



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

Direction générale de la coordination réseau et ministérielle

BILAN DE MI-ANNÉE

**REDDITION DE COMPTES DES ATTENTES SPÉCIFIQUES DU
CHAPITRE III DES
ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017**

15 DÉCEMBRE 2016

1. Mise en contexte

- Le présent bilan expose les résultats obtenus quant à la réalisation et la transmission de certaines attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2016-2017.
- 25 attentes spécifiques sont inscrites à l'EGI générique 2016-2017 par les directions générales suivantes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :
 - la Direction générale de la santé publique (DGSP) – deux;
 - la Direction générale des services sociaux (DGSS) – sept;
 - la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) – six, dont une annulée;
 - la Direction générale des finances, des immobilisations et du budget (DGFIB) – deux;
 - la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle (DGCRM) – cinq, dont une reportée dans l'addenda;
 - la Direction générale de la planification, performance et qualité (DGPEQ) – deux;
 - la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) – une.
- De ces attentes spécifiques, huit étaient demandées avant le 31 octobre 2016. Par conséquent, l'exercice concerne uniquement les cinq directions générales suivantes : DGCRM, DGSS, DGSSMU, DGPEQ et DGTI (référence : ANNEXE I)
- Pour chaque attente spécifique sous leur responsabilité, les directions générales du MSSS devaient compléter un tableau en indiquant les établissements qui n'avaient pas réalisé l'attente spécifique, la raison de ce retard et les mesures mises en place pour corriger la situation.

2. Mises en garde

Les mises en garde mentionnées ci-dessous doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats :

- Ce rapport prend pour hypothèse que les attentes spécifiques des EGI 2016-2017 sont déterminées en fonction de la capacité des établissements à les atteindre;
- La mesure de réalisation des attentes spécifiques permet d'évaluer où se situe le résultat global. Toutefois, elle ne permet pas de quantifier précisément les efforts nécessaires que devront déployer les établissements dont les attentes spécifiques sont en cours de réalisation pour atteindre les objectifs ou d'apprécier en détail la progression des résultats par rapport à l'année précédente.

3. Sommaire de la réalisation

Le tableau suivant dresse un sommaire de la réalisation des attentes spécifiques :

RÉALISATION DES ATTENTES SPÉCIFIQUES DES EGI 2016-2017 AU 31 OCTOBRE 2016

ATTENTES SPÉCIFIQUES PAR DIRECTION GÉNÉRALE	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS		
	RÉALISÉ	EN COURS	NON CONERNÉ
2. DGSS			
2.3 Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	18/18	0/18	12/30
2.7 Portrait des lits de soins et services postaigus	30/30	0/30	0/30
SOUS-TOTAL DES ATTENTES :	2/2	0/2	-
3. DGSSMU			
3.1 Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec <i>Attente spécifique annulée par la DGSSMU.</i>	-	-	-
3.2 Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	21/21	0/21	9/30
SOUS-TOTAL DES ATTENTES :	1/1	0/1	-

5. DGCRM			
5.5 Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1/1	0/1	29/30
SOUS-TOTAL DES ATTENTES :	1/1	0/1	-
6. DGPEQ			
6.1 Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports de Groupe Vigilance pour la sécurité des soins	24/30	6/30	-
6.2 Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées	29/30	1/30	-
SOUS-TOTAL DES ATTENTES :	0/2	0/2	-
7. DGTI			
7.1 Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	30/30	0/30	-
SOUS-TOTAL DES ATTENTES :	1/1	0/1	-
GRAND TOTAL :	5/7	0/7	-

4. Constats et recommandations

À pareille date l'an dernier, trois attentes spécifiques ont été reportées par les directions générales du MSSS. Cette année, seulement une attente a été reportée, soit la formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise (addenda aux EGI 2016-2017 à venir). De plus, une seule a été annulée jusqu'à présent, comparativement à aucune l'an dernier.

Finalement, la DGPEQ doit produire, dans les délais, la reddition de comptes demandée.

ANNEXE I

Tableaux, par direction générale, des attentes spécifiques des EGI 2016-2017 au 31 octobre 2016 :

SECTION :	2. Services sociaux
DIRECTION GÉNÉRALE :	DGSS
NOM DE LA PRIORITÉ :	2.3 Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)
DATE PRÉVUE DE TRANSMISSION AU MSSS	31 octobre 2016

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (N° DE LA RÉGION)	ÉTAT D'AVANCEMENT		
	RÉALISÉE (R)	EN COURS DE RÉALISATION (CR)	NON CONCERNÉE (NC)
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	R		
CHU de Québec – Université Laval (03)			NC
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (03)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)			NC
Centre universitaire de santé McGill (06)			NC
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)			NC
Institut de cardiologie de Montréal (06)			NC

Institut Philippe-Pinel de Montréal (06)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09)	R		
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (10)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (15)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (16)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16)			NC
TOTAUX :	16/16	0/16	14/30

COMMENTAIRES DE LA DGSS :

Aucun commentaire de la direction générale.

SECTION :

2. Services sociaux

DIRECTION GÉNÉRALE :

DGSS

NOM DE LA PRIORITÉ :

2.7 Portrait des lits de soins et services postaigus

DATE PRÉVUE DE

30 septembre 2016

TRANSMISSION AU MSSS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (N° DE LA RÉGION)	ÉTAT D'AVANCEMENT		
	RÉALISÉE (R)	EN COURS DE RÉALISATION (CR)	NON CONCERNÉE (NC)
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	R		
CHU de Québec – Université Laval (03)	R		
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (03)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)	R		
Centre universitaire de santé McGill (06)	R		
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)	R		
Institut de cardiologie de Montréal (06)	R		
Institut Philippe-Pinel de Montréal (06)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07)	R		

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09)	R		
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (10)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (15)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (16)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16)	R		
TOTAUX :	30/30	0/30	0/30

COMMENTAIRES DE LA DGSS :

Aucun commentaire de la direction générale.

SECTION :	3. Services de santé et médecine universitaire
DIRECTION GÉNÉRALE :	DGSSMU
NOM DE LA PRIORITÉ :	3.1 Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec
DATE PRÉVUE DE TRANSMISSION AU MSSS	1^{er} juin 2016

ATTENTE SPÉCIFIQUE ANNULÉE PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (N° DE LA RÉGION)	ÉTAT D'AVANCEMENT		
	RÉALISÉE (R)	EN COURS DE RÉALISATION (CR)	NON CONCERNÉE (NC)
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)			NC
CHU de Québec – Université Laval (03)			NC
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (03)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)			NC
Centre universitaire de santé McGill (06)			NC
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)			NC
Institut de cardiologie de Montréal (06)			NC
Institut Philippe-Pinel de Montréal (06)			NC

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09)			NC
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (10)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (15)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (16)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16)			NC
TOTAUX :	0/30	0/30	30/30

COMMENTAIRES DE LA DGSSMU :

Aucun commentaire de la direction générale.

SECTION :**3. Services de santé et médecine universitaire****DIRECTION GÉNÉRALE :****DGSSMU****NOM DE LA PRIORITÉ :****3.2 Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs****DATE PRÉVUE DE****30 juin 2016****TRANSMISSION AU MSSS**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (N° DE LA RÉGION)	ÉTAT D'AVANCEMENT		
	RÉALISÉE (R)	EN COURS DE RÉALISATION (CR)	NON CONCERNÉE (NC)
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	R		
CHU de Québec – Université Laval (03)			NC
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (03)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)			NC
Centre universitaire de santé McGill (06)			NC
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)			NC
Institut de cardiologie de Montréal (06)			NC
Institut Philippe-Pinel de Montréal (06)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07)	R		

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09)	R		
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (10)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (15)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (16)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16)	R		
TOTAUX :	21/21	0/21	9/30

COMMENTAIRES DE LA DGSSMU :

Aucun commentaire de la direction générale.

SECTION :

5. Coordination réseau et ministérielle

DIRECTION GÉNÉRALE :

DGCRM

NOM DE LA PRIORITÉ :

5.5 Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile

DATE PRÉVUE DE

30 avril 2016

TRANSMISSION AU MSSS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (N° DE LA RÉGION)	ÉTAT D'AVANCEMENT		
	RÉALISÉE (R)	EN COURS DE RÉALISATION (CR)	NON CONCERNÉE (NC)
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)			NC
CHU de Québec – Université Laval (03)			NC
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (03)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06)			NC
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)			NC
Centre universitaire de santé McGill (06)			NC
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)			NC
Institut de cardiologie de Montréal (06)			NC
Institut Philippe-Pinel de Montréal (06)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07)			NC

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09)			NC
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (10)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (15)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (16)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16)			NC
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16)			NC
TOTAUX :	1/1	0/1	29/30

COMMENTAIRES DE LA DGCRM :

Aucun commentaire de la direction générale.

