1971. En 1997, le régime général d'assurance médicaments est venu compléter la couverture publique de la population québécoise dans le secteur de la santé. Il s'agit d'un régime mixte universel, fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés. De plus, certains services sont offerts gratuitement à des groupes en particulier, selon des critères précis, tels que les services dentaires, les services optométriques et les appareils suppléant à une déficience physique. Enfin, des régimes privés peuvent couvrir les services non assurés par les régimes publics en offrant une assurance complémentaire.

Le financement des services de santé et des services sociaux repose essentiellement sur la fiscalité générale, ce qui permet une répartition plus équitable du risque dans la société. Les revenus proviennent principalement des impôts et des taxes prélevés par le gouvernement du Québec puis versés dans le Fonds consolidé du revenu, des transferts du gouvernement fédéral ainsi que des cotisations des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé.

Au Québec, en 2010, les dépenses totales de santé¹ étaient de l'ordre de 40,5 milliards de dollars. Elles comprennent les dépenses publiques et les dépenses privées (réclamations aux assurances privées, paiements directs – tels que la contribution à l'hébergement – effectués par les particuliers, dons, etc.). Les dépenses publiques de santé, qui s'élevaient à 28,6 milliards de dollars, représentaient donc 70,6 % des dépenses totales.

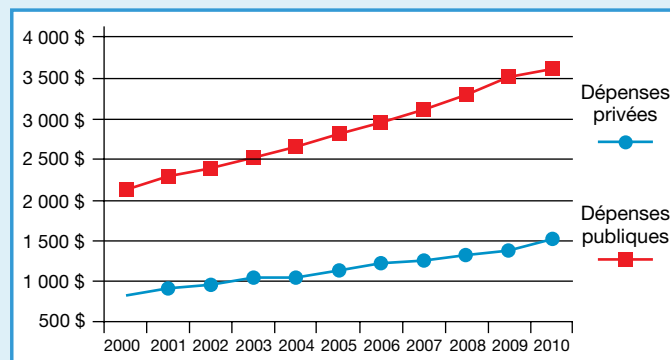
Dépenses de santé comparatif Québec et Canada, 2010

Dépenses	Québec	Canada ²
Dépenses totales de santé par habitant	5 126 \$	5 659 \$
Dépenses totales de santé en proportion du produit intérieur brut (PIB)	12,7 %	11,9 %
Proportion des dépenses publiques par rapport aux dépenses totales de santé	70,6 %	70,5 %
Dépenses publiques de santé par habitant	3 617 \$	3 990 \$

Source: Institut canadien d'information sur la santé.

De 2000 à 2010, les dépenses publiques et privées de santé ont respectivement eu un taux de croissance annuel moyen de 5,4 % et de 6,4 %.

Dépenses publiques et privées en santé par habitant en dollars courants, Québec, de 2000 à 2010

