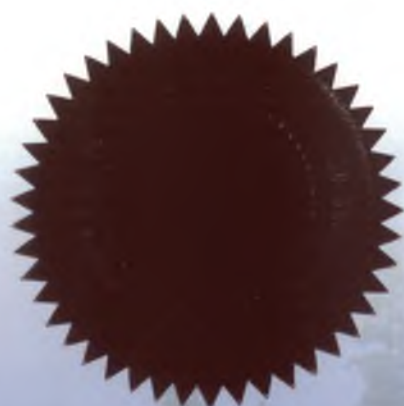


ASSEMBLÉE NATIONALE

N^o 1130-20041019



Rapport annuel 2003•2004

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Côte-Nord



*Cette publication est une production
de l'Agence de développement de
réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux Côte-Nord*

NOTE

*Dans ce texte, le masculin est pris dans
son sens générique et désigne aussi
bien les femmes que les hommes*

COORDINATION

*Sandra Morin,
conseillère aux communications*

MISE EN PAGE

Karine Poirier, secrétaire

Dépôt légal - 4^e trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque de l'Assemblée nationale

ISBN 2-89003-163-2

MOT DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Monsieur le Ministre,

C'est avec beaucoup de fierté que nous vous déposons le rapport d'activité 2003-2004 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. Le fait marquant de cette année dans le réseau de la santé et des services sociaux fut sans contredit l'adoption du projet de loi 25 en vue de la création des réseaux locaux de services. Les membres qui siégeaient au conseil d'administration de la Régie régionale ont tous accepté de s'engager dans ce projet que vous avez mis de l'avant et ont vu reconduire leur mandat pour la création de l'Agence en janvier 2004.

L'un des défis majeurs de cette année s'est avéré de concevoir un modèle d'organisation de services et de consulter la population, les groupes intéressés, les professionnels et les gestionnaires du réseau, le tout sur une période de trois mois, dans le but de vous déposer un projet régional en avril 2004. Ce défi a été relevé avec succès et nous sommes confiants de répondre à vos attentes et à celles de la population nord-côtière.

Nous retiendrons également de l'année 2003-2004 que la Côte-Nord a été entendue dans les trois domaines identifiés comme des priorités régionales, à savoir l'accès aux services médicaux, l'accès aux services pour les jeunes en difficulté et leur famille et l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources.

Nous nous réjouissons des fruits récoltés dans la réponse aux besoins de la population et nous vous remercions de l'écoute dont vous avez fait preuve à notre égard.

La présidente du conseil d'administration,

A handwritten signature in dark ink that reads "Huguette Jourdain". The signature is written in a cursive, flowing style.

Huguette Jourdain



MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE



Le rapport d'activité 2003-2004 de l'Agence de la Côte-Nord se présente sous une nouvelle facture qui témoigne de l'introduction dans le réseau de la santé et des services sociaux d'une culture de gestion par résultat. La détermination d'objectifs de services et la mise en place du suivi des indicateurs pour tous les établissements ont mobilisé de façon importante le personnel de l'Agence cette année. On pourra constater à la lecture du rapport que la région a rencontré la presque totalité des objectifs convenus par entente avec le Ministère. Les sommes allouées aux fins de l'amélioration des services ont permis d'atteindre les résultats attendus.

Au plan des particularités régionales, des gains importants ont été faits en 2003-2004 pour la population nord-côtière. Ainsi, la région s'est vu reconnaître ses besoins particuliers à l'enseignement des trois priorités ciblées en 2002-2003 : l'accès aux services médicaux, l'accès aux services pour les jeunes en difficulté et leur famille et l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources.

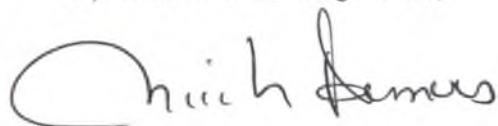
D'une part, les travaux menés par la Table de concertation des régions éloignées avec le Ministère ont permis d'introduire des éléments de gestion des plans d'effectifs médicaux qui ne pourront que favoriser les régions en pénurie chronique de médecins comme la Côte-Nord. De plus, les ententes négociées par le Ministère avec les fédérations médicales ont tenu compte des recommandations des régions éloignées et nous apparaissent porteuses d'une meilleure répartition des effectifs au Québec.

D'autre part, l'accès aux services pour les jeunes en difficulté et leur famille s'est accru comme en témoigne la diminution des listes d'attente à la protection de la jeunesse. Ce résultat a été atteint grâce à l'effet combiné de l'application d'un plan d'action régional pour les services aux jeunes et à leur famille et le rehaussement de la base budgétaire du Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord, volet Centre jeunesse.

Finalement, la reconnaissance, dans la nouvelle méthode de répartition des budgets, des coûts élevés de production de services dans les régions éloignées, caractérisées par une faible densité de population et de vastes territoires, permettra aux citoyens de la Côte-Nord d'obtenir leur juste part du financement des services de santé et des services sociaux.

L'Agence de la Côte-Nord dépose un bilan très positif de l'année 2003-2004. Les résultats obtenus sont le fruit de l'engagement et du professionnalisme du personnel ainsi que de l'excellente écoute dont ont fait preuve le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que son équipe ministérielle.

La présidente-directrice générale,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Nicole Demers". The signature is fluid and cursive, with a large initial "N" and "D".

Nicole Demers

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE



L'adoption par le conseil d'administration de l'Agence du *Plan d'action régional en santé publique* est le fait marquant de l'année 2003-2004.

Ce document fut adopté après une consultation élargie à l'ensemble des groupes professionnels du réseau de la santé et du Forum de la population. Les commentaires recueillis ont démontré la nécessité de maintenir et d'accroître les services en prévention et promotion de la santé. Tous considèrent que le fait de se doter d'un plan d'action constitue une étape essentielle au développement de la santé publique.

Ce plan d'action, nous avons pu le constituer sur une base réaliste grâce à une connaissance précise de nos ressources, de nos activités et de nos besoins. L'énergie consacrée à la rédaction du portrait des ressources et activités en santé publique a permis de constater que l'ensemble des établissements ayant une vocation CLSC désire s'approprier une place prépondérante dans le développement des services en prévention et promotion de la santé.

C'est dans cette optique que nous entrevoyons positivement la rédaction des plans locaux de santé publique. Les mécanismes de coordination mis en place permettront de convenir d'une priorisation des dossiers et conséquemment d'investir de façon efficace.

Nous sommes également très heureux de constater la volonté des professionnels du réseau de la santé et des représentants des organismes du milieu de participer activement aux colloques régionaux touchant la santé publique. Escal 2003, le colloque en périnatalité, le colloque sur la santé mentale ne sont que quelques exemples qui témoignent du dynamisme de notre réseau. Nous remercions les organisateurs et les félicitons pour leur savoir-faire.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Raynald Cloutier'.

Raynald Cloutier, m.d.



DÉCLARATION PAR LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

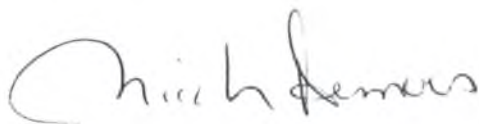
DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2003-2004 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2003-2004.



Nicole Demers
Présidente-directrice générale



TABLE DES MATIÈRES

	Page
CHAPITRE I - LE RÉSEAU NORD-CÔTIER	
La région.....	3
La mission	3
Le conseil d'administration	4
Le code d'éthique et de déontologie	4
Le Forum de la population	5
Le Département régional de médecine générale.....	5
La Commission médicale régionale	7
La Commission infirmière régionale	8
La Commission multidisciplinaire régionale.....	9
La nouvelle structure de l'organisation	10
Les établissements	12
Les organismes communautaires	13
Les ressources intermédiaires et de type familial	16
Les services aux communautés autochtones.....	17
CHAPITRE II - LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE	
Les priorités 2003-2004.....	21
1. Entente de gestion et d'imputabilité.....	21
2. Activités de gestion ciblées par le Ministère.....	22
3. Tenue d'une démarche de planification d'un nouveau modèle régional d'organisation basé sur les réseaux locaux de services	23
4. Nouveau plan d'organisation de l'Agence.....	24
5. Priorités régionales.....	25
Les activités régulières de l'Agence	29
1. Traitement des plaintes.....	29
2. Accès aux services spécialisés	29
3. Services préhospitaliers d'urgence.....	30
4. Accès aux services en langue anglaise	32
5. Fonds régional de maintien à domicile et les programmes sur les aides techniques aux personnes handicapées.....	33
6. Mesures d'encadrement cliniques spécifiques à certaines clientèles.....	34
7. Communications.....	34
8. Ressources humaines	35
9. Technocentre	37
CHAPITRE III - LE BILAN RÉGIONAL DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	
Les objectifs de prestation de services	41
L'équilibre budgétaire des établissements.....	54

CHAPITRE IV - LES RÉALISATIONS ET LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2003-2004

La santé publique	59
1. Développement social	59
2. Sécurité alimentaire.....	59
3. Maladies infectieuses.....	59
4. Santé environnementale	61
5. Santé au travail.....	62
6. Kino-Québec	62
7. Prévention des maladies chroniques et promotion de saines habitudes de vie	63
8. Prévention des traumatismes non intentionnels	64
9. Prévention et promotion en milieu scolaire	65
10. Santé dentaire	65
11. Connaissance, surveillance, recherche et évaluation	66
Les services généraux.....	66
1. Info-Santé.....	66
2. Groupes de médecine de famille	67
3. Périnatalité	67
4. Violence conjugale et agressions à caractère sexuel	68
La santé physique	68
1. Cancer	68
2. Effectifs médicaux.....	70
3. Services diagnostiques.....	71
4. Traumatologie	72
La santé mentale	72
1. Modèle régional d'intervention en situation de crise	72
2. Réseaux de services intégrés en santé mentale.....	73
3. Troubles de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	73
4. Ajout de services en pédopsychiatrie au Centre hospitalier régional de Sept-Îles.....	73
5. Projet vidéo sur la prévention du suicide en contexte de travail	74
6. Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale	74
La perte d'autonomie liée au vieillissement	74
1. Maintien à domicile.....	74
2. Centres d'hébergement et de soins de longue durée.....	75
3. Intégration des services	76
4. Résidences privées	76
5. Système régional d'admission.....	77
Les jeunes en difficulté	77
La déficience physique	78
La déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement	78
Les dépendances	79
1. Toxicomanie	79
2. Jeu pathologique	79

CHAPITRE V - LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

Les états de la provenance et l'utilisation des principaux fonds à gérer	85
1. Immobilisations.....	85
2. Équipements.....	86
3. Location d'espaces.....	86
4. Autorisations d'emprunts.....	87
Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés.....	88
Les états financiers de l'Agence	89
1. Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2004	97

CHAPITRE VI - LES STATISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS

Les statistiques	107
------------------------	-----

ANNEXE

A - Le code d'éthique et de déontologie

FIGURES

1 - Organigramme au 31 mars 2004	11
2 - Répartition des MADO selon leur nature Côte-Nord 2003	60



LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

Agence	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
ALV	Appareils de loteries vidéo
AMP	Activités médicales particulières
AQRP	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CHRBC	Centre hospitalier régional Baie-Comeau
CHRSI	Centre hospitalier régional de Sept-Îles
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CS	Centre de santé
CRD	Conseil régional de développement
CRE	Conférence régionale des élus
CRID	Centres de référence pour investigation désignés
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
FMQOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
Forum	Forum de la population
GMF	Groupe de médecine de famille
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycycliques
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MAD	Maintien à domicile
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSP	Ne s'applique pas
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PDG	Président-directeur général
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSSE	Programme de santé spécifique aux établissements
Régie régionale	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
ROCASM	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale

SIDEP	Services intégrés et de dépistage des ITSS
SIMAD	Services intensifs de maintien à domicile
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TRIPP	Table régionale intersectorielle sur la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire
VNO	Virus du Nil occidental

CHAPITRE I

LE RÉSEAU NORD-CÔTIER



LA RÉGION

La Côte-Nord compte 101 560 habitants selon les données de Statistique Canada en 2001. Le territoire desservi par l'Agence s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville.

Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la majorité des habitants de la région. Une quarantaine de municipalités dont certaines ne sont pas reliées par la voie terrestre sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km². La Côte-Nord est une des régions du Québec où la présence autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés montagnaises et une naskapie. Les autochtones comptent pour près de 10 % de la population nord-côtière soit 8 000 personnes.

La population de la Côte-Nord est aussi plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. En 2001, les statistiques révèlent que 33,1 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 30,8 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs moins nombreuses qu'au Québec. Elles représentent 9,2 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 13 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones sauf en Basse-Côte-Nord où l'on dénombre plus de 5 000 personnes dont la langue maternelle est l'anglais.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi c'est de rendre accessible les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et coller aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence c'est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

La mission de l'Agence a été modifiée en 2003-2004 avec l'adoption du projet de loi 25. L'Agence s'est vu confier la responsabilité de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres qui ont siégé au conseil d'administration de l'Agence au cours de l'année 2003-2004.

- Boulianne, Jacques Tadoussac
- Chevarie, Carole* Port-Cartier
- Cliche, Jean-Marc* Baie-Comeau
- Deraps, Octave Sept-Îles
- Détroio, Anthony* Port-Cartier
- Gagnon, Jean-Eudes Baie-Comeau

Commission médicale régionale

- Samson, Arnaud (Dr) Baie-Comeau

Commission multidisciplinaire régionale

- Bossé, Gervais* Forestville

- * À compter du 30 janvier 2004.

- Huet, Patricia Baie-Comeau
- Jourdain, Huguette (prés.) Sept-Îles
- Leclerc, Thérèse Baie-Comeau
- Levasseur, Louise Baie-Comeau
- Morneau, Jimmy Fermont
- Parisé, Jean Havre-Saint-Pierre

Commission infirmière régionale

- Girard, Francine Port-Cartier

Présidente-directrice générale

- Demers, Nicole Baie-Comeau

Au total, dix rencontres ont été tenues entre le 1^{er} avril 2003 et le 31 mars 2004 dont quatre par conférence téléphonique.

Le comité de vérification est composé depuis février 2003 des membres suivants :

- Deraps, Octave
- Huet, Patricia
- Leclerc, Thérèse
- Biron, Jacques (personne-ressource de l'Agence)

Durant l'année qui vient de s'écouler, trois réunions ont été tenues.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

En novembre 2002, le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait un nouveau code d'éthique et de déontologie pour les administrateurs. Ce code d'éthique répond aux modifications apportées à la gouverne régionale par la loi 28. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds public, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Ce code d'éthique porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. En février 2003, un comité d'éthique et de déontologie a été mis sur pied et compte trois membres du conseil d'administration dont le mandat est d'une durée de un an.

Au cours de l'exercice 2003-2004, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée. Le code d'éthique et de déontologie se retrouve en annexe au présent rapport.

LE FORUM DE LA POPULATION

Le Forum, composé de quinze membres issus de la communauté, a siégé à trois reprises au cours de l'année 2003-2004. Les rencontres ont porté essentiellement sur la familiarisation avec le réseau de la santé et des services sociaux de la région, le *Plan d'action régional en santé publique* de même que sur le modèle d'organisation de services soumis à la consultation à la suite de l'adoption du projet de loi 25. Le rôle du Forum consiste notamment à formuler des recommandations au conseil d'administration de l'Agence sur différents sujets et à s'assurer que la population est consultée en regard de ses besoins et des enjeux de santé et bien-être. Les membres du Forum ont élu monsieur Dan Mauger à la présidence.

Voici la liste des membres qui composent cette instance ainsi que le territoire et l'organisation qu'ils représentent.

Centre de santé des Nord-Côtiers MRC de la Haute-Côte-Nord

- Noël, Antoine Sacré-Cœur

CLSC-Centre de santé des Sept Rivières MRC de Sept-Rivières

- Cummings, René Sept-Îles
- Dionne, Bernard Port-Cartier
- Richards, Kathleen Sept-Îles

Centre de santé de l'Hématite MRC de Caniapiscau

- Vignola, Jacques Fermont

Centre de santé de la Basse-Côte-Nord Territoire de la Basse-Côte-Nord

- Mauger, Dan (prés.) Chevery

Communauté d'expression anglaise

- Joncas, Jarvin Lourdes-de-Blanc-Sablon

CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan MRC de Manicouagan

- Brisson, Christine Baie-Comeau
- Émond, Claudine Ragueneau
- Sirois, Carole Baie-Comeau

Centre de santé de la Minganie MRC de la Minganie

- Landry, Jacques Natashquan

CLSC Naskapi MRC de Caniapiscau

- Einish, Sampson Kawawachikamach

Comité des usagers

- Foster, Céline Forestville
- Turbis, Bernadette Havre-Saint-Pierre

Communauté montagnaise

- Vollant, Jean-Marie Sept-Îles

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Créé en fonction de l'article 417.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le DRMG regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins oeuvrant au sein d'un établissement.

Ses principaux mandats :

- ✧ Faire des recommandations sur le plan des effectifs médicaux touchant les omnipraticiens.
- ✧ Définir et proposer un plan d'organisation des services médicaux généraux et s'assurer de leur mise en place.
- ✧ Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux.
- ✧ Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes considérés prioritaires.
- ✧ Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières.
- ✧ Évaluer l'atteinte des objectifs quant au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et au plan des effectifs en omnipratique.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par le comité de direction composé de huit membres omnipraticiens, issus des territoires de la Côte-Nord et de profils de pratique différents. Docteur Roger Dubé, chef du département, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Les membres du comité de direction :

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| • Docteure Chantale Baril | Sept-Îles |
| • Docteur Roger Dubé (chef du DRMG) | Baie-Comeau |
| • Docteure Marie-Claude Dupras | Blanc-Sablon |
| • Docteur Pierre Gosselin | Port-Cartier |
| • Docteur Pierre Moore | Havre-Saint-Pierre |
| • Docteur Raynald Pilon | Fermont |
| • Docteur Emmanuel Soldevila | Forestville |
| • Docteure Claudette Viens | Bergeronnes |

Au cours de l'année 2003-2004, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises et a tenu une conférence téléphonique.

Les principaux sujets abordés par le DRMG réfèrent, entre autres, à l'accessibilité aux services médicaux, à l'organisation des services médicaux et à deux nouvelles ententes négociées entre le MSSS et la FMOQ, dont la gestion est sous la responsabilité du DRMG.

Voici quelques sujets abordés :

- ✧ projet continuité - INSPQ;
- ✧ recrutement des effectifs médicaux;
- ✧ plan des effectifs en omnipratique;
- ✧ mesures incitatives;
- ✧ accessibilité aux services de première ligne;
- ✧ réflexion sur la notion d'effectif minimal requis;
- ✧ dépannage fidélisé;
- ✧ programme de boursiers en médecine de famille;
- ✧ recrutement de médecins étrangers;
- ✧ développement des projets de GMF;
- ✧ *Plan d'action régional en santé publique;*
- ✧ appel d'offres de l'Université Laval pour une unité de médecine familiale en région;
- ✧ réseau de traumatologie;
- ✧ entente particulière sur la gestion des PREM en omnipratique;
- ✧ entente particulière sur les AMP;
- ✧ Table de concertation des régions éloignées.

En terminant, soulignons la participation du chef du DRMG aux travaux de la Table de concertation des régions éloignées relativement à la pénurie d'effectifs médicaux, un sujet de préoccupation majeur pour l'accessibilité aux services dans la région.

LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE

Constituée au printemps 1993, la CMR comprend douze membres.

À titre de représentants des omnipraticiens, nous retrouvons :

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| • Docteur Alain Bigué | Sept-Îles |
| • Docteur Pierre Côté | Havre-Saint-Pierre |
| • Docteure Catherine Montel | Sept-Îles |
| • Docteur Raynald Pilon | Fermont |
| • Docteur Arnaud Samson (prés.) | Baie-Comeau |

Du côté des spécialistes :

- | | |
|--|-------------|
| • Docteur Édouard Botton | Sept-Îles |
| • Docteure Michèle Brie | Baie-Comeau |
| • Docteur Stéphane Guay | Sept-Îles |
| • Docteur Pierre Guévremont (v.-prés.) | Sept-Îles |
| • Docteure Annie Soulières | Sept-Îles |

La présidente-directrice générale, madame Nicole Demers, de même que le directeur de santé publique, docteur Raynald Cloutier, complètent d'office la composition de la CMR.

De plus, des membres sans droit de vote siègent à titre d'observateurs :

- | | |
|--|-------------------------|
| • Le chef du DRMG | Docteur Roger Dubé |
| • Le représentant régional de la FMOQ | Docteur Pierre Gosselin |
| • Le représentant régional de la FMSQ | Docteur Michel Nantais |
| • Les DSP des établissements de santé et de services sociaux de la Côte-Nord | |

Au cours de l'année 2003-2004 se joignent deux nouveaux observateurs permanents :

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| • La chef pharmacienne au CHRBC | Madame Lucie Chouinard |
| • La chef pharmacienne au CHRSI | Madame Alice Bourgeois |

Très active au cours de l'année 2003-2004, la CMR s'est réunie à quatre reprises lors de réunions régulières et a tenu deux réunions par conférence téléphonique.

Les principaux sujets abordés :

- ✧ services médicaux spécialisés :
 - ✓ Plan régional d'effectifs médicaux;
 - ✓ organisation des services;
- ✧ plans de contingence;
- ✧ équipements médicaux spécialisés - priorités;

- ✧ informatisation des laboratoires;
- ✧ accessibilité à certains médicaments;
- ✧ réseau québécois de télésanté;
- ✧ groupes de médecine de famille;
- ✧ accessibilité aux soins de première ligne;
- ✧ Table de concertation des régions éloignées;
- ✧ *Plan d'action régional en santé publique*;
- ✧ consensus des régions éloignées sur les effectifs en spécialités;
- ✧ unité de médecine familiale - appel d'offres de l'Université Laval.

La réorganisation du réseau nord-côtier a nécessité la collaboration de tous les partenaires. À cet effet, la CMR a proposé un modèle d'organisation des services spécialisés sur la Côte-Nord. Les travaux se poursuivront au cours de l'année 2004-2005.

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

Au 31 mars 2004, la composition de la CIR était la suivante.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

- Bérubé-Otis, Sylvie CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan
- Girard, Francine CLSC-Centre de santé des Sept Rivières
- Pigeon, Nathalie Centre hospitalier régional de Sept-Îles

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

- Poste vacant

Directions des soins infirmiers - Responsables des soins infirmiers

- Amiot, Ginette (prés.) CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan
- Berthelot, Marlène Centre hospitalier régional de Sept-Îles

Cégep (département des soins infirmiers)

- Martin, Louise Cégep de Sept-Îles

Membre coopté

- Cassista, Claire Centre de santé de l'Hémodite

Membres observateurs

- Deschênes, Yvonne
- Fournier, Juliette
- Langlois, Hélène

Agence (personne désignée par la présidente-directrice générale)

- Pineault, Lisette

Au cours de l'année 2003-2004, les membres se sont réunis à deux reprises et ont tenu une conférence téléphonique.

Deux avis ont été émis par la CIR sur :

- ◇ le *Plan d'action régional en santé publique*;
- ◇ le modèle régional d'organisation des services sur la Côte-Nord.

Les autres sujets qui ont préoccupé les membres sont :

- ◇ la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- ◇ la formation des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- ◇ le programme de soutien à l'organisation du travail en soins infirmiers;
- ◇ la pratique infirmière avancée en milieu isolé;
- ◇ la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

Voici la liste des membres de la CMuR au 31 mars 2004.

Professionnels domaine social

- | | |
|---|--|
| • Dugas, Sylvie (organisatrice communautaire) | CLSC-Centre de santé des Sept Rivières
(secteur Port-Cartier) |
| • Leclerc, Sylvain (travailleur social) | Centre jeunesse à Sept-Îles |

Professionnels domaine réadaptation-santé

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| • Chouinard, Denise (nutritionniste) | Centre de santé de l'Hémathite |
| • Salvas, Chantal (ergothérapeute) | Centre l'Émergent à Sept-Îles |

Domaine technique

- | | |
|---|---|
| • Bossé, Gervais (technicien en radiologie) | Centre de santé des Nord-Côtiers (pavillon Forestville) |
| • Martel, Hélène (hygiéniste dentaire) | Centre de santé de l'Hémathite |
| • Poste vacant | |

Gestionnaires

- | | |
|---|--|
| • Gauthier, Linda (coordonnatrice services cliniques) | CHRBC - domaine réadaptation-santé |
| • Langevin, Denise (DPJ et Dir. de la programmation) | CPRCN (secteur Baie-Comeau) - domaine social |

Cégep

- | | |
|---|----------------------|
| • Leclerc, Céline (département éducation spécialisée) | Cégep de Baie-Comeau |
|---|----------------------|

Agence (personne désignée par la présidente-directrice générale)

- Castonguay, Réal (directeur de l'organisation des services)

Observateurs

- | | |
|---|---|
| • Gendron, Marie-Claude (psychologue) | Centre de santé des Nord-Côtiers (pavillon Forestville) |
| • Verret, Stéphane (travailleur social) | Centre hospitalier régional de Sept-Îles |

La CMuR s'est réunie à deux reprises dans le courant de l'année dans le but d'émettre des avis sur le *Plan d'action régional en santé publique* et sur le modèle régional d'organisation de services sur la Côte-Nord.