SECTION :	6. Planification, évaluation et qualité
DIRECTION GÉNÉRALE :	DGPEQ
NOM DE LA PRIORITÉ :	6.1 Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports de Groupe Vigilance pour la sécurité des soins
DATE PRÉVUE DE TRANSMISSION AU MSSS	30 septembre 2016

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (N° DE LA RÉGION)	ÉTAT D'AVANCEMENT		
	RÉALISÉE (R)	EN COURS DE RÉALISATION (CR)	NON CONCERNÉE (NC)
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	X		
CHU de Québec – Université Laval (03)	X		
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (03)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03)		X	
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)	X		
Centre universitaire de santé McGill (06)	X		
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)		X	
Institut de cardiologie de Montréal (06)	X		
Institut Philippe-Pinel de Montréal (06)		X	
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07)	X		

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09)	X		
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (10)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11)		X	
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11)		X	
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)		X	
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (15)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (16)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16)	X		
TOTAUX :	24/30	6/30	0/30

COMMENTAIRES DE LA DGPEQ :

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01) :

Suivi reçu, mais contenu trop succinct. Incapacité pour le MSSS d'apprécier la mise en œuvre de chacune des mesures. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

CHU de Québec – Université Laval (03) :

Suivi satisfaisant. Bonne synthèse des mesures mises en œuvre (NB) Un tableau résumé aurait pu être présenté afin que le MSSS puisse identifier et apprécier les mesures mises en œuvre. La DEQ communiquera avec le responsable pour préciser les attentes.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03) :

Aucune fiche de reddition reçue.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05) :

Suivi reçu, mais contenu insatisfaisant. L'établissement indique qu'il n'a pas été en mesure de mener des actions structurées en ce sens en raison de l'entrée en vigueur de la loi no 10. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06) :

Suivi satisfaisant. Bonne synthèse des mesures mises en œuvre (NB) Un tableau résumé aurait pu être présenté afin que le MSSS puisse identifier et apprécier les mesures mises en œuvre. La DEQ

communiquera avec le responsable pour préciser les attentes.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06) :

Suivi reçu, mais contenu trop succinct. Incapacité pour le MSSS d'apprécier la mise en œuvre de chacune des mesures. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06) :

Suivi satisfaisant. Bonne synthèse des mesures mises en œuvre (NB) Un tableau résumé aurait pu être présenté afin que le MSSS puisse identifier et apprécier les mesures mises en œuvre. La DEQ communiquera avec le responsable pour préciser les attentes.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06) :

Suivi reçu, mais contenu insatisfaisant. L'établissement ne répond pas à la question posée. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06) :

Suivi satisfaisant. Bien qu'aucun contenu ne soit présenté, l'établissement s'engage à le faire en 2016-2017 sous forme d'état de situation pour chacune des mesures du plan d'action. La DEQ communiquera avec le responsable pour préciser les attentes.

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06) :

Aucune fiche de reddition reçue.

Institut de cardiologie de Montréal (06) :

Suivi reçu, mais contenu trop succinct. Incapacité pour le MSSS d'apprécier la mise en œuvre de chacune des mesures. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Institut Philippe-Pinel de Montréal (06) :

Aucune fiche de reddition reçue.

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07) :

Suivi reçu, mais contenu trop succinct. Incapacité pour le MSSS d'apprécier la mise en œuvre de chacune des mesures. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08) :

Suivi reçu, mais contenu insatisfaisant. L'établissement ne répond pas à la question posée. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09) :

Suivi reçu, mais contenu insatisfaisant. L'établissement ne répond pas à la question posée. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11) :

Aucune fiche de reddition reçue.

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11) :

Aucune fiche de reddition reçue.

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12) :

Suivi reçu, mais contenu insatisfaisant. L'établissement ne répond pas à la question posée. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13) :

Suivi satisfaisant. Bien qu'aucun contenu ne soit présenté, l'établissement s'engage à le faire en 2016-2017 La DEQ communiquera avec le responsable pour préciser les attentes.

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14) :

Aucune fiche de reddition reçue.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16) :

Suivi reçu, mais contenu insatisfaisant. L'établissement ne répond pas à la question posée. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16) :

Suivi reçu, mais contenu trop succinct. Incapacité pour le MSSS d'apprécier la mise en œuvre de chacune des mesures. La DEQ communiquera avec le responsable pour obtenir plus d'information et préciser les attentes.

Les démarches entreprises par la direction générale concernée auprès de l'établissements (mesures correctrices) et date prévue de réalisation :

Pour tous les établissements mentionnés ci-haut, la DGPEQ mentionne :

La DGPEQ a procédé à un rappel auprès des directeurs qualité lors de la rencontre du 22 septembre 2016 de la Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et services sur l'obligation de transmettre la fiche des EGI qui concerne le Registre national et le plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS.

SECTION :

6. Planification, évaluation et qualité

DIRECTION GÉNÉRALE :

DGPEQ

NOM DE LA PRIORITÉ :

**6.2 Diagnostic et plan d'action à l'égard
des personnes handicapées**

DATE PRÉVUE DE

28 octobre 2016

TRANSMISSION AU MSSS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (N° DE LA RÉGION)	ÉTAT D'AVANCEMENT		
	RÉALISÉE (R)	EN COURS DE RÉALISATION (CR)	NON CONCERNÉE (NC)
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	X		
CHU de Québec – Université Laval (03)	X		
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (03)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06)	X		
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)	X		
Centre universitaire de santé McGill (06)	X		
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)	X		
Institut de cardiologie de Montréal (06)	X		
Institut Philippe-Pinel de Montréal (06)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07)	X		

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09)	X		
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (10)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11)		X	
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (15)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (16)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16)	X		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16)	X		
TOTAUX :	29/30	1 /30	0/30

COMMENTAIRES DE LA DGPEQ :

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11) :

Départ du responsable du dossier au sein de l'établissement. Diagnostic attendu le 16 décembre 2016. Une nouvelle ressource a été attribuée au dossier.

SECTION :

7. Technologies de l'information

DIRECTION GÉNÉRALE :

DGTI

NOM DE LA PRIORITÉ :

7.1 Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés

DATE PRÉVUE DE

30 septembre 2016

TRANSMISSION AU MSSS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (N° DE LA RÉGION)	ÉTAT D'AVANCEMENT		
	RÉALISÉE (R)	EN COURS DE RÉALISATION (CR)	NON CONCERNÉE (NC)
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	R		
CHU de Québec – Université Laval (03)	R		
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (03)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (03)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06)	R		
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)	R		
Centre universitaire de santé McGill (06)	R		
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)	R		
Institut de cardiologie de Montréal (06)	R		
Institut Philippe-Pinel de Montréal (06)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (07)	R		

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (09)	R		
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (10)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (11)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (11)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (12)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (13)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (15)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (16)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (16)	R		
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (16)	R		
TOTAUX :	30/30	0/30	0/30

COMMENTAIRES DE LA DGTI :

Aucun commentaire de la direction générale.

15 décembre 2016



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

Direction générale de la coordination réseau et ministérielle

BILAN P6

SUIVI DE GESTION DES INDICATEURS DES
ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017

15 décembre 2016

TABLE DES MATIÈRES

1.	Mise en contexte et objectifs	7
2.	Mises en garde.....	7
3.	Réalisation des suivis auprès des établissements.....	7
4.	Appréciation de l'atteinte des engagements des EGI par les établissements.....	8
4.1.	Appréciation du pourcentage d'atteinte des engagements par les établissements	8
4.2.	Appréciation effectuée par les responsables des indicateurs	8
5.	Les indicateurs nécessitant un suivi particulier.....	9
5.1.	Indicateur les plus à risque que les engagements ne soient pas atteints à la fin de l'année 2016-2017	9
5.2.	Suivi des indicateurs identifiés comme nécessitant un suivi particulier à la fin de l'année 2015-2016 et en mi-année 2016-2017	10
6.	Constats et recommandations	14
6.1.	Constats.....	14
6.2.	Recommandations.....	14

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS DES NOMS DES ÉTABLISSEMENTS

Abréviation	Établissement	
	Nom	Type
BSL	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent	CISSS
SLJ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean	CIUSSS
CNL	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale	CIUSSS
CHUQ	CHU de Québec – Université Laval	Non fusionné
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval	Non fusionné
MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CIUSSS
EST	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier univ.de Sherbrooke (CHUS)	CIUSSS
MOI	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CIUSSS
MCO	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CIUSSS
MCS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	CIUSSS
MNI	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal	CIUSSS
MEI	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CIUSSS
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Non fusionné
ICM	Institut de cardiologie de Montréal	Non fusionné
CUSM	Centre universitaire de santé McGill	Non fusionné
CHUSJ	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	Non fusionné
IPPM	Institut Philippe-Pinel de Montréal	Non fusionné
OUT	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais	CISSS
ABT	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue	CISSS
CND	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord	CISSS
BJA	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	Non visé par la Loi
ILM	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Îles	CISSS
GPS	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie	CISSS
CHA	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches	CISSS
LVL	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval	CISSS
LND	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière	CISSS
LRT	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides	CISSS
MTGC	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre	CISSS
MTGE	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est	CISSS
MTGO	Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest	CISSS

* Ce lexique ne doit pas être utilisé comme référence officielle des abréviations et du nom des établissements.

Direction de la gestion intégrée de l'information et de la performance, 25 octobre 2016.

1. Mise en contexte et objectifs

Le Bilan P6 de suivi de gestion des indicateurs des ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) 2016-2017, nommé ci-après Bilan P6 des indicateurs 2016-2017, est un exercice ministériel visant à :

- évaluer la mise en œuvre des objectifs de l'EGI en mesurant l'atteinte des engagements des indicateurs à la période 6 (P6) de l'année financière;
- apporter en cours d'année les correctifs nécessaires à l'atteinte de ces engagements par les établissements;
- signaler des situations demandant un suivi particulier, incluant le suivi des indicateurs à surveiller qui ont été identifiés dans le *Bilan ministériel P13 de reddition de comptes des indicateurs des ententes de gestion et d'imputabilité 2015-2016 et du Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020*, ci-après nommé Bilan P13 des indicateurs 2015-2016.

