

Avenant n° 3

À l'Entente en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) intervenue en février 2010 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec et la Régie de l'assurance maladie du Québec

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, pour et au nom du gouvernement du Québec, agissant par monsieur Michel Fontaine, sous-ministre;

(ci-après le « Ministre »)

ET

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, personne morale régie par la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (RLRQ, chapitre I-13.1.1), ayant son siège au 945, avenue Wolfe, Québec (Québec), G1V 5B3, agissant par madame Nicole Darnestoy, présidente-directrice générale, dûment autorisée en vertu de l'article 11 de cette loi;

(ci-après appelée l'« Institut »)

ET

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, organisme constitué en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5), ayant son siège au 1125, Grande Allée Ouest, Québec (Québec), représenté par monsieur Jacques Cotton, en sa qualité de président-directeur général;

(ci-après appelée la « Régie »)

ATTENDU QUE l'Entente en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1), ci-après l'« Entente » est intervenue en février 2010 entre le Ministre, l'Institut et la Régie après avoir reçu un avis favorable de la Commission d'accès à l'information en janvier 2010 (dossier 09 19 81);

ATTENDU QUE l'Entente a pour objet de permettre la communication à l'Institut de renseignements issus de banques de données appartenant à la Régie et au Ministre afin que l'Institut puisse exercer la fonction de surveillance des maladies chroniques qui lui a été confiée par le Ministre;

ATTENDU QUE l'Entente a été modifiée par l'*Avenant n° 1* intervenu entre les parties en février 2011, dont la Commission d'accès à l'information a obtenu copie;

ATTENDU QUE l'Entente a également été modifiée par l'*Avenant n° 2* intervenu entre les parties en avril 2012, qui a fait l'objet d'un avis favorable de la Commission d'accès à l'information (dossier 1003629) en février 2012;

ATTENDU QUE l'Entente reproduit à son Annexe B le *Volet 1 : Maladies chroniques* du *Thème 1 « Habitudes de vie, comportements et maladies chroniques »* du *Plan ministériel de surveillance multithématique* (ci-après le « Plan »);

ATTENDU QUE le Plan spécifie les renseignements, personnels ou non, nécessaires à la surveillance des maladies chroniques ainsi que les sources auprès desquelles ils peuvent être obtenus;

ATTENDU QU'afin de prévoir au Plan l'inclusion de nouvelles sources de données ainsi que la cueillette de nouveaux renseignements nécessaires à la surveillance des maladies chroniques, le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après le « MSSS ») a, le 27 octobre 2014, présenté au Comité d'éthique de santé publique (ci-après le « CESP ») le *Projet d'amendement du Plan ministériel de surveillance multithématique - Thématique 1 – volet maladies chroniques* reproduit en Annexe A du présent avenant;

ATTENDU QUE le 31 octobre 2014, le CESP rendait l'avis sur le *Projet d'amendement du Plan ministériel de surveillance multithématique – Thématique 1 – « Volet maladies chroniques »*, reproduit à l'Annexe B du présent avenant;

ATTENDU QUE les parties désirent modifier l'Entente afin de tenir compte de ces modifications au Plan et permettre à l'Institut d'obtenir les nouveaux renseignements qui lui sont nécessaires afin d'exercer la fonction de surveillance en matière de maladies chroniques qui lui a été confiée par le Ministre conformément à la loi, en vertu de l'*Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en santé publique* et de l'*Entente spécifique pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en surveillance continue de l'état de santé de la population 2015-2016* reproduites en Annexe C du présent avenant;

ATTENDU QUE le présent avenant a été soumis à la Commission d'accès pour avis [101 50 39] et qu'un avis favorable a été émis par cette dernière en date du 2 mai 2017, sous réserve de la réception d'une copie signée;

ATTENDU QU'une fois le présent avenant signé par les parties, une copie devra être envoyée à la Commission d'accès à l'information;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les dispositions qui suivent constituent un troisième avenant aux modalités de l'Entente;
2. Le présent avenant ainsi que ses annexes font partie intégrante de l'Entente;
3. Dans l'éventualité d'un conflit entre les modalités de l'Entente et les modalités du présent avenant, les modalités de ce dernier prévaudront;
4. L'Annexe A de l'Entente est remplacée par l'Annexe C du présent avenant;
5. L'Annexe 1 de l'Annexe B de l'Entente est remplacée par l'Annexe D du présent avenant;

6. L'Annexe 2 de l'Annexe B de l'Entente est remplacée par l'Annexe E du présent avenant;
7. L'Annexe 4 de l'Annexe B de l'Entente est remplacée par l'Annexe F du présent avenant;
8. L'Annexe C de l'Entente est remplacée par l'Annexe G du présent avenant;
9. L'article 2 de l'Entente est remplacé par le suivant :

2. PROVENANCE, NATURE DES RENSEIGNEMENTS COMMUNIQUÉS ET ÉTAPES MÉTHODOLOGIQUES

Les différents fichiers pour faire la surveillance des maladies chroniques sont énumérés au tableau suivant. Sauf dans le cas du *Programme d'assignation de l'indice de défavorisation sociale et matérielle*, les fichiers sont la propriété de la Régie ou du Ministre.

Une description de ces fichiers peut être consultée à l'Annexe D de l'Avenant n° 3 à l'Entente.

Fichiers médicoadministratifs ou programmes informatiques utilisés pour la surveillance des maladies chroniques

Nom du fichier ou du programme informatique	Organisme responsable
Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA)	Régie
Fichier des services rémunérés à l'acte (Services de médecine et optométriques)	Régie
Fichier des services pharmaceutiques	Régie
Fichier d'inscription des professionnels	Régie
Fichier d'admissibilité au régime général d'assurance médicaments	Régie
Fichier d'admissibilité à l'assurance maladie	Régie
Fichier des groupes de médecine de famille	Régie
Fichier relations entre les dispensateurs et leur clientèle	Régie
Fichier services rendus hors Québec – Phase II	Régie
MED-ÉCHO	Ministre (dépositaire Régie)
Fichier des décès	Ministre
Fichier des naissances vivantes	Ministre
Fichiers des mortinaissances	Ministre
Fichier sur la performance hospitalière - APR-DRG	Ministre
Base de données sur les congés des patients (BDCP) (obtenue de l'ICIS)	Ministre
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) (obtenue de l'ICIS)	Ministre
Programme d'assignation de l'indice de défavorisation sociale et matérielle	Institut

La méthodologie qui sera utilisée pour effectuer la surveillance des maladies chroniques repose essentiellement sur la comparaison de ces divers fichiers médicoadministratifs. Cette méthodologie se retrouve schématisée à l'Annexe E de l'Avenant n° 3 à l'Entente.

Étapes de la comparaison et de transfert des renseignements

Étape 1 : Transmission du Ministre à la Régie des renseignements prévus à l'Annexe F de l'avenant n° 3 à l'Entente.

Le Ministre transmet à la Régie les variables autorisées, incluant celles de nature nominative permettant de faire le jumelage.

Étape 2 : Extraction et transmission des renseignements par la Régie.

- a) Extraction des variables retenues du FIPA, incluant les renseignements pour le découpage géographique et l'assurabilité selon la *Liste des variables transmises à l'Institut par la Régie - Maladies chroniques* prévue à l'Annexe G de l'Avenant n° 3 à l'Entente. Il doit y avoir un nouvel enregistrement pour chaque modification géographique ou d'assurabilité. Les renseignements du FIPA sont transmis pour toutes les personnes ayant un numéro d'assurance maladie valide. Les personnes admissibles doivent avoir un identifiant unique anonyme permettant de faire les liens entre les fichiers jumelés.
- b) À partir de la liste des individus avec un numéro d'assurance maladie valide, extraction de l'ensemble des renseignements demandés selon la *Liste des variables transmises à l'Institut par la Régie - Maladies chroniques* prévue à l'Annexe G de l'avenant n° 3 de l'Entente.
- c) Préparation des fichiers de données à transmettre à l'Institut.
- d) Transmission à l'Institut de tous les renseignements demandés. La Régie doit procéder à la banalisation des numéros d'individus et préparer les fichiers issus de l'étape d'extraction des données. Les fichiers transmis à l'Institut doivent comprendre les enregistrements accompagnés d'un identifiant unique anonyme pour chaque individu.

Étape 3 : Dépôt des données à l'Institut.

À l'Institut, les données reçues de la Régie doivent être entreposées dans un serveur isolé et seul le personnel autorisé peut y avoir accès. Un statisticien de l'Institut intègre l'indice de défavorisation et prépare les fichiers par maladies (transmis aux analystes autorisés) et l'information nécessaire pour l'étude du fardeau global et du cumul des maladies chroniques. Une série d'identifiants uniques doit être créée pour chaque maladie.

Étape 4 : Mise à jour annuelle par la Régie.

À chaque mise à jour annuelle, une année de données doit être ajoutée. Pour les individus identifiés lors de la transmission précédente, les renseignements de la nouvelle année de données doivent être ajoutés. Pour les nouveaux individus identifiés au cours de cette nouvelle année, l'Institut doit recevoir les renseignements autorisés couvrant la totalité de la période, soit du 1^{er} janvier 1996 à la date de la nouvelle année de données.

10. Les dispositions de l'Entente qui ne sont pas affectées par le présent avenant demeurent pleinement en vigueur;
11. Le présent avenant entre en vigueur à la date de la réception par la Commission d'accès à l'information d'une copie signée de celui-ci.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ LE PRÉSENT AVENANT EN TRIPLE EXEMPLAIRE, À QUÉBEC

Ce 21 juin 2017

POUR LE MINISTRE DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX

Michel Fontaine
Sous-ministre

Ce 20 juillet 2017

POUR L'INSTITUT NATIONAL DE
SANTÉ PUBLIQUE

Nicole Damestoy
Présidente-directrice générale

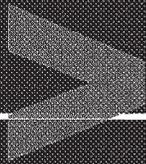
Ce 22 juin 2017

POUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE
MALADIE DU QUÉBEC

Jacques Cotton
Président-directeur général

ANNEXE A

**PROJET D'AMENDEMENT DU PLAN MINISTÉRIEL DE
SURVEILLANCE MULTITHÉMATIQUE
THÉMATIQUE 1 – VOLET MALADIES CHRONIQUES**



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

Direction générale adjointe de la santé publique

**Projet d'amendement du Plan ministériel
de surveillance multithématique
Thématique 1 - volet maladies chroniques**

Présenté au
Comité d'éthique de santé publique

Par la
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

22 septembre 2014

I. MISE EN CONTEXTE

1. Origine et objet du Projet d'amendement du Plan ministériel de surveillance multithématique – thématique 1 – volet maladies chroniques

Rappel : le Plan ministériel de surveillance multithématique (PMSM)

Le PMSM, adopté en 2008, est venu compléter le dispositif du Plan national de surveillance (PNS). Celui-ci est structuré en deux composantes : 1) le Plan commun de surveillance (PCS), officiel depuis mars 2005, a été élaboré par les directions de santé publique et la direction générale de la santé publique (DGSP), en collaboration avec l'Institut national de santé publique (INSPQ) et 2) le PMSM. Ce dernier permet d'identifier et de prioriser les besoins en surveillance du « national » identifiés par la DGSP, en collaboration avec l'INSPQ et les autres directions générales du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces besoins nationaux s'inscrivent en complémentarité de ceux identifiés au PCS.

De façon globale, le PMSM cible des objets de surveillance de l'état de santé et des facteurs l'influençant (les déterminants), lesquels ont été identifiés comme étant nécessaires pour remplir le mandat de la surveillance continue de l'état de santé de la population. Ce plan identifie également les renseignements à obtenir pour suivre ces objets de surveillance.

La justification de l'accès aux renseignements nécessaires à la surveillance de l'état de santé de la population et l'orientation du processus d'alimentation en données sont parmi les principales finalités du PMSM. À l'instar des travaux d'alimentation en données découlant de la mise en œuvre du PCS, la planification fondée sur l'exercice de priorisation du PMSM permettra d'optimiser l'alimentation en données, notamment sa récurrence, élément essentiel pour que puisse s'effectuer la surveillance continue de l'état de santé.

Besoin d'amender le Plan ministériel de surveillance multithématique

En référence à l'article 35 de la Loi sur la santé publique, « Le ministre et les directeurs de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient, entre autres, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir ainsi que les sources d'information envisagées afin de pouvoir exercer la fonction de surveillance. »

Le volet *Maladies chroniques* du PMSM a permis d'enclencher le processus d'opérationnalisation du jumelage au niveau de la surveillance de l'état de santé. Le jumelage consiste en un couplage de dossiers qui permet de combiner deux ou plusieurs dossiers tirés d'une diversité de bases de données ou de fichiers pour produire un nouveau dossier. Dans le cadre du PMSM, le jumelage prévoyait que les bases de données administratives¹ existantes puissent être couplées entre elles dans le but d'effectuer la surveillance des maladies chroniques.

¹ La liste des bases de données administratives utilisées pour le jumelage est identifiée à la page 25 du PMSM – thématique 1.

Or, certains des renseignements « qu'il est nécessaire d'obtenir pour pouvoir exercer la fonction de surveillance » n'avaient pu être identifiés lors de l'élaboration de ce plan, et ce, en raison de l'aspect novateur du processus de jumelage des banques de données administratives. En effet, avant l'élaboration du PMSM, le processus de jumelage n'existait encore qu'en projet de recherche au Québec. Les progrès réalisés dans ce domaine ces dernières années ont permis d'améliorer l'exhaustivité des données issues du jumelage et leur complétude, mais nécessitent l'accès à des sources de données et des renseignements qui n'ont pas été identifiés dans le PMSM.

Dans ce contexte, au regard des besoins évolutifs du PMSM ainsi que de l'obligation légale de déclarer dans un plan de surveillance les renseignements nécessaires à l'exercice de la surveillance et de réévaluer périodiquement ce plan², le PMSM doit être amendé pour y intégrer de nouveaux renseignements issus des banques de données administratives.

Nature et portée de l'amendement

Le PMSM est constitué de huit thématiques. Le jumelage des banques de données administratives n'est utilisé que dans la surveillance des maladies chroniques (*Thématique 1 : Habitude de vie, comportements et maladies chroniques*). Plus spécifiquement, l'amendement porte sur l'annexe 4 *Liste des variables transmises à l'INSPQ par la RAMQ – Maladies chroniques* dans laquelle plusieurs nouvelles sources et renseignements doivent être ajoutés.

Demandeur

Ce projet d'amendement est déposé par le directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint. Il a été préparé par le Service de la surveillance de l'état de santé de la Direction générale adjointe de la santé publique, responsable de la coordination de la mise en œuvre des plans de surveillance. Les modifications demandées, soit l'ajout des renseignements, s'inscrivent en continuité avec des éléments de base déjà identifiés au PMSM.

Conformément au second alinéa de l'article 34 de la Loi de santé publique, le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié à l'INSPQ le mandat d'exercer une partie de sa fonction de surveillance comme il apparaît à l'Entente-cadre et l'Entente spécifique relative au mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population. C'est dans ce *contexte* que l'INSPQ a été mandaté par le MSSS pour réaliser la surveillance des maladies chroniques par le jumelage des banques de données administratives et la gestion de l'information transmises par la RAMQ.

² Le ministre et chaque directeur de santé publique doivent réévaluer périodiquement la nécessité de maintenir chacun de leurs plans de surveillance ou d'y apporter des changements (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 37).

2. Enjeux éthiques

Comme ce projet d'amendement porte sur l'ajout de sources de données et de renseignements « qu'il est nécessaire d'obtenir » et que certains de ces renseignements sont des renseignements personnels³, le principal enjeu éthique pris en considération est celui lié aux activités d'alimentation en données, soit le respect de la confidentialité et de la vie privée.

Plus spécifiquement, une attention a été apportée pour que l'acquisition des sources de données et des renseignements se fasse en conformité avec la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. C'est à cet effet que l'*Entente de communication des renseignements personnels liant le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique et la Régie de l'assurance-maladie du Québec* a été signée. Un avenant à cette entente sera déposé à la Commission d'accès à l'information pour ajouter les nouveaux renseignements à inclure dans l'entente dès lors que le Comité d'éthique de santé publique aura approuvé l'amendement au PMSM.

³ « Dans un document, sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l'identifier » (L.R.Q., article 54).

II. JUSTIFICATION DE L'AMENDEMENT

La liste des sources de données et des renseignements à ajouter au PMSM est détaillée à l'annexe 1. Les éléments surlignés correspondent aux ajouts demandés. Dans cette section, chacune des variables demandées est accompagnée d'un argumentaire justifiant l'ajout des renseignements et des sources de données au PMSM.

La surveillance des maladies chroniques doit permettre :

- de mesurer l'ampleur (prévalence, incidence) de chacune des maladies retenues;
- de produire des indicateurs portant sur l'utilisation des services de santé (consultations et hospitalisations), la consommation de médicaments et l'issue de la maladie (complication, mortalité);
- de faire des liens entre la maladie et ses comorbidités;
- d'identifier les groupes les plus à risque, en examinant leurs caractéristiques sociodémographiques et géographiques⁴.

La mesure de l'utilisation des services de santé par les personnes atteintes de maladies chroniques, autant les consultations, les hospitalisations, la consommation de médicaments, que l'utilisation de services plus spécialisés comme les services d'hémodialyse ou de chirurgie cardiaque, permet de suivre dans le temps les indicateurs de l'organisation des soins et services de santé en lien avec les différentes maladies chroniques⁵. En ce sens, il est essentiel d'inclure les renseignements suivants afin d'exercer une surveillance continue et optimale des maladies chroniques.

1. Nouvelles sources de données

Groupe de médecine familiale et relation entre les dispensateurs et leur clientèle

Selon les données de Statistiques Canada (2011), le Québec est la province où la prévalence de personnes incapables de trouver un médecin de famille est la plus élevée et où il y a ainsi une surutilisation des urgences pour obtenir des soins. Au Québec, c'est le Rapport Clair (2000) qui signala l'existence de problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination des services de santé. Le rapport recommandait notamment que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des Groupes de médecine de famille (GMF). Une importante réforme touchant particulièrement la première ligne de soins a été mise en œuvre⁶.

Les GMF ont été introduits en 2003 afin d'assurer un meilleur accès aux services avec une prise en charge globale (24 heures) et une continuité des soins auprès des patients inscrits au GMF; d'améliorer l'organisation des services de première ligne et de développer une plus

⁴ PMSM, p. 15.

⁵ PMSM, p. 16.

⁶ Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois. Volume 2, p. 21.

grande complémentarité des services avec le réseau (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec).

Comme prévu dans le PMSM, il importe que le modèle de surveillance intègre les différentes dimensions de la surveillance, dont les déterminants de la santé et la consommation de services. Ainsi, l'intégration des données relatives aux fichiers « Groupes de médecine de famille » et « Relations entre les dispensateurs et leur clientèle » permettra de documenter l'utilisation des services de première ligne en lien avec la gestion des maladies chroniques. Le développement d'indicateurs relatifs à la consommation et l'utilisation de services de première ligne permettra de comprendre le lien entre le suivi des maladies chroniques, la consommation de soins, la prise en charge et les issues des maladies. Les variables provenant du fichier « Groupes de médecine de famille » ainsi que le fichier « Relations entre les dispensateurs et leur clientèle » sont alors nécessaires aux fins de surveillance des maladies chroniques.

Cette connaissance rehaussée est nécessaire pour la prise de décisions, les interventions en prévention primaire, secondaire et tertiaire, la prise en charge des maladies et l'organisation des services dans leur ensemble. Ainsi, nous serons en mesure de faire une surveillance qui apportera une meilleure compréhension de la santé des individus et de ses déterminants. Ces renseignements permettront d'effectuer des comparaisons descriptives et analytiques en matière de risques, d'état de santé, d'utilisation de services et de prise en charge.

L'information contenue dans les fichiers « relations entre les dispensateurs et leur clientèle » et « Groupes de médecine de famille » est essentielle pour améliorer la surveillance des maladies chroniques au Québec et prendre en compte l'évolution des soins de première ligne. Les principales raisons qui les justifient sont les suivantes :

- la catégorisation de l'individu selon son affiliation avec un médecin et l'établissement de profil d'utilisation des services (ex. : liens entre les caractéristiques de la prise en charge des personnes atteintes et l'issue de la maladie);
- l'analyse de l'offre de services afin de permettre une meilleure interprétation des différences entre les régions (ex. : « proxy » écologique du nombre de GMF dans une région) et dans le temps (ex. : effet des vagues d'implantation);
- la catégorisation des GMF par leur localisation (ex. : urbain ou rural) et l'attribution d'un indice de défavorisation au GMF lui-même par sa localisation;
- l'ajustement des résultats pour les variables confondantes modifiant l'accès aux GMF (ex. : nombre de points de services ou nombre de médecins affiliés au GMF).