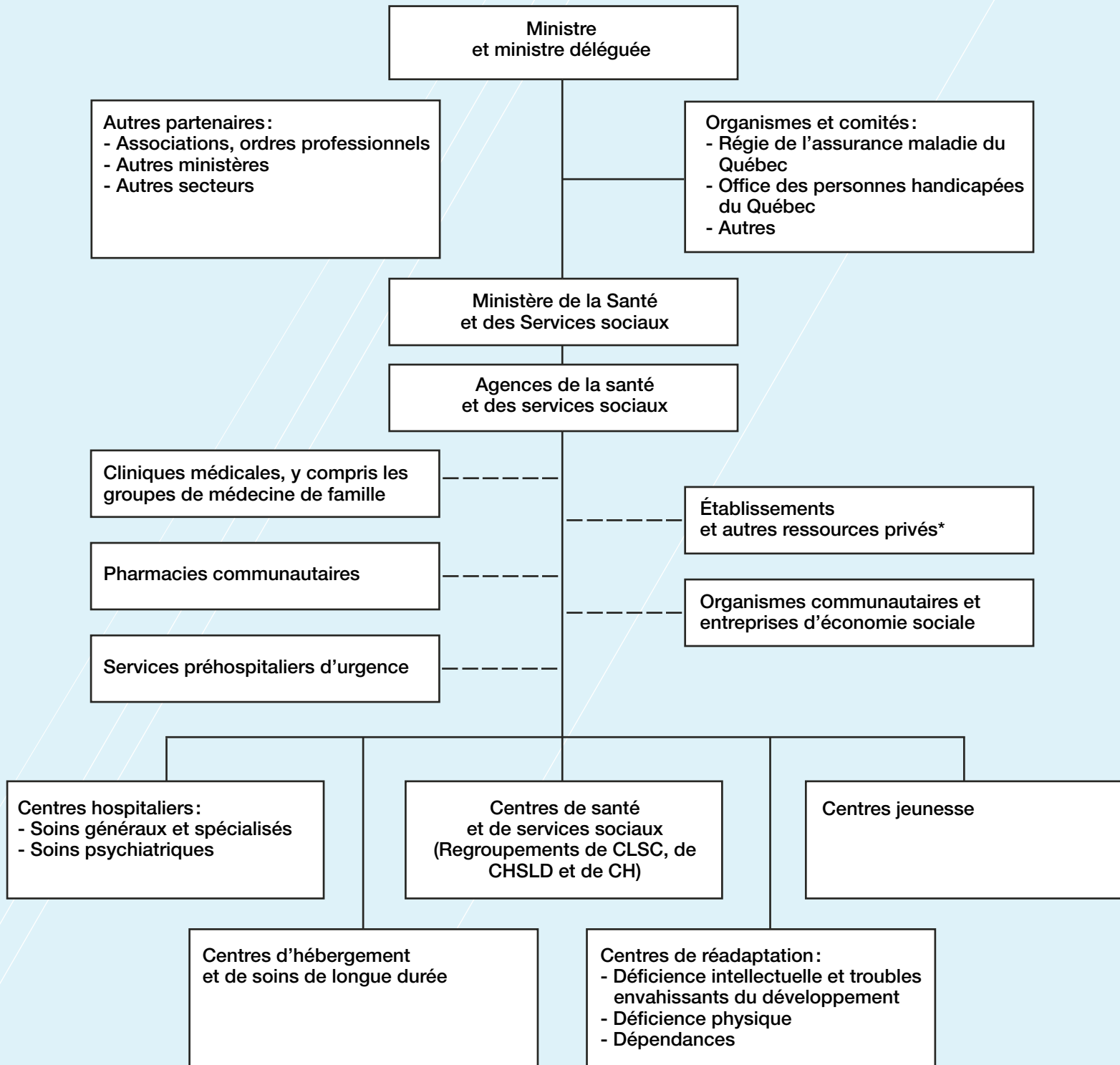


Source: Institut canadien d'information sur la santé.

1. Les dépenses en services sociaux sont exclues des estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé. Elles représentent environ 12 % de la dépense totale de la mission santé et services sociaux.

2. Incluant les dépenses de santé du Québec

Le système de santé et de services sociaux



* Des ressources intermédiaires et des ressources de type familial peuvent être rattachées aux établissements publics

Abréviations : CH : centre hospitalier; CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée; CLSC : centre local de services communautaires.

Les responsabilités de **gouvernance**

Le système de santé et de services sociaux est constitué de trois paliers de gestion : national, régional et local.

Responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux (palier national)

- Réguler et coordonner l'ensemble du système de santé et de services sociaux.
- Déterminer les orientations en matière de politiques sociosanitaires et les normes relatives à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau, et veiller à leur application.
- Exercer les fonctions nationales de santé publique (surveillance continue de l'état de santé de la population; promotion de la santé et du bien-être; prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes; protection de la santé).
- Assurer la coordination interrégionale des services.
- Répartir équitablement les ressources financières entre les régions et voir au contrôle de leur utilisation.
- Évaluer, pour l'ensemble du réseau, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système.

Responsabilités des agences de la santé et des services sociaux (palier régional)

- Définir les orientations et les priorités régionales en concertation avec la population et les partenaires du réseau.
- Coordonner la mise en place des services sur leur territoire respectif en favorisant la collaboration et la complémentarité, en vue d'assurer une utilisation efficace et efficiente ainsi qu'une répartition équitable des ressources.
- Exercer les fonctions régionales de santé publique.
- Allouer les budgets de fonctionnement aux établissements et octroyer les subventions aux organismes communautaires, puis en assurer le contrôle.

- S'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau et du respect des droits des usagers.
- Évaluer le degré d'atteinte des objectifs et le degré de satisfaction des usagers.