Le présent bilan porte sur les indicateurs dont des résultats étaient disponibles dans le système des Tableaux de bord des informations de gestion (TBIG) à la P6. En conséquence, 35 des 48 indicateurs des EGI 2016-2017, dont 23 découlent du Plan stratégique (PS)¹ du *ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) 2015-2020, font l'objet du Bilan P6 des indicateurs 2016-2017.

2. Mises en garde

Les résultats de ce bilan doivent être interprétés en tenant compte des mises en garde suivantes :

- ce rapport prend pour hypothèse que les engagements des établissements au regard des indicateurs des EGI sont déterminés en fonction de leurs capacités à les atteindre;
- les résultats présentés dans ce bilan ont été calculés à partir des données de la P6, disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016. Ces résultats ne tiennent pas compte des corrections qui pourraient avoir été apportées ultérieurement dans GESTRED;
- les résultats de la P13 de 2016-2017 correspondent à des projections;
- le pourcentage d'atteinte des engagements au regard des indicateurs des EGI est mesuré en comparant le résultat projeté à la P13 à la valeur de l'engagement. Par contre, ce pourcentage n'a pas pu être calculé pour les situations suivantes :
 - lorsque les données n'ont pas été transmises par un établissement;
 - lorsque la valeur de l'engagement était « non disponible »;
 - lorsque la valeur du dénominateur d'un indicateur était de 0. Par exemple, pour le pourcentage de demandes en imagerie médicale en attente de moins de trois mois, lorsque le nombre total de demandes en attente (dénominateur) est de 0. Dans cette situation, on ne peut établir si la valeur de 0 signifie qu'aucune demande n'a été reçue ou si celles reçues ont toutes été réalisées.
- la mesure de l'atteinte des engagements permet d'évaluer où se situe le résultat d'un indicateur par rapport à ses engagements. Toutefois, elle ne permet pas d'évaluer les efforts nécessaires à déployer afin d'atteindre ces objectifs et d'apprécier la progression des résultats par rapport à une année précédente;
- les résultats des indicateurs sont tributaires des données transmises dans l'application GESTRED par les établissements et de la vérification de la conformité de cette transmission par les responsables ministériels des formulaires GESTRED de chacune des directions-programmes.

3. Réalisation des suivis auprès des établissements

Un des objectifs du Bilan P6 des indicateurs 2016-2017 est d'apporter en cours d'année les correctifs nécessaires pour permettre l'atteinte des engagements par les établissements.

¹ À noter qu'un indicateur du PS peut être ventilé en plusieurs indicateurs dans les EGI, par exemple le pourcentage de demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois est ventilé en 8 indicateurs dans les EGI.

Pour soutenir les directions ministérielles responsables des indicateurs dans cet exercice, une fiche de suivi de gestion leur a été transmise pour chaque indicateur faisant l'objet du bilan. Cette fiche comprend un tableau permettant d'identifier les établissements dont la valeur projetée à la P13 laisse présager que l'engagement ne serait pas atteint à la fin de l'année financière. Pour chacun de ces établissements, le responsable de l'indicateur doit répondre aux questions suivantes :

- Quelles mesures correctrices ont été convenues avec l'établissement pour redresser la situation?
- Avec l'instauration de ces mesures correctrices, est-ce que vous évaluez que l'établissement atteindra son engagement?
- Dans le cas d'une réponse négative, quelles seraient les raisons de la non-atteinte?

4. Appréciation de l'atteinte des engagements des EGI par les établissements

4.1. Appréciation du pourcentage d'atteinte des engagements par les établissements

Les EGI 2016-2017 ont été conclues avec 30 établissements du réseau de la santé et des services sociaux, soit 22 centres intégrés de la santé et des services sociaux et centres intégrés universitaires de la santé et des services sociaux, 7 établissements non fusionnés et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Le tableau de l'annexe I « Portrait des indicateurs des ententes de gestion et d'imputabilité 2016-2017 selon l'établissement – Résultats des indicateurs et atteinte des engagements » présente, par établissement, le résultat projeté à la période 13 de chaque indicateur ainsi qu'une appréciation de l'atteinte des engagements par le biais de la légende de couleur suivante :

- pourcentage d'atteinte de l'engagement inférieur à 90 % : rouge;
- pourcentage d'atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % : jaune;
- pourcentage d'atteinte de l'engagement égal à 100 % : aucune couleur.

Rappelons que les résultats ont été calculés avant que les suivis avec les établissements n'aient été effectués par les responsables ministériels des indicateurs. Ainsi, les résultats de ce tableau suggèrent que, si aucune mesure correctrice n'était appliquée d'ici la fin de l'année financière, les établissements n'atteindraient pas leurs engagements pour plusieurs indicateurs. Plus spécifiquement, en moyenne, un établissement n'atteindrait pas (à au moins 90 %) ses engagements pour 37 % des indicateurs faisant l'objet du bilan P6. Ce pourcentage d'engagements non atteints varie de 16 % à 68 % selon l'établissement.

Il convient de préciser que les comparaisons entre les établissements doivent être effectuées avec prudence, car le nombre d'indicateurs et les engagements peuvent être différents d'un établissement à l'autre. Par exemple, dans le cadre de ce bilan, les EGI des établissements non fusionnés comportent en moyenne 17 indicateurs, dont 4 pour l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, comparativement à 32 pour les autres établissements.

4.2. Appréciation effectuée par les responsables des indicateurs

Les facteurs les plus fréquemment rapportés par les responsables ministériels pour expliquer la non-atteinte prévue des engagements sont les suivants :

- augmentation de la clientèle et de l'intensité dans certains secteurs d'activité;
- problèmes de gestion des listes d'attente et de non-disponibilité de certains patients;
- méconnaissance des balises d'accès à différents services et mauvaise application de certaines directives;
- difficulté d'accès à une information intégrée et centralisée;
- difficultés d'attraction, de rétention et de recrutement de la main-d'œuvre combinées à un effort d'attrition des postes ;
- manque d'exhaustivité et de représentativité des données transmises;

- influence de la réorganisation du réseau, soit :
 - l'organisation des services dans les endroits où la gestion de proximité est plus importante;
 - la décentralisation de certaines activités de soutien;
 - le déménagement et la relocalisation;
 - le transfert d'activités, de clientèles et d'effectifs entre établissements;
 - l'intégration et l'adaptation à un nouvel environnement nécessitant des heures d'intégration et de formation pour le personnel;
 - la révision de l'offre de service dans certains secteurs d'activité;

Quant aux mesures pour favoriser l'atteinte des engagements, celles qui ont été les plus fréquemment rapportées par les responsables ministériels sont les suivantes :

- révision des balises pour l'accès à différents services;
- priorisation du suivi de l'indicateur au niveau stratégique, tactique et opérationnel avec l'ensemble des gestionnaires et des partenaires de l'établissement;
- suivi avec les établissements et demande de production d'états de situation;
- réorganisation des pratiques de gestion;
- sensibilisation, accompagnement et formation du personnel (présence sur place d'un professionnel, étude de cas problématiques, formation en lien avec les directives énoncées, etc.);
- révision de l'organisation du travail permettant une utilisation optimale des ressources;
- recrutement, titularisation et dotation de postes cliniques pour stabiliser les équipes de travail;
- analyse plus approfondie des données permettant de cibler les actions correctives les plus appropriées;
- optimisation, consolidation et révision de l'offre de service;
- vérification, avec les établissements, d'avoir une vision commune des objectifs à atteindre.

5. Les indicateurs nécessitant un suivi particulier

5.1. Indicateur les plus à risque que les engagements ne soient pas atteints à la fin de l'année 2016-2017

Un autre objectif de ce bilan est de signaler des situations qui nécessitent un suivi particulier par le MSSS en 2016-2017. Pour ce faire, la Direction de la gestion intégrée de l'information et de la performance a identifié, à partir des résultats et des commentaires formulés par les directions ministérielles responsables des indicateurs, une série d'indicateurs les plus à risque que les engagements ne soient pas atteints à la fin de l'année financière. Ces indicateurs ont été principalement sélectionnés à partir des mesures d'atteinte des engagements par les établissements.

Des 21 indicateurs identifiés à surveiller au Bilan P13 des indicateurs 2015-2016, 12 ont fait l'objet d'une évaluation au bilan P6. L'ensemble de ces indicateurs ont été retenus dans ce bilan comme étant les plus à risque que les engagements ne soient pas atteints à la fin de l'année financière. À ce nombre, s'ajoute quatre nouveaux indicateurs introduits dans les EGI 2016-2017 ainsi que l'indicateur sur le taux d'heures supplémentaires. Ce dernier n'avait pas été retenu comme étant à surveiller en 2015-2016.

Un total de 17 indicateurs ont donc été identifiés comme étant les plus à risque que les engagements ne soient pas atteints à la fin de l'année financière dans le cadre du présent bilan, soit :

1. Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (1.01.28);
2. Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (1.03.13);
3. Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (1.05.15);

4. Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours (1.08.15);
5. Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (1.09.01);
6. Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures (1.09.43);
7. Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures (1.09.44);
8. Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (1.09.32.00)
9. Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01);
10. Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies (1.09.34.02);
11. Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques (1.09.34.05);
12. Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires (1.09.34.06);
13. Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies (1.09.34.07);
14. Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries (1.09.34.08);
15. Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques (1.09.34.09);
16. Ratio d'heures en assurance-salaire (3.01);
17. Taux d'heures supplémentaires (3.05.02).