Les tables et les variables du fichier « **Relations entre les dispensateurs et leur clientèle** » sont :

Nom de la table	Justificatif
<p>Relation dispensateurs clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifiant banalisé de la personne assurée • Numéro du dispensateur banalisé • Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle • Code de classe dispensateur • Date de début de la période de relation dispensateur clientèle • Date de fin de la période de relation dispensateur clientèle • Code de raison de la fin de la relation avec le dispensateur • Date de fin admis périnatalité • Date début admis personnes âgées 	<p>Ces variables permettront de faire le jumelage avec les autres bases de données du SISMACQ.</p> <p>Ces variables serviront à catégoriser les personnes assurées selon leur affiliation avec un médecin de famille. Ainsi, nous pourrons faire des liens entre les caractéristiques de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques et l'issue de la maladie (ex. : visite à l'urgence, hospitalisations, complications, mortalité).</p>
<p>Lieu de la relation dispensateur clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifiant banalisé de la personne assurée • Numéro séquentiel lieu relation • Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle • Numéro de l'établissement non banalisé • Code localité banalisé 	
<p>Valeur d'attribut relation dispensateur clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifiant banalisé de la personne assurée • Numéro séquentiel valeur attribut relation • Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle • Nom d'attribut relation dispensateur clientèle • Valeur numérique de l'attribut relation dispensateur clientèle 	<p>Ces variables serviront à identifier les individus suivis en GMF. En plus, elles permettront de faire le lien avec le fichier « groupes de médecine de famille », permettant ainsi de caractériser le GMF où la personne est suivie.</p>

<p>Situation de santé de la relation dispensateur clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifiant banalisé de la personne assurée • Numéro séquentiel situation santé • Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle • Date de la déclaration de la situation de santé • Code de caractéristique de santé • Date de début de la situation de santé • Date de fin de la situation de santé 	<p>L'information sur la vulnérabilité (déclaration de la situation de santé) permettra de faire une validation croisée des définitions de cas appliquées pour exercer la surveillance des maladies chroniques et pourra être ajoutée comme critère pour raffiner l'identification des cas (ex. : code de catégorie de problème de santé 05 = diabète).</p>
--	--

Les tables et les variables du fichier « **Groupes de médecine de famille** » sont :

Nom de la table	Justificatif
<p>Groupe de médecine de famille</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numéro GMF • Nom GMF • Code postal à 6 positions • Date début opération GMF • Date de fin opération GMF 	<p>Ces variables sont nécessaires pour le jumelage avec les autres bases de données du SISMACQ ainsi qu'avec le fichier « Relations entre les dispensateurs et leur clientèle », car le numéro du GMF est identique à la valeur numérique de l'attribut relation dispensateur clientèle.</p>
<p>Dispensateur partenaire dans un GMF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numéro GMF • Code classe dispensateur • Numéro du dispensateur banalisé • Code de fin dispensateur partenaire GMF • Date de début partenaire dispensateur GMF • Date de fin partenaire dispensateur GMF 	<p>Le code postal complet du GMF est nécessaire pour permettre de définir l'offre de services et de catégoriser les GMF par leur localisation (ex. : indice de défavorisation).</p> <p>Ces variables permettront de définir la vague d'implantation au cours de laquelle le GMF a été implanté.</p>
<p>Point de service d'un GMF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numéro GMF • Numéro de l'établissement non banalisé • Date de début du point de service GMF • Date de fin du point de service GMF 	
<p>Nombre de points de services affiliés au 1^{er} octobre de chaque année</p>	<p>Ces variables sont nécessaires, car elles seront utilisées pour définir l'offre de services et comme</p>

financière	variables confondantes afin de mieux interpréter les résultats.
Nombre de partenaires affiliés au 1 ^{er} octobre de chaque année financière	

Données administratives hors Québec (hors QC)

Présentement, les bases de données jumelées du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) ne permettent pas de diffuser des mesures épidémiologiques fiables pour certaines régions du Québec dû au manque d'information sur les hospitalisations et les services médicaux survenus hors du Québec.

En effet, le système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) ne rapporte aucune information sur les hospitalisations et les chirurgies d'un jour de Québécois survenues hors du Québec. Dans la région de l'Outaouais, 18 % des hospitalisations et 22 % des chirurgies d'un jour pour des résidents québécois se font à l'extérieur de la province. Il en est de même pour la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine dont 6.9 % des hospitalisations et 6.6 % des chirurgies d'un jour se font à l'extérieur de la province. On remarque le même phénomène, même si moins important, chez la population de la région des Laurentides et de la Montérégie⁷.

Pour ce qui est du Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, ce dernier ne compte que les services rendus hors QC par les médecins inscrits à la RAMQ, soit environ 40 % des services offerts à l'extérieur du Québec. En 2011, des 640 000 actes facturés à la RAMQ pour des services rendus hors QC, 360 000 actes ont été facturés par des médecins non-inscrits auprès de cette dernière. L'information sur ces services est présentement absente de la banque SISMACQ. Au total, 36 M\$ ont été déboursés pour des services rendus à des Québécois dans une autre province⁸, d'où l'importance d'obtenir les données du Fichier services rendus hors Québec – phase II de la RAMQ.

L'absence d'information dans les données administratives concernant les services rendus hors Québec pour les régions limitrophes de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick ne permet pas la publication ou la comparaison de certaines données interrégionales⁹. Cette absence d'information résulte en une sous-estimation des mesures épidémiologiques basées sur les données administratives (ex. : prévalence, incidence, utilisation des services). Par conséquent, il est difficile de produire des indicateurs fidèles à la réalité pour les régions concernées. Ainsi, il est impératif de combler ces lacunes et de compléter l'information afin de fournir aux régions limitrophes des autres provinces canadiennes des estimations fiables.

7 MSSS, INFO-HOSP-HORS-QUÉBEC, Bulletin d'information sur les hospitalisations et les interventions en chirurgie d'un jour de Québécois survenues dans les autres provinces canadiennes, décembre 2011.

8 Données hors Québec, présentation PowerPoint Céline Plante et Marc Simard, INSPQ, 27 mars 2013, diapositive no 12.

9 Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, INSPQ, Surveillance des maladies chroniques, numéro 6, p. 2.

Au Canada, la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contient l'information pour toutes les hospitalisations survenues dans le reste du Canada. Les données proviennent directement des établissements de soins de courte durée, ou encore de leur autorité sanitaire, régie régionale ou ministère de la Santé respectif, lesquels sont tenus de soumettre leurs données. Certaines provinces soumettent aussi l'information relative aux chirurgies d'un jour dans cette base de données. La qualité de l'information est assurée par l'ICIS. Pour ce qui est des soins ambulatoires, l'information des autres provinces canadiennes est majoritairement colligée dans le système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Le SNISA reçoit les données sur les chirurgies d'un jour et les cliniques de consultation externe de plusieurs provinces et territoires ainsi que les données sur les services d'urgence de l'Ontario. L'ICIS reçoit les données directement des établissements participants, des régies régionales de la santé ou des ministères de la Santé. Les méthodes de collecte de données varient selon l'établissement. L'ICIS s'assure que la qualité de l'information contenue dans ses banques de données convient aux utilisations prévues et que les utilisateurs sont bien renseignés sur la qualité des données. Ainsi les deux fichiers provenant de l'ICIS sont nécessaires pour compléter les données des hospitalisations et des services médicaux du SISMACQ.

L'obtention de l'information provenant de ces fichiers permettra de combler cette lacune afin de :

- de mieux identifier les individus atteints de maladies chroniques;
- de procéder à une diffusion de mesures épidémiologiques de base pour les régions où les résidents reçoivent fréquemment des services dans d'autres provinces (ex. : Outaouais);
- de permettre une meilleure comparaison interrégionale en éliminant le biais d'information associé au manque de données sur l'utilisation des services hors Québec;
- d'établir un portrait plus fidèle de l'utilisation des services;
- d'obtenir un profil d'utilisation de services plus complet pour les personnes qui sont atteintes de maladies chroniques.

Les variables du fichier « **Base de données sur les congés des patients** » de l'ICIS sont :

Nom des éléments de données	Justificatif
Groupe 02 - Durée calculée du séjour	Ces variables correspondent à celles qui se retrouvent déjà dans MED-ÉCHO, comme convenu dans l'entente de Communication. Elles sont nécessaires afin de compléter les données concernant les Québécois qui reçoivent des soins à l'extérieur du Québec. Elles serviront à compléter le fichier MED-ÉCHO.
Groupe 03 - Renseignements démographiques : responsable du paiement	
Groupe 04 - Admission	
Groupe 05 - Sortie	
Groupe 07 - Service principal	
Groupe 09 - Dispensateur	
Groupe 10 - Diagnostic	
Groupe 11 - Intervention	
Groupe 13 - Soins spéciaux	
Groupe 18 - Soins génésiques : âge	

gestationnel et âge gestationnel au moment de l'accouchement	
--	--

Les variables du fichier « **Système national d'information sur les soins ambulatoires** » de l'ICIS sont :

Nom des éléments de données	Justificatif
Données démographiques relatives aux patients ou clients : responsable du paiement	Ces variables correspondent à celles qui se retrouvent déjà dans MED-ÉCHO, comme convenu dans l'entente de communication. Elles sont nécessaires afin de compléter les données concernant les Québécois qui reçoivent des soins à l'extérieur du Québec. Elles serviront à compléter le fichier MED-ÉCHO.
Données sur l'arrivée et le type de visite	
Données relatives au dispensateur	
Données relatives à l'évaluation et à la consultation	
Données sur les interventions	
Données relatives à la sortie	

Les variables du fichier « **Services rendus hors Québec – phase II** »

Nom de la variable	Justificatif
Identifiant banalisé de la personne assurée	Ces variables sont nécessaires pour le jumelage avec les autres bases de données du SISMACQ.
Code de diagnostic	Ces variables correspondent à celles qui se retrouvent déjà dans MED-ÉCHO et le Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, comme convenu dans l'entente de communication. Elles sont nécessaires afin de compléter les données concernant les Québécois qui reçoivent des soins à l'extérieur du Québec. Elles serviront à compléter le fichier MED-ÉCHO et celui des services rémunérés à l'acte.
Date de paiement	
Date d'admission	
Date de sortie	
Numéro d'établissement	
Code de province	
Code de spécialité	
Code de statut de décision	
Code postal indicateur région	
Code postal indicateur région du dispensateur	
Indicateur service urgence	
Code de type de client	

Fichier sur la performance hospitalière (APR-DRG)

Les maladies suivantes expliquent à elles seules plus de trois décès sur quatre, et elles sont associées à une proportion très importante des hospitalisations et des soins spécialisés :

- les cancers;
- les maladies cardiovasculaires (MCV) incluant les malformations congénitales de l'appareil circulatoire;
- les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et l'asthme;
- les troubles mentaux et les démences;
- le diabète;
- les maladies ostéoarticulaires;
- l'ostéoporose.

Le cumul de maladies chroniques et des complications s'y rattachant constituent un fardeau supplémentaire pour le système de santé. Les gens vivant plus longtemps risquent maintenant de souffrir de plus d'un cancer ou de souffrir de plus d'une maladie chronique (PMSM, p. 3). La surveillance de la multimorbidité en est à ses débuts, mais il est connu qu'elle a un impact majeur sur l'issue clinique des patients et de leur consommation de services de soins. La surveillance doit s'ajuster pour en apprécier l'impact sur la santé populationnelle et l'interaction avec les autres déterminants de la santé. L'effet de la présence d'une première maladie chronique chez un individu modifie souvent son risque d'être atteint d'une seconde maladie et ce phénomène doit être surveillé dans son ensemble, incluant les répercussions du cumul des maladies sur l'organisation et la demande dans les services de santé.

Dans le cadre de la surveillance des maladies chroniques spécifiques et de la multimorbidité, l'obtention des renseignements du fichier sur la performance hospitalière – APR-DRG est nécessaire pour préciser la mesure du fardeau, l'évolution de l'état de santé et son impact sur la trajectoire longitudinale des soins. L'accès à ce fichier permettra d'obtenir les renseignements sur le groupement et la gravité clinique pour ensuite l'associer aux risques de dégradation et de mortalité de ces clientèles. Ces renseignements seront aussi utilisés pour distinguer l'effet des maladies chroniques et de la multimorbidité sur l'accroissement des ressources engagées pour leur traitement. Dans un souci d'harmonisation de la codification de l'état de santé et de ses déterminants, il est hautement souhaitable que les travaux de surveillance des maladies chroniques utilisent les normes du MSSS pour qualifier la lourdeur des personnes atteintes de maladies chroniques qui sont hospitalisées par rapport aux ressources utilisées.

Les variables du fichier sur la « **Performance hospitalière – APR-DRG** » requises sont :

Nom de la variable	Justificatif
Code de DRG	Variables nécessaires pour mesurer la lourdeur, par rapport aux ressources utilisées, des cas cliniques admis à l'hôpital d'un individu lors d'une admission hospitalière et faire le jumelage avec les maladies chroniques identifiées par nos algorithmes afin de déterminer comment ces maladies et sous quelles conditions elles affectent l'état de santé de ces individus et leur profil de consommation de soins en tenant compte d'autres déterminants (médicaux et autres) de la santé. Dans le cadre de cette surveillance, ces nouveaux renseignements permettront la création de cohortes par catégorie de diagnostic et de lourdeur/gravité clinique afin de mettre en lumière de possibles variations locales ou régionales pour des cohortes similaires.
Code de CMD	
Indicateur de gravité clinique	
APR-DRG de chirurgie d'un jour	
NIRRU	Cette variable est nécessaire pour évaluer la lourdeur de la clientèle par rapport aux ressources utilisées.
NIRRU de base de la chirurgie d'un jour	Cette variable est nécessaire pour évaluer la lourdeur de la clientèle par rapport aux ressources utilisées.

2. Ajout de renseignements dans une source déjà identifiée au PMSM

Numéro d'établissement non banalisé dans le Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte

Actuellement, le Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte transmis à l'INSPQ dans le cadre de la surveillance des maladies chroniques ne comprend que les trois premiers éléments de la variable *Numéro à 3 positions de l'établissement* usuel banalisé pour tous les établissements, à l'exception des hôpitaux pour lesquels le numéro complet est déjà disponible. Ces trois éléments permettent seulement de catégoriser le type d'établissement, mais ne permettent aucunement de différencier les établissements d'un même type entre eux. La distinction entre les différents établissements est importante pour les mesures de profil d'utilisation des services. Par exemple, le suivi des malades par le même établissement est un indicateur de continuité de soins et un déterminant de la santé qui peut avoir des impacts sur l'issue de la maladie.

L'obtention du numéro de l'établissement non banalisé permettra ainsi de documenter :

- la continuité dans le suivi de la maladie;
- le profil d'utilisation de services;
- l'offre de services par type d'établissement sur un territoire;
- l'effet des facteurs organisationnels;
- le profil d'utilisation de services par rapport à l'accessibilité géographique;
- l'accès aux soins et services.

De plus, l'obtention du numéro de l'établissement non banalisé facilitera la réalisation d'études de validation aux fins de surveillance. Dans le but de connaître les endroits où sont suivis les patients afin d'obtenir un échantillonnage représentatif, ce numéro est nécessaire.

Dans le cadre de nos activités de surveillance, l'impact du nouveau modèle de services de première ligne par les GMF sur la gestion des maladies chroniques sera étudié. Pour ce faire, la distinction des GMF entre eux sur un même territoire ainsi que des différents points de services attachés à un même GMF est nécessaire. De plus, les facteurs organisationnels dont l'offre de services préventifs, le type de prise en charge, le profil organisationnel des soins de première ligne (ex : à prestataire unique, de contact, de coordination ou communautaire) et le milieu (rural ou urbain) sont des déterminants de la santé associés directement au point de service. Ainsi, le numéro de l'établissement non banalisé permettra de vérifier l'effet des facteurs contextuels locaux sur les indicateurs de santé des individus, en plus d'aider à l'interprétation des différences observées dans le réseau.

Parallèlement, le numéro de l'établissement non banalisé est aussi nécessaire afin de vérifier la continuité des soins pour les individus atteints de maladies chroniques après leur inscription à un médecin de famille par le biais du Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO). Parmi les trois indicateurs pour apprécier l'effet de l'implantation des GACO, la continuité relationnelle sera évaluée et mise en relation avec les contextes d'implantation vécus dans chaque établissement d'un Centre de Santé et Services sociaux (CSSS). Vu les récents changements au niveau des modèles d'organisation des services médicaux de première ligne (ex. : GMF) au tournant des années 2000, la continuité relationnelle n'est plus seulement associée au seul médecin auprès duquel l'individu est inscrit, mais aussi à tous les professionnels faisant partie de l'organisation de soins intégrés de type GMF. De plus, afin de comparer les effets sur la clientèle des facteurs organisationnels comme les caractéristiques de l'implantation des guichets (gouvernance, ressources, outils, valeurs), il est essentiel de pouvoir associer chaque établissement au CSSS qui gère le GACO.

Le numéro de l'établissement non banalisé est également essentiel pour identifier les cliniques externes qui assurent le suivi des enfants atteints de diabète dans le but de fournir l'information nécessaire à l'amélioration de la prise en charge du diabète chez les jeunes, plus particulièrement lors du passage vers les soins adultes. L'effet du mode de transition vers les soins adultes sur la santé et l'utilisation de services chez les jeunes diabétiques sera mesuré. Plus spécifiquement, le développement d'indicateurs d'utilisation des services de santé afin de les comparer avant et après la transition vers les soins adultes est nécessaire.

Les relations entre le mode de prise en charge, le mode de transition, l'utilisation des services et la survenue des complications pendant la période de transition seront étudiées et les éléments facilitants ainsi que les obstacles à une transition réussie vers les soins adultes seront décrits. Ces nouveaux indicateurs seront utilisés de façon planifiée, récurrente et régulière afin de répondre à nos objectifs de surveillance.

Au cours des dernières années, l'utilisation de la banque jumelée a permis de mettre en évidence la nécessité d'obtenir le numéro de l'établissement non banalisé pour produire des résultats pour la surveillance des maladies chroniques. À titre d'exemple, en 2011, l'équipe d'Accès aux services spécialisés et surspécialisés du MSSS voulait connaître les établissements où étaient suivis les cas de diabète pédiatrique afin de mieux planifier et administrer le programme de pompes à insuline. Afin de répondre au besoin de planification du MSSS, il était important d'identifier spécifiquement les établissements où les services médicaux étaient rendus. La surveillance continue de l'état de santé de la population doit être en mesure de fournir de l'information, en temps opportun, afin de permettre aux décideurs de mieux planifier les ressources et l'offre de service. Malheureusement, avec seulement le numéro de l'établissement banalisé, l'INSPQ n'a pas été en mesure de répondre entièrement à cette demande.

Dans l'optique où nous désirons mesurer l'effet de la distance géographique entre le premier établissement de soins, une clinique médicale par exemple, et un hôpital offrant des services ultraspecialisés (centre tertiaire), il est primordial d'obtenir le numéro de l'établissement non banalisé ainsi que son code postal. Ce dernier est seulement nécessaire pour calculer la distance approximative entre le lieu de résidence de l'individu et le lieu de l'établissement où les soins de santé ont été prodigués. Cette distance géographique sera, entre autres, utilisée pour le continuum de soins des maladies vasculaires, cérébrales et pour documenter le profil d'utilisation de services par rapport à l'accessibilité géographique.

Ainsi, la non-disponibilité du numéro complet de l'établissement nous limite dans le développement d'indicateurs de suivi et de continuité de soins, d'une part, et d'autre part, limite grandement l'utilité pour la prise de décision et la planification des ressources par le MSSS.