LA NOUVELLE STRUCTURE DE L'ORGANISATION

La structure de l'organisation a été modifiée en 2003-2004. Les compressions budgétaires ont entraîné des changements au sein de la Direction de santé publique et des affaires médicales. Tout le domaine de la santé physique et celui des services préhospitaliers d'urgence ont été regroupés sous la supervision du directeur de santé publique et des affaires médicales. Pour sa part, la Direction de l'organisation des services a reçu le mandat d'implanter les réseaux locaux de services.

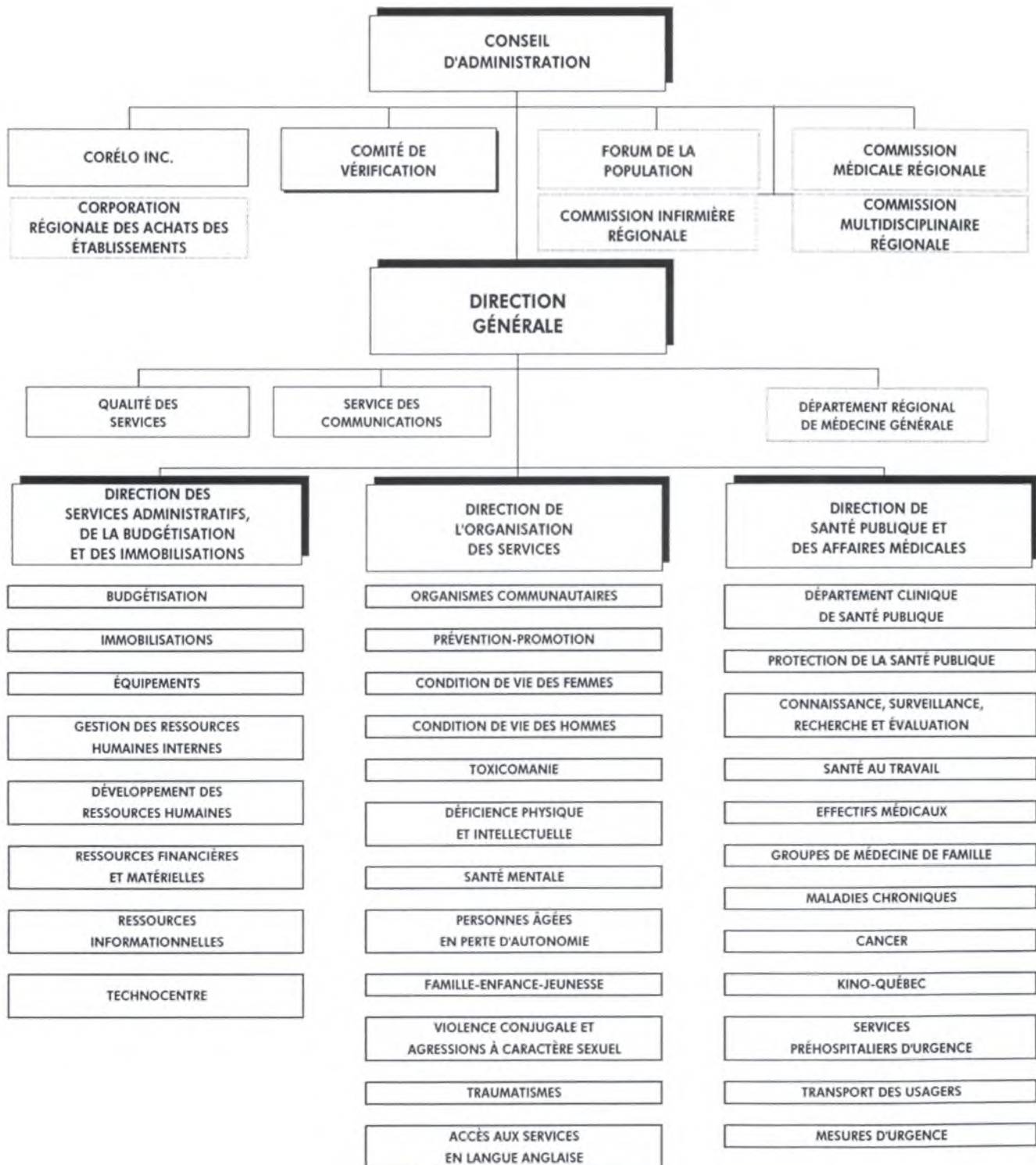
Voici les directions de l'Agence en date du 31 mars 2004 :

- ⇒ Direction générale;
- ⇒ Direction de santé publique et des affaires médicales;
- ⇒ Direction de l'organisation des services;
- ⇒ Direction des services administratifs, de la budgétisation et des immobilisations.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et l'organigramme de l'Agence.

Effectifs de l'Agence		Exercice en cours	Exercice précédent
Employés cadres (au 31 mars 2004)	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	11	12
	Temps partiel		
	Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
	Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Employés réguliers (au 31 mars 2004)	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	59	57
	Temps partiel		
	Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	4	4
	Nombre d'employés en sécurité d'emploi	3	
Employés occasionnels	Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	28 148,01	34 725,85
	Équivalents temps complet	15,42	19,02

FIGURE 1 - ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2004



LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte dix établissements dont plusieurs assument une mission double et même triple.

La MRC de la Haute-Côte-Nord

Le Centre de santé des Nord-Côtiens a son siège social aux Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Bergeronnes, Escoumins et Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Cœur au nord et la communauté montagnaise de Essipit. Le Centre de santé dessert une population de 13 096 habitants.

La MRC de Manicouagan

Le CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan dessert, comme clientèle, la population de la MRC. L'établissement a son siège social à Baie-Comeau. Le Centre hospitalier régional Baie-Comeau accueille, pour sa part, les résidents des MRC de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan.

La MRC de Manicouagan regroupe 34 791 habitants. Ce territoire débute avec la communauté montagnaise de Betsiamites et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité; Baie-Comeau (24 300 habitants) est la municipalité la plus peuplée du territoire.

La MRC de Sept-Rivières

Le CLSC-Centre de santé des Sept Rivières a son siège social à Sept-Îles et des installations à Port-Cartier où se trouve son centre administratif. Le Centre hospitalier régional de Sept-Îles, pour sa part, compte parmi sa clientèle les résidents des MRC de Sept-Rivières, de la Minganie, de Caniapiscau et le secteur de la Basse-Côte-Nord.

La MRC de Sept-Rivières compte 36 146 habitants et inclut les communautés montagnaises de Uashat et Malinotnam. Sept-Îles est la municipalité la plus peuplée de la MRC avec 24 363 habitants, sans compter la population autochtone.

La MRC de Caniapiscau

Le Centre de santé de l'Hématite est situé à Fermont. Il dessert une population de 4 184 habitants.

Légalement constitué en 2001, le CLSC Naskapi offre ses services à la communauté du même nom à Kawawachikamach, de juridiction provinciale (562 habitants).

La MRC de la Minganie

C'est à Havre-Saint-Pierre (3 369 habitants) que l'on retrouve le Centre de santé de la Minganie. Mingan et Pointe-Parent constituent les deux communautés autochtones du territoire. La MRC de la Minganie compte une population de 6 892 habitants.

La Basse-Côte-Nord

Le Centre de santé de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le Centre de santé dessert une population de 5 854 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend les communautés montagnaises de Pakuashipi et Unamen Shipu.

Cet établissement dessert également quelque 3 000 personnes vivant au Labrador dans des villages reliés par la route à Blanc-Sablon.

Une mission régionale

Le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en toxicomanie ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et ses services sont déconcentrés dans toutes les MRC, y compris le secteur de la Basse-Côte-Nord.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement de base accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires et bénévoles nous permet de soutenir 100 organismes qui interviennent dans différents secteurs d'activité en matière de santé et de services sociaux. De ce nombre, 17 donnent des services de maintien à domicile. Cela représente un investissement de 6 188 256 \$. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, l'Agence exige que les organismes respectent les normes édictées par le Ministère telles que décrites dans le cadre de gestion prévu pour ce programme. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant état des activités réalisées et de ces états financiers. La transmission à l'Agence de prévisions budgétaires équilibrées à chaque année assure cette dernière de la saine gestion de ces organismes. Un processus d'analyse permet à chaque professionnel d'effectuer le suivi de gestion des fonds publics dédiés au soutien communautaire. Par cette démarche, l'Agence est en mesure d'apporter l'aide requise aux organismes en difficulté et aussi de témoigner de l'importante contribution sociale de ces organismes dans la mission globale d'amélioration de la santé et du bien-être de la population nord-côtière.

DONNÉES FINANCIÈRES			
Organisme	Subvention 2002-2003 (\$)	Subvention 2003-2004 (\$)	Vocation principale
Accueil Marie-de-l'Incarnation	6 960	7 127	Famille
Actions SIDA Côte-Nord	32 124	50 000	MTS-SIDA
Ado-Cité - Maison des jeunes	26 414	27 048	Jeunesse
Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord	69 603	71 273	Santé mentale
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute Côte-Nord inc.		5 650	Personnes handicapées
Association des agoraphobes des Sept Îles	11 779	12 062	Santé mentale
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.		13 972	Personnes handicapées
Association des parents et amis du malade émotionnel	32 124	32 895	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan		19 266	Personnes handicapées
Association des sourds de Baie-Comeau		6 000	Personnes handicapées
Association Fibromyalgie de Duplessis		6 000	Personnes handicapées

DONNÉES FINANCIÈRES			
Organisme	Subvention 2002-2003 (\$)	Subvention 2003-2004 (\$)	Vocation principale
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)		14 944	Personnes handicapées
Association parents et amis du malade émotionnel	32 124	40 895	Santé mentale
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité (A.Q.E.A.), Chapitre Côte-Nord		5 650	Santé physique
Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	17 668	34 141	Famille
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	15 530	15 903	Personnes handicapées
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	206 619	211 578	Intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Côte-Nord	139 973	189 502	Assistance et accompagnement
Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord	284 028	290 845	Santé mentale
Centre d'intervention Le Rond-Point	90 847	93 027	Alcoolisme et toxicomanie
Centre de femmes « l'Étincelle »	74 955	102 887	Centre de femmes
Centre de jeunes La Zone		2 000	Jeunesse
Centre des femmes de Forestville	74 955	94 118	Centre de femmes
Centre femmes aux quatre vents	74 955	92 591	Centre de femmes
Centre Le Volet des femmes	71 817	94 341	Centre de femmes
Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes		15 246	Santé physique
Comité action jeunesse de Bergeronnes	12 375	14 672	Jeunesse
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	12 375	14 672	Jeunesse
Comité action jeunesse des Escoumins	12 375	14 672	Jeunesse
Comité Gendron	48 186	49 342	Famille
Comité jeunesse Sainte-Anne-de-Portneuf		14 000	Jeunesse
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	5 889	6 030	Personnes démunies
Comptoir alimentaire L'Escale	5 889	6 030	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	155 266	158 992	Justice alternative
Espace Côte-Nord		100 857	Prévention de la violence faite aux enfants
Grains de soleil Côte-Nord inc.	12 314	12 610	Famille
Hommes Sept-Îles Centre d'entraide pour hommes inc.		7 500	Homme
Justice Alternative Côte-Nord inc.	192 745	197 371	Justice alternative
L'Alliance des femmes de Sacré-Cœur	74 955	95 734	Centre de femmes
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	3 748	10 260	Santé physique
L'Âtre de Sept-Îles	227 273	232 728	Santé mentale
L'Entre-deux-Tournants	26 415	51 049	Jeunesse
L'Envol, Maison de la famille	27 840	28 508	Famille
L'Espoir de Shelna	34 568	35 398	Personnes handicapées
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	12 375	14 672	Jeunesse
La Maison des jeunes « Le Spoth » de Chute-aux-Outardes	12 375	14 672	Jeunesse
La Maison des jeunes de Port-Cartier inc.	89 350	91 494	Jeunesse
La Maison du Tonnerre	26 414	35 048	Jeunesse
La Maison Le Coin des femmes Sept-Îles inc.	319 323	359 446	Maison des femmes
La Maisonnée de Hauterive inc.	75 378	77 187	Jeunesse
La Résidence St-Joseph	42 833	10 707	Santé mentale
La Vallée des Roseaux	171 779	275 902	Soins palliatifs
Le Chemin de l'espoir, Maison de la famille	18 408	32 850	Famille
Le Créam inc.	53 539	122 531	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Port-Cartier		9 169	Personnes handicapées
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	8 566	27 796	Promotion et défense des droits pour les personnes handicapées

DONNÉES FINANCIÈRES			
Organisme	Subvention 2002-2003 (\$)	Subvention 2003-2004 (\$)	Vocation principale
Le Pivotal des Îles inc.	38 835	39 767	Personnes handicapées
Le Répit Daniel-Potvin inc.	76 799	78 642	Répit-dépannage
Les Habitations communautaires « Le Gîte »	26 770	27 412	Santé mentale
Maison Anita LeBel	35 665	51 724	Maison des femmes
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	50 000	64 105	Maison des femmes
Maison de transition Baie-Comeau inc.	144 558	148 027	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	325 343	359 727	Maison des femmes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	42 477	58 496	Jeunesse
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	12 375	22 672	Jeunesse
Maison des jeunes de Longue-Rive		8 000	Jeunesse
Maison des jeunes L'Authentique	26 415	27 048	Jeunesse
Maison des jeunes L'Entretiens de Forestville	85 309	69 356	Jeunesse
Maison l'Amie d'Elle inc.	331 383	360 234	Maison des femmes
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre		11 592	Personnes handicapées
Nouveau regard	5 354	5 482	Santé mentale
PAPIPLUS		7 500	Homme
Point de rencontre inc.	138 140	141 455	Santé mentale
Regroupement des agoraphobes de Baie-Comeau	11 779	12 062	Santé mentale
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale (ROCASM)	7 145	7 316	Table régionale
Répit Richelieu	76 799	78 642	Répit-dépannage
Ressource de réinsertion « Le Phare »	21 416	21 930	Santé mentale
Ressource Parenfants	1 581	1 619	Famille
Ressources familles Manicouagan	26 770	27 412	Famille
Société Alzheimer de la Côte-Nord	8 887	9 100	Maintien à domicile
Table de concertation régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Côte-Nord	51 344	52 577	Table régionale
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	2 142	2 193	Alcoolisme et toxicomanie
Zen-Hits CAFÉ de Baie-Comeau	15 000	15 000	Jeunesse
Organismes offrant des services de maintien à domicile :			
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	9 906	15 144	Centre communautaire pour personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	16 138	31 525	Centre de bénévolat
Centre d'action bénévole de Sept-Îles inc.	95 799	103 672	Centre de bénévolat
Centre d'action bénévole « Le Nordest »	141 845	179 249	Centre de bénévolat, Centre de jour pour personnes âgées
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	121 993	124 921	Centre de bénévolat
Centre « Joie de vivre » de Port-Cartier inc.	72 573	74 315	Centre de jour
Comité de bénévoles Bergeronnes	1 821	1 865	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Les Escoumins	2 142	2 193	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	2 248	2 302	Maintien à domicile
Comité des bénévoles de Tadoussac	2 034	2 083	Maintien à domicile
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	38 835	39 767	Personnes handicapées
L'Association des locataires de la résidence Père-Méthot	856	877	Maintien à domicile
Le Centre de bénévolat de Port-Cartier	60 809	62 268	Centre de bénévolat
Les Amis du Rayon d'or	21 416	21 930	Centre de jour
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	5 353	5 482	Personnes handicapées
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	3 215	13 043	Promotion et défense des droits pour les personnes handicapées
Vers l'âge Senior inc.	124 678	127 670	Centre de jour
TOTAL	100 organismes	6 188 256	

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

1. RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

OBJECTIFS

- ✦ Poursuivre la réalisation des orientations ministérielles en matière d'accessibilité, d'encadrement et de financement des ressources intermédiaires.
- ✦ Assurer le soutien financier afin que les établissements gestionnaires des ressources intermédiaires puissent verser la rétribution de celles-ci à 100 % du taux de rétribution selon l'échelle.
- ✦ S'assurer de la qualité des services offerts.

RÉSULTATS

- ✦ Le programme « Ressources intermédiaires » en région Côte-Nord, c'est 12 ressources, disposant au total de 120 places dûment reconnues par l'Agence, qui fournissent des services d'hébergement à long terme à une clientèle présentant des difficultés importantes, mais ne nécessitant pas un hébergement en milieu institutionnel. Au 31 mars 2004, 99 personnes, dont 2 ont moins de 18 ans, se partageaient ces places.
- ✦ Lors de l'application du cadre de référence en avril 2001, l'ajustement de la rétribution des ressources intermédiaires pouvait s'échelonner sur une période de trois ans. Pour la troisième année de transition, l'ajustement attendu est à la hauteur de 100 %. Comme prévu, le Ministère a ajouté, en guise de contribution à l'ajustement de la rétribution, un montant de 105 494 \$ à la somme de 158 240 \$ obtenue des années précédentes. Pour une troisième année consécutive, l'Agence s'est engagée à combler la différence pour permettre aux établissements de verser aux ressources intermédiaires les ajustements à la hauteur requise, ce qui nécessite une injection supplémentaire de plus de 250 000 \$.
- ✦ Une consultation auprès des établissements gestionnaires a permis de constater que ceux-ci ont mis en place différents moyens pour effectuer un suivi de la qualité des services et des soins rendus par leurs ressources non institutionnelles (visites régulières des professionnels, réévaluation annuelle, formation sous forme de mini-rencontre ou de café-rencontre, révision et suivi des plans d'intervention).

2. RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

Au plan de la gestion du programme « Ressources de type familial », l'année 2003-2004 a été marquée par le fait suivant :

- ✧ 593 personnes, dont 309 jeunes de moins de 18 ans, ont bénéficié d'un hébergement dans le réseau des ressources de type familial de la région.

LES SERVICES AUX COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

La Côte-Nord est, de toutes les régions du Québec, celle qui compte le plus grand nombre de communautés autochtones. En effet environ 8 000 personnes résident dans l'une ou l'autre des 9 communautés de la région, soit 8 montagnaises et une naskapie.

La nation naskapie de Kawawachikamach reçoit tous ses services du système québécois de santé et de services sociaux en vertu de l'entente du nord-est québécois. Le CLSC Naskapi a été créé en juin 2000 et la population a accès aux services médicaux et hospitaliers de même qu'aux services sociaux et de réadaptation dispensés par le réseau nord-côtier.

Les communautés montagnaises assument les services de première ligne offerts dans les réserves, aux personnes qui y résident, à même des budgets consentis par le gouvernement fédéral. Elles ont des ententes de services avec le réseau québécois pour les services de protection et de réadaptation de la jeunesse. Par ailleurs, les Montagnais ont accès aux services du réseau québécois dispensés hors réserve comme les services hospitaliers et l'hébergement de longue durée.



CHAPITRE II

LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE



LES PRIORITÉS 2003-2004

Les activités de l'Agence en 2003-2004 ont été centrées sur les objectifs ministériels de prestation de services et de respect de l'équilibre budgétaire ainsi que sur la nouvelle dynamique de gestion centrée sur les résultats. L'adoption du projet de loi 25 a donné lieu à la préparation d'une proposition au ministre pour une organisation régionale basée sur les réseaux locaux de services de même qu'à des modifications à la structure de l'organisation. Finalement, l'Agence a accordé une importance prépondérante à trois priorités régionales, à savoir l'accessibilité aux services médicaux, l'accès aux services pour les jeunes en difficulté et leur famille ainsi que l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources.

1. ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

L'année 2003-2004 a débuté à l'enseigne de la gestion par résultat alors que l'Agence et le MSSS convenaient de cibles à atteindre en région en termes de prestation de services et en fonction d'allocations consenties.

Les résultats obtenus pour chacun de ces objectifs sont décrits au chapitre III.

Cette dynamique de gestion commandait de nouvelles façons de faire se traduisant pour l'Agence par l'objectif suivant :

OBJECTIF

- ✦ Mettre en place l'infrastructure nécessaire pour assurer le suivi de gestion des indicateurs de résultats liés aux budgets de développement 2003-2004.

RÉSULTATS

- ✦ Envoi d'une lettre aux établissements précisant les objectifs de prestation de services à atteindre et les allocations consenties.
- ✦ Création d'un groupe de tâche composé de la responsable de l'équipe de recherche, de deux agents de recherche et des professionnels responsables de programmes pour la collecte, l'analyse des données et leur transmission au Ministère.
- ✦ Production du rapport de suivi de gestion à chaque période et des bilans attendus à la septième, douzième et treizième période.
- ✦ Suivi de gestion avec les membres du conseil d'administration et gestionnaires de l'Agence ainsi qu'avec les directeurs généraux des établissements lors des rencontres du comité de concertation Agence-établissements.

Cette culture de gestion en implantation progressive à l'Agence et dans les établissements donnera lieu en 2004-2005 à des activités d'échange et de formation dont la finalité est d'améliorer les fonctions d'analyse des données et de suivi des résultats.

2. ACTIVITÉS DE GESTION CIBLÉES PAR LE MINISTÈRE

Outre les objectifs de services pour la région, le Ministère signifiait à la Régie régionale, en juin 2003, les activités de gestion à réaliser.

Toutes les activités suivantes ont été complétées dans les délais requis.

RÉSULTATS ATTEINTS

- ✦ Implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle pour les étapes à réaliser avant le 31 mars 2004.
- ✦ Réalisation des activités nécessaires à la régionalisation du système de sang avant le 31 mars 2004.
- ✦ Élaboration d'un plan de main-d'œuvre régional incluant un plan de coordination des stages.
- ✦ Ramener le ratio des heures en assurance-salaire sur les heures travaillées au ratio déterminé pour la région pour l'année 2003-2004.
- ✦ Mise en place d'une stratégie régionale sur la mobilisation du personnel (échéance le 31 mars 2004).
- ✦ Coordonner les activités requises à l'informatisation des GMF sur leur territoire et dépôt du nombre de GMF accrédités versus le nombre de GMF dont l'informatisation a été réalisée dans le délai prévu.
- ✦ Compléter l'informatisation des laboratoires.
- ✦ Initier ou compléter le déploiement du :
 - ◇ Programme intégration jeunesse (PIJ);
 - ◇ Système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD);
 - ◇ Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIATH).

À la suite de l'adoption du projet de loi 113 concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, l'Agence devra veiller à la mise en application de cette loi.

D'autres activités sont en voie de réalisation et seront complétées en 2004-2005.

RÉSULTATS EN COURS DE RÉALISATION

- ✦ Préparation du *Plan d'action régional en santé publique* avant le 31 décembre 2003 et approbation des plans locaux par l'Agence avant le 31 mars 2004.

Commentaire : Le plan d'action régional a été approuvé par l'Agence en janvier 2004 et les plans d'action locaux sont attendus pour juin 2004.
- ✦ Dépôt du *Plan régional d'intervention et de services intégrés de lutte contre le cancer* avant le 31 mars 2004.

Commentaire : Le plan régional est en consultation au 31 mars et son adoption par le conseil d'administration de l'Agence est prévue en juin 2004.

- ✦ Assurer la mise en œuvre du *Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux - volet sécurité*.

Commentaire : L'Agence a mandaté une ressource spécifiquement pour le dossier de sécurité des actifs informationnels. Un état de situation a été réalisé régionalement. Une formation est prévue au niveau provincial sur l'élaboration d'une politique de sécurité, la classification des actifs ainsi que sur l'élaboration d'un plan directeur.

Finalement, certaines activités n'ont pas été réalisées soit parce qu'elles ne s'appliquent pas à la Côte-Nord, soit parce qu'elles requièrent des orientations plus précises à l'échelle provinciale.