Il faut rappeler ici que les objectifs du bilan de mi-année des indicateurs portent spécifiquement sur l'appréciation de l'atteinte des engagements des EGI par les établissements, alors que le bilan de fin d'année vise également à évaluer l'atteinte de la cible 2020 du PS du MSSS 2015-2020. Il est ainsi possible que certains indicateurs non à risque que les engagements soient atteints à la P6 deviennent des indicateurs à surveiller à la P13.

Les raisons pour lesquelles ces indicateurs ont été retenus et les commentaires des directions responsables de ces indicateurs sur les suivis effectués avec les établissements sont présentés à l'annexe II.

5.2. Suivi des indicateurs identifiés comme nécessitant un suivi particulier à la fin de l'année 2015-2016 et en mi-année 2016-2017

Le tableau plus bas recense les indicateurs identifiés comme nécessitant un suivi particulier, soit ceux identifiés :

- à surveiller dans le Bilan P13 des indicateurs des EGI 2015-2016;
- étant les plus à risque que les engagements ne soient pas atteints en fin d'année dans le cadre du présent bilan.

Pour chacun de ces indicateurs, les renseignements suivants sont indiqués :

- le bilan au cours duquel il a été retenu comme un indicateur nécessitant un suivi particulier;
- la cible du PS du MSSS 2015-2020 (cible 2020);
- le résultat de l'ensemble du Québec observé à la période 13 de l'année 2015-2016;
- le résultat projeté de l'ensemble du Québec pour la période 13 de l'année 2016-2017;
- le taux de variation du résultat 2016-2017 par rapport à celui de l'année 2015-2016.

Parmi les 21 indicateurs identifiés comme nécessitant un suivi particulier dans le Bilan P13 des indicateurs 2015-2016 :

- 6 n'ont pas de données disponibles à la P6;

- 3, n'ont pas fait l'objet d'un engagement dans le chapitre IV des EGI 2016-2017 puisqu'ils font maintenant l'objet d'un suivi de programme. Ceux-ci concernent les demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis pour les procédures en cardiologie tertiaire de catégorie B;
- 12 ont été identifiés comme étant les plus à risque que les engagements ne soient pas atteints en 2016-2017.

Le taux de variation entre les résultats projetés à la P13 de 2016-2017 et ceux de 2015-2016 montre des résultats très variables d'un indicateur à l'autre. En effet, une légère amélioration est observée pour les indicateurs des secteurs de l'urgence et de la chirurgie oncologique, tandis que les résultats relatifs à plusieurs examens en imagerie médicale, à la consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie et à certains examens de cardiologie tertiaire connaissent une détérioration. Enfin, soulignons qu'une amélioration de 20,3 % est observée pour le nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an. Ce gain s'explique en grande partie par l'entente conclue avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) afin d'améliorer l'accès aux soins en médecine spécialisée. Cette entente comprend une clause qui prévoit qu'à priorité clinique égale, les chirurgiens doivent prioriser les demandes dont le délai d'attente est le plus élevé.

**Suivi des résultats des indicateurs nécessitant un suivi particulier depuis le Bilan P13
des indicateurs des EGI 2015-2016**

Indicateurs identifiés à surveiller – Bilan P13 2015-2016 et Bilan P6 2016-2017	Bilans			National (ensemble du Québec)			
	Bilan P6 2015-2016 ¹	Bilan P13 2015-2016 ²	Bilan P6 2016-2017 ¹	Cible 2020	Résultats 2015-2016 ³	Résultats 2016-2017 ^{3,4}	Taux de variation p/r P13 2015-2016 (%)
Indicateur national du PS							
Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans (vaccination contre l'influenza)	s. o.	X	s. o.	80	33 ⁵	s. o.	s. o.
Indicateur ministériel du PS							
Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient	s. o.	X	s. o.	80	8,7	s. o.	s. o.
Indicateurs du PS faisant l'objet d'un engagement dans les EGI							
Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée (1.03.07)	s. o.	X	s. o.	70	31	s. o.	s. o.
Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (1.03.11)	-	X	s. o.	150 313 ⁶	128 012	n. d.	s. o.
Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (1.03.12)	X	X	s. o.	90	70,5	n. d.	s. o.
Délai moyen (jours) accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA (1.05.15)	s. o.	s. o.	X	90	s. o.	205,3	s. o.
Durée moyenne (heures) de séjour (DMS) pour la clientèle sur civière à l'urgence (1.09.01)	X	X	X	12	15,7	15,3	2,4
Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures (1.09.43)	-	X	X	85	60,0	61,1	1,8
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures (1.09.44)	-	X	X	85	59,4	60,9	2,6
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an (1.09.32)	-	X	X	0	6 309	5 027	20,3
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	X	X	X	90	60,9	61,8	1,6
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (1.09.34)							
- pour les scopies (1.09.34.02)	X	X	X	100	57,7	61,2	6,0
- échographies cardiaques (1.09.34.05)	X	X	X	100	51,9	49,0	- 5,7
- échographies mammaires (1.09.34.06)	X	X	X	100	65,5	61,7	-5,7
- autres échographies (1.09.34.07)	X	X	X	100	55,8	51,1	-8,5
- tomodensitométries (1.09.34.08)	-	X	X	100	73,2	72,3	-1,2
- résonances magnétiques (1.09.34.09)	X	X	X	100	52,1	48,8	-6,3
Ratio d'heures d'assurance salaire (3.01.00)	-	X	X	5,90	6,29	6,81	- 8,2
Taux d'heures supplémentaires (3.05.02)	-	X	X	3,00	3,05	3,38	-10,8

Indicateurs identifiés à surveiller – Bilan P13 2015-2016 et Bilan P6 2016-2017	Bilans			National (ensemble du Québec)			
	Bilan P6 2015-2016 ¹	Bilan P13 2015-2016 ²	Bilan P6 2016-2017 ¹	Cible 2020	Résultats 2015-2016 ³	Résultats 2016-2017 ^{3,4}	Taux de variation p/r P13 2015-2016 (%)
Autres indicateurs des EGI							
Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (1.01.28)	s. o.	s. o.	X	s. o.	s. o.	74,8	s. o.
Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 (1.03.13)	s. o.	s. o.	X	s. o.	s. o.	75,7	s. o.
Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours (1.08.15)	s. o.	s. o.	X	s. o.	6 745	7 445	-10,4
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis pour les procédures en cardiologie tertiaire de catégorie B							
- hémodynamie – Catégorie B (1.09.08B)	-	X	s. o.	s. o.	81,9	77,6	-5,3
- chirurgie cardiaque – Catégorie B (1.09.09B)	X	X	s. o.	s. o.	60,1	59,2	-1,5
- électrophysiologie – Catégorie B (1.09.10B)	X	X	s. o.	s. o.	41,7	40,8	-2,2
Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (2.02.02)	s. o.	X.	s. o.	s. o.	76,0	s. o.	s. o.

n. d. : Résultats non disponibles à la période 6. À la suite de problèmes informatiques, la collecte de données a dû être reportée.

s. o. : sans objet. L'indicateur n'a pas fait l'objet d'une évaluation dans le cadre de ce bilan.

- : L'indicateur n'a pas été retenu comme nécessitant un suivi particulier dans le cadre de ce bilan.

1 : Bilan P6 des indicateurs des EGI 2015-2016 et des EGI 2016-2017.

2 : Bilan P13 des indicateurs des EGI 2015-2016 et du PS du MSSS 2015-2020.

3 : Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016, à l'exception des indicateurs nationaux et ministériels du PS.

4 : Prévision calculée à partir du résultat observé à la P6 2016-2017.

5 : Résultat pour l'année 2013-2014.

6 : Valeur révisée de la cible inscrite dans le Rapport annuel de gestion du MSSS 2015-2016.

6. Constats et recommandations

6.1. Constats

La réalisation de l'exercice ministériel du Bilan P6 des indicateurs des EGI offre l'opportunité aux directions ministérielles responsables des indicateurs de faire le point au milieu de l'année financière avec les établissements sur les actions à entreprendre pour favoriser l'atteinte des engagements de l'EGI.

Ce bilan permet également d'apprécier, à la mi-année, l'atteinte des engagements par les établissements. Ainsi, les résultats indiquent qu'en moyenne, plus du tiers (37 %) des engagements annuels d'un établissement ne seraient pas atteints (à au moins 90 %) en fin d'année. Rappelons toutefois que ces résultats portent sur 35 des 48 indicateurs des EGI 2016-2017.

Enfin, 17 indicateurs ont été identifiés comme étant plus à risque que les engagements ne soient pas atteints à la fin de l'année. Parmi ceux-ci, 12 avaient été identifiés à surveiller dans le cadre du Bilan P13 des indicateurs 2015-2016.

6.2. Recommandations

Pour favoriser l'atteinte des engagements à la fin de l'année financière 2016-2017, il serait nécessaire que les directions responsables des indicateurs s'assurent que les mesures correctrices convenues avec les établissements soient bien instaurées.

Les commentaires formulés par les responsables des indicateurs pour expliquer la non-atteinte des engagements montrent l'importance d'avoir des définitions d'indicateurs ainsi que des directives claires de codage et de saisie des données dans le réseau. Pour obtenir des indicateurs qui mesurent bien ce qu'ils doivent mesurer et assurer la comparabilité des résultats dans le temps (d'une année à l'autre) et entre les établissements, il est essentiel que ces éléments soient compris de la même façon par tous.