Fichier « (MED-ÉCHO) »

Les variables supplémentaires suivantes sont requises :

Nom de la variable	Justificatif
Responsabilité de paiement	Cette variable est nécessaire afin de différencier notamment les cas d'asthme professionnel des cas d'asthme régulier.
Date de l'accident	La date d'accident est liée au code de cause d'accident et permet notamment de mieux situer le traumatisme par rapport à l'arrivée à l'hôpital. Cette variable est également nécessaire dans le suivi prospectif pour repérer toutes les hospitalisations associées à un même accident.
Code de diagnostic de la cause d'accident	Le code de cause d'accident permet notamment de caractériser les fractures selon le type de traumatisme (faible ou sévère). Cette information est nécessaire pour mieux caractériser les fractures de fragilisation.
Séjour Code de précision de la date de l'accident	Cette variable est nécessaire lorsque le jour et/ou le mois de l'accident sont inconnus, car elle indique le degré de précision relative à la date de l'accident.
Intervention Code de technique d'anesthésie, Classe dispensateur – anesthésie Code spécialité dispensateur - anesthésie	Ces variables sont nécessaires pour repérer les individus qui ont reçu de l'électroconvulsivothérapie (ECT), traitement offert dans les cas de dépression grave. Dans la plupart des cas, le traitement est administré par un psychiatre accompagné d'un anesthésiste, mais il se peut que le traitement soit administré par une autre classe de dispensateur.

Fichier « Services médicaux rémunérés à l'acte »

Les variables supplémentaires suivantes sont requises :

Nom de la variable	Justificatif
Code de décision de paiement	Ces variables sont nécessaires afin de différencier les cas d'asthme régulier de l'asthme professionnel.
Indicateur de service rendu CSST	
Code postal de l'établissement	Cette variable est nécessaire pour établir le profil d'utilisation de services par rapport à l'accessibilité géographique et au calcul de la distance approximative entre le lieu de résidence et le lieu où les soins ont été prodigués.

Fichier « Décès – MSSS »

Les variables supplémentaires suivantes sont requises :

Nom de la variable	Justificatif
Lieu de naissance	Cette variable correspond à un déterminant socioculturel de la santé. Il existe des différences marquées des taux de mortalité selon les régions géographiques d'origine. Les études menées au Canada montrent que les immigrants (regroupés en grandes régions géographiques) affichent des taux de décès souvent semblables aux tendances présentes dans leur région d'origine ¹⁰ . Compte tenu des différences marquées de proportion d'immigrants entre les régions sociosanitaires, cette information est nécessaire à la surveillance des décès ainsi que pour la mise en place de mesures de prévention et de traitements en lien avec l'accessibilité des services.

¹⁰ Bergeron, P., N. Auger, and D. Hamel, [Weight, general health and mental health: status of diverse subgroups of immigrants in Canada]. Can J Public Health, 2009. 100(3): p. 215-220.

Langue d'usage	Cette variable correspond à un déterminant socioculturel de la santé et de la qualité des services. Les études antérieures ont montré un écart significatif de la prévalence et de la mortalité associées entre les principales communautés linguistiques au Québec ¹¹ . La validité de cette variable a fait l'objet d'une étude et une procédure d'imputation est disponible afin de suppléer aux données manquantes ¹² .
Région sociosanitaire du lieu de décès	Cette variable est nécessaire dans l'analyse de l'organisation des services. Elle permet de documenter la cohésion entre la région de résidence et celle du lieu de décès. Cette variable est d'intérêt pour les personnes où peu de services spécialisés sont disponibles dans leur région de résidence.
Code de municipalité du lieu de décès	Cette variable est nécessaire dans l'analyse de l'organisation des services. Elle permet de documenter la cohésion entre le lieu de dispensation des services, le lieu du décès et la distance à parcourir pour l'individu qui les requiert (lieu de résidence).

Fichier « Admissibilité à l'assurance médicaments »

Les variables supplémentaires suivantes sont requises :

Nom de la variable	Justificatif
Code de programme médicament	Cette variable est nécessaire afin de documenter le niveau de fonctionnement des personnes dans la communauté. Il s'agit d'un indicateur de fonctionnement des personnes, car si elles peuvent travailler, elles sont plus à même d'être sur le régime privé de couverture d'assurance médicaments obligatoire au Québec. On peut ainsi qualifier la gravité des conséquences des troubles mentaux.

¹¹ Auger, N. et coll. (2012) Life expectancy gap between the Francophone majority and Anglophone minority of a Canadian population, *European Journal of Epidemiology*, 27(1), pp. 27-38.

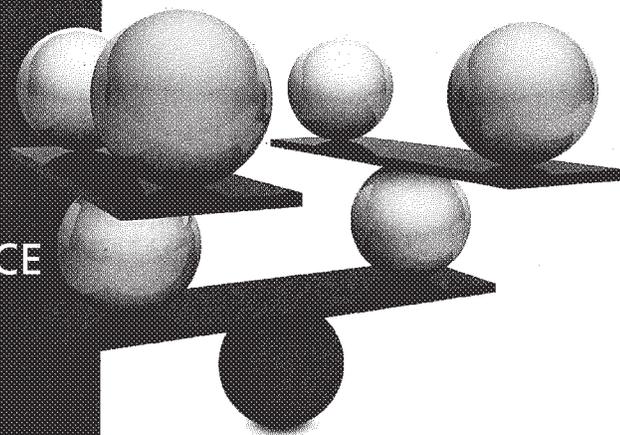
¹² Trempe, N., et coll., La validité de la variable «Langue d'usage à la maison» Fichier des décès du Québec, in *La langue déterminant de l'état de santé et de la qualité des services*, 2012, INSPQ, p. 12.

ANNEXE B

**AVIS DU CÉSP SUR LE PROJET D'AMENDEMENT DU PLAN
MINISTÉRIEL DE SURVEILLANCE MULTITHÉMATIQUE (PMSM) –
THÉMATIQUE 1 – VOLET « MALADIES CHRONIQUES »**

AVIS SUR LE PROJET D'AMENDEMENT DU PLAN MINISTÉRIEL DE SURVEILLANCE MULTITHÉMATIQUE – THÉMATIQUE 1 – VOLET « MALADIES CHRONIQUES »

OCTOBRE 2014



Mise en situation

Le projet déposé au Comité d'éthique de santé publique (CESP) par le directeur national de santé publique et préparé par le Service de la surveillance de l'état de santé de la Direction générale adjointe de la santé publique consiste en l'amendement du Plan ministériel de surveillance multithématique (PMSM) afin d'y ajouter de nouvelles sources de données ainsi que des renseignements pour des sources de données déjà indiquées dans le plan.

Le PMSM contient les objets de surveillance priorités au niveau national par les différents acteurs qui y sont présents. Avec le Plan commun de surveillance, il forme l'une des composantes du Plan national de surveillance.

Dans le cadre du volet « maladies chroniques », le jumelage de banques administratives permet de produire des données centrales à la surveillance de cette thématique. Or, lors de l'élaboration du PMSM, certains renseignements n'avaient pas été inscrits dans le plan, étant donnée la relative nouveauté du jumelage dans ce domaine. Cet ajout de renseignements et de sources de données constitue l'objet de la présente demande au Comité.

La surveillance des maladies chroniques s'effectue, entre autres, en croisant des indicateurs sur l'ampleur et l'issue des maladies retenues avec d'autres sur l'utilisation des services, la consommation de médicaments, la comorbidité ainsi que sur les caractéristiques sociodémographiques et géographiques des groupes à risque.

Le projet d'amendement propose d'ajouter les sources de données suivantes afin de mieux documenter l'utilisation des services de première ligne, l'utilisation de services à l'extérieur du Québec et la multimorbidité : groupe de médecine familiale, relation entre les dispensateurs et leur clientèle, données administratives hors Québec (bases de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires, services rendus hors Québec phase II) et fichier sur la performance hospitalière (APR-DRG).

Le projet propose aussi d'ajouter des renseignements provenant de sources qui étaient déjà indiquées : le fichier MED-ÉCHO, le fichier « décès-MSSS », le fichier « admissibilité à l'assurance médicaments » et le fichier « services médicaux rémunérés à l'acte ». Dans le cas de ce dernier, les demandeurs proposent de retenir le numéro complet non banalisé des établissements où des soins ont été dispensés. Ceci permettrait de mieux documenter la continuité du suivi, le profil d'utilisation, l'offre de services sur un territoire, l'effet des facteurs organisationnels, l'accès aux services et le profil d'utilisation en lien avec l'accessibilité géographique.

L'examen éthique du CESP

Dans le cadre de son examen du PMSM, le CESP avait fait part de deux préoccupations qui concernent aussi le présent projet¹.

¹ CESP (2010). *Projet de Plan ministériel de surveillance multithématique*. Gouvernement du Québec, Québec.

La première préoccupation concernait le processus de jumelage de banques de données et son possible impact sur le respect de la confidentialité. Puisque ce jumelage est en mesure de construire des profils de patients, une attention particulière est de mise quant au respect de la confidentialité et à la protection des données. Cette mise en garde s'applique de la même manière au présent projet.

La deuxième préoccupation concernait la possibilité, dans la mouture originale du PMSM, de produire des bulletins ou des palmarès d'établissements. En proposant d'utiliser les numéros d'établissement non banalisés dans le cadre de la surveillance, le projet d'amendement rend cette possibilité bien réelle. Le problème lié au palmarès d'établissements est qu'il se

trouve indirectement à identifier des caractéristiques de leur clientèle. Face à ce potentiel problème, le Comité recommande aux responsables d'être prudents. Ceci peut se traduire, entre autres, par une diffusion restreinte ou ciblée aux acteurs directement concernés.

En conclusion, de façon générale, l'examen du projet d'amendement du Plan ministériel de surveillance multithématique n'a pas soulevé de préoccupations éthiques particulières. Par contre, les préoccupations initiales du CESP au regard du PMSM s'appliquent au projet proposé. À ce chapitre, le CESP recommande aux responsables d'être circonspects quant à la possible production de profils d'utilisateurs et de palmarès d'établissements.

À PROPOS DU COMITÉ

Le Comité d'éthique de santé publique est un comité formé par l'Institut national de santé publique du Québec, conformément à sa loi constitutive (L.R.Q., chapitre I-13.1.1) qui en précise notamment le mandat et la composition. Le comité relève du conseil d'administration qui nomme les membres et détermine les modalités de fonctionnement. Le CESP est toutefois seul responsable des avis qu'il produit et du processus d'examen éthique qu'il utilise.

Le Comité d'éthique de santé publique joue un rôle conseil auprès des instances de santé publique et son mandat comporte deux grands volets.

COORDINATION

France Filiatrault

RÉDACTION

Michel Désy
France Filiatrault

MISE EN PAGES

Royse Henderson

Avis adopté à la 95^e séance du Comité d'éthique de santé publique le 27 octobre 2014 (publication n° 1914)

Institut national
de santé publique

Québec 

Membres du Comité d'éthique de santé publique

Bruno Leclerc, président	Philippe Lessard
Yves Chabot, vice-président	Sally Phan
Nicole Girard	Jill E. Torrie
Laurent Lebel	

Pour plus d'information sur le Comité d'éthique de santé publique et ses productions, veuillez consulter le site Web au <http://cesp.inspq.qc.ca>.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca> et du Comité d'éthique de santé publique au : <http://cesp.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

©Gouvernement du Québec (2014)

ANNEXE C

*ENTENTE-CADRE POUR LA CONSOLIDATION ET LE
DÉVELOPPEMENT D'UNE EXPERTISE QUÉBÉCOISE EN SANTÉ
PUBLIQUE*

ET

ENTENTE SPÉCIFIQUE 2015-2016 POUR LA CONSOLIDATION
ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE EXPERTISE QUÉBÉCOISE EN
SANTÉ PUBLIQUE VOLET « SURVEILLANCE CONTINUE DE
L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION »

**ENTENTE-CADRE POUR LA CONSOLIDATION ET LE DÉVELOPPEMENT
D'UNE EXPERTISE QUÉBÉCOISE EN SANTÉ PUBLIQUE**

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, pour et au nom du gouvernement du Québec, agissant par monsieur Jacques Cotton, sous-ministre,

ci-après désigné « le Ministre ».

ET

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, personne morale régie par la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* (L.R.Q., c. I-13.1.1), ayant son siège au 945, avenue Wolfe, Québec (Québec) G1V 5B3, agissant par monsieur Luc Boileau, président-directeur général, dûment autorisé tel qu'il le déclare,

ci-après désigné « l'Institut ».

ATTENDU qu'en vertu de l'article 3 de la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*, l'Institut a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, les agences visées par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) et le conseil régional institué en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (L.R.Q., c. S-5), dans l'exercice de leur mission de santé publique ;

ATTENDU que pour réaliser cette mission, l'Institut est principalement financé par le gouvernement du Québec via des subventions versées par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour réaliser ses activités régulières et ses projets spéciaux ;

ATTENDU que des travaux d'expertise peuvent être réalisés par l'Institut et être subventionnés par des sources de financement qui ne sont pas visées par la présente entente ;

ATTENDU la volonté commune d'améliorer l'efficacité et la performance de l'Institut dans la réalisation de sa mission, de simplifier l'approche de gestion des activités scientifiques et d'assurer le maintien de l'expertise ;

ATTENDU la volonté du Ministre de maintenir sa capacité d'orienter les mandats d'expertise financés de façon récurrente, répétitive ou ponctuelle tout en respectant le leadership scientifique et la gouvernance de l'Institut.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET DE L'ENTENTE

L'Institut doit développer une expertise polyvalente et diversifiée des grands dossiers de santé publique en plus de développer des expertises de pointe. C'est dans ce contexte que le Ministre lui assure un soutien additionnel lui permettant de développer l'expertise de santé publique, et ce, dans le but de soutenir l'action nationale, régionale et locale du réseau de la santé et des services sociaux dans les secteurs définis à l'article 4 de la présente entente.

La présente entente a pour objet de convenir du financement octroyé par le Ministre à l'Institut dans le cadre de ce mandat.

Elle a aussi pour objet de définir les balises générales de collaboration des partenaires relativement aux ententes spécifiques qui seront ultérieurement convenues entre eux pour la mise en œuvre de la présente entente.

2. ENGAGEMENT DU MINISTRE

Le Ministre s'engage à bien identifier ses besoins, à en faire part à l'Institut et à octroyer annuellement à l'Institut un montant global de 5 736 336 \$ pour la réalisation de la présente entente. Ce montant ne fera l'objet d'aucune indexation annuelle et cet enjeu sera considéré dans le processus d'élaboration des ententes spécifiques.

Ce soutien financier est assujéti aux conditions précisées dans les ententes spécifiques.

3. DURÉE

L'entente est considérée par les parties comme étant entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009. D'une durée de six ans, elle se termine le 31 mars 2015 et s'échelonne donc de l'année financière gouvernementale 2009-2010 à l'année financière gouvernementale 2014-2015.

4. ENTENTES SPÉCIFIQUES

Les parties concluront des ententes spécifiques qui prendront en considération les activités régulières de l'Institut ainsi que les mandats et subventions antérieures à 2009-2010, afin de mieux préciser les besoins d'expertises complémentaires.

Ces ententes spécifiques, pour un montant annuel global de 5 736 336 \$ prévu à l'article 2 de la présente entente, seront réparties par secteur d'activité, de la façon suivante :

- la surveillance continue de l'état de santé de la population : 300 000 \$;
- le développement des individus et de l'environnement social : 1 070 000 \$;
- la prévention des maladies chroniques et des traumatismes : 2 427 336 \$;
- la protection de la santé publique : 954 000 \$;
- les fonctions de soutien en santé publique : 400 000 \$;
- la prévention de la toxicomanie : 100 000 \$;
- les services de santé et de médecine universitaire : 485 000 \$.

Les ententes spécifiques découlant de l'entente sexennale détermineront, sur une base de deux ou de trois ans, les activités et services à rendre par l'Institut en identifiant les biens livrables dans le respect des priorités ministérielles. Elles fixeront les modalités administratives, de suivi et de reddition de comptes qui devront être respectées par les parties.

Au terme de chacune des ententes spécifiques, les soldes disponibles seront considérés pour reconduction dans le même volet ou réallocation à d'autres volets d'une même entente spécifique, et ce, après entente entre les parties.

5. MODALITÉS FINANCIÈRES

Le Ministre s'engage à octroyer une subvention totalisant 5 736 336 \$ à l'Institut sous forme de trois versements égaux le 1^{er} avril, le 1^{er} août et le 1^{er} décembre de chaque année financière.

Les subventions versées par le Ministre depuis le 1^{er} avril 2009 seront soustraites du premier versement prévu à la présente entente-cadre.

6. MÉCANISME DE SUIVI

Afin de veiller à la réalisation de la présente entente, les parties conviennent de mettre en place, dans les trois mois suivants la signature de l'entente, un comité de suivi composé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, de ses sous-ministres adjoints concernés par la présente et du président-directeur général de l'Institut. Le rôle de ce comité consistera à s'assurer de la bonne gestion de l'entente-cadre et des ententes spécifiques qui en découlent.

Le nombre de rencontres du comité est d'un minimum de deux rencontres annuelles pour les deux premières années de la présente entente et d'une rencontre annuelle pour les années subséquentes.

7. REDDITION DE COMPTES

Un bilan annuel des activités est réalisé par l'Institut afin que le comité de suivi, décrit à l'article 6, dispose des informations pertinentes pour la réalisation de son mandat. Ce bilan devra, pour chacune des ententes spécifiques, inclure au minimum :

- les principaux livrables réalisés ;
- un sommaire des ressources financières utilisées ;
- le respect des échéanciers.

8. PARAMÈTRES RÉGISSANT LES ENTENTES SPÉCIFIQUES

8.1 CONFIDENTIALITÉ ET SÉCURITÉ DES RENSEIGNEMENTS

L'Institut s'engage à ce que ses activités réalisées dans le cadre de la présente entente ainsi que des ententes spécifiques qui en découlent respectent les dispositions de la Loi sur la santé publique et de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels de même que les politiques du gouvernement et du Ministère en cette matière.

Il s'engage aussi à prendre toutes les mesures requises en matière de sécurité pour assurer la confidentialité des données de santé qui seront utilisées pour la réalisation de ces travaux.

Les ententes spécifiques entre le Ministre ou ses représentants et l'Institut pourront prévoir des modalités particulières pour l'accès aux banques de données détenues par l'Institut, le Ministère ou toute autre organisation.

8.2 PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

a) Droits d'auteur

L'Institut est titulaire des droits d'auteur sur les œuvres qu'il réalise.

Toutefois, pour certaines productions spécifiques, les parties pourront convenir d'une cession de droits d'auteur complète ou partielle en faveur du Ministre. Le cas échéant, les parties le feront par dispositions écrites comprises ou non dans les ententes spécifiques découlant de la présente entente et conclues de préférence avant le début des travaux. L'Institut accordera alors au Ministre les mêmes garanties que celles prévues au paragraphe b) sur toutes ses productions originales, notamment sur les résultats issus des travaux d'expertise, d'étude et d'évaluation.

b) Licence

L'Institut octroie au Ministre une licence non exclusive et non transférable sur les productions originales qu'il réalise ou fait réaliser par un tiers dans le cadre de la présente entente et des ententes spécifiques qui en découlent, lui permettant de les

produire, reproduire, adapter, traduire, exécuter ou représenter en public, publier et communiquer par télécommunication, et ce, pour toutes fins jugées utiles par le Ministre. Cette licence est accordée gratuitement et sans limite territoriale ou de temps.

L'Institut garantit au Ministre qu'il détient tous les droits lui permettant de réaliser la présente entente et, notamment, de consentir la licence de droits d'auteur prévue ci-haut. Il se porte garant envers le Ministre contre tout recours, poursuite, réclamation ou demande de la part de toute personne, relativement à l'objet de ces garanties.

L'Institut s'engage à prendre fait et cause pour le Ministre, advenant tout recours, poursuite, réclamation ou demande concernant l'objet de ces garanties.

c) Reconnaissance

Lors de la diffusion des productions, l'Institut doit faire mention de la contribution financière du Ministre et de toute autre contribution significative. Les parties conviennent de faire mention de la participation de chacune d'elles dans toute communication publique faisant état des travaux réalisés.

8.3 ACCÈS ET REMISE DES TRAVAUX

Le Ministre et les sous-ministres adjoints concernés pourront avoir accès aux résultats intermédiaires et à tout document produit par l'Institut pour l'exécution de la présente entente et des ententes spécifiques en découlant. L'Institut pourra alors ajouter une note à ces travaux afin d'en préciser les limites scientifiques et techniques.

Vingt jours ouvrables avant de remettre une copie finale du bien livrable, l'Institut devra donner l'opportunité aux représentants du Ministre de prendre connaissance des résultats obtenus et de les commenter. Les conclusions tirées par l'Institut à l'égard de ces commentaires seront transmises au Ministère, dans la perspective de bien comprendre et d'utiliser de façon optimale ces productions.

L'Institut devra remettre les travaux réalisés aux sous-ministres adjoints concernés et, s'il y a lieu, au Ministre de façon simultanée.