Responsabilités des établissements de santé et de services sociaux (palier local)

- Assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes.
- Pour les centres de santé et de services sociaux (CSSS), assurer la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).
- Gérer avec efficacité et efficience les ressources humaines, matérielles et financières.
- Réaliser des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention lorsque ces établissements ont une vocation universitaire.

Au cours des dernières années, plusieurs modifications ont été apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elles visaient notamment à instaurer un cadre de gestion axé sur les résultats et à renforcer les liens entre les trois paliers de gouvernance quant aux obligations relatives à l'exercice de l'imputabilité. Ainsi, les plans stratégiques des agences doivent être élaborés en conformité avec les orientations nationales et ceux des établissements, en conformité avec les orientations nationales et régionales, ce qui permet d'accroître la complémentarité et l'interdépendance entre les trois paliers. En ce qui concerne la reddition de comptes, elle doit porter sur l'atteinte des résultats au regard des objectifs fixés dans ces plans stratégiques ainsi que dans les ententes de gestion et d'imputabilité signées annuellement entre, d'une part, le Ministère et les agences et, d'autre part, les agences et les établissements.

Le **Ministère** et ses principaux **partenaires**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que son réseau ont pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux est présentée à l'annexe 1.

Les organismes relevant du ministre

Plusieurs organismes et comités liés au domaine de la santé et des services sociaux relèvent du ministre. Mentionnons notamment :

- le Commissaire à la santé et au bien-être;
- Héma-Québec;
- l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux;
- l'Institut national de santé publique du Québec;
- l'Office des personnes handicapées du Québec;
- la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- Urgences-santé.

Les autorités régionales

Le ministère de la Santé et des Services sociaux exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui veillent à l'organisation des services sur leur territoire respectif. On compte quinze agences de la santé et des services sociaux ainsi que trois organisations régionales situées dans les régions septentrionales : le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Voir la carte des régions sociosanitaires du Québec à l'annexe 2.

Les établissements

Les établissements offrent à la population des services généraux et spécialisés correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) selon qu'ils exploitent :

- un centre local de services communautaires (CLSC);
- un centre hospitalier (CH);
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- un centre de réadaptation (CR).

La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population vivant sur son territoire, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que des activités de santé publique. L'établissement qui assume cette mission doit s'assurer que les personnes ayant besoin de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs proches soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient fournis à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile. Au besoin, il s'assurera que ces personnes sont dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un centre hospitalier (CH) est d'offrir des services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés.

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est d'offrir, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel.

La mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) est d'offrir des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, au jeune dont la situation les requiert en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C., 2002, chapitre 1). Cette mission couvre aussi le placement d'enfants, la médiation familiale, l'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, l'adoption et la recherche des antécédents biologiques.

La mission d'un centre de réadaptation (CR) est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, ont besoin de tels services. Le CR doit également offrir des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Au Québec, un établissement peut assumer plus d'une mission. Ainsi, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) exploitent, sous un même conseil d'administration, un CLSC, un CHSLD et, le cas échéant, un CH. Pour leur part, les centres jeunesse (CJ) assument à la fois la mission d'un CPEJ ainsi que la mission d'un CR pour les jeunes en difficulté d'adaptation et, le cas échéant, celle d'un CR pour les mères en difficulté d'adaptation. Ces regroupements de missions visent une meilleure intégration des services.

Au 31 mars 2013, le réseau québécois de la santé et des services sociaux comprenait 277 établissements offrant des services dans 1 689 installations ou lieux physiques différents. De ces 277 établissements, 182 étaient publics et 95, privés.

Les 182 établissements publics se répartissaient de la manière suivante :

- 94 centres de santé et de services sociaux;
- 68 établissements assumant, de façon unique ou multiple, les missions d'un CH, d'un CR ou d'un CHSLD;

- 16 centres jeunesse;
- 4 établissements, situés dans les régions nordiques, assumant toutes les missions.

Cinq établissements sont désignés centres hospitaliers universitaires. De plus, douze établissements sont désignés instituts universitaires; on en compte sept dans le secteur de la santé et cinq dans le secteur social. Enfin, quinze établissements ont une désignation de centre affilié universitaire, soit cinq établissements assumant les missions d'un CH et d'un CHSLD ainsi que dix CSSS.

Par ailleurs, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité ainsi que l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues aux établissements de santé et aux universités auxquelles ceux-ci sont affiliés. Ce sont les réseaux universitaires intégrés de santé de l'Université Laval, de l'Université McGill, de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke.