De même, comme les résultats des indicateurs sont tributaires des données transmises dans les formulaires de l'application GESTRED par les établissements, il est essentiel que les responsables ministériels de ces formulaires assurent la qualité des données au moment opportun. Pour ce faire, ils doivent vérifier la conformité et la validité de cette transmission.

Enfin, bien que des efforts aient été effectués en 2016-2017 par les directions responsables des indicateurs pour ne pas demander aux établissements des engagements dans les EGI correspondant à la cible 2020, il importe que ces engagements annuels soient déterminés en fonction d'une méthode pour répartir la cible 2020 sur les trois dernières années du PS du MSSS 2015-2020. À cet égard, les activités prévues au plan d'action adopté à la suite des constats et des recommandations du Bilan de fin d'année des ententes de gestion et d'imputabilité (EGI) et du Bilan ministériel P13; reddition de comptes des indicateurs des EGI 2015-2016 et du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 permettront de répondre aux préoccupations à ce sujet. Rappelons que ces activités comprennent la production d'un cadre méthodologique pour soutenir la définition des engagements annuels et des cibles intermédiaires ainsi que la tenue d'un exercice ministériel pour l'établissement des cibles intermédiaires pour le Québec et les établissements des indicateurs du PS du MSSS 2015-2020 inscrits dans les EGI.

Annexe I

Bilan P6 de suivi de gestion des indicateurs des ententes de gestion et d'imputabilité 2016-2017

**Portrait des indicateurs des ententes de gestion 2016-2017 selon l'établissement –
Résultats des indicateurs et atteinte des engagements**

Indicateur	(01) BSL	(02) SLJ	(03) CNL	(03) CHUQ	(03) IUCPQ	(04) MCQ	(05) EST	(06) MOI	(06) MCO	(06) MCS	(06) MNI	(06) MEI	(06) CHUM	(06) ICM	(06) CUSM	(06) CHUSJ	(06) IPPM	(07) OUT	(08) ABT	(09) CND	(10) BJA	(11) ILM	(11) GPS	(12) CHA	(13) LVL	(14) LND	(15) LRT	(16) MTGC	(16) MTGE	(16) MTGO		
Direction générale de la santé publique (DGSP)																																
1.1 Santé publique																																
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	94,3	88,4	90,6	NA	NA	91,9	87,0	NA	NA	91,4	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	92,9	92,3	89,9	97,4	NA	91,4	87,2	93,9	92,7	88,3	89,1	NA	NA		
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	78,3	79,2	72,3	NA	NA	78,9	66,0	NA	NA	73,2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	79,2	81,5	76,5	82,4	NA	83,4	68,8	79,2	80,2	74,4	73,4	NA	NA		
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	1 596	1 530	3 608	NA	NA	4 743	550	NA	NA	8 762	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	399	1 024	577	83	NA	215	2 313	2 264	3 521	2 559	4 574	NA	NA		
Direction générale des services sociaux (DGSS)																																
1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide																																
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	88,2	90,2	91,3	NA	NA	94,5	96,1	NA	84,5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	80,5	95,6	92,1	NA	NA	96,4	83,5	78,2	85,0	91,6	91,0	NA	NA		
1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées																																
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	97,8	87,1	68,2	NA	NA	85,9	81,0	71,6	68,4	56,9	70,9	62,9	NA	NA	NA	NA	NA	90,5	73,9	64,0	28,6	45,5	88,5	80,7	75,6	76,0	78,8	79,9	77,6	84,4		
1.4 Déficience physique																																
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90,8	90,5	82,4	NA	NA	88,8	83,3	71,1	93,6	76,9	89,3	86,3	NA	NA	NA	NA	NA	73,6	97,3	82,4	100,0	100,0	81,3	84,8	98,8	96,1	77,8	96,8	94,5	92,2		
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,3	85,4	91,9	NA	NA	98,4	84,5	NA	98,5	97,5	NA	NA	NA	NA	NA	78,0	NA	92,8	90,8	90,5	NA	NA	95,6	90,7	98,7	96,8	80,8	99,1	NA	97,6		
1.5 Déficience intellectuelle et TSA																																
1.05.15-PS Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	67,00	70,25	NA	NA	NA	43,67	58,20	492,68	166,33	548,88	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	79,10	98,82	78,75	NA	NA	33,50	121,25	237,96	104,59	132,00	NA	NA	164,97		
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93,1	93,5	59,4	NA	NA	98,2	83,1	96,8	92,3	66,7	90,8	78,8	NA	NA	NA	NA	NA	79,3	89,2	70,0	100,0	100,0	86,7	86,0	97,0	94,9	87,4	85,1	93,2	96,3		
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,7	96,3	37,0	NA	NA	100,0	86,5	34,7	86,2	24,5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	94,3	95,7	93,8	NA	ND	100,0	72,4	83,8	100,0	85,9	NA	NA	90,7		
1.7 Dépendances																																
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	61,6	87,0	88,3	NA	NA	92,4	75,8	NA	NA	87,9	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	93,8	87,4	94,4	54,5	NA	71,4	90,0	88,6	92,6	76,0	NA	NA	92,0		
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	73,8	49,8	100,0	NA	NA	88,2	78,7	28,6	66,7	56,0	71,4	88,1	NA	NA	NA	NA	NA	72,6	85,2	63,9	85,7	ND	94,3	88,6	92,9	85,7	82,7	92,9	75,4	66,4		
Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU)																																
1.8 Santé mentale																																
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédo-psychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	188	213	508	211	NA	844	211	ND	484	ND	670	163	17	NA	ND	32	9	545	235	363	ND	NA	104	440	29	520	1 177	120	362	ND		
1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence																																
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	7,28	10,26	7,20	16,04	12,70	11,84	13,17	20,71	13,63	18,82	20,63	20,89	20,67	18,34	14,02	5,21	NA	17,65	11,18	12,34	NA	11,63	11,09	11,12	17,14	18,15	18,22	17,65	18,18	22,74		
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	68,6	56,8	64,3	72,5	71,4	52,5	51,2	62,5	63,5	67,1	60,3	56,7	63,4	64,8	66,4	79,7	NA	53,7	60,9	66,5	NA	91,3	69,4	80,5	44,5	52,9	50,2	56,1	49,0	47,0		