8.4 DIFFUSION

L'Institut s'engage à remettre copie des documents finaux soixante jours avant leur diffusion à moins d'avis contraire du Ministre ou des sous-ministres adjoints. L'Institut remettra au même moment un sommaire exécutif.

D'autres modalités de diffusion pourront être ajoutées dans les ententes spécifiques.

9. MODIFICATION DE L'ENTENTE

Toute modification à la présente entente devra faire l'objet d'une entente écrite signée par les parties. Cette modification fera alors partie intégrante de la présente entente à compter de sa signature.

10. RÉSILIATION

Le Ministre se réserve le droit de résilier la présente entente en tout temps si l'Institut néglige ou fait défaut de remplir l'un ou l'autre des termes, conditions ou obligations qui lui incombent en vertu de la présente entente ou des ententes spécifiques qui en découlent. Pour ce faire, le Ministre adresse un avis écrit à l'Institut énonçant le motif de résiliation. L'Institut devra remédier au défaut énoncé.

Quatre-vingt-dix jours après envoi d'un avis à cet effet à l'Institut, le Ministre se réserve le droit de retenir les versements prévus à la présente entente ou à une entente spécifique en découlant ou de résilier l'entente en question. La résiliation prend effet de plein droit à l'expiration de ce délai.

Par ailleurs, l'une ou l'autre des parties peut, moyennant un avis expédié par courrier recommandé ou par messenger, résilier sans cause la présente entente. La résiliation de l'entente prend effet de plein droit à l'expiration d'un délai de 180 jours après la date de réception de l'avis.

En cas de résiliation, le Ministre verse, pour l'année de financement en cours, une somme calculée proportionnellement au nombre de jours écoulés entre le début de l'année de financement en cours et la date de la résiliation de l'entente (ci-après la « somme proportionnelle », sans autre compensation ni indemnité que ce soit. Si le montant déjà versé par le Ministre à l'Institut pour l'année de financement en cours est supérieur à la somme proportionnelle, l'Institut rembourse ou rend disponible au Ministre la différence entre ce montant déjà versé et la somme proportionnelle.

Les travaux réalisés dans le cadre de la présente entente et des ententes spécifiques en découlant devront être remis au Ministre ou ses représentants au moment de la résiliation, dans l'état où ils se trouvent alors.

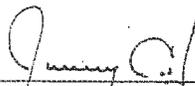
Toute résiliation de la présente entente, peu importe la raison, ne met pas fin aux garanties qui y sont prévues ou qui sont prévues aux ententes spécifiques qui en découlent.

II. CLAUSE FINALE

Tout engagement financier du gouvernement du Québec n'est valide que s'il existe sur un crédit un solde disponible suffisant pour imputer la dépense découlant de cet engagement conformément aux dispositions de l'article 21 de la Loi sur l'administration financière (L.R.Q., c. A-6.001).

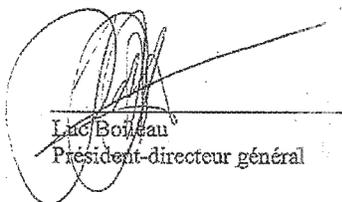
EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23 jour du mois de novembre 2009.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux représenté par



Jacques Cotton
Sous-ministre

L'Institut national de santé publique du Québec représenté par



Luc Boileau
Président-directeur général

AVENANT N° 1

À L'ENTENTE-CADRE POUR LA CONSOLIDATION ET LE DÉVELOPPEMENT
D'UNE EXPERTISE QUÉBÉCOISE EN SANTÉ PUBLIQUE

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET MINISTRE RESPONSABLE DES AÎNÉS, pour et au nom du gouvernement du Québec, agissant par monsieur Jacques Cotton, sous-ministre,

ci-après désigné « le Ministre ».

ET

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, personne morale régie par la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., c. I-13.1.1), ayant son siège au 945, avenue Wolfe, Québec (Québec) G1V 5B3, agissant par monsieur Luc Boileau, président-directeur général, dûment autorisé tel qu'il le déclare,

ci-après désigné « l'Institut ».

(ci-après désignées collectivement « les Parties »).

ATTENDU QU'une Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en santé publique (ci-après désignée l'« Entente ») est intervenue entre les Parties le 23 novembre 2009;

ATTENDU QUE les Parties conviennent de modifier la structure de financement afin de gérer plus efficacement les risques de précarité administrative de l'expertise requise pour la réalisation des produits et services visés par l'Entente;

ATTENDU QUE les Parties souhaitent mettre en place un financement triennal renouvelé annuellement, dans la mesure où les crédits seront disponibles;

EN CONSÉQUENCE, les Parties conviennent de modifier l'Entente comme suit :

1. Les dispositions qui suivent constituent un premier avenant à l'Entente;
2. Le présent avenant est joint en annexe de l'Entente pour en faire partie intégrante;
3. Dans l'éventualité d'un conflit entre les modalités de l'Entente et les modalités du présent avenant, les modalités de ce dernier prévaudront;
4. Les clauses de l'Entente qui ne sont pas affectées par le présent avenant demeurent pleinement en vigueur et continuent de lier les Parties;
5. L'article 2 est remplacé par ce qui suit :

2. ENGAGEMENT DU MINISTRE

Le Ministre s'engage à bien identifier ses besoins, à en faire part à l'Institut et à octroyer à l'Institut le financement prévu à l'article 5 pour la réalisation de la présente Entente. Ce montant ne fera l'objet d'aucune indexation annuelle et cet enjeu sera considéré dans le processus d'élaboration des ententes spécifiques.

Ce soutien financier est assujéti aux conditions précisées dans les ententes spécifiques.

6. L'article 3 est remplacé par ce qui suit :

3. DURÉE

L'Entente est considérée par les Parties comme étant entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009. Elle demeure en vigueur tant qu'elle n'est pas résiliée par l'une ou l'autre des Parties, conformément à l'article 10 de la présente Entente.



7. L'article 4 est remplacé par ce qui suit :

Les Parties concluront des ententes spécifiques qui prendront en considération les activités régulières de l'Institut ainsi que les mandats et subventions antérieurs à 2009-2010, afin de mieux préciser les besoins d'expertises complémentaires.

Ces ententes spécifiques, pour un montant annuel de 6 826 336 \$ prévu à l'article 5 de la présente Entente, seront réparties par secteur d'activité, de la façon suivante :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population : 400 000 \$;
- Le développement des individus et de l'environnement social : 1 220 000 \$;
- La prévention des maladies chroniques et des traumatismes : 2 427 336 \$;
- La protection de la santé publique : 1 024 000 \$;
- Les fonctions de soutien en santé publique : 600 000 \$;
- La prévention de la toxicomanie : 100 000 \$;
- Les services de santé et de médecine universitaire : 830 000 \$;
- La santé des autochtones : 225 000 \$.

Les ententes spécifiques découlant de la présente Entente détermineront, sur une base de deux ou de trois ans, les activités et services à rendre par l'Institut en identifiant les biens livrables dans le respect des priorités ministérielles. Elles fixeront les modalités administratives, de suivi et de reddition de comptes qui devront être respectées par les Parties.

Au terme de chacune des ententes spécifiques, les soldes disponibles seront considérés pour reconduction dans le même volet ou réallocation à d'autres volets d'une même entente spécifique, et ce, après entente entre les Parties.

8. L'article 5 est remplacé par ce qui suit :

Le Ministre s'engage à octroyer une subvention triennale dont le montant annuel est de 6 826 336 \$. Ce montant sera versé à l'Institut sous forme de trois versements égaux le 1^{er} avril, le 1^{er} août et le 1^{er} décembre de chaque année financière.

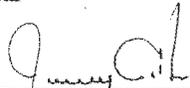
Le Ministre s'engage à ajouter annuellement à cette subvention un montant pour une année additionnelle, soit 6 826 336 \$, de façon à maintenir un financement sur une base triennale, et ce, tant que la présente Entente est en vigueur.

Les subventions versées par le Ministre depuis le 1^{er} avril 2009 seront soustraites du premier versement prévu à la présente Entente.

EN FOI DE QUOI, les Parties ont signé :

À Québec, ce 8 avril 2013

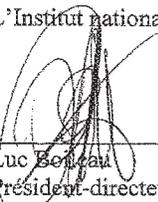
Le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés représenté par



Jacques Cotton
Sous-ministre

À Québec, ce 5 mars 2013

L'Institut national de santé publique du Québec représenté par



Luc Bouchard
Président-directeur général

AVENANT N° 2

À L'ENTENTE-CADRE POUR LA CONSOLIDATION ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE EXPERTISE QUÉBÉCOISE EN SANTÉ PUBLIQUE

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, pour et au nom du
gouvernement du Québec, agissant par monsieur Michel Fontaine, sous-ministre,

ci-après désigné « le Ministre »

ET

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, personne morale régie par
la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1), ayant son siège au
945, avenue Wolfe, Québec (Québec) G1V 5B3, agissant par monsieur Luc Boileau,
président-directeur général, dûment autorisé tel qu'il le déclare,

ci-après désigné « l'Institut »

ATTENDU QU'une *Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise
québécoise en santé publique* (ci-après désignée « l'Entente-cadre ») est intervenue entre les
parties le 23 novembre 2009;

ATTENDU QUE les parties ont ratifié, respectivement le 8 avril 2013 et le 5 mars 2013,
*l'Avenant n° 1 à l'Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise en
santé publique* (ci-après « l'Avenant n° 1 »), modifiant ainsi l'Entente-cadre;

ATTENDU QUE les parties souhaitent de nouveau procéder à des modifications à
l'Entente-cadre;

EN CONSÉQUENCE, les parties conviennent de ce qui suit :

1. Les dispositions qui suivent constituent un deuxième avenant à l'Entente-cadre.
2. Le présent avenant est joint en annexe de l'Entente-cadre pour en faire partie intégrante.
3. Dans l'éventualité d'un conflit entre les modalités de l'Entente-cadre et les modalités du
présent avenant, les modalités de ce dernier prévaudront.
4. Les clauses de l'Entente-cadre qui ne sont pas affectées par le présent avenant demeurent
pleinement en vigueur.
5. L'article 4 de l'Entente-cadre tel, que remplacé par l'article 7 de l'Avenant n° 1, est de
nouveau remplacé par ce qui suit :

« 4. ENTENTES SPÉCIFIQUES

Les parties concluront des ententes spécifiques qui prendront en considération les activités
régulières de l'Institut ainsi que les mandats et subventions antérieurs à 2009-2010, afin de
mieux préciser les besoins d'expertises complémentaires.

Pour les années 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014, ces ententes spécifiques, d'un montant total annuel de 6 826 336 \$ prévu à l'article 5 de la présente entente, seront réparties par secteur d'activité, de la façon suivante :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population : 400 000 \$;
- Le développement des individus et de l'environnement social : 1 220 000 \$;
- La prévention des maladies chroniques et des traumatismes : 2 427 336 \$;
- La protection de la santé publique : 1 024 000 \$;
- Les fonctions de soutien en santé publique : 600 000 \$;
- La prévention de la toxicomanie : 100 000 \$;
- Les services de santé et médecine universitaire : 830 000 \$;
- La santé des autochtones : 225 000 \$.

Pour les années 2014-2015 et suivantes, ces ententes spécifiques, d'un montant total annuel de 6 826 336 \$ prévu à l'article 5 de la présente entente, seront réparties par secteur d'activité de la façon suivante :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population : 300 000 \$;
- Le développement des individus et de l'environnement social : 1 220 000 \$;
- La prévention des maladies chroniques et des traumatismes : 1 200 000 \$;
- Le programme québécois de dépistage du cancer du sein : 1 227 336 \$;
- La protection de la santé publique : 1 024 000 \$;
- Les fonctions de soutien en santé publique : 700 000 \$;
- La prévention de la toxicomanie : 100 000 \$;
- Les services de santé et médecine universitaire : 830 000 \$;
- La santé des autochtones : 225 000 \$.

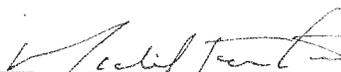
Les ententes spécifiques découlant de la présente entente détermineront, sur une base de deux ou de trois ans, les activités et services à rendre par l'Institut en identifiant les biens livrables dans le respect des priorités ministérielles. Elles fixeront les modalités administratives de suivi et de reddition de comptes qui devront être respectées par les parties.

Au terme de chacune des ententes spécifiques, les soldes disponibles seront considérés pour reconduction dans le même volet ou réallocation à d'autres volets d'une même entente spécifique, et ce, après entente entre les parties.

Malgré ce qui précède, les parties peuvent, pour le secteur d'activité « Le programme québécois de dépistage du cancer du sein », conclure une entente spécifique couvrant uniquement l'année 2014-2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé le présent avenant en double exemplaire,

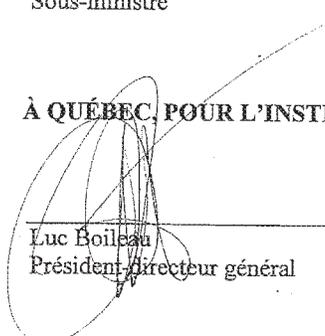
À QUÉBEC, POUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



Michel Fontaine
Sous-ministre

Date : 2014/12/16

À QUÉBEC, POUR L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



Luc Boileau
Président-directeur général

Date : 04-11-2014

AVENANT No 3

À L'ENTENTE-CADRE POUR LA CONSOLIDATION ET LE DÉVELOPPEMENT
D'UNE EXPERTISE QUÉBÉCOISE EN SANTÉ PUBLIQUE

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, pour et au nom du
gouvernement du Québec, agissant par monsieur Michel Fontaine, sous-ministre,

ci-après désigné « le Ministre »

ET

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, personne morale
régie par la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1), ayant
son siège au 945, avenue Wolfe, Québec (Québec) G1V 5B3, agissant par madame
Nicole Damestoy, présidente-directrice générale, dûment autorisée tel qu'elle le déclare,

ci-après désigné « l'Institut »

ATTENDU QU'une Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une
expertise québécoise en santé publique (ci-après désignée l'« Entente ») est intervenue entre
les Parties le 23 novembre 2009;

ATTENDU QUE les parties ont ratifié, respectivement le 8 avril 2013 et le 5 mars 2013,
*l'Avenant n° 1 à l'entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise
en santé publique* (ci-après l'« Avenant n° 1 »), modifiant ainsi l'Entente;

ATTENDU QUE les parties ont ratifié, respectivement le 16 décembre 2014 et le
4^o novembre 2014, *l'Avenant n° 2 à l'entente-cadre pour la consolidation et le développement
d'une expertise en santé publique* (ci-après l'« Avenant n° 2 »), modifiant ainsi une seconde
fois l'Entente;

ATTENDU QUE les parties souhaitent de nouveau procéder à des modifications à
l'Entente;

EN CONSÉQUENCE, les parties conviennent de ce qui suit :

1. Les dispositions qui suivent constituent un troisième avenant à l'Entente;
2. Le présent avenant est joint en annexe de l'Entente pour en faire partie intégrante;
3. Dans l'éventualité d'un conflit entre les modalités de l'Entente et les modalités du
présent avenant, les modalités de ce dernier prévaudront;
4. Les clauses de l'Entente qui ne sont pas affectées par le présent avenant demeurent
pleinement en vigueur;

5. L'article 4 de l'Entente, tel que remplacé par l'article 7 de l'Avenant n°1 et par l'article 5 de l'Avenant n°2, est de nouveau remplacé par ce qui suit :

« 4. ENTENTES SPÉCIFIQUES »

Les parties concluront des ententes spécifiques qui prendront en considération les activités régulières de l'Institut ainsi que les mandats et subventions antérieurs à 2009-2010, afin de mieux préciser les besoins d'expertises complémentaires.

Pour les années 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014, ces ententes spécifiques, d'un montant total annuel de 6 826 336 \$ tel que prévu à l'article 5 de la présente entente, seront réparties par secteur d'activité, de la façon suivante :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population : 400 000 \$;
- Le développement des individus et de l'environnement social : 1 220 000 \$;
- La prévention des maladies chroniques et des traumatismes : 2 427 336 \$;
- La protection de la santé publique : 1 024 000 \$;
- Les fonctions de soutien en santé publique : 600 000 \$;
- La prévention de la toxicomanie : 100 000 \$;
- Les services de santé et de médecine universitaire : 830 000 \$;
- La santé des autochtones : 225 000 \$.

Pour l'année 2014-2015, ces ententes spécifiques, d'un montant total annuel de 6 826 336 \$ tel que prévu à l'article 5 de la présente entente, seront réparties par secteur d'activité, de la façon suivante :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population : 300 000 \$;
- Le développement des individus et de l'environnement social : 1 220 000 \$;
- La prévention des maladies chroniques et des traumatismes : 1 200 000 \$;
- Le programme québécois de dépistage du cancer du sein : 1 227 336 \$;
- La protection de la santé publique : 1 024 000 \$;
- Les fonctions de soutien en santé publique : 700 000 \$;
- La prévention de la toxicomanie : 100 000 \$;
- Les services de santé et de médecine universitaire : 830 000 \$;
- La santé des autochtones : 225 000 \$.

Pour les années 2015-2016, 2016-2017 et 2017-2018, ces ententes spécifiques, d'un montant total annuel de 6 676 336 \$ tel que prévu à l'article 5 de la présente entente, seront réparties par secteur d'activité, de la façon suivante :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population : 300 000 \$;
- Le développement des individus et de l'environnement social : 1 220 000 \$;
- La prévention des maladies chroniques et des traumatismes : 1 200 000 \$;
- Le programme québécois de dépistage du cancer du sein : 1 227 336 \$;
- La protection de la santé publique : 1 024 000 \$;
- Les fonctions de soutien en santé publique : 550 000 \$;
- La prévention de la toxicomanie : 100 000 \$;
- Les services de santé et de médecine universitaire : 830 000 \$;
- La santé des autochtones : 225 000 \$.

Les ententes spécifiques découlant de la présente entente détermineront les activités et services à rendre par l'Institut en identifiant les biens livrables dans le respect des priorités ministérielles. Elles fixeront les modalités administratives, de suivi et de reddition de comptes qui devront être respectés par les parties.

Au terme de chacune des ententes spécifiques, les soldes disponibles seront considérés pour reconduction à d'autres volets d'une même entente spécifique ou à d'autres ententes spécifiques pour ce qui est des ententes conclues entre la Direction générale de

la santé publique et l'INSPQ, et la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire et l'INSPQ, et ce, après entente entre les parties.

6. L'article 5 de l'Entente, tel que remplacé par l'article 8 de l'Avenant n°1 est de nouveau remplacé par ce qui suit :

« 5. MODALITÉS FINANCIÈRES »

Le Ministre a octroyé à l'Institut, pour les années 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015 de la présente entente, une subvention annuelle d'un montant de 6 826 336 \$. Ce montant a été versé à l'Institut sous forme de trois versements égaux le 1^{er} avril, le 1^{er} août et le 1^{er} décembre de chaque année visée.