Les principaux partenaires

Outre les ressources institutionnelles mentionnées préalablement, les partenaires suivants contribuent à la réalisation de la mission du système québécois de santé et de services sociaux :

- les cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseau;
- les pharmacies communautaires;
- les services préhospitaliers d'urgence;
- les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale en aide domestique;
- les ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) et de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) rattachées aux établissements publics de santé et de services sociaux;
- les résidences privées pour aînés.

Bien que les omnipraticiens et les spécialistes soient des travailleurs autonomes, la très vaste majorité de ces médecins exercent exclusivement à l'intérieur du système public, celui-ci ayant toujours été en mesure d'établir des partenariats avec eux. La Régie de l'assurance maladie du Québec est responsable de la rémunération des médecins pratiquant dans le régime public. Des pratiques de rémunération mixte ont été introduites dès 1999, mais le paiement à l'acte demeure le mode principal de rémunération de ces professionnels de la santé.

Parmi les divers types de regroupements de médecins, mentionnons les groupes de médecine de famille (GMF), un mode privilégié par le Québec pour améliorer l'accès de tous les citoyens à un médecin de famille, et les cliniques-réseau. Le GMF se définit comme une organisation composée de médecins de famille qui travaillent en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé relevant du réseau public. Le GMF offre des services médicaux de première ligne, avec ou sans rendez-vous et dans ses bureaux ou à domicile, pendant les heures d'ouverture en semaine, les fins de semaine et les jours fériés. L'inscription auprès d'un médecin de famille membre d'un GMF est volontaire et gratuite.

Les cliniques-réseau correspondent à un modèle d'organisation dont l'objectif premier consiste à favoriser l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. Complémentaires aux GMF, elles donnent accès à une plus vaste gamme de services médicaux, offerts pendant des plages horaires étendues. L'instauration d'un corridor de services privilégié avec un CSSS, par exemple, améliore l'accès des médecins omnipraticiens aux plateaux techniques et aux soins spécialisés.

Quelques données sur les effectifs du réseau de la santé et des services sociaux

En 2010-2011, le système de santé et de services sociaux employait quelque 292 000 personnes, soit environ 6,8 % de la population active du Québec.

Parmi les professionnels rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, on dénombre :

- 8 356 médecins omnipraticiens, soit 1,05 par 1 000 habitants;
- 9 179 médecins spécialistes, soit 1,16 par 1 000 habitants.

Parmi les personnes qui travaillaient dans les agences ou dans les établissements publics ou privés conventionnés, on recensait :

- 52 824 infirmières³, soit 6,65 par 1 000 habitants;
- 11 114 autres professionnels de la santé⁴, soit 1,40 par 1 000 habitants;
- 15 548 professionnels des services sociaux, soit 1,96 par 1 000 habitants.

Enfin, il faut souligner le rôle prépondérant que jouent les organismes communautaires subventionnés auprès de la population. Ils sont reconnus par le Ministère, les agences et les établissements comme des partenaires autonomes et à part entière du système de santé et de services sociaux. Ils se consacrent notamment :

- à offrir des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire;
- à mener des activités qui visent notamment la promotion et la défense des droits et des intérêts des personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux;
- à promouvoir le développement social, l'amélioration des conditions de vie et la santé auprès de la population du Québec;
- à répondre à des besoins nouveaux en utilisant des approches novatrices ou en visant des groupes particuliers de personnes.

3 Comprend les infirmières ainsi que les infirmières cliniciennes et praticiennes.

4 Sont exclus environ 2 000 professionnels non visés par le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic, dont les pharmaciens des établissements de santé.

Les réseaux locaux de **services** et les **programmes** de services et de soutien

Les réseaux locaux de services

Le CSSS et ses partenaires constituent un réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS). Celui-ci comprend notamment des médecins de famille, des pharmacies, des organismes communautaires, des ressources privées, des établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés (centres hospitaliers, centre jeunesse et centres de réadaptation) ainsi que des partenaires d'autres secteurs d'activité.

Le CSSS et tous ses partenaires du RLS partagent collectivement une responsabilité à l'égard d'une offre de services intégrés correspondant aux besoins de la population du territoire local et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. À cette fin, ils doivent rendre accessible un ensemble d'interventions et de services le plus complet possible, à proximité du milieu de vie des personnes; ils doivent également assurer la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes par le système de santé et de services sociaux. Le modèle repose en outre sur le principe de hiérarchisation des services, lequel garantit une meilleure complémentarité des services et facilite le cheminement des personnes entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne, suivant des mécanismes bidirectionnels, lorsque cela est nécessaire.