Indicateur	(01) BSL	(02) SLJ	(03) CNL	(03) CHUQ	(03) IUCPQ	(04) MCQ	(05) EST	(06) MOI	(06) MCO	(06) MCS	(06) MNI	(06) MEI	(06) CHUM	(06) ICM	(06) CUSM	(06) CHUSJ	(06) IPPM	(07) OUT	(08) ABT	(09) CND	(10) BJA	(11) ILM	(11) GPS	(12) CHA	(13) LVL	(14) LND	(15) LRT	(16) MTGC	(16) MTGE	(16) MTGO		
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	74,5	63,6	78,7	60,8	62,9	61,1	54,2	53,7	65,6	58,1	45,4	50,6	45,7	66,5	53,1	75,2	NA	55,9	65,5	76,9	NA	93,2	72,2	82,4	50,6	47,7	48,9	52,0	47,4	44,6		
1.9 Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie																																
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	865	1 050	2 319	NA	NA	2 016	1 741	763	665	823	704	1 045	NA	NA	NA	NA	NA	1 098	378	269	36	26	357	1 258	906	1 518	1 377	1 301	1 706	1 163		
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	31	29	ND	36	ND	58	43	ND	32	ND	38	46	13	NA	15	ND	NA	32	23	25	1	ND	6	43	42	33	44	33	30	27		
1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente																																
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	19	20	1	405	0	9	207	25	17	7	314	925	1 226	0	610	429	NA	53	3	19	4	0	1	17	0	427	90	38	131	30		
1.9 Santé physique - Ressources																																
1.09.25-PS Nombre total de GMF	11	11	29	NA	NA	24	24	4	11	10	11	13	NA	NA	NA	NA	NA	13	7	5	1	1	4	19	13	17	17	13	14	10		
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	84,51	86,22	77,75	NA	NA	80,78	80,10	64,83	58,31	59,79	57,60	57,13	NA	NA	NA	NA	NA	70,80	73,25	72,71	81,87	88,77	80,20	88,61	68,66	75,16	72,66	65,36	71,35	67,99		
1.9 Santé physique - Imagerie médicale																																
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	98,0	57,7	95,0	76,4	100,0	73,1	56,8	NA	100,0	84,9	70,0	90,5	66,0	ND	97,4	100,0	NA	37,1	95,2	36,8	100,0	13,3	45,4	45,0	82,4	43,0	59,5	82,2	65,0	74,0		
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	96,5	100,0	100,0	95,4	ND	86,6	69,1	NA	NA	NA	86,1	72,2	76,9	ND	100,0	ND	NA	46,7	91,4	86,0	100,0	100,0	100,0	96,8	99,2	91,1	80,9	100,0	75,9	100,0		
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100,0	64,8	100,0	98,7	ND	100,0	100,0	NA	96,5	100,0	99,2	92,9	66,7	ND	100,0	100,0	NA	84,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,5	99,1	98,8	100,0	100,0	100,0		
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	35,2	51,4	94,8	81,3	93,0	67,6	27,6	ND	12,0	67,2	50,5	38,8	98,7	44,2	42,5	ND	NA	58,4	77,0	55,9	100,0	20,7	59,8	57,1	77,7	51,1	29,1	60,2	44,2	17,8		
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	92,7	54,0	100,0	94,7	ND	95,2	65,3	27,3	NA	88,6	84,5	83,0	64,7	ND	100,0	100,0	NA	18,1	75,6	68,5	NA	100,0	100,0	41,2	99,4	74,0	32,9	88,3	61,2	96,0		
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	64,8	56,8	95,3	76,0	100,0	79,4	62,1	48,4	7,2	68,9	85,6	51,7	30,6	100,0	37,9	99,3	NA	39,9	55,8	64,4	81,4	69,4	57,2	60,2	72,8	35,5	41,3	53,4	34,0	81,6		
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	99,4	87,4	100,0	83,9	99,4	88,7	83,0	88,8	28,6	75,0	66,3	66,2	90,3	100,0	99,9	30,0	NA	56,4	92,4	70,6	100,0	73,7	94,5	75,2	79,0	75,8	55,7	71,1	47,9	58,5		
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	99,0	61,9	NA	64,1	99,5	58,8	58,2	72,2	15,5	53,0	65,5	38,4	41,0	100,0	29,7	56,7	NA	46,4	68,5	88,3	ND	75,0	59,1	71,3	94,3	30,9	49,5	32,3	34,0	50,8		
Direction générale de cancérologie (DQC)																																
1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente																																
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	63,4	82,9	42,9	61,4	78,3	84,2	57,4	67,1	36,4	77,4	66,1	42,9	49,9	NA	52,8	73,1	NA	82,2	82,4	79,2	100,0	70,0	86,1	64,6	76,7	75,0	56,5	55,6	68,3	70,5		
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	91,4	98,9	85,7	90,6	98,4	96,2	83,6	92,7	70,3	94,5	88,5	77,1	83,5	NA	85,2	88,5	NA	97,8	96,5	97,9	100,0	80,0	99,0	93,5	98,5	95,9	88,6	90,2	95,4	98,1		
Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM)																																
3.1 Ressources humaines																																
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,15	7,91	6,84	5,62	5,05	6,70	6,97	5,57	4,93	6,71	5,63	6,33	5,38	6,58	5,97	7,00	7,74	8,64	7,72	8,97	8,17	5,89	7,05	5,82	7,08	8,19	8,87	7,92	7,56	6,97		
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,70	3,22	2,91	2,27	3,48	3,13	3,09	3,68	3,05	2,75	5,07	2,61	2,90	4,59	3,34	2,28	8,12	4,81	3,71	5,32	6,14	2,64	4,07	3,16	3,19	3,91	3,50	3,54	3,58	3,31		
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	0,37	0,15	2,07	1,24	0,82	0,30	0,58	1,91	4,33	3,32	4,89	2,49	1,95	0,33	1,89	0,45	ND	0,38	0,95	2,04	2,47	0,30	0,67	0,73	1,27	2,27	1,34	1,18	2,80	0,91		
Direction générale des technologies de l'information (DGTI)																																
6.1 Ressources technologiques																																
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	92	97	98	NA	NA	93	99	NA	NA	92	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	89	89	97	100	NA	94	97	95	97	92	95	NA	NA		

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Indicateur	(01) BSL	(02) SLJ	(03) CNL	(03) CHUQ	(03) IUCPQ	(04) MCQ	(05) EST	(06) MOI	(06) MCO	(06) MCS	(06) MNI	(06) MEI	(06) CHUM	(06) ICM	(06) CUSM	(06) CHUSJ	(06) IPPM	(07) OUT	(08) ABT	(09) CND	(10) BJA	(11) ILM	(11) GPS	(12) CHA	(13) LVL	(14) LND	(15) LRT	(16) MTGC	(16) MTGE	(16) MTGO
------------	-------------	-------------	-------------	--------------	---------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------------	--------------	---------------	--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------	--------------	--------------

Note(s) :

Source(s) de données : GESTRED, MSSS, le 3 novembre 2016.

Produit par : Direction de la gestion intégrée de l'information et de la performance (DGIP), MSSS, le 14 novembre 2016.

Annexe II

Bilan P6 de suivi de gestion des indicateurs des ententes de gestion et d'imputabilité 2016-2017

Renseignements sur les indicateurs les plus à risque que les engagements ne soient pas atteints à la fin de l'année financière

Indicateur EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.01.28 – Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	s.o.	74,8 %
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
s.o.	s.o.	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> plus du deux tiers des établissements (11/16) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %). 	<ul style="list-style-type: none"> De façon générale, les établissements ont rapporté que l'organisation des services de vaccination (OSV) au sein des CISSS/CIUSSS présente des enjeux majeurs en termes d'atteinte des objectifs suite à la réorganisation du réseau enclenché en 2015. Dans cette perspective et dans le but de soutenir les établissements au regard de la cible à atteindre, l'INSPQ a reçu le mandat d'offrir un accompagnement aux CISSS/CIUSSS dans une démarche de révision de l'OSV pour les 0-5 ans, à la lumière des résultats d'une étude complétée en 2015. Ce projet débutera en janvier 2017 et est prévu sur 2 ans. La démarche devant être réalisée en P6 par la responsable ministérielle de ce programme auprès des établissements, pour l'indicateur sur la vaccination contre le méningocoque, n'a pu se faire selon le processus de suivi de gestion de mi-année attendu. Toutefois, la démarche en cours est réalisée dans l'esprit du cadre proposé à savoir soutenir les établissements dans leur obligation d'atteindre leur engagement en P13. De manière générale et à titre informatif, l'acte de vaccination est tributaire des naissances, qui sont variables de période en période. Le résultat atteint en P6 n'est pas nécessairement représentatif de l'écart à combler par rapport à la cible. Depuis la signature des ententes de gestion et d'imputabilité, la Direction générale de santé publique met en œuvre tous les efforts pour que les cibles identifiées soient atteintes au regard des indicateurs de vaccination.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^P	78,3	79,2	72,3	NA	NA	78,9	66,0	NA	NA	73,2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	79,2	81,5	76,5	82,4	NA	83,4	68,8	79,2	80,2	74,4	73,4	NA	NA	
Engagements 2016-2017	90	90	90	NA	NA	87	85	NA	NA	85	NA	NA	NA	NA	NA	NA	85	90	90	90	NA	90	90	90	90	90	90	90	NA	NA
Cibles 2020	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

s.o.: sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.03.13 – Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	s.o.	75,7 %
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
s.o.	s.o.	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 10 établissements sur 23 (43 %) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); – le pourcentage d'atteinte de 3 de ces 10 établissements serait inférieur à 70 %; 	<ul style="list-style-type: none"> – Un suivi a été effectué auprès de chacun des 13 établissements dont le pourcentage d'atteinte est en bas de 95 % leur demandant d'expliquer les résultats, d'exposer les mesures correctrices envisagées et d'apprécier l'atteinte de l'engagement pour P13. – À la lumière de ces suivis, la direction générale adjointe des services aux aînés (DGASA) effectuera un suivi auprès de l'ensemble des directrices/directeurs SAPA afin de partager une vision commune de l'objectif à atteindre en 2016-2017 et au cours des années à venir. Des suivis personnalisés seront également effectués auprès des responsables professionnels concernés dans les établissements. – L'application des balises d'admission nécessite une période de transition qui est plus ou moins importante selon les régions en raison de la variabilité historique des admissions, de l'architecture des lieux et des ressources d'hébergement disponibles d'une région à l'autre. C'est sur ces éléments que les différents établissements travaillent actuellement.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^P	97,8	87,1	68,2	NA	NA	85,9	81,0	71,6	68,4	56,9	70,9	62,9	NA	NA	NA	NA	90,5	73,9	64,0	28,6	45,5	88,5	80,7	75,6	76,0	78,8	79,9	77,6	84,4	
Engagements 2016-2017	85	90	80	NA	NA	85	85	75	77	85	85	85	NA	NA	NA	NA	85	80	85	60	75	85	85	85	85	78	85	85	85	
Cibles 2020	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

s.o.: sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI																	Cible 2020			Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)				
1.05.15 – Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme																	90 jours			205,3 jours				
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016										Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016														
s.o.										s.o.														
Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints										Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur														
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 7 établissements sur 16 (44 %) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); – pour 5 de ces 7 établissements, le pourcentage d'atteinte de l'engagement serait inférieur à 70 %. <p><i>Note : Les résultats de cet indicateur doivent être interprétés avec prudence en raison du faible nombre de demandes observées dans certains établissements et de la variabilité qui y est associée.</i></p>										<ul style="list-style-type: none"> – Des états de situation documentant la problématique seront demandés aux établissements pour lesquels le délai moyen a augmenté de façon significative par rapport à 2014-2015. 														