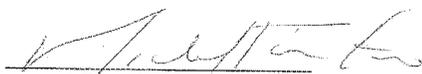
Le Ministre s'engage à octroyer à l'Institut, pour les années 2015-2016, 2016-2017 et 2017-2018 de la présente entente, une subvention annuelle d'un montant de 6 676 336 \$. Ce montant sera versé à l'Institut sous forme de trois versements égaux le 1^{er} avril, le 1^{er} août et le 1^{er} décembre de chaque année visée. »

7. Malgré la date de sa signature par les parties, le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} avril 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé le présent avenant en double exemplaire,

POUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

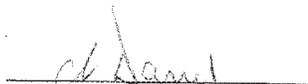
À Québec, ce 14 déc. 2015



Michel Fontaine
Sous-ministre

POUR L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

À Québec, ce 11 décembre 2015



Nicole Damestoy
Présidente-directrice générale

ENTENTE SPÉCIFIQUE 2015-2016 POUR LA CONSOLIDATION ET LE
DÉVELOPPEMENT D'UNE EXPERTISE QUÉBÉCOISE EN SANTÉ PUBLIQUE
VOLET « SURVEILLANCE CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA
POPULATION »

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, agissant aux présentes et ici représenté par monsieur Horacio Arruda, directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint,

ci-après désigné « le Ministre »

ET

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, personne morale instituée par la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* (chapitre I-13.1.1), dont le siège est situé au 945, avenue Wolfe, Québec (Québec) G1V 5B3, agissant aux présentes et ici représenté par madame Nicole Damestoy, présidente-directrice générale,

ci-après désigné « l'Institut »

ATTENDU QUE par l'*Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise en santé publique* (ci-après appelée « l'Entente-cadre »), ratifiée par les parties le 23 novembre 2009 et ayant pour date d'entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009, le Ministre et l'Institut ont convenu du financement octroyé par le Ministre à l'Institut pour lui permettre de développer l'expertise de santé publique nécessaire pour soutenir l'action nationale, régionale et locale du réseau de la santé et des services sociaux;

ATTENDU QUE par l'*Avenant n° 1 à l'Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise en santé publique*, par l'*Avenant n° 2 à l'Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise en santé publique* et par l'*Avenant n° 3 à l'Entente-cadre pour la consolidation et le développement d'une expertise en santé publique* ratifiés par les parties, l'Entente-cadre a été modifiée;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 4 de l'Entente-cadre, les activités et les services à rendre par l'Institut doivent être déterminés au moyen d'ententes spécifiques et que cet article prévoit qu'une entente spécifique doit être conclue pour le secteur d'activité « surveillance continue de l'état de santé de la population »;

ATTENDU QU'en vertu du deuxième alinéa de l'article 34 de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2, ci-après appelée la « LSP »), le Ministre peut confier à l'Institut le mandat d'exercer, en tout ou en partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance aux conditions et dans la mesure qu'il juge appropriées;

ATTENDU QUE le Ministre désire confier à l'Institut, par la présente entente, le mandat d'exercer certaines activités de surveillance continue de l'état de santé de la population;

ATTENDU QUE ce mandat nécessite l'accès par l'Institut à des banques de données appartenant au Ministre, et que certaines de ces banques contiennent des renseignements personnels;

ATTENDU QUE ce mandat peut également nécessiter l'accès à des banques de données appartenant à des organismes autres que le ministère de la Santé et des Services sociaux, et que certaines de ces banques peuvent contenir des renseignements personnels;

ATTENDU QUE l'article 67.2 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (chapitre A-2.1, ci-après appelée la *Loi sur l'accès*) permet la communication de renseignements personnels à un organisme, sans le consentement de la personne concernée, si cette communication est nécessaire à l'exercice du mandat confié par l'organisme public à cet organisme;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET DE L'ENTENTE

La présente entente a pour objet de décrire l'ensemble des mandats de surveillance continue de l'état de santé de la population confiés à l'Institut pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016, selon les conditions convenues dans l'Entente-cadre.

2. MANDAT

Pour l'année 2015-2016, les mandats pour les fonctions de surveillance continue de l'état de santé de la population comprennent les volets suivants, et le montant de 300 000 \$ prévu à l'Entente-cadre pour ce secteur d'activité est réparti comme suit :

- Surveillance générale : 100 000 \$;
- Habitudes de vie, comportements et maladies chroniques : 80 000 \$;
- Santé au travail : 60 000 \$;
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang : 60 000 \$.

Pour chacun des volets, les principaux livrables ou services sont décrits en annexe.

À titre informatif, il est à noter que certaines activités de surveillance sont confiées à l'Institut par le Ministre par le biais de l'*Entente spécifique 2015-2016 pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en santé publique volet « Protection de la santé publique »* (santé environnementale, zoonose, maladies évitables par la vaccination, infections nosocomiales), de l'*Entente spécifique 2015-2016 pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en santé publique volet « Développement des individus et de l'environnement social »* (VIH et SIDA) ainsi que de l'*Entente spécifique 2015-2016 pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en santé publique volet « Prévention des maladies chroniques et des traumatismes »* (lutte contre le tabagisme).

3. INTERPRÉTATION

Lorsqu'il y a référence à une ou des annexes dans la présente entente, celles-ci font partie intégrante de cette entente. Les parties reconnaissent les avoir lues et consentent aux normes et conditions qui y sont énoncées.

En cas de conflit entre les annexes et la présente entente, cette dernière prévaut.

4. OBLIGATIONS DES PARTIES

4.1 Le Ministre s'engage à :

- a) collaborer et à soutenir l'Institut dans la réalisation du présent mandat;
- b) communiquer à l'Institut les renseignements personnels ou non, contenus dans les banques de données lui appartenant et identifiés dans le Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et le Plan ministériel de surveillance multithématique), nécessaires à la réalisation de la présente entente. Cette communication sera effectuée de façon sécuritaire par l'octroi d'accès sécurisés aux extraits de banques de données du Ministre en utilisant principalement l'Infocentre de santé publique comme porte d'entrée à l'Institut;

- c) fournir à l'Institut les profils d'accès qui permettront à son personnel autorisé d'accéder aux renseignements personnels ou non;
- d) effectuer les démarches nécessaires, en collaboration avec l'Institut, pour tenter de conclure des ententes avec les organismes propriétaires et détenteurs des renseignements personnels ou non identifiés dans le Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) et qui sont nécessaires à la réalisation de la présente entente.

4.2 L'Institut s'engage à :

- a) réaliser les mandats confiés, en fonction des ressources disponibles et des données rendues accessibles, identifiés dans la présente entente, en conformité avec ce qui y est prévu étant entendu que le Ministre pourra en tout temps demander à l'Institut qu'il priorise l'un ou l'autre des mandats confiés;
- b) s'assurer que les extraits de banque de données seront produits par l'Infocentre de santé publique en fonction des mandats prévus à la présente entente;
- c) informer son personnel des obligations prévues à la Loi sur l'accès et diffuser, à cet égard, toute l'information pertinente;
- d) ne rendre accessibles les renseignements personnels qu'aux membres de son personnel qualifiés pour les recevoir, lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;
- e) s'assurer que toute personne à son emploi, ayant accès à des renseignements personnels transmis par le Ministre, complète un engagement de confidentialité. Une copie des engagements de confidentialité devra être transmise au responsable de l'accès et de la protection des renseignements personnels du ministère de la Santé et des Services sociaux sans délai avant le début de toute communication de renseignements personnels ou confidentiels;
- f) n'utiliser les renseignements personnels que pour les fins pour lesquelles ils ont été transmis;
- g) mettre en place toutes les mesures de sécurité propres à assurer la confidentialité des renseignements personnels et des renseignements confidentiels, notamment en dotant son personnel autorisé d'un identifiant et d'un mot de passe pour accéder aux banques de données contenant des renseignements personnels;
- h) gérer les droits d'accès aux renseignements personnels de façon à ce que seul son personnel autorisé puisse accéder aux renseignements;
- i) héberger les renseignements transmis uniquement dans un environnement technologique centralisé (serveur) et non localement (poste de travail);
- j) localiser les postes donnant accès aux renseignements personnels dans un endroit configuré de façon à ce que seul son personnel autorisé puisse visualiser ce qui apparaît à l'écran;
- k) mettre en place des mesures afin que tous les accès aux renseignements personnels effectués puissent être retracés, et vérifier périodiquement la journalisation des accès aux renseignements personnels;
- l) être en mesure de recevoir les renseignements personnels communiqués selon le ou les modes de réception spécifiques à chaque banque de données du Ministre;
- m) conserver distinctement les renseignements personnels appartenant au Ministre, c'est-à-dire dans un environnement séparé de celui de toute autre donnée qu'il détient;

- n) prendre les mesures de sécurité raisonnables relatives à l'intégrité physique des lieux où sont stockés les renseignements afin de garantir la confidentialité des renseignements personnels, tant lors de leur utilisation que lors de leur conservation;
- o) ne conserver aucun renseignement personnel communiqué par le Ministre après que le travail pour lequel il a été transmis ait été réalisé. À cette fin, le requérant s'engage à détruire, dans un délai raisonnable et de manière sécuritaire, tous les renseignements communiqués par le Ministre. Le requérant fournira au Ministre une attestation écrite confirmant que les renseignements personnels ont été détruits et, s'il est requis de le faire, permettra au Ministre de constater la destruction;
- p) fournir, à la demande du Ministre, toute l'information pertinente au sujet de la protection des renseignements personnels;
- q) permettre au représentant du Ministre d'effectuer toute vérification ou enquête relative à la confidentialité des renseignements personnels;
- r) informer sans délai le responsable de l'accès et de la protection des renseignements personnels du ministère de la Santé et des Services sociaux de tout manquement aux obligations prévues à la présente disposition ou de tout événement pouvant risquer de porter atteinte à la sécurité ou à la confidentialité des renseignements personnels;
- s) faire respecter les mesures contenues dans l'engagement de confidentialité signé par ses employés.

5. MÉCANISME DE SUIVI

Le Ministre et l'Institut conviennent qu'un comité de suivi pour chacun des volets de cette entente spécifique sera créé. Les personnes responsables du comité de suivi dans les deux organisations devront collaborer entre elles afin de s'assurer de l'actualisation de la présente entente.

Le comité de suivi est coprésidé par les directeurs responsables des deux parties, auxquels peuvent se joindre, au besoin, d'autres personnes en fonction de leurs responsabilités. Au minimum, trois rencontres annuelles se tiendront pour le suivi de l'entente spécifique. Ces rencontres serviront à planifier les biens livrables et l'échéancier, à en faire le suivi et à assurer la reddition de comptes à la fin de l'année 2015-2016.

À la demande de l'une des deux parties, le comité de suivi conviendra de mettre en place, en temps opportun, un comité de travail ad hoc pour certains biens livrables dans une perspective d'orientation des travaux et de transfert de connaissances.

Cependant, bien que le mandat relatif à la surveillance en santé au travail fasse partie de la présente entente spécifique, le suivi des livrables du volet surveillance en santé au travail se fera à travers *l'Entente spécifique 2015-2016 pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en protection de la santé publique*. De la même manière, même si le mandat relatif à la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang fait partie de la présente entente spécifique, le suivi des livrables de ce volet se fera à travers *l'Entente spécifique 2015-2016 pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en matière de développement des individus et de l'environnement social*.

Finalement, afin de maintenir la cohérence des mandats de surveillance confiés et d'effectuer une mise à jour intégrée du portrait d'ensemble de ces mandats, le comité de suivi de la présente entente devra être informé de l'évolution des mandats de surveillance confiés en vertu de *l'Entente spécifique 2015-2016 pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en protection de la santé publique* (santé environnementale, zoonose, maladies évitables par la

vaccination, infections nosocomiales), de l'Entente spécifique 2015-2016 pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en développement des individus et de l'environnement social (VIH et SIDA) et de l'Entente spécifique 2015-2016 pour la consolidation et le développement d'une expertise québécoise en matière de prévention des maladies chroniques et des traumatismes (lutte contre le tabagisme).

6. REDDITION DE COMPTES

L'Institut s'engage à dresser un bilan des activités effectuées pour l'année 2015-2016. Ce bilan servira à alimenter le bilan sommaire présenté au comité de suivi de l'Entente-cadre.

Le bilan devra comprendre au minimum, et pour chacun des volets de l'entente, les points suivants soit :

- les biens livrables;
- les principaux travaux et les étapes de réalisation franchies;
- une description de la répartition des ressources humaines et financières affectées par l'Institut aux différents volets de l'entente;
- le respect des échéanciers;
- les raisons justifiant un retard et le rattrapage prévu, s'il y a lieu.

7. PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

Les articles inscrits sous cette rubrique dans l'Entente-cadre prévalent en tout temps.

8. ACCÈS ET REMISE DES TRAVAUX

Les articles inscrits sous cette rubrique dans l'Entente-cadre prévalent en tout temps.

9. DIFFUSION

Les articles inscrits sous cette rubrique dans l'Entente-cadre prévalent en tout temps.

10. DURÉE DE L'ENTENTE

Malgré la date de sa signature par les parties, la présente entente entre en vigueur le 1^{er} avril 2015 pour se terminer le 31 mars 2016.

11. RESPONSABLES DE L'APPLICATION DE L'ENTENTE

Aux fins de l'application de la présente entente, les parties désignent les personnes suivantes pour les représenter :

Le Directeur général adjoint de la santé publique
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 12^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le Vice-président aux affaires scientifiques
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe, 3^e étage
Québec (Québec) G1V 5B3

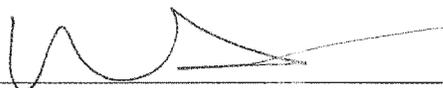
Le Directeur scientifique des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3

12. MODIFICATION DE L'ENTENTE SPÉCIFIQUE

Après ententes écrites entre les parties, les mandats indiqués dans la présente entente seront sujets à des ajustements à la lumière des demandes du Ministre, en tenant compte des capacités de l'Institut. Ces modifications feront partie intégrante de la présente entente.

EN FOI DE QUOI, la présente entente est signée en double exemplaire,

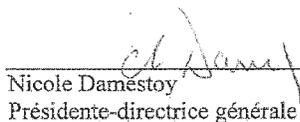
À QUÉBEC, POUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



Horacio Arruda
Directeur national de santé publique et
Sous-ministre adjoint

Date : 2016-1-14

À QUÉBEC, POUR L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



Nicole Damestoy
Présidente-directrice générale

Date : 16 février 2016

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance générale

OBJETIF: Assurer une veille soutenue de l'évolution de l'état de santé de la population et de ses déterminants

Budget: 100 000 \$

Date de mise à jour: 2015-09-02

DESCRIPTION		PLANIFICATION		REDDITION DE COMPTE		
ANNUÉ	PROJET	DATE DE MISE EN ŒUVRE	INDICATEUR	INDICATEUR	INDICATEUR	
2015-2016	Portrait continu de l'état de santé de la population et de ses déterminants	2015-04-30	Coordination du GT, révision des objets et indicateurs; intégration des commentaires et finalisation de la proposition au Comité de coordination du PNS	Réalisé de 75 - 99%	Ne s'applique pas	2015-04-24 Proposition soumise au Comité de coordination du PNS
	Contribution au rapport 2016 du DNSP et aux profils statistiques en soutien à l'élaboration des PAT	2015-06-08	Élaboration du devis de projet; formation de l'équipe projet; réalisation des produits; diffusion et communication	Réalisé de 1 - 24%	Sous contrôle	
	Bref portrait du diabète gestationnel au Québec pour la période 1999-2012	2015-11-27		Réalisé de 50 - 74%	Ne s'applique pas	Travail dirigé par Dr Auger et réalisé par une étudiante stagiaire.

Notes complémentaires officielles

Un montant de 20 000\$ de l'entente spécifique 2014-2015 a été transféré à cette année 2015-2016. Le montant global pour 2015-2016 est donc de 120 000\$.
 Un financement complémentaire jusqu'à 150 000\$ a été octroyé par le MSSS pour soutenir la réalisation du rapport 2016 du DNSP. Une partie de ce financement doit soutenir le déploiement des indicateurs de surveillance des inégalités sociales de santé à l'Infectocentre de santé publique.

Légende de l'état d'avancement: A venir; En attente; Réalisé de 1 - 24%; Réalisé de 25 - 49%; Réalisé de 50 - 74%; Réalisé de 75 - 99%; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MESS-INSPQ
GRILLE DE PLANNIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

EXTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance générale

Date de mise à jour: 2015-09-02

PROJET	DESCRIPTION	INDICATEUR	ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE	ÉTAT DE LA REDDITION DE COMPTE	REMARQUES
1	Veille prospective de l'état de santé de la population et de ses déterminants	Terminer le travail sur les projections du poids corporel ; opérationnalisation à l'Infocentre; publication du rapport qui va clore le projet "Fardeau de poids corporel".	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Fascicule sur projections du poids corporel en voie d'être terminé pour clore le projet "Fardeau de poids corporel". Arrimage à faire avec l'Infocentre pour intégrer les projections sur le poids corporel. Les collègues qui ont participé à l'élaboration du PNSP pourraient faire partie de ces réflexions. Aussi, les prochaines séries de projections pourraient être élaborées pour les problèmes de santé prioritaires évitables identifiés dans le PNSP.
2	Planifier une rencontre de réflexion sur les priorités de travail de l'INSPO en matière d'élaboration de scénarios prospectifs	2015-11-02 Organiser la rencontre; définir les priorités de travail	En attente	Sous contrôle	

Notes complémentaires officielles

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé.
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSFQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016
ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance générale

Date de mise à jour: 2015-09-02

Surveillance des inégalités sociales de santé	2015-03-31	2015-06-30	2015-09-30	2015-12-31	2016-03-31	2016-06-30	2016-09-30	2016-12-31
Rédiger quatre synthèses en exploitant les données des quatre premiers indicateurs			2016-03-31 Partager les premières versions des synthèses avec le Comité de suivi des travaux sur les ISS.					
Finaliser le plan de transfert des connaissances (PTC) de ce projet			2015-10-16 Révision du PTC afin d'intégrer notamment l'élaboration des quatre premières synthèses et celles à venir					
Terminer l'opérationnalisation des quatre premiers indicateurs d'ISS (mortalité prénatale; tabagisme; obésité; suicide) à l'infocentre			2016-09-30 Validation des fiches-indicateurs; validation des méthodes de calcul; rédaction du cadre méthodologique; banc d'essai; ajustements et diffusion					
Opérationnalisation d'autres indicateurs d'ISS à l'infocentre			2016-03-31 Identifier les prochains indicateurs des 24 restants à opérationnaliser en priorité.					

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé - Annoté
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016
ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillance générale
 Date de mise à jour: 2015-09-02

Notes complémentaires officielles		<input type="checkbox"/>	
Notes complémentaires officielles			
Axes de travail Collection de synthèses Thématiques de politiques publiques et révision du Programme national de santé publique	PLANIFICATION Fiches de planification (à valider) En continu	REPARTITION DES RESSOURCES (à valider) Ne s'applique pas	COMMUNICATIVES (à valider) <input type="checkbox"/> pas de besoins spécifiques pour le moment.
Notes complémentaires officielles			

Gestionnaire membre du comité de suivi de l'entente à l'INSPQ : Nom : **JÉROME MARTINEZ** Signature :  Date : **2015-09-02**
 Gestionnaire membre du comité de suivi de l'entente au MSSS : Nom : **YVES JOUIN** Signature :  Date : **2015-10-03**

Légende de l'état d'avancement: À vérifier; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

**ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSQP
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016**

VOLET: Surveillance continue de l'état de santé de la population

OBJECTIF: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Budget: 30 000 \$

Date de mise à jour: 2015-09-08

Surveillance du statut pondéral et image corporelle	2015-12-31	En attente	Ne s'applique pas	Demande d'accès au dernier cycle de l'ECMS 2013-2013 signée par Mme Damastoy; Début des analyses probable au mois de mai 2015.
Feuillelet sur la mise à jour des données de surveillance sur le statut pondéral mesuré des adultes québécois (IMC et tour de taille).	2015-03-31	Réalisé de 50 - 74%	Sous contrôle	La rédaction est déjà avancée mais il reste encore certaines analyses à produire pour une mise à jour (ECMS 2011-2013). Tout dépendra de l'accès aux données de l'ECMS.
Feuillelet sur le statut pondéral mesuré des jeunes du Québec (IMC et tour de taille).	2015-03-31	À venir	Ne s'applique pas	Envoyé au MSSS pour embargo le 17 juillet 2015
Feuillelet sur le poids corporel et le syndrome métabolique.	2015-05-31	Terminé	Sous contrôle	
Feuillelet "Statut pondéral et insécurité alimentaire chez les adultes québécois" (ancien titre "Feuillelet sur le poids et l'insécurité alimentaire").	2015-03-31	À venir	Sous contrôle	Exploitation des données de l'ECMS. Dépend de l'accès à ces données.
Feuillelet sur le poids corporel et la mortalité				
Soutien aux demandes du vérificateur	Ponctuelle	Vérification d'information et de données	Terminé	Service ponctuel, demandes

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé

Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actibus requis; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSS-INSPIQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

général du Québec	et calculs de données supplémentaires pour le rapport du vérificateur sur les activités du MSSS en lien avec l'obésité		multiples de janvier à mars.
-------------------	--	--	------------------------------

Notes complémentaires officielles

Légende de l'état d'avancement: A: Ventr; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 95 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MESS-INSPO
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTES SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Surveillance de la nutrition	2015-12-31	2016-03-31	En attente	Sous contrôle	Coordination de l'ensemble des projets. Les projets seront publiés en trois feuillets séparés mais qui constitueront la collection du volet II de l'étude. Les trois feuillets sont présentés en trois points séparés pour plus de clarté et faciliter la suivi des travaux: projet 1, projet 2 et projet 3.
<p>Report habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les Aînés du Québec: Volet II. (Coordination)</p>	<p>2015-12-31: Revue de littérature et plan d'analyse; analyse des données; intégration des différents contenus.</p>	<p>2016-03-31: Calcul des expositions excessives et comparaison aux données ou limites maximales recommandées</p>	<p>En attente</p>	<p>Sous contrôle</p>	<p>Coordination de l'ensemble des projets. Les projets seront publiés en trois feuillets séparés mais qui constitueront la collection du volet II de l'étude. Les trois feuillets sont présentés en trois points séparés pour plus de clarté et faciliter la suivi des travaux: projet 1, projet 2 et projet 3.</p>
<p>Exposition de la population québécoise aux pesticides par les fruits et légumes, phase 2 (collaboration)</p>				<p>Ne s'applique pas</p>	<p>Reprise des travaux à l'INSPO par l'équipe Santé et environnement afin de compléter et publier l'étude</p>

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT IMSS-INSFQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance, habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-03

Nouvelle classification des aliments dans le Fichier canadien sur les éléments nutritifs et le Guide alimentaire canadien de 2007 : estimations avec les données de 2004	2016-03-31. Le protocole d'analyse est rédigé, il a été soumis et accepté par Statistique Canada. En attente de l'accès aux données du CDR de l'Université Laval.	Réalisé de 1 - 24%	Sous contrôle	En attente d'un règlement car Statistique Canada réclame des frais depuis avril 2015 pour l'accès aux données. Vérification à faire auprès de Mme Martine Paganau au IMSS pour voir si les données lui sont déjà accessibles. Sinon, voir si il est possible de regrouper cette demande avec d'autres (même).
Plan national de surveillance	2015-05-31	Terminé		Participation à l'intégration des informations concernant les habitudes de vie
Rapport Volet II - Projet 1 : Facteurs favorables à la santé et problèmes de santé chroniques	2015-10-31	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Envoyé en première lecture au IMSS le 17 juillet 2015. Constituera le volet II de l'étude en complémentarité avec les deux autres projets.
Rapport Volet II - Projet 2 : Habitudes de vie et santé buccodentaire chez les aînés québécois	2015-12-31	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Analyse des données réalisées et rédaction avancée. Constituera le volet II de l'étude en complémentarité avec les deux autres projets.