En plus d'assurer la coordination des services offerts par tous les partenaires du RLS, le CSSS doit animer la collaboration avec ceux des autres secteurs d'activité en vue d'agir sur les principaux déterminants de la santé et déterminants sociaux.

Voir l'annexe 3.

Les programmes de services et de soutien

Au Québec, le système de santé et de services sociaux se découpe en programmes de services et en programmes de soutien. Cette configuration fournit un cadre pour la planification, l'allocation des ressources et la reddition de comptes.

Il existe actuellement neuf programmes de services, soit :

- deux programmes de services qui répondent à des besoins touchant l'ensemble de la population :
 - **santé publique**, qui permet d'assurer la promotion, la prévention, la protection de la santé et du bien-être ainsi que la surveillance de l'état de santé de la population,
 - **services généraux – activités cliniques et d'aide**, qui couvre les services de première ligne en matière de santé ou de problèmes sociaux ponctuels;
- sept programmes de services consacrés à des problématiques particulières :
 - **soutien à l'autonomie des personnes âgées**,
 - **déficience physique**, pour les incapacités liées à l'audition, à la vision, au langage et à la parole ou aux activités motrices,
 - **déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement**,
 - **jeunes en difficulté**,
 - **dépendances**, telles que l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu pathologique,
 - **santé mentale**,
 - **santé physique**, qui couvre les services d'urgence, les services spécialisés et surspécialisés, les services en continu exigeant un suivi systématique (ex. : maladies chroniques, cancer) ainsi que les soins palliatifs.

Quant aux deux programmes de soutien, ils regroupent les activités de nature administrative et technique appuyant les programmes de services. Ce sont :

- administration et soutien;
- gestion des bâtiments et équipements.

L'état de **santé** et de **bien-être** de la **population québécoise**

En 2012, au Québec, l'espérance de vie à la naissance s'établit à 81,8 ans, soit 79,8 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes; elle se situe parmi les plus élevées au monde. Une très forte proportion de la population se dit en bonne santé, tant physique que mentale. L'état de santé de la population s'est amélioré depuis les années 2000 en ce qui a trait à la survie aux maladies cardiaques et au cancer. Autre signe d'amélioration: depuis dix ans, le Québec montre une diminution du taux de suicide, particulièrement chez les jeunes.

Les campagnes et les interventions cliniques de prévention semblent produire des bénéfices; citons notamment l'augmentation de la consommation de fruits et légumes ainsi que la diminution du taux de tabagisme, bien que ce dernier stagne, depuis 2006, autour de 20 % après une chute remarquable. Toutefois, on observe un accroissement de l'obésité, qui touche maintenant un adulte sur six. Bien que le Québec présente une prévalence de l'obésité légèrement sous la moyenne canadienne, elle est supérieure à celle de plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

Au Québec, comme dans la majorité des pays industrialisés, les maladies chroniques et les incapacités exercent des pressions importantes sur le système de santé et de services sociaux. La moitié de la population âgée de 12 ans et plus aurait au moins un problème de santé chronique en 2010-2011, et le quart en aurait au moins deux. L'hypertension touche maintenant 16 % des Québécois et le diabète en affecte 6 %. La prévalence des maladies cardiaques et du cancer est en augmentation. Plus de la moitié des nouveaux cas de cancer sont des cancers de la prostate, du poumon, du sein ou colorectal. De même, la maladie d'Alzheimer et les autres types de démence progressent. Un adulte sur dix est atteint de trouble mental chaque année.

Les incapacités modérées ou graves touchent 11 % de la population de tous les âges. Le taux d'incapacité chez les enfants augmente au Québec depuis 2001. Il est attribuable surtout aux troubles déficitaires de l'attention, à l'asthme, aux troubles d'apprentissage ou à un retard de développement.

Par ailleurs, le Québec se caractérise par un vieillissement accéléré de sa population. La proportion des personnes de 65 ans et plus, qui se situait entre 12 et 13 % à la fin des années 1990, doublera pour passer à 25 % en 2031. À titre comparatif, il faudra 51 ans au Canada, 59 ans en France et 67 ans en Suède pour atteindre le même résultat. Seul le Japon présente un phénomène plus accéléré que celui du Québec: la proportion des personnes de 65 ans et plus y aura doublé en 18 ans.