RÉSULTATS REPORTÉS

- ✦ Identification des priorités régionales en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence avant le 31 mars 2004.

Commentaire : Réflexion régionale amorcée en attente du plan d'action ministériel.

- ✦ Mise en œuvre du plan d'action des 40 établissements visés aux ententes de gestion 2003-2004 afin d'atteindre les objectifs du guide de gestion de l'unité d'urgence.

Commentaire : NSP aucun site identifié pour la Côte-Nord.

- ✦ Révision de la liste des activités médicales particulières.

Commentaire : La pénurie d'effectifs médicaux fait en sorte que le temps consacré par chaque médecin aux AMP dépasse les attentes rendant cette révision non pertinente.

- ✦ Initier ou compléter le déploiement du système de gestion des accès aux services (SGAS) - services médicaux et hospitaliers spécialisés.

Commentaire : NSP aucun site pilote sur la Côte-Nord.

- ✦ Initier ou compléter le déploiement du système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU).

Commentaire : En attente du logiciel (orientations du MSSS).

- ✦ Assurer l'optimisation de la bande passante du réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS).

Commentaire : Réorientation provinciale du dossier.

En somme, tous les objectifs de gestion dont l'Agence avait l'entière responsabilité ont été atteints ou sont en voie de l'être.

3. TENUE D'UNE DÉMARCHE DE PLANIFICATION D'UN NOUVEAU MODÈLE RÉGIONAL D'ORGANISATION BASÉ SUR LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

L'Agence s'est vu confier le mandat de déposer au ministre de la Santé et des Services sociaux une proposition d'organisation de services pour la Côte-Nord qui répond aux objectifs du projet de loi 25. Pour l'appuyer dans ce mandat, l'Agence faisait appel à un comité avisier composé des présidents et directeurs généraux

d'établissements, de représentants du Forum et des organismes communautaires. Les travaux du comité aviseur ont mené à l'élaboration d'un document de consultation proposant un modèle d'organisation pour la région.

Ce modèle a été soumis en consultation aux instances suivantes : Forum, conseils d'administration des établissements, élus municipaux, organismes communautaires, commissions professionnelles régionales, DRMG, comité sur l'accès aux services en langue anglaise, syndicats régionaux et communautés autochtones. Trente-six avis (résolutions ou lettres) ont été reçus, ainsi que six mémoires.

La population de la Côte-Nord a aussi été invitée à exprimer son opinion sur le modèle proposé par l'intermédiaire de différents moyens. Les citoyens pouvaient envoyer un avis écrit, utiliser le courrier électronique ou encore la ligne téléphonique sans frais mise à leur disposition durant les consultations. L'Agence a reçu 80 avis écrits, 12 courriers électroniques et 13 messages téléphoniques. Par ailleurs, 3 séances d'information ont rassemblé 527 personnes, Port-Cartier (450), Sept-Îles (70) et Baie-Comeau (7), pour recueillir les préoccupations de la population des MRC de Manicouagan et de Sept-Rivières où des changements étaient proposés à l'organisation des services. Finalement, un sondage téléphonique a été mené dans les MRC de Sept-Rivières (403 répondants) et de Manicouagan (300 répondants) par la maison de sondage SOM.

La population anglophone de la Basse-Côte-Nord et de Caniapiscau a été rejointe par le biais du courrier puisqu'il s'agit du moyen de communication le plus efficace pour informer les communautés isolées. Les documents pertinents ont tous été traduits en langue anglaise et acheminés aux citoyens de ces deux territoires en collaboration avec les établissements de santé.

L'ensemble des activités tenues permettra de déposer un modèle régional dans les délais prévus.

OBJECTIFS

- ✦ Préparer une proposition de modèle régional d'organisation des services qui répond aux objectifs du projet de loi 25.
- ✦ Mener les consultations requises sur la proposition régionale.
- ✦ Déposer une proposition au ministre pour le 30 avril 2004.

RÉSULTATS

- ✦ Document produit en février 2004.
- ✦ Consultations réalisées entre le 10 mars et le 15 avril.
- ✦ Adoption prévue du modèle par le conseil d'administration de l'Agence le 27 avril et dépôt au ministre le 30 avril.

4. NOUVEAU PLAN D'ORGANISATION DE L'AGENCE

Outre les mesures adoptées pour assurer le suivi de gestion des objectifs régionaux, la structure de l'Agence s'est adaptée au nouveau contexte créé par l'adoption du projet de loi 25, les compressions budgétaires et les modifications apportées au plan d'organisation du Ministère.

Ainsi, les activités reliées à la santé physique, aux affaires médicales et aux services préhospitaliers d'urgence ont été regroupées sous une même direction et confiées au directeur de santé publique et des affaires médicales. En plus de favoriser la synergie dans ces secteurs, ce transfert de responsabilités a permis de dégager la Direction de l'organisation des services pour lui attribuer le mandat de l'implantation des réseaux locaux de services.

Par ailleurs, une compression budgétaire de 183 600 \$ a été rencontrée grâce aux mesures suivantes : l'abolition de 1,3 poste de professionnel, un poste de secrétaire et un poste de technicien en administration, une réduction des frais de déplacement, la rationalisation des dépenses d'équipements et une contribution de l'avoir propre. La réduction des effectifs a pu se réaliser sans générer de mesures de sécurité d'emploi.

Les modifications au plan d'organisation et les compressions budgétaires ont occasionné une réorganisation du travail pour l'ensemble du personnel.

5. PRIORITÉS RÉGIONALES

Trois grandes préoccupations régionales mobilisaient l'Agence et le réseau nord-côtier à l'aube de l'année 2003-2004 :

- ✧ l'accessibilité aux services médicaux pour la population;
- ✧ l'accès aux services pour les jeunes en difficulté et leur famille;
- ✧ l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources.

Certaines mesures structurantes avaient été mises en place en 2002-2003 pour apporter des solutions à ces problèmes prioritaires : la Table de concertation des régions éloignées sur les effectifs médicaux, le *Plan d'action régional jeunesse* et le comité dimension régionale de la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources. Comme on pourra le constater, ces mesures ont permis des progrès marqués pour chacune de ces trois priorités.

a) Accessibilité aux services médicaux pour la population

La pénurie d'effectifs médicaux sur la Côte-Nord pose des problèmes sérieux d'accès aux services pour la population. Cela se traduit entre autres par la fragilité de la couverture des urgences et l'absence de médecin de famille ou même de consultation médicale dans certains territoires.

Ce problème chronique se retrouve dans l'ensemble des régions éloignées, ce qui a suscité, sous l'impulsion des PDG des agences, la création d'une table de concertation ayant pour mandat de documenter cette problématique et de proposer des solutions au Ministère.

OBJECTIF

- ✦ Faire connaître au ministre la problématique des effectifs médicaux en région éloignée et lui proposer des mesures visant leur rehaussement.

RÉSULTATS

- ✦ Dépôt au ministre du document *Les médecins spécialistes en région éloignée, réalités et orientations*.
- ✦ Préparation du document *Les effectifs médicaux en omnipratique des régions éloignées, réalités et orientations* - dépôt prévu à l'automne 2004.

La Côte-Nord a assumé le leadership des travaux de la Table de concertation des régions éloignées en 2003-2004. Sous la coordination de la présidente-directrice générale de l'Agence, la table regroupe les présidents-directeurs généraux, les directeurs des affaires médicales, les présidents des CMR, les chefs de DRMG et les responsables du dossier des effectifs médicaux des régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

La table a produit deux documents sur les effectifs médicaux en région; le premier portant sur la médecine spécialisée a été déposé au ministre et le second sur l'omnipratique lui sera soumis à l'automne 2004. Les documents produits sont le résultat de consensus qui ont émergé des travaux de deux comités de travail pilotés par le président de la CMR et impliquant des médecins de chacune des régions concernées.

La table de concertation a également tenu des échanges réguliers avec la Direction des affaires médicales du Ministère qui a fait preuve d'une ouverture exceptionnelle aux problématiques régionales. L'ensemble de ces travaux et discussions ont eu des retombées concrètes dans les nouvelles modalités de gestion des PREM qui nous laissent croire que les régions éloignées feront des gains à court et moyen terme quant à l'accès aux services médicaux pour la population. Pour 2004-2005, en plus de terminer le document sur l'omnipratique, il est prévu de revoir le cadre de gestion des mesures incitatives non négociées.

b) Accès aux services pour les jeunes en difficulté et leur famille

Depuis plusieurs années, la Côte-Nord présentait le plus fort taux d'incidence de signalements en protection de la jeunesse au Québec et le Centre jeunesse faisait face à une pression de services qui dépassait sa capacité d'action; cela se traduisait par des listes d'attente très élevées. De plus, le CPRCN accusait une situation déficitaire récurrente attribuable à son volet Centre jeunesse. Finalement, l'établissement avait répondu aux besoins de jeunes âgés de 6 à 12 ans présentant de graves problèmes d'adaptation par la création d'une unité de réadaptation interne. Ce développement contribuait au déficit financier.

À l'automne 2002, une étude de la situation concluait que les pratiques du Centre jeunesse se comparaient avec celles des autres centres jeunesse du Québec et que l'explication la plus plausible concernant les taux élevés de signalements avait trait à la forte incidence, en Côte-Nord, des facteurs de risque reconnus comme la grossesse à l'adolescence, la toxicomanie, etc. De plus, on constatait que les signalements se révélaient plus précoces en Côte-Nord qu'ailleurs au Québec. Finalement, on observait que 40 % des signalements à la DPJ concernent les enfants autochtones alors que ces derniers comptent pour 10 % de la population totale.

Devant ces constats, le Ministère et la Régie régionale convenaient en décembre 2002 d'un plan d'action commun à deux volets : une révision de l'organisation des services à la jeunesse en région et l'analyse du financement du Centre jeunesse.

OBJECTIFS

- ✦ Revoir l'organisation des services à la jeunesse dans le but de diminuer la pression de services en protection de la jeunesse.
- ✦ Revoir le financement du volet jeunesse du CPRCN dans le but de rehausser l'offre de service.

RÉSULTATS

- ✦ Dépôt au Ministère du *Plan d'action régional jeunesse*, accompagné d'un rapport d'expert sur l'organisation des services en Côte-Nord et mise en œuvre de certaines mesures de rehaussement des services de première ligne à même les crédits régionaux (830 678 \$).
- ✦ Dépôt d'un rapport d'expert sur le financement du volet jeunesse du CPRCN, ce qui a donné lieu à un rehaussement de sa base budgétaire de 1,7 M\$ et la reconnaissance d'une cible budgétaire déficitaire de 400 000 \$ pour 2004-2005.

S'inscrivant dans les orientations de la stratégie d'action nationale, une démarche consensuelle impliquant le Centre jeunesse, les CLSC et les centres de santé et l'Agence avait permis d'élaborer le *Plan d'action régional pour les jeunes en difficulté et leur famille*. Il propose dix objectifs ayant trait à la promotion et la prévention, à l'accessibilité aux services, à la qualité et la continuité des services cliniques ainsi qu'aux services spécialisés requis pour les familles et les jeunes vivant des situations graves et complexes. En 2003-2004, l'Agence consacrait 830 678 \$ à l'actualisation de ce plan d'action et le Ministère consentait des enveloppes spécifiques de 485 684 \$. Le rehaussement de la base budgétaire du Centre jeunesse de 1,5 M\$, par le Ministère, permettait de consolider ce plan d'action.

Objectif du plan d'action régional	Développement 2003-2004 (\$)	Consolidation 2003-2004 (\$)	Source de financement
Poursuivre la consolidation et le développement des services de base	150 000		Allocation régionale 2003-2004
Implanter les équipes d'intervention jeunesse	150 000 Non récurrent trois ans		Allocation ministérielle spécifique
Mettre sur pied des services d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu	200 000 Non récurrent		Crédits régionaux
Déployer le Programme de soutien aux jeunes parents	335 684		Allocation ministérielle spécifique
Déployer le Programme d'aide familiale et sociale pour les parents négligents	175 000 Non récurrent		Crédits régionaux
Dispenser le Programme national de formation	173 500 Non récurrent		Crédits régionaux
Réduire le délai moyen d'attente à l'étape évaluation en protection de la jeunesse à douze jours en 2004-2005	132 178	1 000 000	Allocation régionale 2003-2004 Rehaussement de la base budgétaire du Centre jeunesse 2003-2004
Déployer des services de réadaptation interne répondant aux besoins des jeunes âgés de 6 à 12 ans		500 000	Rehaussement de la base budgétaire du Centre jeunesse 2003-2004

En ce qui a trait à la problématique spécifique des enfants autochtones, deux rencontres ont eu lieu entre des représentants des communautés, le Centre jeunesse et l'Agence. Ont également participé à ces rencontres, un porte-parole des affaires autochtones au MSSS et un autre du ministère fédéral des Affaires indiennes. Après ces échanges sur les services à la jeunesse en milieu autochtone et les programmes de première ligne en développement dans le réseau nord-côtier, une collaboration a été proposée par l'Agence et le Ministère pour l'implantation de ces programmes. L'Agence est en attente d'une réponse des communautés intéressées.

Parallèlement aux activités mentionnées au plan d'action, la DPJ menait une opération visant l'amélioration de l'efficacité de chacun des services en protection de la jeunesse. De plus, l'établissement procédait à une réévaluation des coûts des services rendus aux communautés autochtones, ce qui a donné lieu à une révision des ententes de services et une augmentation significative des revenus.

Somme toute, les actions menées pendant les deux dernières années à propos de la problématique en protection de la jeunesse ont contribué à réduire de façon significative les listes d'attente. Ainsi, la moyenne annuelle pour les listes d'attente à l'évaluation est passée de 73,54 en 2002-2003 à 50 en 2003-2004. De la même façon, la liste d'attente moyenne à l'application des mesures a été réduite de 72 à 59.

c) Équité interrégionale dans l'allocation des ressources

Par sa faible densité de population et son vaste territoire, la Côte-Nord figure parmi les régions du Québec où les coûts de production de services sont les plus élevés par personne. Pour assurer à la population l'équité d'accès aux services, dans le cadre d'une méthode d'allocation des ressources basée sur le *per capita*, il est donc nécessaire de procéder à des ajustements qui reconnaissent les contraintes particulières des régions éloignées.

OBJECTIF

- ✦ Introduire, dans la nouvelle méthode d'allocation des ressources, les éléments nécessaires à la reconnaissance des coûts additionnels de production de services en région éloignée.

RÉSULTAT

- ✦ L'introduction, pour 2003-2004, des coûts reliés à l'isolement, aux équipes minimales de travail, au transport des bénéficiaires et aux effectifs médicaux, dans la méthode d'allocation, a permis au Ministère de reconnaître à la Côte-Nord un ajustement de 11,7 M\$, ce qui la classe parmi les régions sous financées par rapport à la moyenne provinciale.

La présidente-directrice générale de l'Agence de la Côte-Nord a assumé en 2003-2004 la présidence du comité dimension régionale de la table de concertation sur l'allocation des ressources. Les travaux de ce comité ont porté sur les coûts de production de services dans les régions où le territoire est étendu et la population dispersée.

Le comité a calculé les coûts additionnels de prestation des services de première ligne lorsque les établissements doivent maintenir des points de service en raison de longues distances (équipes minimales de travail). Pour les établissements en milieu isolé, le comité a évalué les coûts supplémentaires de production de services en les comparant avec des établissements similaires non isolés. Les travaux du

comité ont permis de faire reconnaître les coûts reliés aux frais de séjour de médecins dépanneurs et au transport des usagers dont l'état physique requiert une hospitalisation dans une autre région. Finalement, un ajustement a été apporté pour tenir compte du temps de transport lié aux services de maintien à domicile.

Tous ces ajustements ont été calculés pour l'ensemble des régions et représentent une somme totale de 52 M\$. Pour la Côte-Nord, ces ajustements totalisent 11,7 M\$, ce qui la place au premier rang de toutes les régions à cet égard.

Dimension	Ajustement (\$)
Médecins dépanneurs	772 000
Transport des usagers	1 372 574
Services à domicile PPA	360 265
Équipes minimales de travail	4 994 354
Isolement	4 178 220
TOTAL	11 677 413

Le total des ajustements introduits dans la méthode pour 2003-2004 a permis de démontrer un sous financement de 2,7 M\$ pour la Côte-Nord par rapport à la moyenne provinciale.

En 2004-2005, le comité dimension régionale se penchera sur les coûts de production des services spécialisés décentralisés sur le territoire. Cela devrait apporter des ajustements à des programmes comme la déficience physique, la déficience intellectuelle, les jeunes en difficulté et les dépendances. Certains coûts reliés à l'éloignement seront aussi évalués.

LES ACTIVITÉS RÉGULIÈRES DE L'AGENCE

1. TRAITEMENT DES PLAINTES

Un rapport spécifique concernant le traitement des plaintes est déposé au cours de l'automne de chaque année à la Direction générale de l'Agence, laquelle s'assure des suites pertinentes à donner.

2. ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

Le 26 juin 2003, la Régie régionale adoptait la nouvelle « politique de subvention pour le déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux - région Côte-Nord » en remplacement de la « politique de subvention pour l'accès aux services spécialisés et le transport ambulancier des personnes âgées de 65 ans et plus ».

Cette politique, comme la précédente, permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Voici les principales modifications qui sont incluses dans la nouvelle politique :

- ◇ une augmentation du taux kilométrique de 0,10 \$ à 0,13 \$;
- ◇ une allocation par déplacement pour les repas et l'hébergement de 75 \$;
- ◇ une allocation de 20 \$ par déplacement pour un accompagnateur, si prescrit par le médecin traitant;
- ◇ 3 nouveaux volets sont ajoutés à ceux déjà existants que sont les transferts interétablissements, les personnes âgées de 65 ans et plus et les bénéficiaires électifs (non hospitalisés) :
 - ✓ « déplacements des usagers soumis à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001) »;
 - ✓ « déplacements des victimes de violence conjugale »;
 - ✓ politique de « déplacement des usagers naskapis inscrits au registre des autochtones conformément à l'application de la Convention du nord-est québécois (CNEQ) ».

Les dépenses ainsi que le volume de déplacement lié à cette nouvelle politique se répartissent comme suit.

	2002-2003		2003-2004	
	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)
Transfert interétablissements	4 377	2 857 059	4 035	2 830 204
Transport par ambulance (personnes de 65 ans et plus)	1 889	281 329	2 100	340 490
Subvention forfaitaire pour bénéficiaires électifs :				
> Tadoussac - Natashquan	11 584	575 800	12 930	1 143 751
> Basse-Côte-Nord et villes nordiques de Fermont et de Schefferville	7 273	3 004 315	6 557	3 048 710
TOTAL	25 123	6 718 503	25 622	7 363 155

3. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Au cours de la dernière année, le volume de transports par ambulance a augmenté d'un peu moins de 4 % totalisant ainsi 7 393 transports, soit l'équivalent de plus de 20 transports en moyenne par jour sur la Côte-Nord.

Pour ce qui est du financement, l'Agence a versé aux entreprises ambulancières et aux fournisseurs de services un montant de 5 788 712 \$ (excluant les revenus autonomes).

Aucune modification n'a été apportée à la configuration des douze zones existantes.

Les priorités suivantes retiennent particulièrement notre attention, notamment en ce qui concerne l'organisation des services, la formation et le contrôle de la qualité ainsi que le centre de communication santé.

a) Organisation des services

La convention collective des techniciens ambulanciers prévoit du financement jusqu'en 2005 pour l'amélioration des horaires de travail dans le cadre de la lettre d'entente no 3.

En vertu de cette entente, le Ministère a accordé à compter de janvier 2004 un horaire additionnel et un nouveau véhicule ambulancier pour la zone de Sept-Îles. Il s'agit d'un horaire de 40 heures sur 5 jours.

Un changement a aussi été apporté dans la zone des Escoumins qui est passée d'un horaire de faction 7/14 à un horaire 5/14.

La desserte ambulancière à Havre-Saint-Pierre a été modifiée l'an dernier. Constatant les difficultés rencontrées par les résidents, qui se retrouvaient sans ambulance pendant plusieurs heures lorsque le seul véhicule ambulancier présent devait quitter pour transférer un patient vers Sept-Îles, la Régie régionale a fait des démarches pour corriger la situation. Un second véhicule ambulancier a été ajouté ainsi qu'un horaire de travail de faction 60 heures/5 jours semaine. Cette mesure a permis d'améliorer la couverture de la zone et devrait réduire le délai d'intervention.

b) Formation et contrôle de la qualité

Depuis juillet 2003, l'équipe de l'Agence s'est affairée à constituer un réseau de formateurs de douze techniciens ambulanciers (TA) répartis sur tout le territoire. Ces personnes ont d'abord la responsabilité d'aider leurs consoeurs et confrères (environ 100 TA) dans leurs tâches et d'être des personnes-ressources dans le cadre des pratiques régulières des techniciens ambulanciers dans chaque point de service. Ils sont appelés à participer au suivi des interventions faites avec un moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) lors de rencontres supplémentaires ou lors du renouvellement de leur certification.

Cette année, les dépenses de formation pour 70 techniciens répartis en 4 sessions de formation durant l'année représentent 54 500 \$. Ce montant exclut les frais pour les déplacements des formateurs, les formations locales pour les pratiques, les honoraires des formateurs, les rencontres des formateurs, la révision des connaissances pour l'utilisation des MDSA.

Cent analyses des interventions avec les MDSA ont permis de déceler et de corriger des dérogations auprès des techniciens ambulanciers.

c) Centre de communication santé

La loi 96 sur les services préhospitaliers d'urgence a été adoptée le 19 décembre 2002. Cette loi rend officiel la mise en place d'un centre de communication santé pour l'est du Québec. Il est situé à Rimouski et désigné sous le nom de CAUREQ (Centre des appels urgents régional de l'est du Québec). La particularité de ce centre tient au fait que les personnes préposées aux appels urgents peuvent indiquer les traitements à prodiguer immédiatement aux personnes dans le besoin, et ce, jusqu'à l'arrivée des secours sur les lieux de l'événement.

Les entreprises ambulancières de la Côte-Nord seront reliées graduellement à ce centre. Actuellement, les zones de la Minganie et de Sacré-Cœur le sont. Une demande a été faite cette année par Ambulances Côte-Nord pour les zones des Escoumins, Forestville et Baie-Comeau et par Ambulances Sept-Îles pour les zones de Port-Cartier et Sept-Îles. Une réponse est attendue du MSSS.

d) Premiers répondants

Selon les données compilées à l'Agence à la fin de l'année 2003-2004, 73 personnes ont un statut officiel de premiers répondants. Ils proviennent des localités de Forestville, Kegaska, La Tabatière,

Pointe-aux-Outardes, Longue-Rive, l'Île-d'Anticosti, Port-Meunier, Tadoussac et Mutton Bay. À 46 reprises, des premiers répondants se sont rendus sur les lieux d'un événement pour venir en aide à des citoyens. Quatre-vingt-neuf pour cent des appels provenaient des municipalités de Longue-Rive et de Tadoussac et presque une intervention sur deux était liée à des problèmes respiratoires, douleurs abdominales ou thoraciques.

En 2004-2005, commence une nouvelle époque avec la signature de contrats de services identiques pour l'ensemble des entreprises ambulancières et des agences au Québec. Le défi pour une région comme la Côte-Nord demeurera de faire reconnaître nos particularités régionales.

4. ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

Le Programme régional d'accès aux services en langue anglaise vise à faciliter l'accessibilité aux services dans leur langue aux Nord-Côtiers d'expression anglaise.

Le programme en vigueur concerne cinq établissements de la région, soit :

- ✧ le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord;
- ✧ le CLSC-Centre de santé des Sept Rivières (secteur Sept-Îles);
- ✧ le Centre hospitalier régional de Sept-Îles;
- ✧ le Centre de santé de la Basse-Côte-Nord;
- ✧ le Centre de santé de l'Hématite.

RÉSULTATS

- ✦ Traduction en anglais de 38 messages d'intérêt public, de promotion de la santé et de communiqués de presse diffusés à la population dans les médias. Une partie du site Web de l'Agence a également été traduit.
- ✦ L'adaptation du matériel éducatif ou promotionnel afin de joindre la population anglophone de la région dans le cadre :
 - ✧ d'une campagne régionale de sensibilisation aux drogues de viol;
 - ✧ de l'élaboration d'une mesure de prévention des suicides et des homicides par arme à feu;
 - ✧ d'une activité régionale de soutien au développement social et au développement des communautés;
 - ✧ d'un programme de prévention de la transmission générationnelle de la toxicomanie et des difficultés de fonctionnement.
- ✦ Participation à un projet commun avec six autres régions relativement à la traduction du cahier développé par la Société Alzheimer de l'Outaouais pour les ateliers de formation à l'intention des familles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- ✦ Soutien à un projet de formation en langue anglaise afin de répondre à la problématique de recrutement d'un psychologue pour le territoire de la Basse-Côte-Nord.