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Ajourné
Légende de suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MISS-INSPO
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Rapport Volet II - Projet 3 : Chutes et blessures chez les aînés québécois	2016-02-28	Analyse des données; rédaction du rapport.	Réalisé de 50 - 74%	Sous contrôle	Analyse des données en cours. Constituera le volet II de l'étude en complémentarité avec les deux autres projets.
Notes complémentaires officielles					

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-HSPQ
STRATÉGIE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDUCTION DE COMPTE 2015-2016

EXTRAIT APPROPRIÉ: La surveillance continue de l'état de santé de la population:
 Surveilles habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-08-03

Surveillance des maladies neuropsychiques	Travail préparatoire au déploiement à l'échelle de la population	Analyse préliminaire, élaboration des fiches et préparation des tables de données pour la mise en œuvre à l'échelle de la population	La fin planifiée de ce livrable dépendra du calendrier de l'initiative
<p>Travail préparatoire au déploiement à l'échelle de la population</p> <p>Prévalence et du profil d'utilisation des services concernant l'Alzheimer et les maladies cognitives.</p>	<p>Travail préparatoire au déploiement à l'échelle de la population</p> <p>Prévalence et du profil d'utilisation des services concernant l'Alzheimer et les maladies cognitives.</p>	<p>Analyse préliminaire, élaboration des fiches et préparation des tables de données pour la mise en œuvre à l'échelle de la population</p>	<p>La fin planifiée de ce livrable dépendra du calendrier de l'initiative</p>
<p>Alzheimer</p>	<p>Alzheimer</p>	<p>Définir les indicateurs de surveillance et leurs déterminants pouvant être liés à l'évaluation du plan Alzheimer.</p> <p>Développer les nouveaux indicateurs (ex: prescription usage de médicaments).</p>	<p>à évaluer</p>

Notes complémentaires officielles

Legende de l'état d'avancement: A. Vu: En attente; B. Broué de 1- 34 %; Révisé de 25- 49 %; Révisé de 50- 74 %; Révisé de 75- 99 %; Terminé; Annulé

Legende du statut: N/A. Approuvé par Sous-comité; Actions requises; Priorités majeures

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPO
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Surveillance des troubles mentaux	Feuillelet sur la prévalence de l'utilisation de l'ECT au Québec et utilisation des services associés.	2015-02-15	Analyses descriptives et validation de l'algorithme d'identification qui sera utilisé. Écriture d'un feuillelet. Intégration des commentaires des co-auteurs, puis des lecteurs externes et des gens du MSSS. Morgane Lemasson, du CEECTQ, est en charge d'écrire le feuillelet.	Réalisé de 73 - 99%	Sous contrôle	Les co-auteurs discutent des éléments de la discussion.
Feuillelet sur la prévalence, incidence, la mortalité et le schéma de l'utilisation des services du trouble de la personnalité limite.	2015-03-20	Analyses descriptives et validation de l'algorithme d'identification qui sera utilisé. Rédaction d'un feuillelet par le Dr. Lionel Calhori de l'USMM. Intégration des commentaires des co-auteurs, puis des lecteurs externes et des gens du MSSS. Embargo et délai lié aux services des communications de l'INSPO.	Terminé	2015-04-28	Rapport terminé. Envoi au MSSS dans la semaine du 27 avril 2015.	

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Modélisation des besoins en santé mentale pour l'allocation des ressources	2016-03-31 L'INSPQ étudiera la possibilité d'améliorer l'algorithme utilisé présentement pour l'allocation des ressources en santé mentale. La première étape est d'utiliser des indicateurs de surveillance déjà établis (prévalence de certains troubles mentaux graves et courants, taux d'hospitalisation) afin de développer un modèle d'allocation des ressources plus adapté à la situation réelle. Par la suite, il faudra présenter ce nouveau modèle à la personne de MSSS (André Lusien) liée à l'allocation des ressources ainsi qu'à nos partenaires (DSM et DCSF) pour comparer le nouveau modèle à l'ancien et pouvoir juger du potentiel d'implémentation.	Réalisé de 50 - 74%	Préoccupant	Ce projet est souvent relégué en deuxième priorité, rendant l'avancement difficile.
Développement d'indicateurs d'utilisation des soins et services en lien avec le taux de suicide.	2017-03-31 En lien avec le RQSHA (Réseau sur le suicide), le MSSS et des représentants des régions, l'INSPQ développera des indicateurs liés à l'utilisation des soins et services en lien avec le taux de suicide, examinera l'évolution de ces indicateurs dans le temps et étudiera les variabilités régionales selon le sexe et l'âge.	Réalisé de 1 - 24%	Sous contrôle	Des analyses préliminaires ont été effectuées. Une étudiante au post-doctorat a été engagée et pourra contribuer à l'avancement de ces travaux.

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Mes. Appliquée pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population.

VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

	2016-06-15	Réalisé de 50 - 74%	Sous contrôle	Les livrables des activités 1 et 2 ont été envoyés dans les échéanciers prévus et ce malgré les délais pour l'obtention du PA.
Feuillelet INSPQ résumant les deux rapports déposés à l'ASPC concernant l'étude de faisabilité visant à mettre en place un système de surveillance du trouble du spectre de l'autisme (TSA); incluant les résultats de l'utilisation des données administratives jumelées pour mesurer les déterminants, les issues et les profils de diagnostic.	Rapport préliminaire décrivant uniquement l'identification des cas de TSA (algorithme choisi); Comparaison des résultats obtenus avec ceux publiés par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; Envoi de données agrégées conformes aux critères de confidentialité, à l'ASPC Deuxième rapport incluant une analyse sur les déterminants, les issues et le profil d'utilisation des services. Écriture du feuillelet Révision externe			
Travail préparatoire au déploiement à l'Infocentre des indicateurs de prévalence et du profil d'utilisation des services concernant les TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité).	2016-03-31	Analyses préliminaires, élaboration des fiches et préparation des fichiers de données pour la mise en œuvre à l'Infocentre.		La fin planifiée de ce livrable dépendra du calendrier de l'Infocentre.

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du sub): Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSSS-INSPO
 GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Travail préparatoire au déploiement à l'infocentre des indicateurs de prévalence et du profil d'utilisation des services concernant les troubles du spectre de l'autisme.	2016-03-31. Analyses préliminaires, élaboration des fiches et préparation des fichiers de données pour la mise en œuvre à l'infocentre.			La fin planifiée de ce livrable dépendra du calendrier de l'infocentre.
Travail préparatoire au déploiement à l'infocentre des indicateurs de prévalence et du profil d'utilisation des services concernant les troubles de la personnalité.	2016-03-31. Analyses préliminaires, élaboration des fiches et préparation des fichiers de données pour la mise en œuvre à l'infocentre.			La fin planifiée de ce livrable dépendra du calendrier de l'infocentre.
Notes complémentaires officielles				
Surveillance alcool et drogue				
Notes complémentaires officielles				

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
 FEUILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET:

Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Surveillance Diabète	2015-12-15	2016-03-31	2016-03-15	2015-12-02	Réalisé de 75 - 99%	Réalisé de 50 - 74%	Réalisé de 75 - 99%
Résumé du rapport sur l'étude de jumelage du système d'information du diabète et avec les données administratives québécoises.	Éléments de validation Finaliser la rédaction						
Feuillelet sur la diffusion des résultats de l'étude de validation de la définition de cas chez les 20 ans et plus.							
Feuillelet des indicateurs sur l'étude épidémiologique de l'effet des vagues d'implantation des GMF sur les taux de visites à l'urgence chez les personnes diabétiques.							
Contribution au feuillelet "Portrait du diabète à Montréal"				Traitement et analyse des données Analyse, interprétation et rédaction faite de façon conjointe avec la DSP de Montréal		Préoccupant	

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MISS-INSPO
SRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDION DE COMPTE 2015-2016

ENTEXTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
 VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Travail préparatoire à la mise-à-jour des données d'incidence et de prévalence du diabète à l'Infocentre	2015-03-31	Préparation et vérification des données	Terminé	Sous contrôle	2015-04-17	Complété. Il y aura une autre mise-à-jour au cours de l'année financière 2016-2017.
Feuillelet sur la diffusion des résultats de l'étude de validation de la définition de cas du diabète pédiatrique	2017-03-31	Collecte de données Analyse des données Interprétation et rédaction du feuillelet	Réalisé de 1 - 24%			l'échéancier a été retardé pour ce livrable étant donné les délais de réponse de la part de la CAI et de la RAMQ.
Travail préparatoire au déploiement des données de mortalité chez les personnes atteintes de diabète à l'Infocentre	2015-11-30	Rédaction des fiches en cours				Voir calendrier de déploiement et mise à jour des indicateurs du SISMAC à l'Infocentre. Le nouveau découpage sera appliqué pour tous les nouveaux indicateurs et les mises à jour à partir des données du SISMACQ.

Notes complémentaires officielles

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPC
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Surveillance de la multimorbidité	Livrable à définir, à la suite des travaux d'adaptation de l'indice de comorbidité existant au contexte québécois et du développement d'indicateurs sur la multimorbidité	2015-03-31	Revision des écrits	Analyse des différents indicateurs les plus pertinents dans notre contexte	Réplication d'indicateurs avec les données du SSMACO	Nettoyage des codes pour le Québec	Choix méthodologiques

Notes complémentaires officielles

Legende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPO
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Surveillance des maladies cardiovasculaires	Feuillelet sur la prévalence, l'incidence et la mortalité des maladies vasculaires cérébrales	2016-06-30	2015-03-31	2015-11-27	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17
	Feuillelet préparatoire à la mise-à-jour des données d'incidence et de prévalence de l'hypertension à l'infocentre	2015-03-31	2015-03-31	2015-11-27	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17
	Travail préparatoire au déploiement des données de mortalité chez les personnes atteintes d'hypertension à l'infocentre	2015-11-27	2015-11-27	2015-11-27	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17
	Contribution à un feuillelet de la collection "Surveillance des maladies chroniques" portant sur les bénéfices des espaces verts pour la prévention primaire des MCV au Québec	2015-11-27	2015-11-27	2015-11-27	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17
	Feuillelet sur la prévalence, l'incidence et la mortalité des maladies vasculaires cérébrales	2016-06-30	2015-03-31	2015-11-27	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17
	Travail préparatoire à la mise-à-jour des données d'incidence et de prévalence de l'hypertension à l'infocentre	2015-03-31	2015-03-31	2015-11-27	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17
	Travail préparatoire au déploiement des données de mortalité chez les personnes atteintes d'hypertension à l'infocentre	2015-11-27	2015-11-27	2015-11-27	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17
	Contribution à un feuillelet de la collection "Surveillance des maladies chroniques" portant sur les bénéfices des espaces verts pour la prévention primaire des MCV au Québec	2015-11-27	2015-11-27	2015-11-27	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17	2015-04-17

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT INSS-INSPQ
 GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016
 ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
 VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-03

Contribution à un feuillet de la collection "Surveillance des maladies chroniques" portant sur les conséquences des inondations des rivières Richelieu en 2011 et du Saguenay en 1996 sur la survenue d'événements cardiovasculaires graves et la consommation de services médicaux.	2015-11-27 Développement méthodologique Analyse des données Interprétation Rédaction du feuillet			Les auteurs sont rattachés à l'équipe de surveillance des maladies chroniques. En lien avec le projet de développement d'outils de transfert de connaissances afin de soutenir la recherche, l'intervention et la surveillance en santé publique et changements climatiques
Notes complémentaires officielles Un feuillet sur la prévalence de l'hypertension artérielle au Québec portant sur la comparaison entre les données administratives et les données d'enquêtes a aussi été produit au cours de l'année 2014-2015. Il s'agit d'une reprise d'un article publié dans le BEH pour lequel une traduction en anglais a été faite et sera aussi diffusée sous forme de feuillet au cours de l'été.				

ENTENTE DE PARTENARIAT MISS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDITION DE COMPTE 2015-2016
ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques
 Date de mise à jour: 2015-05-08

Surveillance des maladies ostéoarticulaires	2015-12-31	2015-05-31	2016-03-31	2016-05-17	2016-05-31	2016-05-31	2016-05-31	2016-05-31	2016-05-31
Feuillelet sur la surveillance de l'arthrite rhumatoïde au Québec.	Analyses statistiques complétées. Début de la rédaction du feuillelet à l'été 2015.	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Arthrite rhumatoïde (les SARDS suivront dans un autre feuillelet). En rédaction. L'échéancier est reporté en 2015-2016.					
Feuillelet sur un portrait populationnel des fractures de fragilité au Québec.		Terminé	Sous contrôle	En processus de diffusion aux Communications.					
Feuillelet sur l'étude de validation et les premières mesures de prévalence et d'incidence de l'ostéoporose.	L'étude de validation est maintenant complétée. Les analyses statistiques des premières mesures de la prévalence et de l'incidence de l'ostéoporose sont actuellement en cours.	Réalisé de 25 - 49%	Sous contrôle	Deux feuillelets potentiels : 1) étude de validation; 2) premières mesures de prévalence et d'incidence de l'ostéoporose					
Travail préparatoire au déploiement des mesures de fracture à l'infocentre	Discussion à prévoir pour déterminer la façon de présenter les mesures d'indicateurs de fractures à l'infocentre								Voir calendrier de déploiement et mise à jour des indicateurs du SSMACQ à l'infocentre

Notes complémentaires officielles

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé / Annulé.
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

**ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016**

ENTENTE SPÉCIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillances habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Statistiques	Rapport sur la qualité des données du SISMAAC	2015-08-31	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Derniers éléments à valider avant d'aller en processus de relecture et de diffusion. L'échéancier est remis à l'été 2015-2016.
Notes complémentaires officielles					
Surveillance de l'asthme, MPOC	Feuillelet surveillance de la MPOC chez les individus de 35 ans et plus au Québec. Travail préparatoire au déploiement des mesures de prévalence et d'incidence de la MPOC à l'Intocentre	2015-06-30	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Envoi au MSSS prévu cet été
		2014-12-19	Terminé	Sous contrôle	Le banc d'essai aura lieu en mai.
Notes complémentaires officielles					

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisés de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé / Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

2014-17-11	2015-04-10	2016-09-31	2017-03-31	2018-09-30
La pharmacologie en lien avec les maladies chroniques	Failliet sur l'utilisation des médicaments antidiabétiques et cardioprotecteurs chez les aînés diabétiques au Québec.	Failliet: polypharmacie et diabète chez les aînés québécois		Phase de relecture terminée en avril. Mise en page finale et processus de diffusion en cours.
				Étudier la maîtrise d'ouvrage des travaux à l'automne 2015.

Notes complémentaires officielles

ENTENTE DE PARTENARIAT INSS-INSPQ
 GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
 VOLÉI: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Surveillance des traumatismes	Portraits des hospitalisations attribuables aux chutes chez les adultes âgés de 65 ans et plus au Québec	2016-03-31	Réalisé de 50 - 74%	Sous contrôle	Livrable sous forme de feuille
Portrait sur le développement d'une mesure de gravité pouvant être utilisée pour la surveillance populationnelle des traumatismes.	2016-03-31	Réalisé de 50 - 74%	Sous contrôle	Travaux présentement en cours en ce qui concerne les traumatismes crâniocérébraux. La méthode sera appliquée à l'ensemble des blessures. Inclut les domaines couverts par différents organismes	
Plan intégré de surveillance des traumatismes	A placer dans un plan de travail	Réalisé de 75 - 99%		Toujours fait avant le début du mois de février	
Contribution - plan de surveillance des traumatismes routiers		Terminé	Sous contrôle	Réalisé dans le cadre d'une entente avec le MEIS.	
Mise à jour des données sur le suicide (publication)	2016-01-31 Thème pour cette année : Inégalités sociales et suicide Les travaux se font dès la réception des données à la fin de l'automne.			Courra les décès et les hospitalisations. Transmettre le livrable à Valérie Fontaine et Julie Soucy.	
Portrait des hospitalisations attribuables aux traumatismes d'origine récréative et sportive au Québec	2015-12-18 Première version terminée. Relecture et commentaires à considérer				
Portrait des traumatismes à véhicules hors route - mise à jour extensive	2016-03-31 Format à décider				

Notes complémentaires officielles

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016
ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques
Date de mise à jour: 2015-09-08

Notes complémentaires officielles
 Mise à jour du Rapport sur les décès attribuables aux intoxications dans la province de Québec de 2000 à 2012: La période d'étude du premier rapport se terminait en 2009.

Entente de communication	Modification de l'entente de communication pour le SIMACQ.	2015-17-18 Avenant #3	Réalisé de 50 - 74%	En attente des avis juridiques
--------------------------	--	-----------------------	---------------------	--------------------------------

Notes complémentaires officielles
 Les délais sont très longs pour l'obtention des avis pour l'avenant 3 et génèrent des impacts négatifs sur notre production et sur notre crédibilité dans certains engagements.

ENTENTE DE PARTENARIAT, MSSS-INSFQ
 GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2015

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Activité physique	Questionnaires, section activité physique, ESCC, 2015-2016	2015-12-31; Analyse des données; rédaction du fascicule	Réalisé de 75 - 99%	À venir	Sous contrôle	À venir	À venir
Fascicule sur l'évolution de l'activité physique de loisirs et de transport (18 ans et plus) au Québec, 1994-2013							
Texte d'introduction du site web KinO-Québec sur l'évolution de l'activité physique au Québec							
Rapport technique sur les indicateurs d'activité physique pour l'EQSP 2014-2015.							

Notes complémentaires officielles

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLÉT: Surveillance habitudes de vie, comportements et maladies chroniques

Date de mise à jour: 2015-09-08

Autres projets d'intérêt pour le projet COMFAS - Phase 1 MSSS	2015-10-31 Développement méthodologique, préparation des tableaux, fiches indicateurs et notes méthodologiques du scénario 4 (scénario retenu par le comité orienteur en avril 2015) - pour le diabète et la NPOC - régions et territoires filiales	Réalisé de 75 - 95%	Selon la lettre à recevoir du Dr Couture
--	---	---------------------	--

Notes complémentaires officielles

Gestionnaire membre du comité de suivi de l'entente à l'INSPQ. Nom: DANIELE SA. LAUREN Signature:  Date: 21/02/2015
Gestionnaire membre du comité de suivi de l'entente au MSSS. Nom: LYNE JOBIN Signature:  Date: 05/10/15

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé / Annulé
Légende de suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSFQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ERTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLÉ: Surveillance en santé au travail
OBJECTIF: Soutenir la prise de décision quant à la réhabilitation des activités préventives en milieu de travail et suivre l'évolution de certaines problématiques spécifiques à la santé au travail, dans le cadre de la réalisation du mandat de surveillance de la santé des travailleurs délégué par le MSSS à l'INSFQ.
Budget: 60 000 \$
Date de mise à jour: 2015-09-11

Avec de travail	PLANIFICATION			REDDITION DE COMPTES		
	Liabilité	En planifiée	Spécifics des étapes clés	État d'avancement	Statut	Commentaires
Surveillance générale en santé au travail	Development des indicateurs et des rapports de surveillance liés aux informations contenues dans le Système d'Information en santé au travail (SISAT)			En attente	Ne s'applique pas	Les indicateurs de la phase II (surveillance médico-environnementale de l'exposition) sont en attente de développement au niveau du Réseau de santé publique en santé au travail.