Outre, une pression à la hausse portant sur la demande quant aux services de santé et aux services sociaux, cette tendance implique d'adapter l'offre pour mieux répondre aux besoins évolutifs des personnes qui sont affectées par les maladies chroniques, les troubles cognitifs ou les incapacités dans la vie quotidienne.

Enfin, malgré les gains enregistrés au cours des dernières années, les inégalités sociales de santé persistent. Ces inégalités, liées à la pauvreté, se traduisent notamment par une espérance de vie réduite ainsi que par des taux plus élevés au regard des maladies chroniques, de la dépendance à l'alcool ou aux drogues et de la prise en charge par la Protection de la jeunesse.

Annexe 1

Liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28)

Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (chapitre A-33.1)

Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (chapitre C-5.2)

Loi sur les cimetières non catholiques (chapitre C-17)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (chapitre C-32.1.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (chapitre E-20.1)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (chapitre F-4.0021)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (chapitre H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (chapitre I-11)

Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (chapitre I-13.03)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (chapitre L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (chapitre M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (chapitre M-35.1.3)

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (chapitre P-9.0001)

Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (chapitre R-2.2.0.0.1)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5)

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2)

Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5)

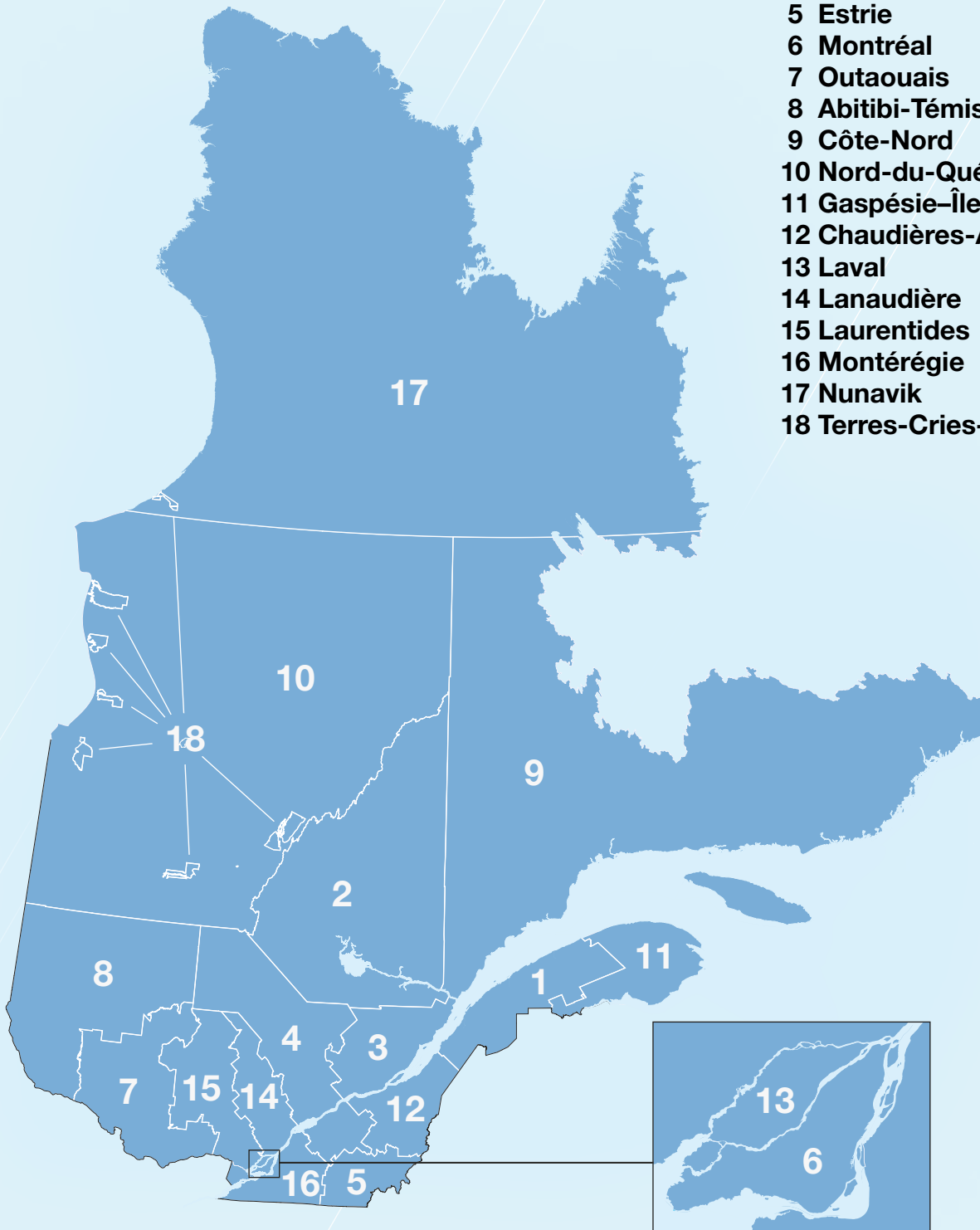
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2)