5. FONDS RÉGIONAL DE MAINTIEN À DOMICILE ET LES PROGRAMMES SUR LES AIDES TECHNIQUES AUX PERSONNES HANDICAPÉES

a) Fonds régional de maintien à domicile

Depuis 1990, l'Agence assure, de concert avec les CLSC et les centres de santé de la région, l'Office des personnes handicapées du Québec et les représentants des bénéficiaires, la gestion de deux programmes de services destinés aux personnes vivant une situation de handicap : le Programme de services de maintien à domicile et le Programme de soutien à la famille.

Au cours de l'exercice 2003-2004, un montant de 2 270 000 \$ a été autorisé dans ces deux programmes d'aide, soit une augmentation d'un peu plus de 3 % par rapport à l'exercice précédent.

Précisons que le Programme de services de maintien à domicile fournit, aux personnes vivant une ou des situations de handicap, des allocations leur permettant de compenser leurs limitations fonctionnelles face aux activités de la vie quotidienne et de se maintenir de la sorte dans leur milieu naturel. Un total de 347 personnes, soit 18 de plus que l'année dernière, ont bénéficié de ces diverses formes d'aide définies par ce programme, pour une somme de 1 673 000 \$.

Le Programme de soutien à la famille offre des allocations aux familles pour leur permettre de suppléer aux incapacités d'un adulte ou d'un enfant ayant une déficience physique ou intellectuelle. Au cours de la dernière année, on a dénombré 420 personnes, soit 14 de plus par rapport à 2002-2003, dont les familles ont reçu des sommes de près de 598 000 \$.

RÉPARTITION DES PERSONNES OU FAMILLES AIDÉES EN 2003-2004		
Établissement	Maintien à domicile	Soutien à la famille
Centre de santé des Nord-Côtiens	90	75
CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan	85	143
CLSC-Centre de santé des Sept Rivières	129	142
Centre de santé de la Minganie	14	33
Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	21	18
Centre de santé de l'Hémathite	8	9
TOTAL	347	420

La situation particulière de la Basse-Côte-Nord oblige l'établissement à adopter un modèle d'organisation qui repose uniquement sur le chèque emploi-service. Afin de consolider les services de soutien à domicile sur ce territoire, l'Agence a réservé un montant de 50 000 \$ sur une base annuelle pour faciliter le recrutement et la rétention du personnel. Le Centre de santé de la Basse-Côte-Nord travaille à l'élaboration d'un plan de redressement salarial. Ce plan devrait être déposé au printemps 2004 et s'actualiser dès l'automne 2004.

b) Programmes sur les aides techniques aux personnes handicapées

Ces programmes sont :

- ❖ le Programme sur les aides à la vie domestique et à la vie quotidienne;
- ❖ le Programme sur les fonctions d'élimination;
- ❖ le Programme de chaussures orthétiques;
- ❖ le Programme d'acquisition d'équipements et de fournitures d'oxygénothérapie.

Le nombre de personnes aidées dans ce cadre et les montants globaux autorisés sont présentés dans le tableau suivant, par programme.

Programme	Nombre de personnes aidées	Montant autorisé (\$)
Aides à la vie quotidienne et domestique	149	50 333
Fonctions d'élimination	121	196 866
Chaussures orthétiques	30	13 187
Oxygénothérapie-équipements	38	10 996
Oxygénothérapie-fournitures	53	40 460
Aides non couvertes*	64	17 118
TOTAL	455	328 960

- * Les aides non couvertes par les guides ministériels ont fait l'objet d'analyses spécifiques et favorisaient l'intégration sociale de ces personnes dans leur milieu.

Dans la perspective de transférer aux réseaux locaux de services la gestion de l'ensemble des activités reliées à la prestation directe de services, l'Agence a constitué un comité de travail avec des représentants d'établissements afin d'élaborer un plan de transition pour la décentralisation du fonds régional de maintien à domicile et des programmes sur les aides techniques. Ce transfert devrait être opérationnel en avril 2005.

6. MESURES D'ENCADREMENT CLINIQUES SPÉCIFIQUES À CERTAINES CLIENTÈLES

L'année 2003 a marqué le début de la réalisation des actions prévues au plan d'action régional concernant les mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.

Ainsi, plusieurs rencontres et communications ont été tenues avec les gestionnaires nord-côtiers pour permettre l'appropriation des orientations ministérielles et du plan d'action du MSSS (directeurs des soins infirmiers des centres hospitaliers régionaux, directeurs de programmes des CLSC et des centres de santé, directeurs des services d'hébergement, directeurs des services en réadaptation, regroupements des organismes communautaires en santé mentale).

De plus, une collecte d'information a été faite auprès des établissements pour préparer un portrait régional de l'utilisation des mesures de contrôle.

Finalement, des documents ont été remis aux gestionnaires pour les soutenir dans leurs travaux concernant l'élaboration ou la révision de leur protocole d'application des mesures de contrôle visant à les rendre conformes aux orientations ministérielles.

7. COMMUNICATIONS

OBJECTIFS

- ✦ Informer la population et les partenaires de l'Agence sur tout sujet de son ressort qui s'avère d'intérêt public, y compris la dimension santé publique pour laquelle le directeur régional assume des responsabilités spécifiques.

- ✦ Consulter la population dans le cadre de la création des réseaux locaux de services à la suite de l'adoption du projet de loi 25.
- ✦ Inciter la population à adopter des comportements favorisant la santé et le bien-être.

RÉSULTATS

- ✦ Le service des communications s'est assuré de la diffusion préalable des principaux points prévus à l'ordre du jour des réunions du conseil d'administration.
- ✦ En 2003-2004, une dizaine de conférences de presse ont été organisées et une trentaine de communiqués de presse ont été publiés. La présidente-directrice générale et le directeur de santé publique ont par ailleurs accordé environ 200 entrevues aux médias d'information durant l'année.
- ✦ Nous avons tenu une vaste consultation auprès de la population de toutes les MRC relativement à la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Rencontres publiques, diffusion de messages dans les médias, conférences de presse, organisation d'un sondage téléphonique, consultation via les journaux sont tous des moyens qui ont été mis sur pied au cours du mois de mars 2004 afin de connaître l'opinion des citoyens concernés par les changements proposés.
- ✦ Six bulletins « Les Échos du conseil » ont été produits et diffusés aux partenaires du réseau, aux autres agences, de même qu'aux médias d'information tout au long de l'année à la suite des rencontres du conseil d'administration.
- ✦ La production du rapport annuel et sa diffusion ont aussi retenu l'attention du service.
- ✦ La diffusion de trois outils de communication destinés à des publics spécialisés en santé publique s'est poursuivie. Il s'agit des bulletins d'information « Contamine-Action » (semestriel) pour la protection de la santé publique, « Santé en têtes » (trimestriel) pour la santé au travail et du bulletin « La santé recherchée » mis sur pied en 2002 par l'équipe de connaissance, surveillance, recherche et évaluation.
- ✦ Une consultation à l'interne de l'Agence a été mise sur pied afin de remanier en profondeur le site Web. Des rencontres à ce sujet ont été tenues au cours de l'année et le comité de travail a identifié les points forts et les points faibles du site de même que les améliorations qu'il souhaite y apporter. Le site Web devrait subir une cure de rajeunissement majeure au cours de la prochaine année.
- ✦ Nous avons sollicité les établissements et organismes communautaires pour qu'ils soumettent des projets dans le cadre des Prix d'excellence du MSSS. Sept candidatures ont été soumises comparativement à une seule l'année précédente. L'évaluation des candidatures soumises a été réalisée par le service des communications en collaboration avec trois membres du conseil d'administration.
- ✦ Nous avons poursuivi la diffusion mensuelle de chroniques « Passeport Santé » tant à la radio que dans les hebdomadaires régionaux sur divers sujets afin d'inciter les gens à adopter des comportements favorisant la santé et le bien-être.

8. RESSOURCES HUMAINES

La situation de notre main-d'œuvre en région nord-côtière demeure préoccupante et au cours de l'année, l'Agence en a suivi l'évolution de très près en étroite collaboration avec l'ensemble des établissements nord-côtiers.

Plusieurs rencontres et travaux, associant différents partenaires du réseau et collaborateurs d'autres secteurs publics, nous ont permis de partager nos niveaux de difficultés et de particularités ainsi que de poser des actions communes susceptibles d'aider, à court et moyen terme, à diminuer l'impact de la pénurie de main-d'œuvre sur le territoire et, tout particulièrement, au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

OBJECTIFS

- ✦ Poursuite des travaux en lien avec les différents plans de main-d'œuvre.
- ✦ Soutien aux établissements préoccupés par une meilleure gestion de la présence au travail.
- ✦ Réalisation de différentes activités de formation à l'intention du personnel du réseau nord-côtier et soutien à la réalisation d'activités diverses de formation destinées aux organismes communautaires.
- ✦ Travail de recherche de solutions positives pour les salariés en sécurité d'emploi et pour le personnel cadre en stabilité d'emploi.
- ✦ Rendre disponible et offrir de nouveaux programmes de formation destinés aux membres des conseils d'administration.

RÉSULTATS

- ✦ Six projets de réorganisation du travail en soins infirmiers ont été accordés aux établissements. Une somme de 150 000 \$ a été consacrée à la réalisation de ces projets.
- ✦ Des mesures administratives spéciales ont été mises en place pour pallier à la pénurie de personnel lors des vacances estivales 2003, durant la période des Fêtes et la semaine de relâche. Ces mesures qui permettent d'éviter une rupture de services ont nécessité un investissement de 165 000 \$.
- ✦ Des sessions de formation ont été tenues sur la gestion de la présence au travail et le déploiement de l'outil PRASAT s'est poursuivi.
- ✦ Le service de formation réseau a organisé plus de 45 activités diverses de formation sur le territoire. Les intervenants des établissements se sont vu offrir 18 activités différentes et auxquelles 357 personnes ont participé. Dix-sept sessions de formation ont été offertes aux personnes des organismes communautaires pour la préparation et la tenue d'activités de formation régionalisées. Pour soutenir les établissements dans différents projets de formation, l'Agence a contribué pour un montant de 26 860 \$.
- ✦ Dix-sept salariés ont bénéficié des mesures de sécurité d'emploi au cours de l'année 2003-2004. Cela représente une baisse appréciable de 44 % en regard de l'année précédente. Treize personnes demeuraient en attente de remplacement au 31 mars 2004. Par ailleurs, six cadres supérieurs ou intermédiaires se sont retrouvés en stabilité d'emploi durant l'année. Au 31 mars 2004, seulement trois cadres étaient encore en recherche de remplacement dans le secteur.
- ✦ L'Agence rend toujours disponible un Programme triennal d'intégration, de développement et de soutien conçu à l'intention des membres de conseils d'administration. Au 31 mars 2004, 12 sessions diverses ont été offertes aux membres de différents conseils d'administration et auxquelles ont participé 108 administrateurs.

9. TECHNOCENTRE

Depuis quelques années, une nouvelle tendance se manifeste dans l'informatisation du secteur de la santé et des services sociaux. Par le passé, les processus administratifs ont largement fait l'objet de déploiement de systèmes permettant de faciliter la gestion.

Aujourd'hui, on constate que l'informatisation des services cliniques permet d'améliorer la qualité des services offerts à la population et devient donc un incontournable dans la planification des technologies de l'information.

Notre région s'inscrit dans cette nouvelle tendance. En effet, des efforts considérables ont été réalisés afin d'implanter un système d'information dans les laboratoires. Ce système permettra aux médecins d'obtenir les résultats plus rapidement. Des projets d'implantation d'un système en radiologie, en téléconsultation et en téléformation sont à l'étude actuellement.

Nous avons également procédé à l'implantation de l'infrastructure du GMF de la Polyclinique Boréale de Baie-Comeau au cours de l'année. Nous ferons de même pour la Polyclinique de la Marina de Sept-Îles à l'été 2004.

Enfin, en 2003-2004, le Technocentre régional a apporté des modifications majeures à ses infrastructures, afin de garantir aux établissements la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des données.

À VENIR

L'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux a été priorisée par le Ministère. Une planification stratégique a été élaborée afin de s'assurer que les futurs développements en technologies de l'information se fassent de façon cohérente, structurée et contribuent à l'amélioration des services.

Dans les prochaines années, le réseau de la santé et des services sociaux sera en profonde transformation. La nouvelle gouverne et la création des réseaux locaux auront un impact sur les technologies de l'information.

À cette fin, la région devra se doter d'un plan directeur en orientations technologiques triennal, harmonisé avec la planification du Ministère, tout en reflétant les priorités de notre région. Cette démarche nous permettra d'avoir une vision commune sur les chantiers qui devront être réalisés dans les prochaines années.

Finalement, la sécurité sera au cœur de nos préoccupations au courant de la prochaine année. L'augmentation de la circulation des informations personnelles et confidentielles entre les établissements nous oblige à une plus grande vigilance, étant donné notre responsabilité à protéger ces données sensibles.



CHAPITRE III

**LE BILAN RÉGIONAL
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ**



LES OBJECTIFS DE PRESTATION DE SERVICES

Les fiches de reddition de comptes qui suivent témoignent des résultats atteints en région pour chacun des objectifs ciblés dans l'entente de gestion et d'imputabilité. Le tableau qui suit présente un sommaire des résultats exposés dans ces fiches. Il est heureux de constater que les objectifs ont été rencontrés dans les programmes reliés à la déficience, aux jeunes en difficulté, à la santé mentale et au soutien à domicile. On observe également que les sommes investies ont été utilisées aux fins de rehausser l'offre de service.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS ATTEINTS QUANT AUX CIBLES DE PRESTATION DE SERVICES EN LIEN AVEC LES ALLOCATIONS REÇUES			
Axe d'intervention	Résultat régional	Budget alloué (\$)	Budget utilisé (\$)
Urgence	Positif		
Chirurgie cataracte	Positif	33 000	33 000
Chirurgie genou et hanche	Négatif*	215 447	145 947
Troubles envahissants du développement	Positif	155 179	155 179
Enfants dysphasiques	Positif	50 000	50 000
Jeunes en difficulté	Positif	132 178	132 178
Femmes victimes de violence	NSP	134 065	134 065
Santé mentale	Positif	133 839	133 839
Soutien à domicile et hébergement des personnes âgées	Positif	248 653	248 653

* Entente pour juillet 2004.

Toutefois, certains éléments de fragilité doivent être soulignés. Ainsi, les listes d'attente en chirurgie présentent un écart avec les résultats attendus. L'absence d'orthopédiste au CHRBC depuis plusieurs années a contribué à cet état de fait, puisque l'installation d'un spécialiste en juillet 2003 a entraîné un déplacement de la clientèle qui s'adressait hors région pour ces services; ce phénomène a donné lieu à la constitution d'une nouvelle liste d'attente. Par ailleurs, le CHRSI n'a pas rencontré ses objectifs dans les délais prévus. L'Agence a demandé à l'établissement de remédier à cette situation pour juillet 2004.

En ce qui a trait à l'attente à l'urgence, les résultats amalgamés des deux centres hospitaliers sont positifs. Cependant, la situation est différente pour l'un et l'autre. Au CHRBC, on observe une amélioration des résultats alors que le CHRSI accuse une augmentation de la durée moyenne de séjour, du pourcentage de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur des civières et du séjour moyen sur civière des personnes admises. Cette détérioration est attribuée pour l'essentiel à la fermeture de huit lits de courte durée consécutive à la pénurie d'omnipraticiens. L'Agence, dans le but d'aider à faire face à ce plan de contingence, a consenti une somme non récurrente de 376 376 \$ pour financer différentes mesures de soutien comme des places d'hébergement de longue durée, du maintien à domicile et le rehaussement des heures de préposé au bénéficiaire. Après deux ans d'application de ce plan de contingence, l'Agence estime nécessaire de revoir la situation et demandera à l'établissement une évaluation des mesures déployées ainsi que le dépôt d'un plan d'action.

En ce qui a trait aux femmes victimes de violence, l'objectif non rencontré concerne le nombre d'enfants ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement. La cible de résultat avait été établie en fonction de la fréquentation annuelle et d'une opérationnalisation de services spécifiques destinés aux enfants, à compter d'octobre 2003. Or, les données obtenues ne permettent pas de juger de l'atteinte de ce résultat. Des discussions sont en cours entre les maisons d'hébergement et le Ministère sur les modalités de reddition de comptes à ce propos.

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Urgence
Résultats attendus	Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière
	Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur civière
	Réduire le séjour moyen sur civière des personnes admises

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Durée moyenne de séjour en heures	11,1	11,2
Pourcentage de plus de 48 heures	2,8	3,3
Séjour moyen sur civière dans les unités d'urgence en heures (personnes admises)	15,7	15,6

Commentaires

- Il n'y a pas eu d'investissement pour les urgences en 2003-2004.
- Deux centres hospitaliers de la Côte-Nord sont inscrits au registre des urgences : le Centre hospitalier régional de Sept-Îles (CHRSI) et le Centre hospitalier régional Baie-Comeau (CHRBC).

Tableau 1

Durée moyenne de séjour (en heures) à l'urgence, pourcentage de plus de 48 heures, séjour moyen sur civière (personnes admises), CHRBC, CHRSI, Côte-Nord, 2003-2004

Année	CHRBC	CHRSI	Côte-Nord
Durée moyenne de séjour (en heures)			
2003	13,8	9,5	11,1
2004	12,7	10,3	11,2
Pourcentage de plus de 48 heures			
2003	3,4	2,5	2,8
2004	2,7	3,6	3,3
Séjour moyen sur civière en heures (personnes admises)			
2003	15,7	15,8	15,7
2004	14,4	17,4	15,6

CHRBC : Une amélioration des résultats est notée. Un plan d'action devra être déposé par l'établissement afin d'assurer le maintien de cette tendance.

CHRSI : Une détérioration est observée. La situation s'explique, en partie, par l'application d'un plan de contingence depuis le 8 août 2002. Ce plan de contingence prévoit la fermeture de 8 lits sur 46 au département de médecine. Un plan d'action devra toutefois être déposé par l'établissement pour rétablir la situation au cours de la prochaine année.

Nom : Lise Boivin

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Cataracte
Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de six mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Total en attente	84	22
Six mois - total hors délais	0	7
Nombre de chirurgies	442	558

Commentaires

- Une somme de 248 447 \$ a été accordée à la région pour les chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou.
- Le montant utilisé pour les cataractes est de 33 000 \$.
- Pour le nombre de chirurgies de la cataracte, le rehaussement de production visé était de deux. Or, dans les faits, une hausse significative de 116 chirurgies est observée.
- Les cas dont le délai excède six mois doivent être traités avec prudence. En effet, il s'agit parfois de patients qui font le choix de reporter leur chirurgie ou dont la condition médicale ne permet pas l'intervention.
- Une considération particulière a été prise en compte quant aux chirurgies de la cataracte. L'absence prolongée du seul ophtalmologiste au CHRSI a fait en sorte que les gens étaient en attente d'une consultation plutôt que d'être inscrits sur la liste d'attente. En plus des 2 cas hors délais, 28 autres chirurgies ont été effectuées lors de la venue, à l'été 2003, d'un ophtalmologiste sur une base itinérante.

Nom : Johanne Savard

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Genou
Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de trois mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Total en attente	9	9
Trois mois - total hors délais	0	4
Nombre de chirurgies	46	39

Commentaires

- Une somme de 248 447 \$ a été accordée à la région pour les chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou.
- Le montant utilisé se répartit de la façon suivante :
 - 102 100 \$ pour arthroplastie de la hanche et du genou au CHRSI;
 - 43 847 \$ pour favoriser l'accessibilité aux services chirurgicaux en l'absence d'orthopédiste au CHRBC. Cette somme a permis le transport de la clientèle du CHRBC vers le CHRSI, considérant que la politique des frais de transport ne permettait pas une telle mesure.
- Un montant de 69 500 \$ n'a pas été distribué. Une révision de l'atteinte du plan de résorption pour le début de l'année budgétaire 2004-2005 et un dernier ajustement budgétaire selon l'atteinte des objectifs sont prévus.
- Le tableau de bord régional a été élaboré au tout début de l'exercice du plan de résorption. Les données utilisées provenaient du CHRSI étant donné l'absence d'orthopédiste au CHRBC.
- Actuellement, tous les cas hors délais sont recensés au CHRBC. L'arrivée récente d'un orthopédiste au CHRBC crée une liste d'attente qui était jusqu'à tout récemment inexistante. En l'absence de spécialiste, les personnes étaient auparavant dirigées vers Sept-Îles ou Québec.
- En ce qui a trait au nombre de chirurgies, le CHRSI estime être en mesure d'atteindre l'objectif visé d'ici l'été 2004.

Nom : Johanne Savard

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Hanche
Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de trois mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Total en attente	5	15
Trois mois - total hors délais	0	3
Nombre de chirurgies	31	27

Commentaires

- Une somme de 248 447 \$ a été accordée à la région pour les chirurgies de la cataracte, de la hanche et du genou.
- Le montant utilisé se répartit de la façon suivante :
 - 102 100 \$ pour arthroplastie de la hanche et du genou au CHRSI;
 - 43 847 \$ pour favoriser l'accessibilité aux services chirurgicaux en l'absence d'orthopédiste au CHRBC. Cette somme a permis le transport de la clientèle du CHRBC vers le CHRSI, considérant que la politique des frais de transport ne permettait pas une telle mesure.
- Un montant de 69 500 \$ n'a pas été distribué. Une révision de l'atteinte du plan de résorption pour le début de l'année budgétaire 2004-2005 et un dernier ajustement budgétaire selon l'atteinte des objectifs sont prévus.
- Le tableau de bord régional a été élaboré au tout début de l'exercice du plan de résorption. Les données utilisées provenaient du CHRSI étant donné l'absence d'orthopédiste au CHRBC.
- Actuellement, tous les cas hors délais sont recensés au CHRBC. L'arrivée récente d'un orthopédiste au CHRBC crée une liste d'attente qui était jusqu'à tout récemment inexistante. En l'absence de spécialiste, les personnes étaient auparavant dirigées vers Sept-Îles ou Québec.
- En ce qui a trait au nombre de chirurgies, le CHRSI estime être en mesure d'atteindre l'objectif visé d'ici l'été 2004.

Nom : Johanne Savard

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Chirurgie d'un jour
Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de six mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Total en attente	603	774
Six mois - total hors délais	96	227
Nombre de chirurgies	2 438 (MED-ÉCHO)	6 504 (FILAW)

Commentaires

- Le *statu quo* était visé concernant les chirurgies d'un jour.
- Au départ, 603 personnes étaient en attente d'une chirurgie alors que, au 31 mars 2004, le nombre de personnes se retrouvant dans la même situation était de 774 personnes.
- Une hausse au niveau des hors délais est aussi remarquée. Le point de départ était de 96 patients alors que les données de la période 13 indiquent que 227 personnes sont en attente depuis plus de 6 mois.
- En ce qui a trait au nombre de chirurgies, une corrélation entre les données fournies par les établissements et les données MED-ÉCHO 2002-2003 ne peut être établie.
- Selon les données transmises par FILAW, 6 504 chirurgies ont été réalisées alors que, selon MED-ÉCHO 2002-2003, on en dénombre 2 438.
- Les modalités de compilation des données devront être revues auprès des établissements afin que les données FILAW soient comparables à celles de MED-ÉCHO.
- Dans un tel contexte, il est difficile de valider les données pour l'année 2003-2004. Par voie de conséquence, il est impossible de statuer si les chirurgies visées ont été réalisées au détriment des chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation ou, encore, s'il semble y avoir un lien entre la production et les listes d'attente.