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende du statut: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPO
 GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

Elaboration d'un plan d'action pour la surveillance de la mortalité professionnelle au Québec			En attente	Préoccupant	Une relance a été faite auprès de la CSST par la chef de l'unité scientifique SAT, au début et à l'été 2015, pour l'obtention des données sur la mortalité professionnelle. Selon les dernières informations, les services juridiques de la CSST devraient examiner toutes les demandes faites par l'équipe de surveillance en santé au travail de l'INSPO, incluant les données de mortalité au travail, en septembre 2015. Cette liste a été déposée de nouveau le 10 septembre 2015. En attendant, une exploration des autres sources de données sera entreprise à l'automne 2015 afin de documenter cette problématique.
---	--	--	------------	-------------	--

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPO
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

Réalisation d'une publication spécifique à la santé des jeunes du secondaire au travail issue de l'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)	2015-07-31	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Ce projet s'inscrit dans le cadre de la collection "Des données à l'action" du MSSS. Il est piloté par une professionnelle de l'équipe de surveillance en santé au travail de l'INSPOQ en collaboration avec le MSSS, la CSST, l'RSST, d'autres équipes de l'INSPOQ et l'UQAM. Une version préliminaire de cette publication est actuellement en consultation auprès de lecteurs externes. Le contenu de cette publication devrait être finalisé d'ici la fin octobre 2015.
Diffusion des produits de surveillance sur les troubles de l'audition liés au travail		Réalisé de 50 - 74%	Sous contrôle	La diffusion des données mises à jour et des principaux constats du projet "troubles de l'audition sous surveillance", débutera en septembre 2015 avec une rencontre à la CSST, et s'étendra à d'autres partenaires et organismes au besoin.
Services Développement et consolidation de la surveillance de la santé en milieu de travail et de ses déterminants en collaboration avec d'autres membres du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT)	Fidélité En continu	État d'avancement	Statut	Commentaire
			Préoccupant	Le bannissement des tables de professionnalisme en surveillance SAT affecte les efforts d'harmonisation et d'échanges sur les pratiques en surveillance entre le RSPSAT et l'INSPOQ.

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MASS-INSPO
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

Support d'expertise à la fonction de surveillance au MASS, aux régions et l'équipe de santé au travail de l'INSPO, sur divers dossiers de surveillance en santé au travail	En continu	Préoccupant	Préoccupation par rapport à l'expertise offerte aux régions; l'abolition des tables de professionnels en surveillance SAT affecte la capacité de l'équipe de l'INSPO de connaître les besoins des régions sur le plan national.
Collaboration au développement et à la réalisation de l'enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), notamment pour le volet SAT	En continu	Sous contrôle	<input type="checkbox"/>
Participation au groupe de travail pour l'élaboration du cadre méthodologique des indicateurs du plan national de surveillance	En continu	Sous contrôle	<input type="checkbox"/>
Participation aux travaux du comité de coordination du Plan national de surveillance (PNS)	En continu	Sous contrôle	<input type="checkbox"/>
Exploitation complémentaire des données de l'Enquête québécoise sur les conditions de travail et d'emploi et de santé et sécurité au travail (EQCOTESST)	Au besoin	Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>
Collaboration au développement et à la réalisation de l'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) pour le volet santé au travail	En continu	Sous contrôle	<input type="checkbox"/>
Collaboration aux travaux préparatoires pour l'élaboration du volet santé au travail du Portrait de santé des Québécois 2016	Au besoin	Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/>

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-MNSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

	Développement de projets de surveillance spécifiques financés de façon ad hoc (ex. sujets sous surveillance : troubles musculo-squelettiques, surdité professionnelle, maladies respiratoires...)	En continu	Sous contrôle	Planification de différents produits basée sur les besoins en surveillance du RSPSAT et du MSSS.
Notes complémentaires officielles				

Légende de l'état d'avancement: A venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende de suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

Volet de travail	PLANIFICATION		REDDITION DE COMPTE			
	Livrables	Fin planifiée	Commentaire des étapes clés	État d'avancement	Suivi	Commentaires
Surveillance des troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail	<p>Analyse complémentaire des données de l'ECOCOTESST en lien avec les TMS et rédaction d'articles scientifiques</p> <p>Différences selon le genre de la durée des absences du travail chez les travailleuses et travailleurs indemnisés par la CSST pour des TMS non traumatiques pour les périodes 1995-1997, 2000-2002, 2005-2007 et 2010-2012</p> <p>Identification selon le sexe/genre des sous-groupes à risque, d'absence prolongée en raison des TMS pour la période 2010-2012 en fonction de l'âge, la nature de la lésion, le secteur et la profession</p>	2015-11-30		Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Deux articles scientifiques et un chapitre dans une oeuvre collective sur le sujet ont été publiés; Trois autres sont en cours de rédaction ou d'évaluation.
				Réalisé de 1 - 24%	Sous contrôle	Des analyses préliminaires ont été réalisées au début 2015 ayant fait l'objet d'une présentation lors d'un symposium aux ÉU en mars 2015. Ces analyses ont permis de revoir les objectifs du projet, celui-ci couvre maintenant des périodes additionnelles. En attente de financement pour la suite des analyses. Une lettre d'intention est en préparation à cet effet. Une demande d'accès aux données ayant une maturité de 3 ans a été faite à la CSST.
				En attente	Sous contrôle	En attente de financement. Une lettre d'intention est en préparation à cet effet. Une demande d'accès aux données ayant une maturité de 3 ans a été faite à la CSST.

Légende de l'état d'avancement: A venir; En attente; Réalisé de 1 - 24%; Réalisé de 25 - 49%; Réalisé de 50 - 74%; Réalisé de 75 - 99%; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MESS-IRISPO
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population
VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

Services	Fréquences	Sommaire des opérations	État d'avancement	CPJA	Service rendu	Commentaires
					<input type="checkbox"/>	

Notes complémentaires officielles

Ces projets ne font pas partie de l'entente et feront l'objet d'une demande spécifique de projet au MESS ou d'une demande de subvention.

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
 Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

Anes de travail	PLANIFICATION		REDDITION DE COMPTE	
	Livrables	Fin planifiée	Bonifinancier	État d'avancement
Surveillance des maladies pulmonaires professionnelles	Implémentation d'un projet-pilote de déclaration des MADO reliées à l'exposition à l'amiante par les médecins de trois hôpitaux	2016-11-30	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle
	Études des réclamations soumises à la CSST entre 2002 et 2007 pour maladies reliées à l'exposition au béryllium au Québec	2015-12-28	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle
	Étude sur les taux d'hospitalisation et la mortalité par amiantose et par mésothéliome dans la population générale et répartition par région	2015-06-30	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle
	Étude exploratoire sur les plaques pleurales en lien avec l'exposition à l'amiante	2015-06-30	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle

Légende de l'état d'avancement: A venir; En attente; Réalisé de 1 - 24%; Réalisé de 25 - 49%; Réalisé de 50 - 74%; Réalisé de 75 - 99%; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MISS-INSFQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016
 ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

Epidémiologie des cancers du tarynx et des ovaires en lien avec l'exposition à l'amiante : exploration des données disponibles	2015-05-30	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	Ce livrable est maintenant inclus dans le rapport "Epidémiologie des maladies reliées à l'exposition à l'amiante (incidence et mortalité) de 1981 à 2012", en cours de rédaction. Rapport en rédaction.
Epidémiologie des maladies reliées à l'exposition à l'amiante (incidence et mortalité) de 1981 à 2012	2015-10-30	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle	
Services Elaboration du système de surveillance de l'exposition à l'amiante et des maladies qui en découlent	Projetions En continu	Sommaire des progrès clés	Suivi	Commentaires Diverses activités en lien avec ce projet ont été réalisées : préparation d'une nouvelle série d'analyse des données par maladies de l'amiante, mortalité par maladies de l'amiante, voir livrables). Une mise à jour des données de la CSST sur les dérogations liées à l'amiante dans le secteur de la construction a été réalisée; un fascicule couvrant les données de 2012 à 2014 sera publié sous peu.
Services Suivi	En continu	Etat d'avancement	Sous contrôle	Services rendus <input type="checkbox"/>

Notes complémentaires officielles

Ces projets ne font pas partie de l'entente. Pour le volet amiante, le financement provient d'une autre enveloppe budgétaire. Pour le volet béryllium, la production du rapport pourra faire l'objet d'une demande spécifique de projet au MISS ou d'une demande de subvention.

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé - Annulé
 Légende du suivi: Ne s'appelle pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPO
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Surveillance en santé au travail

Date de mise à jour: 2015-09-11

Gestionnaire membre du comité de suivi de l'entente à l'INSPO: Nom: Marie-Anne

Signature: [Signature]

Date: 2015/09/11

Gestionnaire membre du comité de suivi de l'entente au MSSS: Nom: MARLENE MERCIER

Signature: [Signature]

Date: 2015.09.11

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

**ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016**

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

OBJECTIF: Contribuer à mesurer l'ampleur et l'évolution des épidémies d'ITSS au Québec

Budget: 60 000 \$

Date de mise à jour:

Axe de travail	PLANIFICATION		REDDITION DE COMPTE	
	Objectif	Fin planifiée	État d'avancement	Sub-contrôle
Surveillance des ITSS	Activités de surveillance de populations vulnérables aux ITSS et de la population infectée: Réseau SurVUDI.	2015-11-30 Coordination Production d'un rapport annuel	Réalisé de 75 - 99%	Sous contrôle
	Orientation du développement des activités de surveillance des ITSS (PMSM)	Consultation d'experts par questionnaires successifs, groupes de discussion focalisés, rédaction d'un rapport/plan de surveillance	Terminé	Sous contrôle
	Monitoring des programmes d'accès au matériel d'injection stérile	2016-06-01	Terminé	Sous contrôle

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ENTENTE DE PARTENARIAT MSSS-INSPQ
GRILLE DE PLANIFICATION ANNUELLE ET DE REDDITION DE COMPTE 2015-2016

ENTENTE SPECIFIQUE: La surveillance continue de l'état de santé de la population

VOLET: Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Date de mise à jour:

Gestionnaire membre du comité de suivi de l'entente à l'INSPQ Nom : Lejandre Parent Signature : [Signature] Date : 16 Sep '15
Gestionnaire membre du comité de suivi de l'entente au MSSS : Nom : USE GUERARD Signature : [Signature] Date : 2015/09/24

Légende de l'état d'avancement: À venir; En attente; Réalisé de 1 - 24 %; Réalisé de 25 - 49 %; Réalisé de 50 - 74 %; Réalisé de 75 - 99 %; Terminé; Annulé
Légende du suivi: Ne s'applique pas; Sous contrôle; Actions requises; Problèmes majeurs

ANNEXE D

DESCRIPTION DES FICHIERS

Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA)

Le FIPA sert de base populationnelle et peut être utilisé pour identifier un décès, sans précision de la cause.

Fichier des services rémunérés à l'acte (services de médecine et optométriques)

Ce fichier contient toutes les demandes de paiements à l'acte payées par la Régie aux omnipraticiens, spécialistes, dentistes, denturologistes, spécialistes en chirurgie buccale et optométristes.

Fichiers des services pharmaceutiques

Le fichier des médicaments contient toutes les demandes de paiements sur les médicaments payés par la Régie aux pharmaciens-propriétaires pour les personnes assurées au régime d'assurance médicaments de la Régie.

Fichier d'inscription des professionnels

Les données de ce fichier portent sur les professionnels de la santé exerçant dans le cadre du régime d'assurance maladie : droit de pratique, cadre d'exercice des activités, compétences qualifications, année de diplomation ou de la spécialisation, etc.

Fichier d'admissibilité au régime général d'assurance médicaments

Cette banque contient les données sur les personnes couvertes par le régime général d'assurance médicaments.

Fichier d'admissibilité à l'assurance maladie

Ce fichier comprend l'information sur l'assurabilité des personnes au régime d'assurance maladie. Il inclut également des renseignements sociodémographiques.

Fichier des groupes de médecine de famille

Ce fichier comprend l'information sur les groupes de médecine de famille (GMF). On y retrouve notamment les points de services propres au GMF, les médecins qui œuvrent dans les GMF ainsi que leur rôle au sein du GMF.

Fichier relations entre les dispensateurs et leur clientèle

Ce fichier contient l'information sur les relations entre les médecins et leurs clients. On y retrouve des relations de catégorie « médecine familiale », inscription d'une personne assurée auprès d'un médecin de famille pour un médecin pratiquent en GMF ou hors GMF. On y retrouve aussi les caractéristiques de santé des personnes assurées.

Fichier services rendus hors Québec – Phase II

Ce fichier comprend les informations sur les services rendus à des Québécois hors du Québec et pour lesquels un remboursement a été demandé par le bénéficiaire, le professionnel ou l'établissement et payé au demandeur par la RAMQ.

MED-ÉCHO

Le fichier MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière), appartenant au MSSS, dont la gestion opérationnelle est confiée à la Régie, est un système de données médicohospitalier. Il contient des renseignements sur la clientèle des établissements offrant des soins hospitaliers physiques ou psychiatriques de courte durée dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du Québec. Il porte sur la clientèle admise en centre hospitalier québécois et occupant un lit dressé de soins de courte durée, et sur les personnes traitées dans une unité de chirurgie d'un jour.

On recueille au moment du congé du bénéficiaire de l'information sur chaque séjour à l'hôpital. La codification médicale utilisée est basée sur la classification internationale des maladies (CIM-9 et CIM-10 à partir de 2006) et sur la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC) ou la codification canadienne des interventions (CCI) depuis 2006.

Fichier des décès

Ce fichier est constitué des enregistrements de tous les décès, survenus au cours d'une année civile au Québec ou hors Québec, de personnes résidant au Québec.

Fichier des naissances vivantes

Ce fichier est constitué des enregistrements de toutes naissances vivantes, survenues au Québec ou hors Québec, de personnes résidant au Québec.

Il comprend les naissances qui s'étendent sur une année civile, quel que soit le lieu de la naissance (en centre hospitalier, en maison de naissance, dans un centre de santé ou dans un dispensaire, au domicile, dans une automobile, etc.). Il comprend les nouveau-nés dont le poids est inférieur à 500 grammes.

Fichier des mortinaissances

Ce fichier est constitué des enregistrements de toutes les mortinaissances, survenues au Québec ou hors Québec, lorsque le lieu de résidence de la mère est le Québec. Il comprend les mortinaissances enregistrées au cours de l'année civile.

Fichier sur la performance hospitalière – APR-DRG

Ce fichier contient des renseignements personnels clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne, admise ou inscrite en chirurgie d'un jour, dans un centre hospitalier du Québec (extraits de MED-ÉCHO) auxquels sont ajoutés d'autres renseignements relatifs aux regroupements attribués par le logiciel APR-DRG, au calcul du niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) et autres indicateurs de gestion. La banque de données sert à des fins de gestion et d'allocation des ressources.

Base de données sur les congés des patients (BDGP) (obtenue de l'ICIS)

Cette base de données est une base de données canadiennes qui renferme de l'information sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour. Elle contient un ensemble de données cliniques, démographiques et administratives pour chaque séjour à l'hôpital. Le fichier comprend l'information sur la clientèle québécoise traitée hors Québec, la durée de séjour hospitalier, le diagnostic et les traitements reçus. Ces données serviront à compléter le fichier MED-ÉCHO.

**Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
(obtenue de l'ICIS)**

Ce système comprend des données sur tous les soins ambulatoires en milieu hospitalier ou communautaire, y compris la chirurgie d'un jour, les cliniques de consultations externes et les services d'urgence. Ce fichier comprend l'information sur la clientèle québécoise traitée hors Québec. Ces données serviront à compléter le fichier MED-ÉCHO.

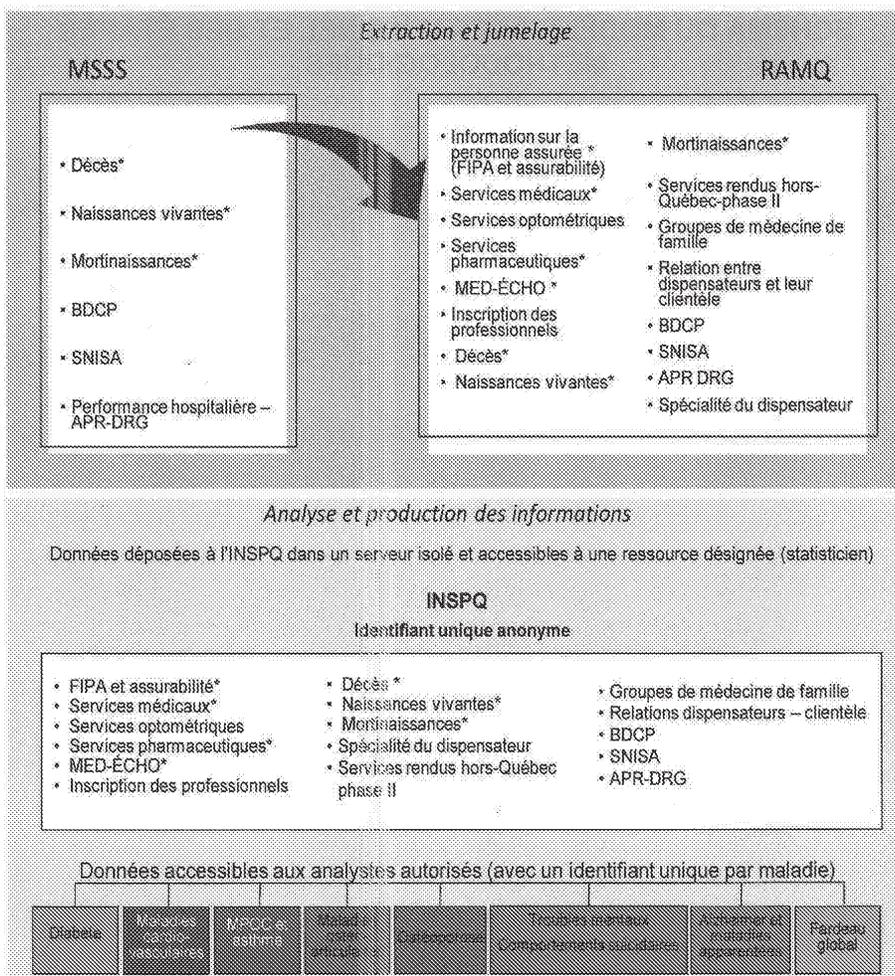
Programme d'assignation de l'indice de défavorisation sociale et matérielle

L'indice de défavorisation a été développé afin de considérer les inégalités socioéconomiques dans les systèmes d'information sur la santé. Il synthétise l'ampleur et la répartition géographique des inégalités matérielles et sociales à microéchelle pour l'ensemble du Québec et du Canada. L'indice de défavorisation intègre six indicateurs (provenant du recensement canadien par aire de diffusion) qui ont une relation avec un grand nombre de problématiques du secteur de la santé et du bien-être. La défavorisation matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Les variables qui la composent sont : la proportion de la population n'ayant aucun certificat ou diplôme d'études secondaires, le taux d'emploi et le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus. La défavorisation sociale reflète plutôt la fragilité du réseau social et elle est calculée à partir de la proportion de personnes qui sont séparées, divorcées ou veuves, qui vivent seules, ou qui appartiennent à une famille monoparentale.

ANNEXE E

SCHÉMA DU MODÈLE OPÉRATIONNEL ET DES ÉTAPES MÉTHODOLOGIQUES

Modèle opérationnel Surveillance des maladies chroniques



Dépôt et diffusion des informations

↓ ↓

Infocentre de santé publique

Publications:

Collection Surveillance des
Maladies Chroniques
Rapports méthodologiques
Articles scientifiques

* Totalité: la totalité du FIPA (incluant l'assurabilité), de MED-ÉCHO, du fichier des décès, des naissances vivantes et des mortinaissances signifie l'ensemble des personnes (ou enregistrements) de ces fichiers.