Loi sur le tabac (chapitre T-0.01)

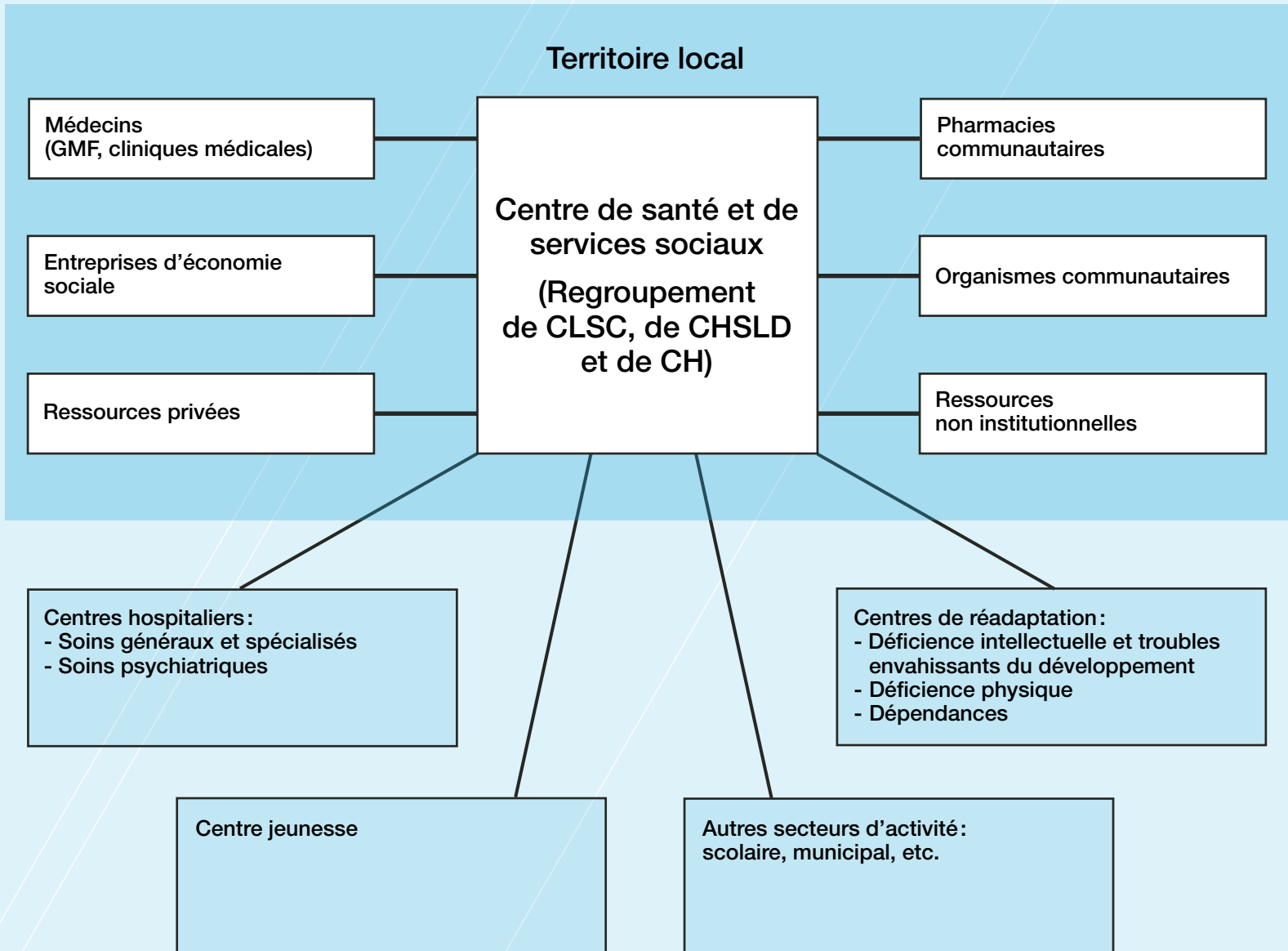
Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (chapitre U-0.1)