Nom : Johanne Savard

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Chirurgie avec hospitalisation
Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de six mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Total en attente	212	243
Six mois - total hors délais	60	61
Nombre de chirurgies	1 677 (MED-ÉCHO)	2 137 (FILAW)

Commentaires

- Le *statu quo* était visé concernant les chirurgies d'un jour.
- Au départ, 212 personnes étaient en attente d'une chirurgie alors que, au 31 mars 2004, 243 personnes se trouvaient dans une telle situation.
- Une légère hausse est notée relativement aux cas hors délais. Le point de départ était de 60 patients alors que, les données de la période 13 indiquent que 61 personnes sont inscrites sur la liste d'attente depuis plus de 6 mois;
- Selon les données transmises par FILAW, 2 137 chirurgies (en incluant les hanches et les genoux) ont été effectuées alors que, selon MED-ÉCHO 2002-2003, on en dénombre 1 677.
- Dans un tel contexte, il est difficile de valider les données pour l'année 2003-2004. Par voie de conséquence, il est impossible de statuer si les chirurgies visées ont été réalisées au détriment des chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation ou, encore, s'il semble y avoir un lien entre la production et les listes d'attente.

Nom : Johanne Savard

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Troubles envahissants du développement
Résultats attendus	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services d'intervention comportementale intensive
	Augmenter le nombre d'heures de services d'intervention comportementale intensive aux enfants de moins de six ans
	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services de soutien
	Augmenter les montants versés aux familles
	Augmenter le nombre d'adultes recevant des services spécialisés

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Nombre total d'enfants différents ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	2	2
Nombre moyen d'heures de services d'intervention comportementale intensive reçu par enfant de moins de six ans au cours de l'année	20	7,8 heures/ semaine/enfant
Nombre d'enfants différents recevant des services de soutien depuis le début de l'année	9	9
Montants versés aux familles	42 982 \$	52 133 \$
Nombre d'adultes différents recevant des services spécialisés depuis le début de l'année	10	10

Commentaires

- Une somme de 155 179 \$ a été accordée à la région dans le cadre des allocations de développement pour l'année 2003-2004. De ce montant, une somme de 146 705 \$ a été octroyée au CPRCN et un montant de 8 474 \$ a été versé à un organisme communautaire à vocation régionale.

Nombre moyen d'heures de services d'intervention comportementale intensive reçu par enfant de moins de six ans au cours de l'année

- Avant la période 8, il n'y avait pas d'offre de service de type ABA (approches comportementales appliquées) en Côte-Nord. C'est à la suite de la formation du personnel que le Centre de réadaptation a débuté l'offre de service de type ABA. En conséquence, la moyenne d'heures de services par enfant doit donc être calculée de la période 8 à 13 et non de la période 1 à 13. La moyenne ainsi obtenue est de 31,3 heures par période par enfant (ou 7,8 heures par semaine par enfant).
- Enfin, deux enfants sont concernés par cet indicateur. Dans un premier cas, l'offre de service tend vers la recommandation de 20 heures tandis que, dans le second cas, les parents ont fait le choix de ne pas recevoir une telle intensité de services. Ces deux éléments permettent de mettre en perspective le résultat obtenu par rapport à la cible.

Montants versés aux familles

- Pour l'année 2003-2004, l'objectif était de maintenir les montants versés aux familles sous forme d'allocations directes (en gardiennage et en répit). Les données du centre d'activité 7080 n'étant pas comptabilisées de manière uniforme d'un CLSC à l'autre, on observe que les montants versés comprennent pour des familles un montant de répit « santé mentale ». Selon la nouvelle fiche descriptive de l'indicateur pour 2004-2005, des montants de répit « santé mentale » devraient être comptabilisés dans un autre centre d'activité, mais seront conservés dans la reddition de comptes pour comparaison et s'assurer que les familles reçoivent réellement ces montants en lien avec la présence d'une personne ayant un trouble envahissant du développement sous leur toit. Pour le suivi de gestion 2004-2005, les CLSC seront avisés de la manière de comptabiliser les crédits dans le sous-centre d'activité 7082.
- L'augmentation des montants versés s'explique par le fait que 27 familles ont reçu des allocations directes comparativement à 23 en 2002-2003. De plus, certaines familles ont reçu des allocations pour quelques périodes en 2002-2003 alors que, en 2003-2004, des montants ont été versés à chacune des treize périodes.

Nom : Louise Constantin

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Enfants dysphasiques
Résultats attendus	Augmenter le nombre de jeunes ayant reçu des services
	Réduire le nombre de jeunes en attente de services

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Nombre de jeunes différents ayant reçu des services depuis le début de l'année	256	325
Nombre de jeunes en attente de services à la treizième période	51	59

Commentaires

Une somme de 50 000 \$ a été consentie à la région dans le cadre des allocations de développement pour l'année 2003-2004.

- On constate une augmentation quant au nombre de jeunes ayant reçu des services par rapport au point de départ (+93).
- La cible quant au nombre de jeunes à rejoindre est donc atteinte, voire dépassée. On visait 24 jeunes de plus. Il y en a eu, dans les faits, 93.
- **Par rapport à la liste d'attente, l'objectif était de réduire la liste de 24 cas (écart). Puisque 93 jeunes de plus ont reçu des services, on peut prétendre que l'objectif est atteint (93 jeunes - 24 (écart) = 69). À la période 13, le CPRCN indiquait que 59 jeunes étaient en attente de services.**
- Pour l'instant, le système nous fournit les données pour l'ensemble de la clientèle langage/parole et ne peut extraire les dysphasiques.
- Des postes vacants en orthophonie depuis quelques années obligent l'établissement à faire des « blitz » d'évaluations en privé, ce qui a pour effet d'augmenter le nombre de jeunes évalués, mais qui ne reçoivent pas nécessairement le suivi requis après l'étape de l'évaluation.

Nom : Nicole Baron

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Jeunes en difficulté
Résultats attendus	Réduire la liste d'attente réelle à l'évaluation
	Réduire la liste d'attente à l'application des mesures
	Réduire le taux d'engorgement réel

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Liste d'attente réelle à l'évaluation	55	50
Liste d'attente à l'application des mesures	50	59
Taux d'engorgement réel	0 %	0 %

Commentaires

Pour l'année 2003-2004, la région a reçu 132 178 \$ en allocation de développement pour les jeunes en difficulté.

Liste d'attente réelle à l'évaluation

- Les résultats sont atteints. On note toutefois une tendance à la hausse de la liste d'attente lors des dernières périodes.
- L'établissement est vulnérable aux absences de personnel compte tenu que plusieurs points de service ont de petites équipes de travail. Ainsi, un congé de maternité, une absence de maladie ou autre absence viennent hypothéquer sérieusement la capacité de l'établissement à l'offre de service.
- La difficulté de recrutement et de rétention de personnel vient accentuer cette vulnérabilité.
- Enfin, le Centre jeunesse a recruté récemment plusieurs intervenants. Ceux-ci n'ont bien souvent que peu ou pas d'expérience en protection de la jeunesse. Leur productivité ne peut être la même que celle fixée par les standards reconnus.

Liste d'attente à l'application des mesures

- Le rehaussement budgétaire a permis d'atteindre un plan de poste permettant de mieux répondre aux besoins et de combler pratiquement tous les postes à l'application des mesures. Toutefois, l'augmentation de clientèle dans certains points de service laisse entrevoir certaines difficultés au regard de la liste d'attente.
- L'établissement est vulnérable aux absences de personnel compte tenu que plusieurs points de service ont de petites équipes de travail. Ainsi, un congé de maternité, une absence de maladie ou autre absence viennent hypothéquer sérieusement la capacité de l'établissement à l'offre de service.
- La difficulté de recrutement et de rétention de personnel vient accentuer cette vulnérabilité.
- En ce qui a trait à l'atteinte de l'objectif, la moyenne annuelle ne rend pas compte du fait que depuis la période 7, une nette amélioration est notée. La tendance qui se dégage depuis cette période est favorable à l'atteinte de l'objectif. **À preuve, la moyenne sur les 6 premières périodes de l'année s'établit à 79,7 alors que celle portant sur les périodes 7 à 13 est de 30.**

Taux d'engorgement réel

- Bien que les chiffres indiquent 0 % d'engorgement, nous devons préciser que le Centre jeunesse a dû faire face, à divers moments, à de l'engorgement pour certaines unités. Le fait de calculer l'engorgement au global ne permet pas d'avoir cette lecture.
- Ces diverses pointes d'engorgement causent partout des problèmes importants autant au plan organisationnel que financier.
- Par ailleurs, le Centre jeunesse a opéré toute l'année 2003-2004 une unité de réadaptation interne pour la clientèle de 6 à 12 ans. Cette unité est en opération depuis 2001 et fonctionne toujours dans le cadre d'un permis temporaire.

Nom : Réal Aloise

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Femmes victimes de violence
Résultats attendus	Nombre d'enfants ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Nombre d'enfants différents ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	83	23
Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec	234 020 \$	239 047 \$
Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes	109 146 \$	107 990 \$

Commentaires

Une somme de 134 065 \$ a été consentie à la région dans le cadre des allocations budgétaires pour l'année 2003-2004. La totalité de cette somme a été utilisée.

Nombre d'enfants différents ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence

- Les données en lien avec cet objectif sont colligées et transmises par les maisons d'hébergement.
- Le point d'arrivée (Nb = 83) a été fixé par l'Agence selon la fréquentation annuelle et l'hypothèse d'une opérationnalisation des services à compter du mois d'octobre 2003.

Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec

- Contrairement au chiffre indiqué comme cible, le résultat tient compte du taux d'indexation pour 2003-2004.

Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes

- Contrairement au chiffre indiqué comme cible, le résultat tient compte du taux d'indexation pour 2003-2004.
- Le résultat actuel est influencé du fait que, pour un centre de femmes, la moyenne inclut une source de revenu qui ne provient pas du SOC ou d'un ministère.

Nom : Dominique Lacroix

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Santé mentale
Résultats attendus	Augmenter le nombre d'adultes ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté Réduire le nombre de jeunes en attente d'évaluation en pédopsychiatrie Réduire le nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie Augmenter le nombre de jeunes recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale Réduire les durées de séjour sur des civières dans les salles d'urgence pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté depuis le début de l'année	-	204
Nombre de jeunes en attente d'évaluation en pédopsychiatrie	39	18
Nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie	39	2
Nombre de jeunes différents recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale depuis le début de l'année	-	44
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence des personnes présentant un problème de santé mentale	14	13,4

Commentaires

En 2003-2004, la région a bénéficié d'un montant de 133 839 \$ dans le cadre des allocations budgétaires. De ce montant, la somme de 95 922 \$ a servi à compléter l'enveloppe prévue pour le développement d'un modèle d'intervention de crise et un montant de 37 917 \$ a été injecté au CHRSI (pédopsychiatrie).

Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté depuis le début de l'année

- À la période 13 de l'année 2003-2004, 204 usagers différents ont reçu des services. Rappelons, par ailleurs, qu'aucun crédit additionnel n'a été accordé à cette cible et que les équipes affectées à cette clientèle sont incomplètes.

Nombre de jeunes en attente d'évaluation; nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie; nombre de jeunes différents recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale depuis le début de l'année

- La cible concernant le nombre de jeunes en attente d'évaluation dans les deux centres hospitaliers de la Côte-Nord est atteinte. Cependant, le cumulatif à la période 13 totalise 131 jeunes en attente d'évaluation sur la Côte-Nord (79 au CHRSI et 52 au CHRBC). Dans les deux centres hospitaliers, la pénurie de pédopsychiatres explique le nombre de jeunes en attente de services au cumulatif.
- La cible concernant le nombre de jeunes en attente de traitement dans les deux centres hospitaliers de la Côte-Nord est atteinte. À noter qu'au CHRSI, on effectue, dans une même rencontre, l'évaluation et le traitement des jeunes. Cette façon de faire explique en partie le nombre important de jeunes en attente d'évaluation au cumulatif tout comme la pénurie de pédopsychiatres.
- Ces deux indicateurs tiennent compte de l'ensemble des problématiques rencontrées chez les jeunes et les adolescents : santé mentale, troubles envahissants du développement, déficience intellectuelle, etc.
- Le nombre total de jeunes ayant bénéficié de services externes de pédopsychiatrie en 2003-2004 dans les 2 centres hospitaliers de la Côte-Nord totalise, selon OASIS, 588 jeunes.
- Au CHRSI, des crédits additionnels ont été accordés à l'établissement pour l'embauche d'un psychologue compte tenu de l'absence de pédopsychiatre et d'une équipe multidisciplinaire en pédopsychiatrie (65 000 \$/base annuelle).
- Le CHRBC compte sur une équipe multidisciplinaire en pédopsychiatrie et sur la présence de pédopsychiatres itinérants.

Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence des personnes présentant un problème de santé mentale

- Ajout de six lits au département de psychiatrie au CHRBC.
- Gestion plus rigoureuse à l'endroit des clientèles qui occupent des civières dans les salles d'urgence.
- Développement de places en hébergement de crise sur l'ensemble du territoire nord-côtier en 2004-2005.

Nom : Maria Fortin

Date : 22 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	Soutien à domicile et hébergement des personnes âgées
Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne, par année, en CLSC (PAPA)
	Augmenter le nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne, par année, en CLSC (autres que PAPA)
	Augmenter le nombre total d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance
	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004
Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile	1 175	1 226
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne, par année, en CLSC (PAPA)	20	21,92 excluant CSBCN
Nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile	1 515	2 315
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne, par année, en CLSC (autres que PAPA)	31,22	26,84 excluant CSBCN
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance	2,51	2,72
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels	0,16	0,25

Commentaires

Soutien à domicile

- Les allocations consenties ont principalement permis d'honorer des engagements régionaux (ressources intermédiaires et chèque emploi-service). Il a donc été convenu de rehausser de 0,5 % le taux de desserte chez les personnes âgées de 65 ans et plus et de maintenir l'intensité des services.
- Les données recueillies auprès du Centre de santé de la Basse-Côte-Nord peuvent difficilement être comparées à celles des autres établissements étant donné les différences majeures au niveau des pratiques, dû au fait de l'isolement des communautés. Pour l'essentiel, le service de soutien à domicile est composé uniquement de soins infirmiers et tous les autres services de soutien à domicile sont dispensés par de l'allocation directe. C'est pourquoi les données du Centre de santé de la Basse-Côte-Nord ont été exclues de toutes les moyennes concernant les services à domicile.

Nombre moyen d'interventions à domicile par personne, par année, en CLSC (autres que PAPA)

- Une part de la diminution peut être imputable à l'augmentation de la desserte et d'un nombre moyen d'interventions plus bas pour un établissement.

Hébergement

- Pas d'investissement en 2003-2004.
- Légère hausse en soins infirmiers et d'assistance ainsi qu'en services professionnels pour s'ajuster aux besoins nouveaux et plus nombreux de la clientèle (alourdissement, atteinte des fonctions cognitives, problèmes multiples, clientèle de moins de 65 ans, etc.). À cet effet, les établissements ont nécessairement absorbé à l'intérieur de leur propre budget les sommes additionnelles requises pour offrir les services.

Nom : Nicole Baron (Soutien à domicile)
Denis Beausoleil (Hébergement)

Date : 22 juin 2004

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DES ÉTABLISSEMENTS

L'équilibre budgétaire a fait l'objet d'un suivi serré par les établissements et par l'Agence. À la suite des discussions avec le Ministère, notre réseau nord-côtier s'est vu autoriser une cible budgétaire déficitaire maximale de 2 125 000 \$ pour 2003-2004.

Certains établissements se sont vu reconnaître une cible spécifique en fonction de situations particulières : sous-financement reconnu par le Ministère, sécurité d'emploi, transport des bénéficiaires. Les autres établissements devaient atteindre l'équilibre budgétaire.

OBJECTIF

- ✦ Respecter la cible budgétaire déficitaire maximale de 2 125 000 \$, telle qu'elle avait été fixée pour la Côte-Nord.

RÉSULTAT

- ✦ La somme des déficits budgétaires atteint 1,9 M\$ alors que le résultat global pour la région se situe à 1,7 M\$ compte tenu que certains établissements ont terminé l'année financière avec un surplus budgétaire. Même si deux établissements, le Centre hospitalier régional de Sept-Îles et le CLSC Naskapi, ont dépassé légèrement les objectifs, la cible régionale a été respectée.

Le tableau à la page suivante témoigne des résultats obtenus pour chacun des établissements.

**ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
SURPLUS (DÉFICIT) DU FONDS D'EXPLOITATION POUR L'EXERCICE 2003-2004**

MRC/Établissement	Exercice 2002-2003		Exercice 2003-2004	
	Budget net (\$)	Surplus (déficit) (\$)	Budget net (\$)	Surplus (déficit) (\$)
Haute-Côte-Nord				
➤ Centre de santé des Nord-Côtiers	11 782 304		12 679 773	
Manicouagan				
➤ Centre hospitalier régional Baie-Comeau	34 114 709	(130 994)	35 932 724	31 986
➤ CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan	9 854 228	(275 313)	11 083 050	22 835
TOTAL	43 968 937	(406 307)	47 015 774	54 821
Sept-Rivières				
➤ CLSC-Centre de santé des Sept Rivières	11 339 160	8 097	12 370 579	25 297
➤ Centre hospitalier régional de Sept-Îles	38 121 196	(714 991)	41 098 234	(163 424)
TOTAL	49 460 356	(706 894)	53 468 813	(138 127)
Minganie				
➤ Centre de santé de la Minganie	13 917 758	(110 526)	14 588 609	(56 635)
Basse-Côte-Nord				
➤ Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	17 257 295	(867 558)	18 271 148	(1 037 823)
Caniapiscou				
➤ Centre de santé de l'Hématite	5 679 498	286 724	6 078 869	153 088
➤ CLSC Naskapi	2 891 958	62 280	3 084 487	(89 154)
TOTAL	8 571 456	349 004	9 163 356	63 934
Services régionaux				
➤ Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	25 956 166	114 621	27 597 513	(592 347)
GRAND TOTAL	170 914 272	(1 627 660)	182 784 986	(1 706 177)



CHAPITRE IV

**LES RÉALISATIONS
ET LES FAITS SAILLANTS
DE L'ANNÉE 2003-2004**



LA SANTÉ PUBLIQUE

La Direction de santé publique assume les fonctions reliées à la gestion des activités de prévention, de protection et de promotion de la santé. De plus, la santé publique est responsable des activités de connaissance et de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière et de l'informer sur les problèmes de santé prioritaires.

1. DÉVELOPPEMENT SOCIAL

L'année 2003-2004 a été marquée par le colloque régional « Escalé 2003 » qui a réuni près de 165 participants à Port-Cartier. Cette rencontre a permis aux différents acteurs présents d'échanger sur des projets favorisant le développement social et de convenir de l'orientation à donner à ce dossier.

Une approche intersectorielle appelée « Réseau des partenaires » a été identifiée comme le levier devant être mis en place pour soutenir le développement social. L'Agence a inscrit au *Plan d'action régional en santé publique* un objectif relié au développement du réseau des partenaires (régional) et à la mise en place de chantiers au niveau local. Le CRD a renouvelé son désir de maintenir une entente administrative avec l'Agence et de faire les recommandations requises à l'instance qui l'a remplacé en cours d'année soit la Conférence régionale des élus (CRE).

2. SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

OBJECTIF

- ✦ Soutenir et favoriser les actions qui s'inscrivent dans une perspective de développement social des communautés.

RÉSULTAT

- ✦ Mise à jour du guide de gestion régional du Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire et sélection de quinze projets pour un budget global de 65 400 \$.

3. MALADIES INFECTIEUSES

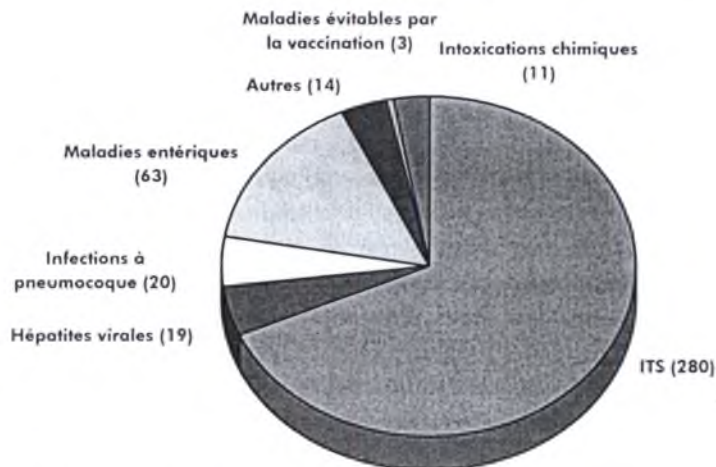
Au cours de l'année 2003, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a validé et enregistré au fichier provincial 411 maladies à déclaration obligatoire (MADO). Les maladies les plus fréquemment déclarées sont la chlamydie génitale (68 %) et les maladies entériques (15 %). La figure 2 à la page suivante présente la distribution des MADO par catégorie.

FAITS SAILLANTS

- ✦ Malgré les campagnes préventives, le nombre de cas de chlamydie génitale continue d'augmenter.
- ✦ Un grand rassemblement interculturel, qui a eu lieu sur la Côte-Nord à l'été 2003, a été à l'origine d'une éclosion provinciale de shigellose. Six cas en provenance de cinq régions ont été déclarés, mais plusieurs personnes symptomatiques n'ont pas subi de prélèvement pour obtenir un diagnostic précis.

- ✦ Quatre cas d'infection invasive à streptocoque β hémolytique de sérotype A (dont deux très sévères) ont été déclarés causant le décès d'une personne.

**FIGURE 2 - RÉPARTITION DES MADO SELON LEUR NATURE
CÔTE-NORD 2003
(Nb = 411)**



a) Maladies évitables par l'immunisation

L'évaluation de la couverture vaccinale des enfants âgés de deux ans révèle que plus de 95 % d'entre eux ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation.

Plus de 20 500 doses de vaccin contre l'Influenza ont été administrées au cours de la campagne de vaccination contre l'Influenza de l'automne 2003.

b) Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Une subvention de 25 000 \$ a été octroyée à l'organisme Actions SIDA Côte-Nord afin de réaliser des activités auprès des clientèles vulnérables (détenus, toxicomanes), des femmes fréquentant les centres de femmes et des jeunes en milieu scolaire.

Une formation sur l'organisation des services intégrés et de dépistage des ITSS (SIDEP) a été dispensée à des professionnels de la santé oeuvrant dans les CLSC et les centres de santé, Actions SIDA Côte-Nord et quelques communautés montagnaises de la région. Par ailleurs, une subvention de 60 000 \$ a été octroyée aux CLSC et centres de santé afin de poursuivre le développement des SIDEP auprès des clientèles vulnérables de la Côte-Nord.

c) Autres maladies infectieuses

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

C'est à la mi-mars 2003 que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a émis un premier avis concernant la menace mondiale que représentait le SRAS. On se rappellera qu'au Canada, entre le 23 février et le 2 juillet 2003, un total de 438 cas dont 251 probables et 187 suspects ont été signalés. La majorité des cas est survenue en Ontario.

Sur la Côte-Nord, des activités spécifiques ont été réalisées afin de se préparer à l'arrivée d'un cas de SRAS. Chacun des établissements de soins a élaboré un plan d'action en conformité avec le plan d'action régional.

Enfin, une formation de formateurs sur les mesures préventives à mettre en place dans les établissements de santé s'est tenue à Baie-Comeau et à Sept-Îles et a rejoint 30 participants représentant tous les établissements de la région.

Virus du Nil occidental (VNO)

Au cours de la saison estivale 2003, les activités de surveillance et d'information concernant le VNO se sont poursuivies auprès des professionnels de la santé et de la population. Aucun cas humain, ni d'oiseau positif ont été signalés dans notre région.

Rage et morsures animales

Afin de prévenir la rage humaine et compte tenu que la Côte-Nord est une région endémique pour la rage animale, des interventions ont été réalisées auprès de personnes potentiellement exposées au virus de la rage. Cette année, 23 signalements de morsures animales ou de contacts significatifs avec des animaux (principalement des animaux domestiques) ont été reçus à la Direction de santé publique.

4. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Le domaine de la santé environnementale réfère aux éléments du milieu susceptibles de porter atteinte à l'être humain, en l'occurrence la qualité de l'eau, de l'air, du sol et des aliments; le maintien de milieux habités sécuritaires et d'écosystèmes viables est également visé par ce champ d'intervention. Les interventions en 2003-2004 ont touché la qualité de l'eau potable, la qualité de l'air et la réponse en situation d'urgence.

ACTIVITÉS RÉALISÉES

Au chapitre de l'eau de consommation, la Direction de santé publique :

- ✦ a poursuivi la surveillance de la qualité de l'eau des réseaux de la Côte-Nord;
- ✦ a achevé les modifications au système de saisie des données touchant la qualité de l'eau, afin de le rendre plus fonctionnel à la suite de l'entrée en vigueur de la réglementation québécoise sur la qualité de l'eau potable;
- ✦ a participé à l'organisation et au financement du forum sur l'eau douce en novembre 2003.