Établissements		(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
		BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^P		67,00	70,25	ND	NA	NA	43,67	58,20	492,68	166,33	548,88	NA	NA	NA	NA	NA	NA	79,10	98,82	78,75	NA	ND	33,50	121,25	237,96	104,59	132,00	NA	NA	164,97	
Engagements 2016-2017		90	90	90	NA	NA	64	75	200	80	90	NA	NA	NA	NA	NA	NA	90	90	70	NA	90	80	90	160	200	90	NA	NA	200	
Cibles 2020		90	90	90	NA	NA	90	90	90	90	90	NA	NA	NA	NA	NA	NA	90	90	90	NA	90	90	90	90	90	90	NA	NA	90	

s.o.: sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas
ND : non disponible

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.08.15 – Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	s.o.	7 745 usagers
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
s.o.	s.o.	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – plus de la moitié (13/24) des établissements n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 70 %); – en moyenne, le pourcentage d'atteinte des engagements serait de 61 %; – au Québec, le nombre d'usagers dont le délai d'accès excède 30 jours connaîtrait une hausse de 10 % par rapport à 2015-2016 (7 445 en 2016-2017 versus 6 745 en 2015-2016). 	<ul style="list-style-type: none"> – Dans l'ensemble du Québec, les Centres de répartition des demandes de services (CRDS) seront implantés en cours d'année, ce qui impliquera la révision des modalités d'accès, ainsi que les critères relatifs aux délais prescrits. Le calcul des délais sera également suivi et évalué selon les modalités d'application du PL 20. L'organisation du travail sera revue et optimisée selon les principes de l'APSS, ce qui devrait, à terme, favoriser le respect des délais prescrits et améliorer la méthode de calcul des délais. – Dans ce contexte, il n'est pas indiqué de procéder à des mesures d'amélioration des processus, lesquels devraient avoir lieu après avoir stabilisé les nouveaux processus associés aux CRDS dans les établissements et mesuré leurs impacts sur l'accès en psychiatrie.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^P	188	213	508	211	NA	844	211	ND	484	ND	670	163	17	NA	ND	32	9	545	235	363	ND	NA	104	440	29	520	1 177	120	362	ND
Engagements 2016-2017	50	116	350	NA	NA	330	82	244	470	NA	350	100	0	NA	47	35	29	280	169	175	NA	NA	40	0	80	252	1450	197	292	294
Cibles 2020	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

s.o.: sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas
ND : non disponible

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.09.01 – Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12 heures	15,29 heures
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
Oui	Oui	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> la moitié des établissements (14/28) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); le pourcentage d'atteinte des engagements pour 7 de ces établissements serait inférieur à 70 %. 	<ul style="list-style-type: none"> Malgré le fait que 9 établissements soient en dessous de 80 % d'atteinte des engagements, la Direction des services hospitaliers, du préhospitalier et de l'urgence, en collaboration avec ces établissements, poursuivent les efforts afin d'en arriver à un résultat concluant en fin d'année. Ces établissements ont été contactés pour connaître leurs mesures correctrices. Pour la majorité de ces établissements, l'instauration de ces mesures correctrices ne permettra pas d'atteindre l'engagement annuel. Certains évaluent toutefois que, grâce à ces mesures, la cible sera atteinte en 2017-2018.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^P	7,28	10,26	7,20	16,04	12,70	11,84	13,17	20,71	13,63	18,82	20,63	20,89	20,67	18,34	14,02	5,21	NA	17,65	11,18	12,34	NA	11,63	11,09	11,12	17,14	18,15	18,22	17,65	18,18	22,74
Engagements 2016-2017	7,5	9,5	7,5	14	12	12	12,88	20	12	12	16	19	16	12	12	5,5	NA	12	10	12	NA	12	10	10,5	12	17	18	12	12	12
Cibles 2020	7	7,5	6	12	11	10,5	11	12	10	12	12	12	12	12	11	4	NA	11	8	10	NA	9,5	8	9	12	12	12	12	12	12

s.o : sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas
ND : non disponible

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.09.43 – Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	85 %	61,1 %
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
Non	Oui	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – près de la moitié des établissements (13/28) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %). 	<ul style="list-style-type: none"> – Considérant que la majorité des établissements sont en processus d'atteinte des résultats, un suivi continu de la Direction des services hospitaliers, du préhospitalier et de l'urgence est effectué. – Deux établissements font l'objet d'un suivi plus rigoureux. Ces établissements ont été contactés pour connaître les mesures correctrices mises en place. – La congestion des lits hospitaliers par des clientèles en niveau de soins alternatifs, l'accès limité en soins à domicile et les difficultés de coordination lors du séjour hospitalier peuvent expliquer les résultats. Notons également que la hauteur de la cible inscrite comme engagement pour certains établissements était d'emblée peu réalisable (ex: passer de 20 heures à 12 heures).

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^p	68,6	56,8	64,3	72,5	71,4	52,5	51,2	62,5	63,5	67,1	60,3	56,7	63,4	64,8	66,4	79,7	NA	53,7	60,9	66,5	NA	91,3	69,4	80,5	44,5	52,9	50,2	56,1	49,0	47,0
Engagements 2016-2017	70	60	69	75	75	60	60,3	70	70	75	65	65	75	70	68,8	75	NA	65	65	75	NA	89	70	77	55	70	60	61,6	55	60
Cibles 2020	90	90	90	90	90	90	85	85	90	85	85	85	85	90	85	95	NA	90	90	90	NA	95	90	95	85	85	85	85	85	85

s.o.: sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas
ND : non disponible

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.09.44 – Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	85 %	60,9 %
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
Non	Oui	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – plus de la moitié des établissements (16/28) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %). 	<ul style="list-style-type: none"> – Considérant que la majorité des établissements sont en processus d'atteinte des résultats, un suivi continu de la Direction des services hospitaliers, du préhospitalier et de l'urgence est effectué. – Trois établissements font l'objet d'un suivi plus rigoureux. Ces établissements ont été contactés pour connaître les mesures correctrices mises en place.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^P	74,5	63,6	78,7	60,8	62,9	61,1	54,2	53,7	65,6	58,1	45,4	50,6	45,7	66,5	53,1	75,2	NA	55,9	65,5	76,9	NA	93,2	72,2	82,4	50,6	47,7	48,9	52,0	47,4	44,6
Engagements 2016-2017	80	70	81,9	65	70	70	65	65	70	70	60	60	60	75	60	75	NA	65	70	80	NA	90	75	80	51	54	55	65	55	60
Cibles 2020	95	90	95	85	85	85	85	85	90	85	85	85	85	90	85	90	NA	90	90	95	NA	95	95	95	85	85	85	85	85	85

s.o. : sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas
ND : non disponible

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.09.32.00 – Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	5 027
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
Oui	Oui	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<ul style="list-style-type: none"> – Selon les estimations de la direction responsable de cet indicateur, le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an diminuerait de plus de 60 % en 2016-2017 (environ 2 500 chirurgies), comparativement à 2015-2016 (6 309 chirurgies). À ce jour, 4 établissements atteindraient leur engagement en mars 2017. – Le pourcentage d'atteinte des engagements est plus grand ou égal à 90 % pour la majorité des établissements, puisque celui-ci tient compte du volume de chirurgies en attente. Toutefois, le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an est plus élevé qu'à la période 13 de 2015-2016 pour 4 établissements et certains établissements présentent toujours, à la mi-année, un nombre élevé de demandes en attente. 	<ul style="list-style-type: none"> – L'entrée en vigueur du projet de la Loi 20 a été reportée et une entente a été conclue avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Une clause prévoit qu'à priorité clinique égale, les chirurgiens doivent prioriser les demandes dont le délai d'attente est le plus élevé. – Cette mesure, en vigueur depuis janvier 2016, porte fruit. En effet, le nombre de demandes en attente depuis plus d'un an pour les spécialités chirurgicales a chuté de 44 % entre janvier et novembre (de 7 009 à 3 892 demandes). À ce rythme, nous estimons que le nombre de demandes en attente depuis plus d'un an devrait être aux environs de 2 500 à la fin de l'année financière 2016-2017. – De plus, le sous-ministre associé de la DGSSMU fait un suivi des listes d'attente à chaque rencontre du CGR. – En général, les raisons de non-atteinte sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • planification difficile des interventions nécessitant la présence conjointe de 2 chirurgiens; • difficulté d'accès à certaines spécialités de pointes (ex. installation de neurostimulateurs); • lorsque le chirurgien attribue lui-même les dates d'opération, il est très difficile d'arrimer avec les ressources du centre hospitalier; • certains centres hospitaliers ont une demande excédant la capacité opératoire. La création des CISSS et des CIUSSS permet d'avoir accès à des plateaux techniques supplémentaires.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO	
Résultats 2016-2017^P	19	20	1	405	0	9	207	25	17	7	314	925	1 226	0	610	429	NA	53	3	19	4	0	1	17	0	427	90	38	131	30	
Engagements 2016-2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cibles 2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

s.o. : sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas
ND : non disponible