Régions sociosanitaires

- 1 Bas-Saint-Laurent
- 2 Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 3 Capitale-Nationale
- 4 Mauricie et Centre-du-Québec
- 5 Estrie
- 6 Montréal
- 7 Outaouais
- 8 Abitibi-Témiscamingue
- 9 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudières-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James



Un réseau local de services de santé et de services sociaux



Abréviations : CH : centre hospitalier; CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée; CLSC : centre local de services communautaires.

Annexe 4

Politiques et plans d'action gouvernementaux ou ministériels en matière de santé et de bien-être

Cancer

Plan directeur en cancérologie: Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer (2013)

Plan d'action en cancérologie 2013-2015: Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer (2013)

Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004)

Programme québécois de lutte contre le cancer: Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe (1997)

Programme québécois de dépistage du cancer du sein: Cadre de référence (1996)

Déficiences physique, déficiences intellectuelle et troubles envahissants du développement

Bilan 2008-2011 et perspectives: Un geste porteur d'avenir – Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches (2012)

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience: Afin de faire mieux ensemble (2008)

Cadre de référence pour les services surspécialisés de réadaptation en déficience physique (2007)

Pour une véritable participation à la vie de la communauté: Orientations ministérielles en déficience physique – Objectifs 2004-2009 (2003)

De l'intégration sociale à la participation sociale: Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux autres proches (2001)

Dépendances

Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 (2009)

L'itinérance au Québec: Cadre de référence (2008)

Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: Programme-services Dépendances – Offre de service 2007-2012 (2007)

Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (2006)

Développement durable

Plan d'action de développement durable 2009-2015: Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir (mise à jour 2013) (2013)

Femmes

Au féminin... À l'écoute de nos besoins: Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 (2010)

Jeunes en difficulté

Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012 (2007)

De la complicité à la responsabilité: Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (2004)

La protection des enfants au Québec: une responsabilité à mieux partager – Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (2004)

Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille (2002)

Maintien dans la communauté

Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social: Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation (2007)

Chez soi: Le premier choix – La politique de soutien à domicile (2003)

Cadre de référence sur les ressources intermédiaires (2001)

Maladies chroniques

Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne (2012)

Médicaments

La politique du médicament (2007)

Organisation du réseau des services de santé et des services sociaux

Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux (2010)

Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux: Mission, principes et critères (2010)

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Vieillir et vivre ensemble: Chez soi, dans sa communauté, au Québec – Politique et plan d'action 2012-2017 (2012)

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: Cadre de référence (2011)

Un défi de solidarité: Les services aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010 (2005)

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD: Orientations ministérielles (2003)

Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001)

Périnatalité et petite enfance

Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012: Un projet porteur de vie (2010)

Politique de périnatalité 2008-2018: Un projet porteur de vie (2008)

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: Cadre de référence (2004)

Naître égaux – Grandir en santé: Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité (1995)

Respect de la personne

Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale (2006)

Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques (2002)

Santé mentale

Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS: La force des liens (2011)

Prévention du suicide: Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux (2010)

L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide: Cadre de référence (2006)

Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens (2005)

Stratégie québécoise d'action face au suicide: S'entraider pour la vie (1998)

Santé publique

Programme national de santé publique 2003-2012: Mise à jour 2008 (2008)

Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle (2011)

Prévention et contrôle des infections nosocomiales: Plan d'action 2010-2015 (2011)

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales: Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec (2006)

Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015 (2010)

Cadre de référence en matière de sécurité alimentaire: Mise à jour 2008 (2008)

Investir pour l'avenir: Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012 (2006)

Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 (2006)

Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza: Mission santé (2006)

Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement: Orientations 2003-2009 (2004)

Services généraux

Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience: Services sociaux généraux – Offre de service (2013)

Services Info-Santé et Info-Social: Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec (2007)

Violence conjugale et agression sexuelle

Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (2001)

Politique d'intervention en matière de violence conjugale: Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale (1995)