En ce qui touche la qualité de l'air, la Direction de santé publique :

- ✦ a poursuivi sa participation aux travaux du comité multipartite sur les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) à Baie-Comeau relativement au contrôle de la contamination des quartiers environnants;
- ✦ a participé à l'hiver 2003 à une campagne d'information sur le chauffage au bois dans la région de Sept-Îles;
- ✦ a répondu à plus de 50 demandes dont près de 70 % concernaient la qualité de l'air intérieur.

Au chapitre de la réponse en situation d'urgence, la Direction de santé publique :

- ✦ a participé à l'exercice « Prévention 2003 » conduit à Sept-Îles à l'automne 2003. Cet exercice visait à simuler la réponse à un déversement d'hydrocarbures dans la baie de Sept-Îles et impliquait, entre autres, les représentants d'organismes fédéraux et provinciaux ainsi que la municipalité.

5. SANTÉ AU TRAVAIL

La Direction de santé publique assure l'organisation des services de santé au travail sur la Côte-Nord, grâce à une équipe régionale et à sept équipes locales réparties dans six territoires de CLSC et de centres de santé. Globalement, le mandat consiste à offrir des activités de prévention et de promotion de la santé pour des problèmes spécifiques reliés à l'environnement de travail.

Les activités de base et les activités complémentaires

La méthode d'intervention privilégiée en santé au travail consiste en l'élaboration de programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE). Les activités de base inscrites au PSSE touchent quatre volets : la formation, l'évaluation environnementale, la surveillance médicale et l'organisation des premiers secours et de premiers soins. Les intervenants ont réalisé les activités suivantes au cours de l'année 2003 :

Activité	Établissement	Travailleur
Connaissance préalable	46	427
Élaboration de PSSE	39	762
Mise à jour de PSSE	54	2 732
Surveillance environnementale	129	1 326
Surveillance médicale	103	1 256
Information	262	3 436
Premiers secours et premiers soins	226	7 433
CLIENTÈLE TOTALE	859*	17 372**

* Des activités ont été réalisées dans 500 établissements différents.

** Il ne s'agit pas de 17 372 travailleurs différents; certains sont comptabilisés dans plus d'une activité.

En plus des activités de base du Programme de santé au travail, les intervenants ont réalisé :

- ◇ 4 études d'indemnisation de travailleurs;
- ◇ 7 demandes ponctuelles de la CSST;
- ◇ 81 demandes de service provenant des milieux de travail;
- ◇ 326 examens audiométriques;
- ◇ 452 analyses de poste dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger ».

6. KINO-QUÉBEC

En 2000, Kino-Québec s'est doté d'un plan d'action quinquennal en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique. Les interventions qui ont été mises de l'avant s'inscrivent dans cette planification et visent particulièrement les jeunes et les adultes qui constituent les clientèles prioritaires.

OBJECTIFS

- ✦ Promouvoir la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes par le biais de l'activité régionale « Défi Basket » dans le cadre du mois de l'éducation physique et du sport étudiant (MÉPSÉ), du concours « École active » et de la tournée nord-côtière « Vis ton énergie ».
- ✦ Organiser la troisième édition de la campagne promotionnelle hivernale « Plaisir sur glace » destinée aux familles.
- ✦ Promouvoir les bienfaits d'un mode de vie physiquement actif auprès d'adultes en milieu de travail par des ateliers conférences et par la campagne « Mon style de marche ».
- ✦ Travailler en partenariat avec Loisir et Sport Côte-Nord aux projets interpellant les deux organismes.

RÉSULTATS

- ✦ Cette troisième édition du « Défi Basket » a mis en action 5 167 jeunes, de la maternelle à la cinquième année du secondaire, provenant de 34 écoles de la région. Quatre écoles ont reçu des bourses dans le cadre du concours « École active ». Quant à la portion régionale de la tournée « Vis ton énergie », elle a attiré plus de 2 000 jeunes. L'école Jean-du-Nord et l'école secondaire Serge-Bouchard ont ainsi reçu la visite de l'athlète olympique Marc Gagnon.
- ✦ La campagne « Plaisir sur glace », visant à faire découvrir ou redécouvrir le patinage extérieur (et autres activités hivernales) en famille, s'est tenue dans neuf municipalités. Celles-ci ont mis sur pied des activités dans quinze sites accessibles à la population.
- ✦ Six ateliers conférences ont été tenus en milieu de travail ainsi que deux journées de promotion de la pratique régulière de l'activité physique en collaboration avec le CLSC-Centre de santé des Sept Rivières. Vingt-quatre milieux de travail ont pris part à la campagne promotionnelle de la marche « Mon style de marche », rejoignant environ 2 600 adultes.
- ✦ Consolidation du partenariat Kino-Québec et Loisir et Sport Côte-Nord dans plusieurs dossiers, tels que « Plaisir sur glace », « Défi Basket », et le rassemblement des éducateurs physiques du primaire de la Côte-Nord.

7. PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE

La rédaction du *Plan d'action régional en santé publique* a permis d'établir une orientation dans la prévention des maladies chroniques axée sur la lutte au tabagisme et la promotion de l'activité physique et de saines habitudes alimentaires. Cela permettra d'intégrer les activités du programme Kino-Québec et de développer un plan d'action en matière de saine alimentation.

a) Lutte au tabagisme

Le programme « La gang allumée » a permis de réaliser quinze projets dans quatorze écoles et une maison de jeunes. Il s'agit d'un résultat comparable à l'année 2003.

b) Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

Nous avons trois CAT sur notre territoire (Haute-Côte-Nord, Manicouagan et Sept-Rivières). Ils ont donné des services à 173 fumeurs.

c) **Défi « J'arrête, j'y gagne »**

Cette année le Défi « J'arrête, j'y gagne » a rejoint 419 fumeurs. Il s'agit d'une baisse par rapport aux années précédentes, qui s'explique par une diminution très importante du nombre de fumeurs sur la Côte-Nord. Nous avons innové en offrant quatre certificats-cadeaux de 250 \$ en association avec le programme Kino-Québec.

8. PRÉVENTION DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

OBJECTIFS

- ✦ Dresser un inventaire des aires de jeux ayant des installations en bois traité.
- ✦ Produire le bilan du projet portant sur l'aspect sécuritaire des aires de jeux qui a été réalisé en 2001.
- ✦ Poursuivre le projet portant sur l'aspect sécuritaire des aires de jeux par l'évaluation de la sécurité des appareils et des aires de jeux des parcs municipaux et des terrains d'écoles récemment aménagés (après été 2001) pour les MRC de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan et de Sept-Rivières.
- ✦ Poursuivre le projet de l'été 2002 portant sur l'évaluation de l'aspect sécuritaire des piscines résidentielles dans les MRC de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan et de Sept-Rivières.

RÉSULTATS

- ✦ Une proportion de 57,4 % des aires de jeux ont des installations en bois traité et 42 % de celles-ci avaient été recouvertes d'une couche protectrice de peinture.
- ✦ La totalité des situations particulières qui représentaient en 2001 un danger imminent pour la sécurité des enfants et qui avaient été signalées aux responsables des aires de jeux avaient été corrigées. 20,7 % des éléments jugés non conformes en 2001 étaient reconnus conformes (près de la moitié de ces derniers avaient été détruits).
- ✦ Cent vingt-cinq nouveaux appareils ont fait l'objet d'observation. Un peu plus de la moitié de ceux-ci étaient des balançoires dont 62,5 % n'étaient pas conformes quant à l'épaisseur requise du matériau amortisseur. Une proportion de 56 % des glissoires intégrées dans un module n'avaient pas de garde-fous.
- ✦ À la suite du rapport de l'été 2002, quelques municipalités ont enclenché un processus de révision de leur réglementation. En 2003, un total de 121 installations de piscines résidentielles ont été visitées ce qui représente 13,6 % des propriétaires inscrits dans les différentes municipalités. Malgré quelques lacunes, les piscines résidentielles sont aménagées avec le souci d'assurer la sécurité. Les problèmes les plus fréquemment rencontrés sont :
 - ❖ l'absence de mécanisme automatique de fermeture chez 85,8 % des propriétaires;
 - ❖ l'absence du système de verrouillage automatique dans un cas sur deux;
 - ❖ le tiers des piscines visitées ne sont pas complètement ou partiellement entourées d'une clôture d'au moins 1,2 mètre;
 - ❖ 35,7 % des systèmes de filtration ne respectent pas les normes d'installation.

De plus, une lettre a été adressée à toutes les municipalités de la région les invitant à faire appliquer la réglementation en vigueur ou encore à adopter un règlement spécifique aux piscines gonflables.

Par ailleurs, voici quelques activités qui ont aussi retenu notre attention :

- ✧ Présentation d'un projet intitulé « Étude sur les perceptions des situations de risque et de la réglementation en matière de traumatismes non intentionnels dans la communauté innue de Betsiamites en vue de l'implantation de la Commission consultative sur la sécurité du public et ses règlements ».
- ✧ Participation à la Table de concertation routière et au comité de sécurité de la route 389.
- ✧ Collaboration entre l'unité régionale Loisir et Sport Côte-Nord et la Direction de santé publique pour la tenue d'une formation sur la sécurité dans les aires de jeux à quelques responsables des parcs municipaux et des cours d'écoles.

9. PRÉVENTION ET PROMOTION EN MILIEU SCOLAIRE

OBJECTIFS

- ✧ Harmoniser et coordonner les actions de promotion de la santé, de prévention et de répression effectuées auprès des jeunes en milieu scolaire.
- ✧ S'assurer de la présence d'une programmation globale et concertée couvrant les facteurs de risque et de protection pour les jeunes du préscolaire jusqu'à la fin du secondaire.

RÉSULTATS

- ✧ Adoption du *Plan d'action intersectoriel sur la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire*.
- ✧ Deux écoles primaires et deux écoles secondaires actualisent le projet « Jeunes en santé ».
- ✧ Tournée sur l'estime de soi qui a sensibilisé 2 660 élèves.
- ✧ Sept cent soixante-dix jeunes ont répondu au concours d'affiches « J'TRIPP, J' m'affirme et je réalise un rêve ».
- ✧ Formation pour l'implantation du programme « Vers le Pacifique » qui a touché 29 écoles et 3 CLSC.

10. SANTÉ DENTAIRE

OBJECTIFS

- ✧ Assurer l'accessibilité à des services d'hygiénistes dentaires en prévention et promotion dans chacune des MRC.
- ✧ Lancer une campagne de promotion des « Fluorures sous toutes ses formes », à l'occasion du mois de la santé dentaire.

RÉSULTATS

- ✧ L'accès aux services d'hygiénistes dentaires a été compromis dans deux territoires de CLSC en 2003-2004 soit Sept-Rivières (secteur Port-Cartier) et Minganie. Cette situation est reliée à des congés de titulaires de poste qui sont difficilement remplaçables dans le contexte particulier de la Côte-Nord.

- ✦ À l'occasion du mois de la santé dentaire, en avril, une campagne de promotion des « Fluorures sous toutes ses formes » comme moyen de prévention de la carie dentaire fut lancée par les agences du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord. Cette campagne s'est déroulée dans toutes les écoles de ces trois territoires afin de sensibiliser la population à l'effet bénéfique de cette mesure de prévention de la carie dentaire.

11. CONNAISSANCE, SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION

Les activités de surveillance et d'évaluation réfèrent d'une part à la production et à la diffusion d'études et d'évaluations en santé publique et, d'autre part, à une assistance conseil tant à l'interne qu'auprès du réseau de la santé et des services sociaux.

Parmi les principales réalisations de l'année, mentionnons :

- ⇨ une participation à la consultation provinciale en lien avec l'élaboration du plan commun de surveillance de l'état de santé de la population;
- ⇨ le développement d'outils informatisés et automatisés pour aider à la surveillance continue de l'état de santé de la population;
- ⇨ la poursuite des travaux relativement à des études abordant les problématiques des proches aidants en santé mentale, la réalité entourant la consommation de services de la population masculine, les problèmes et les besoins des hommes en matière de santé et de bien-être ainsi que le profil des individus décédés par suicide;
- ⇨ mise de l'avant de quatre nouveaux projets, totalisant 101 422 \$ dans le cadre de la gestion régionale du Programme de subventions en santé publique :
 - ✓ étude sur les perceptions des situations de risque et de la réglementation en matière de traumatismes non intentionnels dans la communauté innue de Betsiamites en vue de l'implantation de la Commission consultative sur la sécurité du public et ses règlements;
 - ✓ « Mon ami, mon village » et ses retombées;
 - ✓ évaluation de l'impact du programme de gestion du stress - facteur budget et stress financier (subvention pour la rédaction d'un devis);
 - ✓ « J'm'aime comme j'suis » : étude sur les facteurs qui influencent l'image corporelle des adolescents (subvention pour la rédaction d'un devis).

LES SERVICES GÉNÉRAUX

1. INFO-SANTÉ

Les fonctions principales du service Info-Santé sont d'informer, de conseiller et d'orienter la personne concernant les aspects relatifs à sa santé.

Il garantit, à toute la population de la région, une réponse téléphonique en tout temps : 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Nous avons sur le territoire deux centrales locales basées dans les CLSC de Baie-Comeau et de Sept-Îles et une centrale régionale située au Centre de santé de la Minganie.

OBJECTIF

- ✦ Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information, de conseil, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de quatre minutes.

RÉSULTATS

- ✦ Le taux d'utilisation du service a augmenté au cours de la dernière année. Il est passé de 243,8 par 1 000 personnes en 2002-2003, pour se situer à 249,89 par 1 000 personnes en 2003-2004.
- ✦ La proportion des appels répondus en moins de quatre minutes se situe à 89,53 %. Il atteignait 90,02 % en 2002-2003. Toutefois, cette donnée ne concerne que la centrale régionale puisque la technologie ne permet pas l'accès aux données pour les deux centrales locales.

2. GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

OBJECTIFS

- ✦ Donner à la population l'accès à un médecin de famille.
- ✦ Améliorer l'organisation des services de première ligne.
- ✦ Assurer l'accessibilité, la prise en charge globale et la continuité des services à la clientèle inscrite auprès d'un médecin membre d'un GMF.

RÉSULTATS

- ✦ Accréditation de deux groupes de médecine de famille.
- ✦ Un GMF est situé à Baie-Comeau et l'autre à Sept-Îles.
- ✦ Le GMF de Baie-Comeau est sous la responsabilité du Dr Roger Dubé et compte douze médecins et celui de Sept-Îles est sous la responsabilité du Dre Chantale Baril et comprend seize médecins.
- ✦ Deux autres GMF sont en préparation soit un à Port-Cartier et l'autre au Centre de santé de la Minganie.
- ✦ Au 31 mars 2004, 4 166 personnes étaient inscrites au GMF de la Polyclinique Boréale alors que les projections du Ministère étaient de l'ordre de 3 740 inscriptions.

3. PÉRINATALITÉ

La région compte sur deux tables régionales en périnatalité, soit dans les secteurs ouest et est. Ces deux instances officielles regroupent des gestionnaires, des intervenants, des médecins et des représentants de groupes d'entraide qui oeuvrent ensemble à l'amélioration des services et à l'actualisation des diverses orientations dans le domaine.

Les deux dossiers principaux réalisés en 2003-2004 auront été l'implantation du Programme de soutien aux jeunes parents et une formation régionale sur l'allaitement maternel.

Dans ce dernier cas, un montant de 63 000 \$ a été réservé. Tous les CLSC, centres de santé, centres hospitaliers et groupes communautaires concernés par l'allaitement ont délégué deux personnes de leur organisation pour une formation de quatre jours donnée par madame Ingrid Bayot de l'Institut Côté-Naître. Ces personnes sont devenues, depuis, personnes-ressources et agents multiplicateurs dans leur organisation.

4. VIOLENCE CONJUGALE ET AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL

Le comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle a concentré ses efforts à l'élaboration d'un plan d'action régional en matière d'agression sexuelle pour la période de 2004 à 2007, qui sera complété au cours du prochain exercice.

En 2003-2004, le comité s'est réuni à six reprises. En plus du travail relié au plan d'action, ces rencontres ont permis de :

- ⇒ compléter et acheminer au Ministère la grille de suivi de la mise en oeuvre des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*;
- ⇒ élaborer une campagne de sensibilisation visant la réduction des agressions sexuelles liées à une consommation de psychotropes. Cette campagne triennale se réalisera au printemps 2004.

Par ailleurs, l'Agence a poursuivi son travail visant à faciliter l'organisation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle. Ainsi, les deux équipes sous-régionales poursuivront au printemps 2004 la formation élaborée en région et adaptée aux besoins spécifiques du personnel des urgences du territoire nord-côtier.

Enfin, il importe de mentionner que l'allocation de ressources annoncée par le ministre Couillard en juin 2003 a permis de rehausser la base budgétaire des centres de femmes et des maisons d'hébergement de la région.

Les centres de femmes se sont partagés une somme totale de 84 129 \$. Quant aux maisons d'hébergement, elles se sont séparées un montant de 130 466 \$ dont 60 000 \$ dédié à l'offre de service aux enfants exposés à la violence par une intervenante « enfant ».

LA SANTÉ PHYSIQUE

Les données touchant les services d'urgence et l'accessibilité aux services chirurgicaux se retrouvent au chapitre III.

1. CANCER

a) Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)

En mars 2004, un comité régional de lutte contre le cancer a été formé. Des intervenants de chaque établissement de santé de la région, une professionnelle en soins palliatifs, le Dr Arnaud Samson et une représentante de l'Agence composent ce comité dont le premier mandat était de produire le *Plan d'action régional de lutte contre le cancer*.

Une version préliminaire du plan d'action fut acheminée à la Direction du cancer au MSSS le 31 mars 2004. L'objectif consiste à créer un réseau intégré de soins et de services pour la lutte contre le cancer sur la Côte-Nord, tout au long de la trajectoire de services, soit de la prévention aux soins palliatifs. Ce réseau fonctionnera selon des paliers de hiérarchisation des services : local, régional et suprarégional.

Actuellement la Côte-Nord est confrontée à un manque de ressources tant humaines, matérielles que financières. Nous devons donc investir prioritairement sur les actions qui nous permettront d'établir des bases solides pour la poursuite des travaux. L'intégration des services selon un modèle d'infirmière pivot permettra de mettre en place des conditions davantage facilitantes.

b) Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Nous avons trois centres de dépistage désignés : le Centre hospitalier régional Baie-Comeau, le Centre hospitalier régional de Sept-Îles et le Centre de santé de la Minganie. Le CHRBC et le CHRSI seront éventuellement reconnus comme des centres de référence pour investigation désignés (CRID). À Caniapiscau et sur la Basse-Côte-Nord, la clientèle est desservie grâce à un centre de dépistage mobile ou encore par une unité portative, là où le réseau routier est inexistant. Ces unités sont sous la responsabilité de l'INSPQ.

Entre février 2002 et février 2004, les Nord-Côtières ont participé au programme de dépistage selon les proportions suivantes :

✧	Escoumins	48,0 %
✧	Forestville	42,9 %
✧	Manicouagan	42,3 %
✧	Port-Cartier	23,8 %
✧	Sept-Îles	22,9 %
✧	Caniapiscau	47,4 %
✧	Minganie	70,5 %
✧	Basse-Côte-Nord	74,7 %
✧	Schefferville	69,4 %
✧	TOTAL	39,7 %

Le taux de participation au Québec pour 2002-2003 se situait à 46,7 %. Les taux sur la Côte-Nord se situent autour du taux provincial ou le surpassent, sauf pour les localités de Port-Cartier et Sept-Îles qui sont inférieurs. La principale difficulté rencontrée dans ces deux localités est le manque d'effectifs médicaux.

c) Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont destinés aux clientèles de tous âges et de toutes conditions sociales. Ils visent toute personne atteinte d'une maladie incurable secondaire ou d'une maladie liée au vieillissement ainsi que les proches.

Les soins palliatifs peuvent être offerts dans quatre contextes : le domicile, les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les maisons de soins palliatifs.

La Vallée des Roseaux, un organisme communautaire de Baie-Comeau spécialisé en soins palliatifs et qui dessert le secteur ouest de la région, accueille environ 60 personnes et leur famille annuellement. Un projet de développement d'une ressource semblable dans le secteur est du territoire est en cours.

Pour leur part, les CLSC et les centres de santé de la région offrent des services de soins palliatifs à domicile pour répondre aux besoins des personnes qui désirent demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. En 2003-2004, 201 personnes ont reçu des soins palliatifs à domicile sur le territoire de la Côte-Nord.

2. EFFECTIFS MÉDICAUX

OBJECTIFS

- ✦ Assurer l'accessibilité aux services médicaux généraux et spécialisés à la population nord-côtière.
- ✦ Soutenir les établissements de la région au regard du recrutement et de la rétention des effectifs médicaux.

RÉSULTATS

- ✦ Le Plan régional des effectifs médicaux prévoit 135 omnipraticiens et 73 spécialistes sur notre territoire. Au 31 mars 2004, 93 omnipraticiens et 43 spécialistes étaient en fonction dans les établissements de la Côte-Nord. Comparativement à l'année précédente, nous constatons une diminution des effectifs tant chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes.

TABLEAU COMPARATIF DES EFFECTIFS EN POSTE						
Établissement	Effectif requis		Omnipraticien		Spécialiste	
	Plan 1997-2000 Omnipraticien	Plan 2001-2003 Spécialiste	Au 31-03-2003	Au 31-03-2004	Au 31-03-2003	Au 31-03-2004
CS des Nord-Côtières						
➤ Escoumins	11		4	5		
➤ Forestville	9		6	7		
CLSC et CH de Manicouagan	3		1	1		
CHRBC	35	34	29	25	16	14
CLSC-CS des Sept Rivières						
➤ Port-Cartier	11		8	5		
➤ Sept-Îles	2		2	2		
CHRSI	32	39	20	22	28	29
CS de la Minganie	12		9	8		
CS de la Basse-Côte-Nord	10		7	9		
CS de l'Hémalite	7		6	6		
CLSC Naskapi	3		3	3		
TOTAL	135	73	95	93	44	43

- ✦ Au Centre hospitalier régional Baie-Comeau, on est passé de 29 omnipraticiens à 25 au cours de l'année 2003-2004. Quant aux effectifs en spécialité, le CHRBC se retrouve avec un pourcentage d'atteinte du plan qui se situe à 41 %. La situation est d'autant préoccupante que les médecins sont en nombre insuffisant tant du côté des généralistes que des spécialistes.

- ✦ Au Centre hospitalier régional de Sept-Îles, la situation est demeurée relativement stable concernant les effectifs en omnipratique avec l'ajout de deux omnipraticiens, ramenant ainsi le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs médicaux à 69 %. Cette amélioration des effectifs n'a pas permis à l'établissement de surseoir au plan de contingence adopté par le conseil d'administration en août 2002.
- ✦ Au cours de l'année 2003-2004, le nombre des effectifs médicaux a fluctué dans les centres de santé de la région. Le CLSC-Centre de santé des Sept Rivières s'est vu dans l'obligation d'appliquer un plan de contingence de façon sporadique.
- ✦ Notons que la majorité des établissements a dû faire appel au mécanisme de dépannage afin d'assurer une accessibilité aux services.

En terminant, soulignons que la CMR s'est penchée sur la problématique de l'accessibilité aux services tant en omnipratique qu'en spécialité. Un travail effectué conjointement avec la Table de concertation des régions éloignées a permis de dégager certaines orientations qui ont été soumises au Ministère.

3. SERVICES DIAGNOSTIQUES

a) Imagerie médicale

En continuité des travaux amorcés l'an dernier à la suite des investissements consentis par le MSSS en matière d'équipements (4,74 M\$) et du système d'information en radiologie (600 000 \$), l'acquisition et l'installation des équipements sont en voie d'être complétées.