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.09.33.01 – Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90 %	61,8 %
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
Oui	Oui	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – près de 80 % des établissements (22/28) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); – pour 9 de ces établissements, le pourcentage d'atteinte serait inférieur à 70 %; 	<ul style="list-style-type: none"> – La difficulté des établissements à atteindre les engagements provient, entre autres, de la validité des listes d'attente pour la chirurgie oncologique. Ce problème découle notamment d'une mauvaise application de certaines directives pour la gestion de l'accès dans un grand nombre d'établissements (installations). – Pour corriger la situation, la DGC offre de l'accompagnement et du soutien personnalisé à chaque installation réalisant des chirurgies oncologiques et où un tel problème risque fort d'être présent (notamment les centres ayant un volume élevé de chirurgies oncologiques). – Au moment de la réalisation du bilan P6, la DGC a soutenu et accompagné les installations des dix établissements. Pour les autres établissements, les directeurs responsables des programmes de cancérologie ont été informés du problème. – Étant donné la nature du soutien offert et le peu de ressources affectées (un professionnel à mi-temps est dédié à ce dossier), la DGC ne prévoit pas être en mesure de corriger la situation à l'échelle de la province d'ici le 31 mars 2017. – Une fois les problèmes de validité de la liste d'attente réglés, des plans d'action seront demandés aux établissements. Des travaux sont également en cours pour évaluer et déterminer si la gestion de l'accès pourrait être réorganisée en fonction du siège tumoral et de l'état du patient.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^P	63,4	82,9	42,9	61,4	78,3	84,2	57,4	67,1	36,4	77,4	66,1	42,9	49,9	NA	52,8	73,1	NA	82,2	82,4	79,2	100,0	70,0	86,1	64,6	76,7	75,0	56,5	55,6	68,3	70,5
Engagements 2016-2017	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	NA	90	100	NA	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Cibles 2020	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	NA	90	90	NA	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90

s.o.: sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
1.09.34. –Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois¹ (Scopies (1.09.34.02) / Échographies cardiaques (1.09.34.05) / Échographies mammaires (1.09.34.06) / Autres échographies (1.09.34.07) / Tomodensitométries (1.09.34.08) / Résonances magnétiques (1.09.34.09)	100 %	Le résultat pour l'ensemble des examens n'est pas disponible
Identifiés à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifiés « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
Oui	Oui	

Raisons pour lesquelles les indicateurs sont considérés comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – pour les scopies, 21 établissements sur 28 n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); – pour les échographies cardiaques, 21 établissements sur 28 n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); – pour les échographies mammaires, 10 établissements sur 26 n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %). – pour les autres échographies, 20 établissements sur 29 n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90%); – pour les tomodensitométries, 12 établissements sur 29 n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); – pour les résonances magnétiques, 20 établissements sur 27 n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); 	<ul style="list-style-type: none"> – Pour tous les sous-indicateurs de l'indicateur 1.09.34, un suivi périodique est réalisé auprès des répondants d'accès dans chacun des établissements. – De plus, pour les autres échographies : <ul style="list-style-type: none"> o du financement a été octroyé en échographie pour des projets d'optimisation et l'ajout de ressources; o des projets de centralisation de la gestion de l'accès à l'échographie sont en cours, notamment à Montréal où un projet Centre de répartition des demandes de services (CRDS) en imagerie médicale débutera cet automne. – Pour les résonances magnétiques : <ul style="list-style-type: none"> o des projets de centralisation de la gestion de l'accès à l'IRM sont en cours, notamment à Montréal où un projet Centre de répartition des demandes de services (CRDS) en imagerie médicale débutera cet automne. – Pour la majorité des examens, les raisons de non-atteinte concernent : <ul style="list-style-type: none"> o la qualité des données questionnables dans certains établissements; o le manque de disponibilités des ressources médicales, des radiologistes. – Pour les échographies cardiaques, la non-atteinte s'explique par : <ul style="list-style-type: none"> o le partage d'équipements entre l'imagerie médicale et la cardiologie; o l'absence d'arrimage entre la disponibilité des médecins et la disponibilité des plateaux techniques. – Pour les tomodensitométries, la non-atteinte s'explique par : <ul style="list-style-type: none"> o les examens de contrôles saisis inégalement qui augmentent faussement les délais; o la gestion des mécanismes d'accès non harmonisée. – Pour les résonances magnétiques, la non-atteinte s'explique par : <ul style="list-style-type: none"> o l'augmentation du nombre de demandes.

*Se référer à l'annexe 1 pour obtenir les résultats par établissement.

¹ À noter que ces indicateurs présentent le nombre de demandes de services en attente à la fin d'une période donnée. Cela ne quantifie donc pas son évolution en cours d'année.

■ **Atteinte de l'engagement inférieure à 90 %** ■ **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %**

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
3.01 – Ratio d'heures en assurance-salaire	5,90	6,81
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » – Bilan P13 2015-2016	
Non	Oui	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Deux tiers des établissements (20/30) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); – Une hausse de 8,2 % du ratio serait observée par rapport à celui de 2015-2016 (6,81 versus 6,29). 	<ul style="list-style-type: none"> – 25 établissements ont été rencontrés pour discuter notamment des facteurs expliquant les résultats et des mesures correctrices mises en place. – Les établissements ayant mis en place des plans d'action ciblés estiment que les effets des actions entreprises pourraient se mesurer au cours du prochain exercice financier. Toutefois, bien que la plupart d'entre eux ne prévoient pas atteindre la cible, ils demeurent positifs de limiter la croissance en cours. Chez les établissements ayant illustré la capacité limitée d'intervenir sur un plan organisationnel, la DGPRM estime que la tendance de croissance se poursuivra. – Les attentes de soutien signifiées portent sur l'achèvement des travaux de la politique réseau en matière de gestion intégrée de la présence au travail ainsi qu'à de la formation sur les rôles et responsabilités des gestionnaires de proximité en matière de prévention, gestion de la présence et qualité de vie au travail ainsi que sur l'implantation d'un logiciel intégré de gestion de la présence au travail. – Les établissements estiment leurs chances de renverser le mouvement en cours par l'emploi de ressources humaines dédiées au soutien des plans d'action organisationnels en prévention et gestion de la présence au travail.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^p	6,15	7,91	6,84	5,62	5,05	6,70	6,97	5,57	4,93	6,71	5,63	6,33	5,38	6,58	5,97	7,00	7,74	8,64	7,72	8,97	8,17	5,89	7,05	5,82	7,08	8,19	8,87	7,92	7,56	6,97
Engagements 2016-2017	5,7	6,75	6,1	5,66	5,49	6,1	6,5	4,8	4,3	5,53	4,9	6,15	5,5	5,08	4,8	7,07	6	7,3	6,41	7,85	7,8	5	6	6,07	6,22	7,21	7,5	6,88	6,53	6,15
Cibles 2020	5,16	6,22	5,88	5,66	5,43	5,87	6,07	4,82	4,27	5,51	4,82	5,82	5,49	5,08	4,93	6,93	5,19	6,76	6,31	7,4	7,13	7,76	5,83	5,93	5,53	6,98	6,98	6,69	6,38	5,93

s.o. : sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas
ND : non disponible

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.

Indicateur PS et EGI	Cible 2020	Résultat national 2016-2017 (valeur projetée)
3.05.02 – Taux d'heures supplémentaires	3,00	3,38
Identifié à risque – Bilan P6 2015-2016	Identifié « à surveiller » Bilan P13 2015-2016	
Non	Non	

Raisons pour lesquelles l'indicateur est considéré comme étant à risque que les engagements ne soient pas atteints	Synthèse des commentaires de la direction responsable de l'indicateur
<p>Selon la valeur projetée des résultats à la période 13 et si aucune mesure correctrice n'est instaurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> 60 % des établissements (18/30) n'atteindraient pas leur engagement (à au moins 90 %); une hausse de 10,8 % du taux serait observée par rapport à celui de 2015-2016 (3,38 versus 3,05). 	<ul style="list-style-type: none"> 24 établissements ont été consultés afin notamment de connaître les facteurs expliquant les résultats et les mesures correctrices mises en place. La mise en place des mesures correctrices permettra à trois établissements d'atteindre leur engagement. Cependant, neuf établissements évaluent un maintien du taux actuel, neuf évaluent une baisse ainsi que de ne pas être en mesure d'atteindre l'engagement et enfin, trois évaluent une augmentation. Ces situations seraient dues à des facteurs sur lesquels ils ont peu de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> les actions planifiées ne permettent pas de faire les gains nécessaires d'ici la fin de l'année 2016-2017 ex : exercice de titularisation et de recrutement massif; la détermination encore inconnue des requis cliniques et effectifs en découlant; la diminution du recours à la MOI occasionne souvent le recours aux heures supplémentaires; une cible ou un engagement trop ambitieux.

Établissements	(01)	(02)	(03)	(03)	(03)	(04)	(05)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(16)	(16)	
	BSL	SLJ	CNL	CHUQ	IUCPQ	MCQ	EST	MOI	MCO	MCS	MNI	MEI	CHUM	ICM	CUSM	CHUSJ	IPPM	OUT	ABT	CND	BJA	ILM	GPS	CHA	LVL	LND	LRT	MTGC	MTGE	MTGO
Résultats 2016-2017^P	3,70	3,22	2,91	2,27	3,48	3,13	3,09	3,68	3,05	2,75	5,07	2,61	2,90	4,59	3,34	2,28	8,12	4,81	3,71	5,32	6,14	2,64	4,07	3,16	3,19	3,91	3,50	3,54	3,58	3,31
Engagements 2016-2017	3,58	2,75	2,50	2,57	2,75	2,95	2,80	3,10	2,18	2,20	4,25	2,60	2,50	4,18	3,68	2,50	5,45	4,03	3,38	5,50	5,23	2,95	3,26	2,76	2,95	3,80	3,02	2,90	3,16	2,90
Cibles 2020	3,50	2,90	2,50	2,57	2,50	2,90	2,93	3,19	2,24	2,50	4,04	2,64	2,09	3,79	3,34	2,62	4,98	4,01	3,38	4,98	5,13	2,95	3,28	2,88	2,90	3,80	2,95	2,90	3,16	2,90

s.o. : sans objet
p : valeur projetée
NA : ne s'applique pas
ND : non disponible

■ Atteinte de l'engagement inférieure à 90 % ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %

Résultats calculés à partir des données disponibles dans GESTRED en date du 3 novembre 2016.