ANNEXE F

**LISTE DES VARIABLES TRANSMISES À L'INSTITUT PAR
LA RÉGIE – MALADIES CHRONIQUES**

• **Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la RAMQ (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)**

- Identifiant banalisé de la personne assurée
- Date de naissance complète
- Sexe du bénéficiaire
- Code postal du bénéficiaire (6 positions)
- Code de municipalité du bénéficiaire
- Date de décès complète (s'il y a lieu)
- Date de début de l'adresse
- Date de fin de l'adresse
- Indicateur hors Québec

• **Fichier d'admissibilité à l'assurance maladie (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)**

- *Chaque changement de l'admissibilité implique un nouvel enregistrement*
 - Numéro banalisé de l'individu
 - Code de classe de situation
 - Code de situation
 - Date de début d'inscription au régime d'assurance maladie
 - Date de fin d'inscription au régime d'assurance maladie

• **Fichier de l'historique de l'émission de la carte d'assurance maladie (CAM)**

- Chaque changement à l'historique implique un nouvel enregistrement*
- Numéro banalisé de l'individu
 - Numéro séquentiel CAM
 - Date de début de la CAM
 - Date d'expiration de la CAM
 - Date d'annulation de la CAM
 - Indicateur de retour de la CAM

• **Fichier d'admissibilité à l'assurance médicaments**

- Numéro banalisé de l'individu
- Code de plan
- Code de programme médicament
- Date de début de couverture
- Date de fin de couverture

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier d'inscription des professionnels (FIP) (Médecins, pharmaciens et optométristes)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classe du professionnel ▪ Sous-classe du professionnel (pour les classes 9 seulement) ▪ Numéro banalisé du professionnel ▪ Année de graduation ▪ Date de début de spécialité ▪ Date d'obtention du permis (par plage de 5 ans)

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier des spécialités du dispensateur (ou professionnel)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classe du professionnel ▪ Sous-classe du professionnel ▪ Numéro banalisé du professionnel ▪ Code de niveau (1, 2, ou 3) ▪ Code de spécialité ▪ Date de début de spécialité de chaque spécialité ▪ Date de fin de spécialité de chaque spécialité

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier des services rémunérés à l'acte (services optométriques)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéro banalisé de l'individu ▪ Numéro banalisé du professionnel ▪ Code d'acte ▪ Date du service ▪ Diagnostic primaire ▪ Diagnostic secondaire ▪ Numéro établissement usuel banalisé ▪ Classe du professionnel

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (services de médecine)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéro banalisé de l'individu ▪ Date du service ▪ Code d'acte ▪ Code de diagnostic ▪ Code d'entente du dispensateur traitant (omnipraticiens et spécialistes) ▪ Classe du dispensateur ▪ Numéro banalisé du dispensateur traitant ▪ Spécialité du dispensateur ▪ Classe du dispensateur référent

- **Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (services de médecine)**

- Numéro banalisé du dispensateur référent
- Indicateur service rendu CSST
- Code de décision de paiement
- Code de lieu de dispensation
- Code postal de l'établissement (6 positions)
- Numéro à 3 positions de l'établissement usuel banalisé
- Numéro de l'établissement non banalisé
- Code de localité
- Numéro non banalisé de l'établissement (autorisé par le MSSS)
- Secteur d'activité

- **Fichier des services pharmaceutiques**

- Numéro banalisé de l'individu
- Code programme médicament
- Code de plan
- Date du service
- Code DIN
- Classe AHF
- Sous-classe AHF
- Sous-sous-classe AHF
- Code de dénomination commune
- Code de forme (méthode administrée)
- Code de teneur
- Durée du traitement
- Quantité du médicament
- Classe du prescripteur
- Numéro banalisé du prescripteur
- Code de service 1
- Code de service 2
- Code de service 3
- Nombre de renouvellement résiduel
- Classe du dispensateur
- Numéro banalisé du dispensateur
- Numéro banalisé de la raison sociale de la pharmacie
- Indicateur de composantes
- Code de catégorie de liste de médicaments
- Code d'indication thérapeutique

- **MED-ÉCHO (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)**

- **Séjours hospitaliers**

- Numéro banalisé de l'individu
- Numéro de séquence séjour hospitalier banalisé
- Numéro non banalisé de l'établissement (autorisé par le MSSS)
- Région sociosanitaire de l'établissement
- Date d'admission du séjour hospitalier
- Date de départ du séjour hospitalier
- Type de soins séjour hospitalier
- Type d'admission du séjour hospitalier
- Date d'accident
- Code de précision de la date d'accident
- Code d'accident
- Responsabilité de paiement
- Indicateur nouveau-né
- Code provenance individu
- Code province du bénéficiaire
- Numéro séquentiel du système de classification
- Numéro non banalisé de l'établissement MSSS provenance
- Type lieu séjour hospitalier provenance
- Date arrivée urgence séjour hospitalier
- Nombre de jours d'absence séjour hospitalier
- Nombre de jours séjour hospitalier
- Numéro non banalisé de l'établissement MSSS destination
- Type lieu séjour hospitalier destination
- Nombre de consultations du séjour hospitalier
- Type de décès séjour hospitalier
- Code autopsie
- Nombre de mortinaissances
- Nombre de mortinaissances autopsiées
- Nombre de grammes à la naissance enfant 1
- Nombre de grammes à la naissance enfant 2
- Nombre de grammes à la naissance enfant 3
- Nombre de semaines de gestation
- Numéro banalisé du dossier médical hospitalier parent
- Numéro banalisé du dossier médical (pour les nouveau-nés de 28 jours et moins, c.-à-d. les enregistrements pour lesquels l'indicateur « nouveau-né » = 1; ou si le diagnostic principal ou secondaire CIM-9 = 630-676 et codes CIM-10 équivalents)

<ul style="list-style-type: none"> • MED-ÉCHO (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)
<ul style="list-style-type: none"> • Séjours hospitaliers - diagnostics <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéro de séquence banalisé du séjour hospitalier ▪ Type diagnostic séjour hospitalier ▪ Numéro séquentiel diagnostic ▪ Numéro séquentiel du système de classification ▪ Code de diagnostic médical clinique ▪ Code caractéristique diagnostic séjour hospitalier • Séjours hospitaliers - consultations <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéro de séquence banalisé du séjour hospitalier ▪ Numéro consultation ▪ Code domaine consultation ▪ Numéro séjour service hospitalier • Séjours hospitaliers - services <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéro de séquence banalisé séjour hospitalier ▪ Numéro séjour du service hospitalier ▪ Code de service ▪ Type séjour ▪ Classe dispensateur service ▪ Code spécialité dispensateur service ▪ Nombre de jours dans service • Séjours hospitaliers - interventions <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéro de séquence banalisé séjour hospitalier ▪ Numéro d'intervention ▪ Date de l'intervention ▪ Code de lieu de l'intervention ▪ Numéro séquentiel du système de classification ▪ Code d'intervention santé ▪ Code de section de l'intervention ▪ Code de groupe de rubriques de l'intervention ▪ Code rubrique de l'intervention ▪ Code de l'attribut de situation d'intervention ▪ Code de l'attribut de lieu d'intervention ▪ Code de l'attribut d'étendue de l'intervention ▪ Nombre d'interventions séjour hospitalier ▪ Classe dispensateur – intervention ▪ Classe dispensateur – anesthésie ▪ Code de spécialité du dispensateur – intervention ▪ Code de spécialité du dispensateur – anesthésie ▪ Code de technique anesthésie

<ul style="list-style-type: none"> • MED-ÉCHO (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)
<ul style="list-style-type: none"> • Séjours hospitaliers – soins intensifs <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéro de séquence banalisé séjour hospitalier ▪ Numéro de séjour soins intensifs ▪ Code unité soins intensifs ▪ Nombre de jours du séjour aux soins intensifs

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier des décès (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéro banalisé de l'individu ▪ Date du décès complète ▪ Lieu de naissance ▪ Langue d'usage ▪ Lieu de résidence du décédé (province) ▪ Région sociosanitaire du lieu de décès ▪ Nom de la municipalité de résidence du décédé ▪ Code de municipalité du lieu de décès ▪ Code de l'établissement ▪ Cause médicale du décès (avant 2000) ▪ Cause initiale de décès (2000 et plus) ▪ Causes secondaires du décès – 1 à 10 (2000 et plus) ▪ Catégorie médicale du décès (2000 et plus) ▪ Cause regroupée NCHS ▪ Décès par suite de grossesse ▪ Cause accidentelle du décès

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier des naissances vivantes (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)
<ul style="list-style-type: none"> • Identification du lieu de naissance : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endroit où a eu lieu la naissance ▪ Code de permis de l'installation • Renseignements sociosanitaires de la mère : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Âge ▪ Lieu de naissance (pays) ▪ Langue maternelle ▪ État civil ▪ Situation de vie ▪ Scolarité ▪ <i>Activité occupationnelle de la mère durant la grossesse*</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier des naissances vivantes (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)
<ul style="list-style-type: none"> • Renseignements physiques et relatifs à l'histoire obstétricale de la mère : • Grossesse actuelle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taille ▪ Poids prégravidique ▪ <i>Poids à l'accouchement*</i> • Grossesses antérieures <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nombre de grossesses antérieures incluant les avortements et les fausses couches*</i> ▪ <i>Nombre de grossesses multiples*</i> ▪ <i>Nombre de bébés prématurés*</i> ▪ Nombre de bébés nés vivants ▪ Nombre d'enfants mort-nés ▪ Date de la dernière naissance • Renseignements physiques et médicaux de la naissance : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heure et date de naissance ▪ Type de naissance ▪ Ordre de la naissance si naissance multiple ▪ Sexe ▪ Poids à la naissance ▪ Âge gestationnel ▪ <i>Résultat du test d'APGAR à 5 minutes*</i> ▪ <i>Présence de malformations congénitales*</i> ▪ <i>Mode d'alimentation de l'enfant de la naissance au congé ou au cours des 20 premières heures de vie s'il est hospitalisé*</i>

* La refonte du Registre des événements démographiques qui est à venir prévoit l'ajout de ce renseignement au bulletin de naissance vivante.

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier des mortinaissances (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)
<ul style="list-style-type: none"> • Identification du lieu de mortinaissance : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endroit où a eu lieu la naissance ▪ Code de permis de l'installation • Renseignements sociosanitaires de la mère : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Âge ▪ Lieu de naissance (pays) ▪ Langue maternelle ▪ État civil ▪ Situation de vie ▪ Scolarité ▪ <i>Activité occupationnelle de la mère durant la grossesse*</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Fichier des mortinaissances (pour les personnes sélectionnées et non sélectionnées)
<ul style="list-style-type: none"> • Renseignements physiques et relatifs à l'histoire obstétricale de la mère : • Grossesse actuelle <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Taille*</i> ▪ <i>Poids prégravidique*</i> ▪ <i>Poids à l'accouchement*</i> • Grossesses antérieures <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Nombre de grossesses antérieures incluant les avortements et les fausses couches*</i> ▪ <i>Nombre de grossesses multiples*</i> ▪ <i>Nombre de bébés prématurés*</i> ▪ Nombre de bébés nés vivants ▪ Nombre d'enfants mort-nés ▪ Date de la dernière naissance • Renseignements physiques et médicaux de la mortinaissance : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Heure et date de naissance ▪ Type de naissance ▪ Ordre de la naissance si naissance multiple ▪ Sexe ▪ Poids à la naissance ▪ Âge gestationnel ▪ <i>Décès transféré et prise en charge par le coroner en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*</i> ▪ Causes de décès ▪ Présence d'autopsie ▪ <i>Présence de maladies à déclaration obligatoire*</i> ▪ <i>Présence de malformations congénitales*</i>

* La refonte du Registre des événements démographiques qui est à venir prévoit l'ajout de ce renseignement au bulletin de mortinaissance.

<ul style="list-style-type: none"> • Base de données sur les congés des patients (BDGP) (obtenue de l'ICIS)
<p>Éléments de données</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifiant banalisé de la personne assurée ▪ Groupe 02 - Durée calculée du séjour ▪ Groupe 03 - Renseignements démographiques : responsable du paiement ▪ Groupe 04 - Admission ▪ Groupe 05 - Sortie ▪ Groupe 07 - Service principal

• **Base de données sur les congés des patients (BDCP) (obtenue de l'ICIS)**

- Groupe 09 - Dispensateur
- Groupe 10 - Diagnostic
- Groupe 11 - Intervention
- Groupe 13 - Soins spéciaux
- Groupe 18 - Soins génésiques : âge gestationnel et âge gestationnel au moment de l'accouchement

• **Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) (obtenue de l'ICIS)**

Éléments de données

- Identifiant banalisé de la personne assurée
- Données démographiques relatives aux patients ou clients : responsable du paiement
- Données sur l'arrivée et le type de visite
- Données relatives au dispensateur
- Données relatives à l'évaluation et à la consultation
- Données sur les interventions
- Données relatives à la sortie

• **Fichier des groupes de médecine de famille**

- Groupe de médecine de famille
 - Numéro GMF
 - Nom GMF
 - Code postal à six positions
 - Date de début opération GMF
 - Date de fin opération GMF
- Dispensateur partenaire dans un GMF
 - Numéro GMF
 - Code classe dispensateur
 - Numéro du dispensateur banalisé
 - Code de fin dispensateur partenaire GMF
 - Date de début partenaire dispensateur GMF
 - Date de fin partenaire dispensateur GMF
- Point de service d'un GMF
 - Numéro GMF
 - Numéro de l'établissement non banalisé
 - Date de début du point de services GMF
 - Date de fin du point de services GMF
 - Nombre de points de services affiliés au 1^{er} octobre de chaque année financière
 - Nombre de partenaires affiliés au 1^{er} octobre de chaque année financière

• **Fichier des relations entre les dispensateurs et leur clientèle**

- Relation dispensateur clientèle
 - Numéro banalisé de l'individu
 - Numéro du dispensateur banalisé
 - Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle
 - Code de classe dispensateur
 - Date de début de la période de relation dispensateur clientèle
 - Date de fin de la période de relation dispensateur clientèle
 - Code de raison de la fin de la relation avec le dispensateur
 - Date de fin admis périnatalité
 - Date début admis personnes âgées
- Lieu de la relation dispensateur clientèle
 - Identifiant banalisé de la personne assurée
 - Numéro séquentiel lieu relation
 - Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle
 - Numéro de l'établissement non banalisé
 - Code de localité banalisé
- Valeur d'attribut relation dispensateur clientèle
 - Identifiant banalisé de la personne assurée
 - Numéro séquentiel valeur attribut relation
 - Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle
 - Nom de l'attribut de la relation dispensateur clientèle
 - Valeur numérique de l'attribut de la relation dispensateur clientèle
- Situation de santé de la relation dispensateur clientèle
 - Identifiant banalisé de la personne assurée
 - Numéro séquentiel situation santé
 - Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle
 - Date de la déclaration de la situation de santé
 - Code de caractéristique de santé
 - Date de début de la situation de santé
 - Date de fin de la situation de santé

• **Fichier des services rendus hors Québec – Phase II**

- Numéro banalisé de l'individu
- Code diagnostic
- Date de paiement
- Date d'admission
- Date de sortie
- Numéro d'établissement
- Code de province
- Code de spécialité
- Code de statut de décision
- Code postal indicateur de région
- Code postal indicateur région dispensateur
- Indicateur service urgence
- Code de type de client

• **Fichier sur la performance hospitalière – APR-DRG**

- Identifiant banalisé de la personne assurée
- Code DRG
- Code de CMD
- Indicateur de gravité clinique
- Code DRG de chirurgie d'un jour
- NIRRU
- NIRRU de base de la chirurgie d'un jour

ANNEXE G

**RENSEIGNEMENTS COMMUNIQUÉS PAR LE
MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À LA
RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC**

Note : Les éléments de données en **gras et italique** représentent les variables de jumelage à la Régie qui ne seront pas transmises à l'Institut national de santé publique du Québec

• Fichier des décès
▪ Nom
▪ Prénom
▪ Date de naissance
▪ Numéro d'assurance maladie
▪ Sexe
▪ Date du décès complet
▪ Lieu de résidence de la personne décédée (province)
▪ Code postal de résidence de la personne décédée (6 positions)
▪ Code municipal de résidence du décédé
▪ Nom de la municipalité de résidence du décédé
▪ Code de l'établissement
▪ Cause médicale du décès (avant 2000)
▪ Cause initiale du décès (2000 et plus)
▪ Causes secondaires du décès – 1 à 10 (2000 et plus)
▪ Catégorie médicale du décès (2000 et plus)
▪ Cause regroupée NCHS
▪ Décès par suite de grossesse
▪ Cause accidentelle du décès

• Fichier des naissances vivantes
▪ Numéro d'assurance maladie de la mère
▪ Nom de la mère
▪ Prénom de la mère
▪ Date de naissance de la mère
<u>Identification du lieu de naissance :</u>
▪ Endroit où a eu lieu la naissance
▪ Code de permis de l'installation
<u>Renseignements sociosanitaires de la mère :</u>
▪ Âge
▪ Lieu de naissance (pays)
▪ Langue maternelle
▪ État civil
▪ Situation de vie
▪ Scolarité
▪ Activité occupationnelle de la mère durant la grossesse
<u>Renseignements physiques et relatifs à l'histoire obstétricale de la mère :</u>
<u>Grossesse actuelle</u>
▪ Taille
▪ Poids prégavidique

- Poids à l'accouchement

Grossesse antérieure

- Nombre de grossesses antérieures incluant les avortements et les fausses couches
- Nombre de grossesses multiples
- Nombre de bébés prématurés
- Nombre de bébés nés vivants
- Nombre de bébés mort-nés
- Date de la dernière naissance

Renseignements physiques et médicaux de la naissance :

- Heure et date de naissance
- Type de naissance
- Ordre de la naissance si naissance multiple
- Sexe
- Poids à la naissance
- Âge gestationnel
- Résultat du test d'APGAR à 5 minutes
- Présence de malformations congénitales
- Mode d'alimentation de l'enfant de la naissance au congé ou au cours des 20 premières heures de vie s'il est hospitalisé

• **Fichier des mortinaissances**

- **Numéro d'assurance maladie de la mère**
- **Nom de la mère**
- **Prénom de la mère**
- **Date de naissance de la mère**

Identification du lieu de mortinaissance :

- Endroit où a eu lieu la naissance
- Code de permis de l'installation

Renseignements sociosanitaires de la mère :

- Âge
- Lieu de naissance (pays)
- Langue maternelle
- État civil
- Situation de vie
- Scolarité
- Activité occupationnelle de la mère durant la grossesse

Renseignements physiques et relatifs à l'histoire obstétricale de la mère :

Grossesse actuelle

- Taille
- Poids pré-gavidique
- Poids à l'accouchement

Grossesse antérieure

- Nombre de grossesses antérieures incluant les avortements et les fausses couches
- Nombre de grossesses multiples
- Nombre de bébés prématurés
- Nombre de bébés nés vivants
- Nombre de bébés mort-nés
- Date de la dernière naissance

Renseignements physiques et médicaux de la mortinaissance :

- Heure et date de naissance
- Type de naissance
- Ordre de la naissance si naissance multiple
- Sexe
- Poids à la naissance
- Âge gestationnel
- Décès transféré et pris en charge par le coroner en vertu de la *Loi sur la recherche des causes et circonstances des décès*
- Causes de décès
- Présence d'autopsie
- Présence de maladies à déclaration obligatoire
- Présence de malformations congénitales

• Fichier sur la performance hospitalière – APR-DRG

- Identifiant banalisé de la personne assurée
- Code DRG
- Code de CMD
- Indicateur de gravité clinique
- Code DRG de chirurgie d'un jour
- NIRRU
- NIRRU de base de la chirurgie d'un jour

• **Base de données sur les congés des patients (BDCP) (obtenue de l'ICIS)**

- Identifiant banalisé de la personne assurée
- Groupe 02 - Durée calculée du séjour
- Groupe 03 - Renseignements démographiques : responsable du paiement
- Groupe 04 - Admission
- Groupe 05 - Sortie
- Groupe 07 - Service principal
- Groupe 09 - Dispensateur
- Groupe 10 - Diagnostic
- Groupe 11 - Intervention
- Groupe 13 - Soins spéciaux
- Groupe 18 - Soins génésiques : âge gestationnel et âge gestationnel au moment de l'accouchement

• **Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) (obtenue de l'ICIS)**

- Identifiant banalisé de la personne assurée
- Données démographiques relatives aux patients ou clients : responsable du paiement
- Données sur l'arrivée et le type de visite
- Données relatives au dispensateur
- Données relatives à l'évaluation et à la consultation
- Données sur les interventions
- Données relatives à la sortie