En ce qui a trait au volet équipements, les appareils suivants ont été installés :

Établissement	Équipement
Centre de santé des Nord-Côtiens	Un appareil de graphie simple Un appareil de graphie mobile
Centre hospitalier régional Baie-Comeau	Un appareil de radiofluoroscopie Un appareil de mammographie Deux appareils d'échographie
CLSC-Centre de santé des Sept Rivières	Un appareil de graphie simple
Centre hospitalier régional de Sept-Îles	Un appareil de radiofluoroscopie Deux appareils d'échographie Un appareil de graphie simple
Centre de santé de la Minganie	Un appareil de graphie simple Un appareil de radiofluoroscopie Un appareil de graphie mobile
Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	Un appareil de radiofluoroscopie

Les appareils suivants ont été autorisés et seront fonctionnels à l'automne 2004 :

Établissement	Équipement
Centre hospitalier régional Baie-Comeau	Un appareil d'ostéodensitométrie Un appareil de résonance magnétique
Centre hospitalier régional de Sept-Îles	Un appareil d'ostéodensitométrie Un appareil de résonance magnétique

Quant au volet informatisation de la radiologie, les démarches du comité régional mis en place pour actualiser ce dossier se poursuivent; un appel d'offres régional a été lancé, l'analyse des propositions est terminée et l'implantation du système est prévue à l'automne 2004.

b) Laboratoires de biologie médicale

Au regard de l'accessibilité aux services de prélèvements dans les laboratoires de biologie médicale, les établissements de santé et de services sociaux de la Côte-Nord ont maintenu un accès conforme aux normes établies dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Quant à la réorganisation de ce secteur d'activité dans les établissements nord-côtiers, celle-ci s'est poursuivie au rythme du remplacement des équipements, qui a été complété au cours de l'année, et de l'implantation du système d'information, qui se terminera au cours des prochains mois.

4. TRAUMATOLOGIE

Le réseau de la santé et des services sociaux travaille à la mise en place d'un continuum de services s'étendant de la prévention des blessures d'origine traumatique jusqu'aux services de maintien dans la communauté à l'intention des personnes victimes de traumatismes graves.

Un comité régional de traumatologie a été mis en place. Un plan directeur et un plan d'action ont été adoptés par le conseil d'administration en novembre 2003 afin de permettre une meilleure intégration des divers maillons de la chaîne de services.

Les établissements du territoire sont regroupés par niveau de désignation : service de stabilisation, centre primaire et centre secondaire. À la suite des recommandations du groupe d'experts, le plan directeur a été révisé en mars 2004 afin de retirer le CLSC-Centre de santé des Sept Rivières et le Centre de santé des Nord-Côtiers du réseau régional de traumatologie. En effet, l'évolution des données scientifiques, l'importance de disposer d'un plateau technique pour faire le bilan lésionnel, l'obtention de l'opinion d'un chirurgien le plus tôt possible ainsi qu'une formation des techniciens ambulanciers pour effectuer l'évaluation et l'accompagnement des blessés, militent pour le fait qu'il devient plus avantageux au plan clinique de réduire le délai d'accès au centre de traumatologie.

LA SANTÉ MENTALE

1. MODÈLE RÉGIONAL D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

Le 28 janvier 2004, le conseil d'administration de la Régie régionale a adopté un modèle régional d'intervention en situation de crise.

Les services faisant partie du modèle s'adressent à toute personne adulte qui présente une détresse psychosociale nécessitant une intervention rapide et la plus appropriée. Il vise également d'assurer une accessibilité à des services diversifiés en fonction de la complexité et de l'intensité des difficultés rencontrées, et ce, en dehors des heures régulières d'ouverture des CLSC et des centres de santé.

Le modèle comporte quatre volets :

- ◇ l'intervention téléphonique psychosociale pour gérer la crise;
- ◇ l'intervention psychosociale immédiate en situation de crise dans le milieu;
- ◇ l'hébergement de crise à court terme;
- ◇ le suivi postcrise.

Le Centre de santé de la Minganie, par le biais de son service Info-Santé, a obtenu le mandat d'assurer la réponse téléphonique. Les CLSC et les centres de santé de la Côte-Nord ont la responsabilité de mettre en place les services d'hébergement de crise avec encadrement incluant le dégrisement et le suivi postcrise sur chacun de leur territoire. À ce chapitre, le réseau communautaire compte parmi les principaux collaborateurs.

Pour soutenir la réalisation de ces services, des investissements récurrents de l'ordre de 442 000 \$ ont été accordés par l'Agence.

2. RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS EN SANTÉ MENTALE

En janvier 2004, la Régie régionale accordait une somme non récurrente totalisant 130 000 \$ aux établissements de santé et de services sociaux de la région dans l'intention de favoriser le déploiement des réseaux de services intégrés en santé mentale pour les clientèles jeune et adulte dans chacun des secteurs est et ouest de la région.

Les gains souhaités d'une telle mise en réseau de services consistent à apporter une réponse rapide et adaptée aux besoins de clientèles aux prises avec des problèmes de santé mentale et à ceux des familles et des proches.

3. TROUBLES DE DÉFICIT D'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

L'Agence, de concert avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, a entrepris une démarche régionale auprès des différentes organisations concernées par cette problématique en vue de connaître les besoins de formation de leurs intervenants et produire un état de situation portant sur l'organisation de services.

Afin de former et outiller les intervenants oeuvrant auprès des jeunes et des familles concernés par cette réalité, l'Agence a prévu un montant de 10 000 \$. De plus, une aide financière de 5 000 \$ a été accordée à l'Association des parents Panda Manicouagan pour produire un nouveau guide d'information s'adressant aux parents.

4. AJOUT DE SERVICES EN PÉDOPSYCHIATRIE AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE SEPT-ÎLES

À même les nouveaux crédits budgétaires 2003-2004, le CHRSI s'est vu accorder une somme récurrente annuelle de 65 000 \$ pour retenir les services d'une professionnelle en pédopsychiatrie.

L'ajout de cette ressource visait à augmenter l'offre des services spécialisés en matière de pédopsychiatrie pour les jeunes de 0 à 17 ans.

5. PROJET VIDÉO SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN CONTEXTE DE TRAVAIL

L'Agence soutient le Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord et ses partenaires dans la conception d'un outil de prévention du suicide intitulé « Réagir à la détresse... un pacte pour la vie ». Nous avons consenti une somme de 10 000 \$ pour la réalisation de ce projet.

Cet outil produit sous forme de DVD, d'une durée de dix minutes, vise à rejoindre les travailleurs ainsi que les employeurs pour les sensibiliser à l'importance d'intervenir auprès de leurs collègues de travail qui peuvent vivre des situations de détresse et de les référer, au besoin, vers les ressources et les services appropriés.

6. COLLOQUE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

Les 23 et 24 octobre 2003 se tenait à Rimouski le XII^e Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). Plus de 1 000 personnes ont participé à ce colloque provincial qui est le rendez-vous annuel de toutes les catégories d'acteurs concernés par la réadaptation psychosociale des personnes affectées par des troubles mentaux graves. Il s'avère un moment privilégié de sensibilisation, d'échanges, de connaissances et de formation. L'Agence a consacré une somme de 10 000 \$ à ce colloque dont la moitié a servi à assurer la participation d'une dizaine d'usagers de la région.

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Les résultats attendus des différents services présentés ci-après s'inscrivent dans la philosophie, les principes et les objectifs que l'on retrouve dans les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* publiées en février 2001. Il est à noter désormais que le programme « Perte d'autonomie liée au vieillissement » remplace le programme « Personnes âgées en perte d'autonomie ». Il regroupe les services destinés aux personnes qui sont en perte d'autonomie notamment due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs ou maladies chroniques. Le programme s'adresse aussi à l'entourage de ces personnes. La finalité du programme n'est pas nécessairement de guérir mais plutôt de compenser la détérioration des conditions de santé, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer la sécurité des personnes dans leur résidence. L'âge seul n'est pas un critère suffisant dans le cas de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème. Par ailleurs, les personnes qui reçoivent des services à cause d'un problème autre que la perte d'autonomie liée au vieillissement ne font pas partie de ce programme.

1. MAINTIEN À DOMICILE

OBJECTIFS

- ✦ Desservir plus de personnes âgées recevant des services de soutien à domicile et leurs proches.
- ✦ Augmenter l'intensité des services.

RÉSULTATS

- ✦ L'Agence a octroyé un montant de 332 874 \$ dans ce secteur d'activité.
- ✦ Cette injection de crédits additionnels a permis d'augmenter le nombre d'ainés desservis qui est passé de 1 075 à 1 226, soit un rehaussement de 5 % du taux de desserte chez les personnes âgées de 65 ans et plus.
- ✦ Le nombre moyen d'interventions est demeuré à 20 pour maintenir l'intensité des services, malgré l'accroissement du nombre d'usagers.
- ✦ Au niveau des services intensifs de maintien à domicile (SIMAD), le nombre de personnes desservies est passé de 46 usagers en 2002-2003 à 48 cette année. Le budget consenti par l'Agence à ce programme est de 200 000 \$.

2. CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

OBJECTIFS

- ✦ Augmenter le nombre total d'heures travaillées par jour par personne hébergée en soins infirmiers et d'assistance et en services professionnels pour mieux répondre à leurs besoins.
- ✦ Soutenir la démarche de production d'un plan d'action par les CHSLD rejoignant les orientations ministérielles précisées dans le document intitulé « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » et incluant notamment les mesures suivantes :
 - ✧ l'élaboration et la révision d'un plan d'intervention individualisé pour chacune des personnes hébergées avec sa participation, ou celle de son représentant, à la préparation de ce plan et aux décisions la concernant;
 - ✧ l'identification d'un intervenant responsable pour chacune des personnes admises;
 - ✧ le développement d'un mécanisme d'évaluation de la satisfaction;
 - ✧ l'adoption d'un protocole d'application de mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques).
- ✦ Convenir avec les établissements CHSLD, ayant été visités par les équipes d'appréciateurs mandatées par le Ministère, d'un plan d'action permettant de donner suite aux recommandations formulées.

RÉSULTATS

- ✦ Malgré aucune injection de crédits additionnels, une légère hausse des soins infirmiers et d'assistance ainsi que des services professionnels s'est tout de même produite. Les établissements ont donc assumé les coûts supplémentaires occasionnés pour s'ajuster à la diversité et la multiplicité grandissantes des besoins de la clientèle hébergée (alourdissement, atteinte des fonctions cognitives, problèmes multiples, clientèle de moins de 65 ans, etc.).
- ✦ La production des plans d'action par les établissements à vocation de CHSLD et la mise en marche des différentes mesures visant à rejoindre les orientations ministérielles et, dans le cas des établissements visités, à donner suite aux recommandations des appréciateurs afin d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des résidents seront effectives à compter de l'été 2004.

3. INTÉGRATION DES SERVICES

OBJECTIF

- ✦ Procéder à la mise en place de réseaux intégrés de soins et services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

RÉSULTATS

- ✦ L'Agence accorde aux établissements concernés un montant non récurrent de 135 000 \$ pour financer les travaux de mise en oeuvre des réseaux.
- ✦ Dans la MRC de Manicouagan, la mise en marche du projet s'amorce graduellement en ayant convenu du modèle de réseau, de la clientèle cible, de la localisation du guichet unique et des mécanismes de coordination à installer. L'application du nouveau modèle s'amorcera avec l'information à la population et aux partenaires.
- ✦ Dans les autres MRC, le processus de mise en place de réseaux intégrés de soins et de services est également en cours.

4. RÉSIDENCES PRIVÉES

OBJECTIF

- ✦ Assurer la sécurité et la qualité des services aux personnes âgées habitant les résidences privées.

RÉSULTATS

- ✦ Quinze résidences privées pour personnes âgées avec services totalisant 212 places sont répertoriées sur le territoire nord-côtier.
- ✦ En décembre 2003, la Régie régionale s'est dotée d'un protocole régional de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées pour personnes âgées lorsque des insatisfactions sont portées à son attention, et ce, dans le but d'assurer la protection des personnes visées et le respect de leur droit.
- ✦ Ce protocole s'ajoute à la responsabilité de l'Agence de tenir à jour un registre des résidences privées pour personnes âgées, à l'existence du programme d'appréciation « Roses d'Or » sur son territoire et aux visites régulières des intervenants du réseau, comme moyen d'action permettant d'apporter une surveillance à l'égard de la sécurité de la qualité des services rendus dans ces habitations.
- ✦ Une consultation auprès des établissements permet de confirmer que, lorsqu'ils réfèrent un usager à un milieu résidentiel privé, la pratique généralisée du personnel d'intervention est de s'assurer d'avoir au préalable une bonne connaissance des lieux qui sont proposés. De plus, afin de bien s'assurer que sa clientèle demeure toujours dans des lieux répondant à ses besoins et dans des conditions propices, l'intervenant doit, et plus particulièrement pour celle en situation plus grande de vulnérabilité, effectuer, dans le cadre du suivi de ces personnes, des visites à leur domicile. Le nombre de visites est variable selon l'état de santé ou le profil d'autonomie de l'usager, mais il est d'au moins une fois par année, et est consigné au plan d'intervention.

5. SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

DEMANDES D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE			
2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
188	185*	201*	203

* Nombre corrigé après inscription dans le Rapport annuel 2002-2003.

PERSONNES HÉBERGÉES AU 31 MARS				
Type de ressources	2001	2002	2003	2004
CHSLD	362	351	361	358
Ressource intermédiaire	23	22	26	49
Résidence d'accueil	62	64	72	69
TOTAL	447	437	459	476

PERSONNES EN ATTENTE AU 31 MARS				
Type de ressources	2001	2002	2003	2004
CHSLD	14	23	28	31
Ressource intermédiaire	1	0	1	2
Résidence d'accueil	9	3	9	6
TOTAL	24	26	38	39

PERSONNES EN SOINS DE COURTE DURÉE EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE AU 31 MARS			
2001	2002	2003	2004
11	15	15	12

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Les informations concernant les services à la jeunesse et le Programme de soutien aux jeunes parents ont été traitées au chapitre II, dans les priorités régionales aux pages 26, 27 et 28.

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE

OBJECTIFS

- ✦ L'Agence s'est donnée pour objectif d'établir des corridors de services pour la clientèle non couverte par les ententes de services et ayant des besoins en réadaptation fonctionnelle intensive pour pallier à l'absence de ces services dans notre région. La majorité de cette clientèle est celle ayant subi un accident vasculaire cérébral.
- ✦ Élaborer un plan d'action régional en neurotraumatologie.

RÉSULTATS

- ✦ La première étape, celle de faire l'inventaire des besoins et d'identifier le nombre de personnes touchées, est pratiquement complétée. Des démarches sont en cours auprès de l'Agence de la Capitale nationale afin de préciser le type de collaboration que l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec peut offrir.
- ✦ Le *Plan d'action régional en neurotraumatologie* a été déposé en février 2004 et établit les priorités d'action sur un horizon de trois ans (2003-2006).

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

1. DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

OBJECTIFS

- ✦ Rendre disponible, dans chaque territoire de MRC, les services de base nécessaires pour soutenir les familles, les proches et la communauté (services de répit, gardiennage, centres d'activité).
- ✦ Soutenir les différentes activités de promotion et de sensibilisation pour l'intégration au travail des personnes handicapées.

RÉSULTATS

- ✦ L'Agence a rehaussé le financement de base des deux organismes de répit et gardiennage de 70 000 \$ et a annoncé un ajout supplémentaire de 76 000 \$ pour 2004-2005. Les cinq centres d'activité répartis dans quatre MRC se partageront dès 2004-2005 des crédits de fonctionnement additionnels de 87 133 \$. Par ailleurs, des services de répit et de dépannage sont disponibles dans l'ensemble des

territoires par le biais de subventions directes accordées aux parents et aux proches en provenance du fonds régional pour personnes handicapées qui fut augmenté de 5 000 \$ en raison de la demande accrue de services à cette fin.

- ✦ L'Agence participe aux travaux de la Table régionale pour l'intégration au travail des personnes handicapées. Ce mécanisme de concertation qui s'assure de l'harmonisation des interventions entre les différents partenaires concernés a notamment contribué à la production et la diffusion d'une brochure destinée aux employeurs faisant la promotion de la contribution des personnes handicapées dans le monde du travail.

2. TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

OBJECTIF

- ✦ Définir un modèle d'organisation de services pour les personnes autistiques, leur famille et leurs proches.

RÉSULTAT

- ✦ L'entente de gestion de 2003-2004 a permis d'injecter 155 179 \$ dans ce domaine dont la majeure partie, soit 146 705 \$, fut octroyée au CPRCN pour la mise en place de services spécialisés de réadaptation en conformité avec les orientations ministérielles au regard de cette clientèle. Une somme additionnelle récurrente de 40 000 \$ fut spécifiquement attribuée pour la consolidation des services de réadaptation offerts en résidence en plus d'un montant non récurrent de 134 000 \$ qui fut attribué à ce même établissement en fonction de besoins spécifiques rencontrés pour l'hébergement de cette clientèle. La prochaine année nous permettra de procéder à l'élaboration du plan d'action régional en collaboration avec les partenaires concernés.

LES DÉPENDANCES

1. TOXICOMANIE

Mise en place d'un mécanisme de référence entre le Centre Le Canal et le CHRBC pour la clientèle en désintoxication.

2. JEU PATHOLOGIQUE

En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux adoptait le *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. L'émergence, dans la population, de cette problématique nouvelle a amené la région à se doter d'un plan d'action 2003-2005 sur le jeu pathologique, qui comporte trois axes d'intervention.

a) Prévention

OBJECTIFS

- ✦ Promouvoir de façon soutenue les services disponibles auprès de la population et, plus spécifiquement, des utilisateurs d'appareils de loteries vidéo (ALV).
- ✦ Former des agents multiplicateurs régionaux pour assurer une permanence et une homogénéité dans la formation des intervenants.

RÉSULTATS

- ✦ Plusieurs activités de sensibilisation aux jeux de hasard et d'argent et de promotion des services offerts ont été réalisées en collaboration avec le Centre Le Canal dont :
 - ✧ diffusion d'encarts informatifs sur les pièges des ALV chez les tenanciers, détenteurs d'une licence d'exploitation ALV;
 - ✧ visite de 6 entreprises de la région, sensibilisation auprès de 4 000 employés sur les risques des jeux de hasard et d'argent;
 - ✧ animation d'activités de prévention auprès des aînés;
 - ✧ information sur le jeu pathologique et promotion des services offerts dans les communautés autochtones, par le biais de chroniques à la radio communautaire;
 - ✧ production d'une vidéocassette de sensibilisation à la problématique, d'information et de promotion des services offerts dans la région.
- ✦ La région dispose de deux formateurs régionaux reconnus par l'équipe du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval et par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

b) Services spécialisés accessibles

OBJECTIFS

- ✦ Rendre disponible des services de traitement externe, de réinsertion dans l'ensemble du territoire de la région et donner accès au service de traitement interne suprarégional.
- ✦ Développer un programme de soutien pour les proches des joueurs excessifs.

RÉSULTATS

- ✦ Nous disposons de quatre points de service de traitement externe, soit Sept-Îles, Baie-Comeau, Fermont et Blanc-Sablon, d'où rayonnent les services offerts à la population.
- ✦ L'Unité Domrémy a développé un programme de groupe pour assurer un soutien aux proches. Le Centre Le Canal rencontre également les proches qui désirent de l'accompagnement individuel dans les problèmes engendrés par la dépendance aux jeux de hasard et d'argent.

c) **Coordination régionale**

OBJECTIF

- + Coordonner l'ensemble des services afin d'en assurer l'accessibilité et la complémentarité sur tout le territoire.

RÉSULTAT

- + La coordination des services a débuté en février 2003.



CHAPITRE V

LES INFORMATIONS FINANCIÈRES



LES ÉTATS DE LA PROVENANCE ET L'UTILISATION DES PRINCIPAUX FONDS À GÉRER

1. IMMOBILISATIONS

Ce programme est destiné à financer des projets de réparation, de transformation et de construction pour les établissements de santé et de services sociaux de la région.

Ainsi, pour l'année financière 2003-2004, un montant de 1 346 874 \$ a permis de réaliser différents projets dans les établissements de la région. Ce montant comprend une subvention de 939 168 \$ du MSSS, 291 751 \$ de récupération de soldes de projets antérieurs, 100 000 \$ de la réserve pour imprévus 2002-2003 et enfin une somme de 15 955 \$ provenant de la récupération partielle du fonds « études techniques ». Ces projets se retrouvent dans les secteurs suivants.

Secteur	Établissement	Projet	Montant (\$)
Sécurité de la personne	Établissements de la Côte-Nord	Chambres à pression négative et unités portatives	53 786
	Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	Acquisition de deux génératrices	5 915
	Centre hospitalier régional Baie-Comeau	Interconnexion des génératrices	40 000
	Centre hospitalier régional de Sept-Îles	Réaménagement de la pharmacie	100 000
	Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	Aménagement d'une chambre d'isolement psychiatrique	12 000
Transformation du réseau	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	Réaménagement des locaux	80 000
Réaménagement lié à l'acquisition d'équipements	Centre hospitalier régional de Sept-Îles	Réaménagement de la salle de graphie 2	90 000
	Centre de santé des Nord-Côtiens	Réaménagement de la salle de radiologie	90 000
	Centre de santé de la Minganie	Réaménagement de la salle de radiologie	90 000
	Centre hospitalier régional Baie-Comeau	Installation de l'imagerie par résonance magnétique (1 ^{re} phase)	200 000
	Centre hospitalier régional Baie-Comeau	Aménagement des salles de radiologie 1 et 2	30 000
	Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	Aménagement de la salle de fluoroscopie	50 000
	Centre hospitalier régional de Sept-Îles	Réaménagement de la salle 1 de fluoroscopie	100 000
	Centre de santé de la Minganie	Aménagement de la salle de fluoroscopie	110 000
Sécurité-vétusté	CLSC-Centre de santé des Sept Rivières	Réaménagement du service accueil/archives (immeuble de Sept-Îles) (2 ^e phase)	117 000
Autres projets	Établissements de la Côte-Nord	Imprévus et interventions urgentes	91 553
	CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan	Construction du nouveau CLSC	86 620
TOTAL			1 346 874

2. ÉQUIPEMENTS

L'enveloppe régionale de maintien d'actifs, volet équipements, autorisée par le Ministère en 2003-2004 représente un montant de 1 173 266 \$. Des crédits totalisant 1 M\$ ont été distribués aux établissements de santé et de services sociaux nord-côtiers sous forme de subvention forfaitaire. Le solde de 173 266 \$, soit environ 15 %, permet d'assurer une partie du financement du Technocentre régional pour les besoins de l'ensemble des établissements.

On définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel de capital pour permettre à l'établissement de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement du mobilier, équipements généraux et équipements médicaux spécialisés désuets et non fonctionnels. L'acquisition d'équipements de technologie nouvelle est admissible lorsqu'il s'agit de services déjà dispensés par l'établissement et que l'impact sur le budget de fonctionnement est nul.

Rappelons qu'en 1997-1998, la Régie régionale a convenu de décentraliser cette enveloppe budgétaire dans les établissements, allégeant ainsi le processus administratif relié à la réalisation des projets. De fait, 85 % de l'enveloppe budgétaire est répartie sous forme d'une subvention forfaitaire à chaque établissement nord-côtier.

Le tableau qui suit rend compte de la répartition entre les établissements.

Établissement	Subvention forfaitaire (\$)
Centre de santé des Nord-Côtiers	88 010
Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	46 780
CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan	36 170
Centre hospitalier régional Baie-Comeau	258 194
CLSC-Centre de santé des Sept Rivières	35 467
Centre hospitalier régional de Sept-Îles	289 809
Centre de santé de la Minganie	85 439
Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	111 429
Centre de santé de l'Hémathite	38 429
CLSC Naskapi	10 273
TOTAL	1 000 000

3. LOCATION D'ESPACES

Ce programme vise à permettre aux établissements non propriétaires d'immeubles de disposer d'espaces en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location. Une portion de l'enveloppe budgétaire sert aussi au financement du logement du personnel dans les villages isolés.

De plus, comme l'obligation de loger le personnel découle principalement de l'application des conventions collectives, l'ensemble des opérations liées au logement du personnel ont été décentralisées vers les établissements.

Pour rencontrer les obligations reliées à la location d'espaces, un budget de 2 912 697 \$ est nécessaire et il se répartit comme suit pour l'exercice 2003-2004.

Établissement	Point de service et autres (\$)	Logement de personnel (\$)
Centre de santé des Nord-Côtiens	96 792	
Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	845 058	26 241
CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan	120 711	
Centre hospitalier régional Baie-Comeau	2 474	
CLSC-Centre de santé des Sept Rivières	146 150	
Centre de santé de la Minganie	68 130	137 244
Centre de santé de la Basse-Côte-Nord	100 536	785 827
Centre de santé de l'Hémathite	24 688	440 535
CLSC Naskapi		45 912
Imprévus, ajustements	72 399	
TOTAL	1 476 938	1 435 759
GRAND TOTAL	2 912 697	

4. AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le Ministère et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2004, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2004 (\$)	Montant réel emprunté au 31 mars 2004 (\$)
Exploitation (autorisé par le Ministère)	3	5 500 000	3 609 355
Immobilisations (autorisé par l'Agence)	4	952 499	952 499
TOTAL		6 452 499	4 561 854

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour le fonds d'immobilisations est de 1 314 000 \$.

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

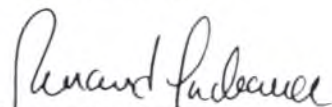
Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord au 31 mars 2004 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel le Vérificateur général du Québec a exprimé une opinion sans réserve dans son rapport daté du 14 mai 2004. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à la section II.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général,



Renaud Lachance, CA
Québec, le 30 août 2004

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2004

Fonds d'exploitation		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)	Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Produits					
Subventions MSSS :					
➤ Budget signifié	01	4 890 962	4 529 602	72 000	7 470
➤ (Diminution) ou augmentation du financement	02	232 695	384 179		
Total (L.01 + L.02)	03	5 123 657	4 913 781	72 000	7 470
Revenus d'intérêts	04	23 106	17 164		
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources :					
➤ Contributions de l'avoir propre	06	41 613			
➤ Contributions de fonds affectés	07	16 268			
➤ Contributions du fonds des activités régionalisées	08				
➤ Autres	09	413 071	335 894	161 771	211 176
Total (L.03 à L.09)	10	5 617 715	5 266 839	233 771	218 646
Charges d'exploitation et dépenses d'immobilisations					
Charges d'exploitation :					
➤ Salaires - personnel cadre	11	782 041	769 827		
➤ Salaires - personnel autre	12	2 033 895	1 940 109	136 704	154 060
➤ Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	196 225	194 448		
➤ Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	386 262	341 075	18 454	16 504
➤ Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15		21 545		
➤ Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	81 053	86 109		
➤ Charges sociales - personnel cadre	17	89 209	100 312		
➤ Charges sociales - personnel autre	18	258 271	247 807	16 973	19 005
➤ Frais de déplacement	19	298 405	277 738	11 225	4 975
➤ Services achetés	20	397 116	257 647	40 319	18 180
➤ Communications	21	135 882	153 476	5 869	5 909
➤ Loyer	22	494 514	387 571		
➤ Location d'équipement	23	35 409	37 000		
➤ Fournitures de bureau	24	64 959	84 330	518	13
➤ Autres frais	25	58 209	40 308	3 709	
➤ Charges non réparties	26	285 473	132 417		
➤ Charges extraordinaires	27			3 081	2 888
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.27)	28	5 596 923	5 071 719	236 852	221 534
Dépenses d'immobilisations	29	83 573	111 713		
Total (L. 28 + L.29)	30	5 680 496	5 183 432	236 852	221 534
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.30)	31	(62 781)	83 407	(3 081)	(2 888)

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2004

Fonds des activités régionalisées		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Produits			
Contributions des établissements	01		5 062
Subvention du MSSS	02	453 757	292 927
Revenus d'intérêts	03	14 975	18 871
Contributions du fonds d'exploitation	04		
Contributions de fonds affectés	05	51 896	
Revenus d'autres sources	06	525 523	801 345
Total (L.01 à L.06)		1 046 151	1 118 205
Charges d'exploitation et dépenses d'immobilisations			
Charges d'exploitation :			
➤ Salaires - personnel cadre	08	36 180	43 575
➤ Salaires - personnel autre	09	313 659	225 766
➤ Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10		
➤ Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	55 324	41 554
➤ Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12		
➤ Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13		2 146
➤ Charges sociales - personnel cadre	14	2 610	2 214
➤ Charges sociales - personnel autre	15	40 295	31 854
➤ Frais de déplacement	16	54 239	45 664
➤ Services achetés	17	126 666	110 026
➤ Communications	18	15 435	4 992
➤ Loyer	19	4 084	9 867
➤ Location d'équipement	20	14 072	
➤ Fournitures de bureau	21	7 546	8 909
➤ Contributions au fonds d'exploitation	22		
➤ Contributions à des fonds affectés	23		
➤ Autres frais	24	64 663	10 798
Total des charges d'exploitation (L.08 à L.24)		734 773	537 365
Dépenses d'immobilisations		26	363 138
Total (L.25 + L.26)		1 097 911	843 354
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.27)		(51 760)	274 851

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2004

Fonds combinés		Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations (\$)	Fonds des activités régionalisées (\$)
		Activités principales (\$)	Avoir propre (\$)		
Solde créditeur (débitteur)					
Au début	01	86 323	50 353	2 305 933	383 199
Additions					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02		87 206		27
Régularisations - analyse financière	03	882	2 888		757 415
	04				
Régularisations - autres	05	26 965		215 107	
	06				
Libération de surplus	07				
Acquisition d'immobilisations à même les produits des fonds :					
➤ Fonds d'exploitation - activités principales	08			83 573	
➤ Fonds d'exploitation - activités accessoires complémentaires	09				
➤ Fonds d'exploitation - activités accessoires commerciales	10				
➤ Fonds affectés	11			32 653	
Acquisition d'immobilisations par des activités régionalisées	12				363 138
Autres	13				
	14				
Total (L.02 à L.14)	15	27 847	90 094	331 333	1 120 580
Déductions					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16		65 862		51 787
Régularisations - analyse financière	17	2 888			
	18				
Régularisations - autres	19	6 503	41 613	366 038	476 916
	20				
Libération de surplus	21	87 206			
Autres	22				
	23				
Total (L.16 à L.23)	24	96 597	107 475	366 038	528 703
Variation de l'exercice (L.15 - L.24)	25	(68 750)	(17 381)	(34 705)	591 877
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	17 573	32 972	2 271 228	975 076

BILAN

Au 31 mars 2004

Fonds combinés		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)	Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Actif					
À court terme					
Encaisse	01	212 241	217 681	364 232	620 874
Débiteurs :					
➤ MSSS	02	15 923	159 462	40 000	
➤ Établissements	03	6 099	14 127	44 036	13 054
➤ Fonds d'exploitation	04				226 016
➤ Fonds des activités régionalisées	05	19 473			
➤ Fonds affectés	06	16 268		189 117	
➤ Autres	07	103 313	167 085	40 581	
Intérêts courus	08				
Taxes à recevoir	09	17 325		4 092	
Charges payées d'avance	10	23 010	35 978	16 998	
Autres éléments	11				
Total - actif à court terme (L.01 à L.11)	12	413 652	594 333	699 056	859 944
Immobilisations	13			1 138 324	775 186
Autres éléments d'actif	14				
Total de l'actif (L.12 à L.14)	15	413 652	594 333	1 837 380	1 635 130
Passif					
À court terme					
Découvert de banque	16				
Emprunts de banque	17				
Créditeurs :					
➤ MSSS	18				
➤ Établissements	19			6 941	7 664
➤ Fonds d'exploitation	20			19 473	
➤ Fonds des activités régionalisées	21				
➤ Fonds affectés	22				
➤ Autres	23	333 509	374 927	9 309	84 037
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	24		64 531		
Autres revenus reportés	25	29 598	18 199	349 665	402 815
Autres éléments	26			476 916	757 415
Total - passif à court terme (L.16 à L.26)	27	363 107	457 657	862 304	1 251 931
À long terme					
Total du passif (L.27 + L.28)	29	363 107	457 657	862 304	1 251 931
Solde de fonds	30	50 545	136 676	975 076	383 199
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	413 652	594 333	1 837 380	1 635 130

BILAN

Au 31 mars 2004

Fonds d'immobilisations		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Actif			
	01		
	02		
Immobilisations	03	2 471 110	2 521 040
Total de l'actif (L.01 à L.03)	04	2 471 110	2 521 040
Passif			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07	199 882	215 107
	08		
À long terme	09		
Total du passif (L.05 à L.09)	10	199 882	215 107
Solde de fonds	11	2 271 228	2 305 933
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	2 471 110	2 521 040

BILAN

Au 31 mars 2004

Fonds affectés cumulés		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Actif			
À court terme			
Encaisse	01	3 572 040	3 970 900
Débiteurs :			
➤ MSSS	02	10 101 457	7 684 762
➤ MSSS (subvention pour intérêts sur emprunts)	03	52 946	60 316
➤ Établissements	04	3 713 801	
➤ Fonds d'exploitation	05		
➤ Fonds des activités régionalisées	06		
➤ Taxes à recevoir	07	482	
➤ Autres	08	93 505	4 123 817
Intérêts courus	09		
Autres éléments	10		
Total - actif à court terme (L.01 à L.10)	11	17 534 231	15 839 795
À long terme - enveloppes décentralisées	12	35 042 781	36 573 688
Total de l'actif (L.11 + L.12)	13	52 577 012	52 413 483
Passif			
À court terme			
Découvert de banque	14		
Emprunts de banque	15	3 713 801	3 946 023
Intérêts sur emprunts à payer	16	52 946	60 316
Créditeurs et charges à payer :			
➤ Établissements	17	9 630 607	6 582 616
➤ Organismes	18	2 123	29 908
➤ Fonds d'exploitation	19	16 268	
➤ Fonds des activités régionalisées	20	189 117	
➤ Autres	21	813 167	301 664
Subventions reportées	22	347 321	885 687
Autres éléments	23		
Total - passif à court terme (L.14 à L.23)	24	14 765 350	11 806 214
Dette à long terme - enveloppes décentralisées	25	35 042 781	36 573 688
Total du passif (L.24 + L.25)	26	49 808 131	48 379 902
Solde de fonds	27	2 768 881	4 033 581
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28	52 577 012	52 413 483

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2004

Fonds affectés cumulés		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Solde du début	01	4 020 237	285 306
Récupération par le Ministère	02	6 492	
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	4 013 745	285 306
Augmentation			
MSSS	04	16 915 037	11 074 640
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	2 400 130	134 127
Revenus d'intérêt	06	118 977	111 828
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Autres	09	3 126 650	8 222 575
Total (L.04 à L.09)	10	22 560 794	19 543 170
Diminution			
Attributions :			
➤ Établissements	11	11 333 132	4 403 034
➤ Organismes	12	413 567	253 739
Intérêts sur emprunts	13	2 400 130	134 127
Contributions au fonds d'exploitation	14	16 268	1 741
Contributions au fonds des activités régionalisées	15	227 886	
Charges d'exploitation :			
➤ Salaires	16	116 506	
➤ Avantages sociaux	17	16 326	
➤ Charges sociales	18	15 078	
➤ Frais de déplacement	19	70 908	
➤ Services achetés	20	151 508	
➤ Location d'équipement	21	3 710	
➤ Fournitures de bureau	22	13 252	
➤ Autres charges d'exploitation	23	330 839	
Dépenses d'immobilisations	24	32 653	
Autres	25	8 663 895	11 002 254
Total (L.11 à L.25)	26	23 805 658	15 794 895
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.10 - L.26)	27	2 768 881	4 033 581

**ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE
DES CRÉDITS 2003-2004 ET SUIVI DES COMPTES
À PAYER NON POURVUS**

Exercice terminé le 31 mars 2004

Enveloppe régionale 2003-2004		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R (excluant celui de la ligne 02)	01	193 716 938	179 243 809
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	02	4 298 898	4 800 083
Montant de l'enveloppe régionale 2003-2004 inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	198 015 836	184 043 892
Autres	04		
Total (L.03 + L.04)	05	198 015 836	184 043 892
Affectation de l'enveloppe régionale 2003-2004			
Allocations aux établissements	06	182 995 977	171 013 434
Allocations aux organismes communautaires	07	6 247 415	5 459 353
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	2 081 987	2 062 345
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R (L.06 à L.08)	09	191 325 379	178 535 132
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : montant attribué	10	4 258 833	4 785 989
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : montant reporté	11	40 065	14 094
Autres	12	2 391 559	708 677
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	198 015 836	184 043 892
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : solde non attribué	14		
Total (L.13 + L.14)	15	198 015 836	184 043 892
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16		

1. NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2004

Note 1 - Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. A-8.1). Elle succède à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Elle a principalement pour objet de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

Note 2 - Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la Direction des services administratifs, de la budgétisation et des immobilisations selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il comprend des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écarteraient sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

- i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations et dans le fonds des activités régionalisées ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du gain ou de la perte est directement imputé au solde du fonds acquéreur pour le fonds d'exploitation et le fonds des activités régionalisées.
- ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés.
- iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1^{er} avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectué après la fin d'exercice.
- iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, dans certaines situations, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire). Il en est ainsi pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements.
- v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas reportés.
- vi) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds.
- vii) Pour les exercices antérieurs, les contrats de location-acquisition étaient comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu.
- viii) Les organismes sous contrôle de l'Agence ne sont pas consolidés.

- ix) Les fonds autres que le fonds d'exploitation et le fonds des activités régionalisées ne présentent pas d'états des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde du fonds.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

- i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent.
- ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante.
- iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction confiée par les établissements, surtout de sa région. Le financement de ces opérations est assuré principalement par les établissements concernés.
- iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- v) Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la CSST. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations ou dans le fonds des activités régionalisées. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.
- ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.
- ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent.
- iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année.
- iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Note 3 - Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2004 (\$)	2003 (\$)
Fonds d'exploitation		
➤ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	83 573	111 713
➤ Produit de disposition d'immobilisations	3 780	55
Fonds d'immobilisations		
➤ Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	33 844	81 445
➤ Produit de disposition d'immobilisations	0	0

Note 4 - Instruments financiers

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée. La juste valeur des instruments financiers à long terme ne peut être estimée au prix d'un effort raisonnable.

Note 5 - Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés « immobilisations » et « équipements » est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

	2004 (\$)	2003 (\$)
➤ Marge de crédit d'un montant autorisé de 30 000 000 \$, portant intérêt au taux préférentiel moins 1 % et venant à échéance le 31 mars 2023.	14 552 585	9 710 191
➤ Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 3,97 % et 9,82 % est payable semestriellement.	20 490 196	26 863 498
	35 042 781	36 573 689
➤ Tranche échéant à moins d'un an.	2 825 513	7 100 517
	32 217 268	29 473 172

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

Année	Montant (\$)
2005	2 825 513
2006	4 015 855
2007	4 152 178
2008	2 115 119
2009	715 678
TOTAL	13 824 343

Note 6 - Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

Note 7 - Provision pour vacances, congés de maladie, heures supplémentaires

Les sommes à payer au 31 mars 2004 au regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

Provision	Montant (\$)
Vacances	435 167
Congés de maladie	17 181
Heures supplémentaires	27 461
TOTAL	479 809

Note 8 - Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 9 - Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2004 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 256 941 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

Année	Montant (\$)
2005	218 176
2006	210 050
2007	209 754
2008	208 390
2009	204 297
2010 et subséquemment	1 225 782
TOTAL	2 276 449

Note 10 - Organisme non consolidé sous contrôle de l'Agence

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. (l'organisme). L'organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et de services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la *Loi sur les compagnies du Québec*, et est un organisme sans but lucratif au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée au 31 mars 2004 et 2003 et pour les exercices terminés à cette date sont les suivants :

Situation financière	2004 (\$)	2003 (\$)
➤ Actif à court terme	413 617	621 043
➤ Actif à long terme	10 627 692	10 069 155
	11 041 309	10 690 198
➤ Passif à court terme	554 451	412 105
➤ Passif à long terme	6 879 183	6 373 581
	7 433 634	6 785 686
➤ Actifs nets	3 607 675	3 904 512
	11 041 309	10 690 198

Résultats des activités	2004 (\$)	2003 (\$)
➤ Produits provenant des établissements	1 843 574	1 737 140
➤ Autres produits	292 099	379 149
	2 135 673	2 116 289
➤ Total des charges d'opération	2 314 694	2 046 948
➤ Excédent des produits sur les charges	(179 021)	69 341

Évolution des actifs nets	2004 (\$)	2003 (\$)
➤ Solde au début	11 677 692	11 394 477
➤ Modification de conventions comptables	(7 373 317)	(7 001 706)
➤ Redressement	(399 863)	(402 019)
Solde redressé	3 904 512	3 990 752
➤ Excédent de l'exercice (insuffisance)	(179 021)	69 341
➤ Investissement en immobilisations corporelles		
➤ Virement de la réserve affectée pour réparations majeures	(125 515)	(163 850)
➤ Autres	7 699	8 269
	3 607 675	3 904 512

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 446 434 \$ (2003 - 564 250 \$).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif. Celles-ci comportent les divergences suivantes avec celles utilisées par l'Agence.

Constatation des produits

L'organisme applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Les apports affectés sont constatés à titre de produits de l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que sa réception est raisonnablement assurée. Les apports reçus à titre de dotations sont constatés à titre d'augmentations directes des actifs nets.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles acquises sont comptabilisées au coût. Les apports reçus sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à la juste valeur à la date de l'apport. Les immobilisations corporelles sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire sur les durées de vie utiles estimatives suivantes :

➤ Améliorations locatives	15 ans
➤ Bâtiments	10 ans, 25 ans ou 40 ans
➤ Mobilier et agencement	10 ans
➤ Matériel et équipements informatiques	5 ans

Réserve pour réparations majeures

Les produits d'intérêts gagnés grâce à la réserve pour réparations majeures sont constatés comme des augmentations directes des actifs nets. Les contributions de la réserve aux charges de l'exercice sont constatées à titre de produit.



CHAPITRE VI

**LES STATISTIQUES DES
ÉTABLISSEMENTS**



LES STATISTIQUES

DONNÉES OPÉRATIONNELLES 2003-2004				
Centre hospitalier régional	Baie-Comeau		Sept-Îles	
	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004
Usagers admis				
➤ CH	3 889	4 126	4 126	4 354
➤ CHSLD			24	25
TOTAL	3 889	4 126	4 150	4 379
Jours-présence				
➤ CH	33 191	33 883	32 197	33 233
➤ CHSLD			36 170	36 333
TOTAL	33 191	33 883	68 367	69 566
Nombre de lits dressés				
➤ CH	106	106	117	117
➤ CHSLD			95	95
Durée moyenne de séjour				
➤ Soins généraux et spécialisés	8,32	8,40	6,53	8,04
➤ Soins psychiatriques	25,64	18,01	18,33	24,57
➤ Natalité - séjour moyen mère	3,93	3,85	2,95	2,99
➤ Natalité - séjour moyen enfant	3,40	3,28	2,62	2,63
Pourcentage d'occupation moyenne (lits dressés)				
➤ CH	85,79	87,58	75,39	77,82
➤ CHSLD			104,31	104,78
Chirurgie d'un jour				
➤ Usager	1 372	1 217	3 607	5 277
Urgence				
➤ La visite	34 215	43 344	31 304	32 227
Médecine de jour				
➤ Jour - traitement	5 125	6 260	2 445	2 239
Consultations externes				
➤ La visite	29 572	25 215	49 582	49 291
Laboratoire				
➤ Procédure pondérée	2 524 846	2 705 181	2 327 274	2 499 659
Médecine nucléaire				
➤ Unité technique	373 421	402 507	705 183	648 128
Hémato-oncologie				
➤ La visite	3 761	3 758	2 389	2 289
Déplacement des usagers				
➤ Coûts directs nets	949 913	1 253 612	882 911	963 032
Ressources humaines				
➤ Heures rémunérées	1 042 746	1 038 495	1 231 667	1 222 007

DONNÉES OPÉRATIONNELLES 2003-2004														
CLSC et centre de santé	Nord-Côtières		Manicouagan		Sept Rivières		Minganie		Basse-Côte-Nord		Hématite		Naskapi	
	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004	2002-2003	2003-2004
Usagers admis														
➤ CH	276	280					716	704	278	N/D	112	136		
➤ CHSLD	70	68	73	65	21	20	36	47	8	N/D				
➤ Ressources intermédiaires (Pavillon)			8	15										
TOTAL	346	348	81	80	21	20	752	751	286	N/D	112	136		
Jours-présence														
➤ CH	3 292	3 936					2 739	2 677	4 598	N/D	231	363		
➤ CHSLD	22 492	24 362	40 840	40 879	3 453	3 441	21 042	21 225	10 196	N/D				
➤ Ressources intermédiaires (Pavillon)			7 666	7 548										
TOTAL	25 784	28 298	48 506	48 427	3 453	3 441	23 781	23 902	14 794	N/D	231	363		
Nombre de lits dressés														
➤ CH	18	18			1	1	13	13	22	22	5	5		
➤ CHSLD	72	72	113	113	9	9	57	57	28	28				
Durée moyenne de séjour														
➤ Soins généraux et spécialisés	9,74	14,10					3,85	3,80	16,97	N/D	1,97	2,70		
Pourcentage d'occupation moyenne (lits dressés)														
➤ CH	50,11	59,91					57,72	56,42	57,26	N/D	12,66	19,89		
➤ CHSLD	85,59	92,70	99,02	99,11	94,60	94,27	101,14	102,02	99,77	N/D				
Services de maintien à domicile														
➤ Nombre d'usagers	715	974	732	896	867	787	454	475	205	N/D	6	15		
Urgence														
➤ La visite	28 382	28 925			18 313	19 600	8 526	6 811	4 592	N/D	3 288	3 431		
Consultations externes														
➤ La visite	9 122	10 230			900	859	589	272	7 013	N/D	8 765	8 376		
Laboratoire														
➤ Procédure pondérée	557 548	617 035			355 566	403 296	302 038	309 796	266 661	286 689	86 652	88 041		
Déplacement des usagers														
➤ Coûts directs nets	407 863	502 233	40 770	42 974	202 800	217 431	455 615	542 550	3 203 782	3 327 659	765 630	1 000 852	615 228	822 757
Ressources humaines														
➤ Heures rémunérées	403 800	402 566	399 868	412 759	315 896	321 313	378 899	394 308	374 855	376 544	103 256	106 064	27 941	30 112

DONNÉES OPÉRATIONNELLES 2003-2004		
Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	2002-2003	2003-2004
Centre jeunesse - Accueil		
➤ Signalements traités durant l'année*	1 333	1 477
➤ Signalements retenus*	672	760
Centre jeunesse - Hébergement		
➤ Jeunes en famille d'accueil	147	N/D
➤ Jeunes en unité de vie	50	N/D
➤ Jours-présence en ressources d'hébergement	62 184	N/D
Réadaptation - Déficience intellectuelle		
➤ Nombre moyen d'usagers suivis en intégration à l'emploi	2	1
➤ Nombre moyen d'usagers suivis en atelier de travail	20	17
➤ Nombre moyen d'usagers en soutien des stages en milieu de travail	94	94
➤ Nombre moyen d'usagers suivis en assistance résidentielle continue	38	37
➤ Usagers suivis en adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches	259	274
Réadaptation - Déficience physique		
➤ Usagers inscrits ayant une déficience motrice	343	375
➤ Usagers inscrits ayant une déficience visuelle	222	245
➤ Usagers inscrits ayant une déficience du langage et de la parole	188	218
Réadaptation - Toxicomanie		
➤ Personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes	1 274	1 378
➤ Jours-présence des usagers ayant quitté durant l'année	3 133	3 023
➤ Durée moyenne de séjour	23	21
Ressources humaines		
➤ Heures rémunérées	789 065	809 486

* Clientèle non autochtone seulement.



ANNEXE A

**LE CODE D'ÉTHIQUE ET
DE DÉONTOLOGIE**



VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

**DES ADMINISTRATEURS
DE L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
(Règlement n° 1 de 2002)**

Codification permanente : **Reg-eth-01**

**ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD
Le 19 novembre 2002**

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

- 1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
- 2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;
- 3) d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale et d'un avis du Département régional de médecine générale;
- 4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;
- 5) d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- 6) de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- 7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- 8) d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent *Code d'éthique et de déontologie*, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des

comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- ♦ **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- ♦ **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;
- b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et

tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;

- c) « **Code** » désigne le présent Code;
- d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
- e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;
- f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;
- g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

- 5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.
- 6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.
- 7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
- 8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- 9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

- 10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

- 11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisans. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisans.
15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale doit en informer le président du conseil d'administration.
16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique électorale doit se démettre de ses fonctions.
17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique électorale dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique électorale dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30^e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.
20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discretion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.
23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.
24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.
28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.
40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.
41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.
44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.
46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.
47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

- 48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.
- 49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- 50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- 51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

- 52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- 54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.
- 55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.
- 56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.
- 57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

- 58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.
- 59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute

allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs*.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

70. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le président-directeur général.

Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.

74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :

- a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
- b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;
- c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
- d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

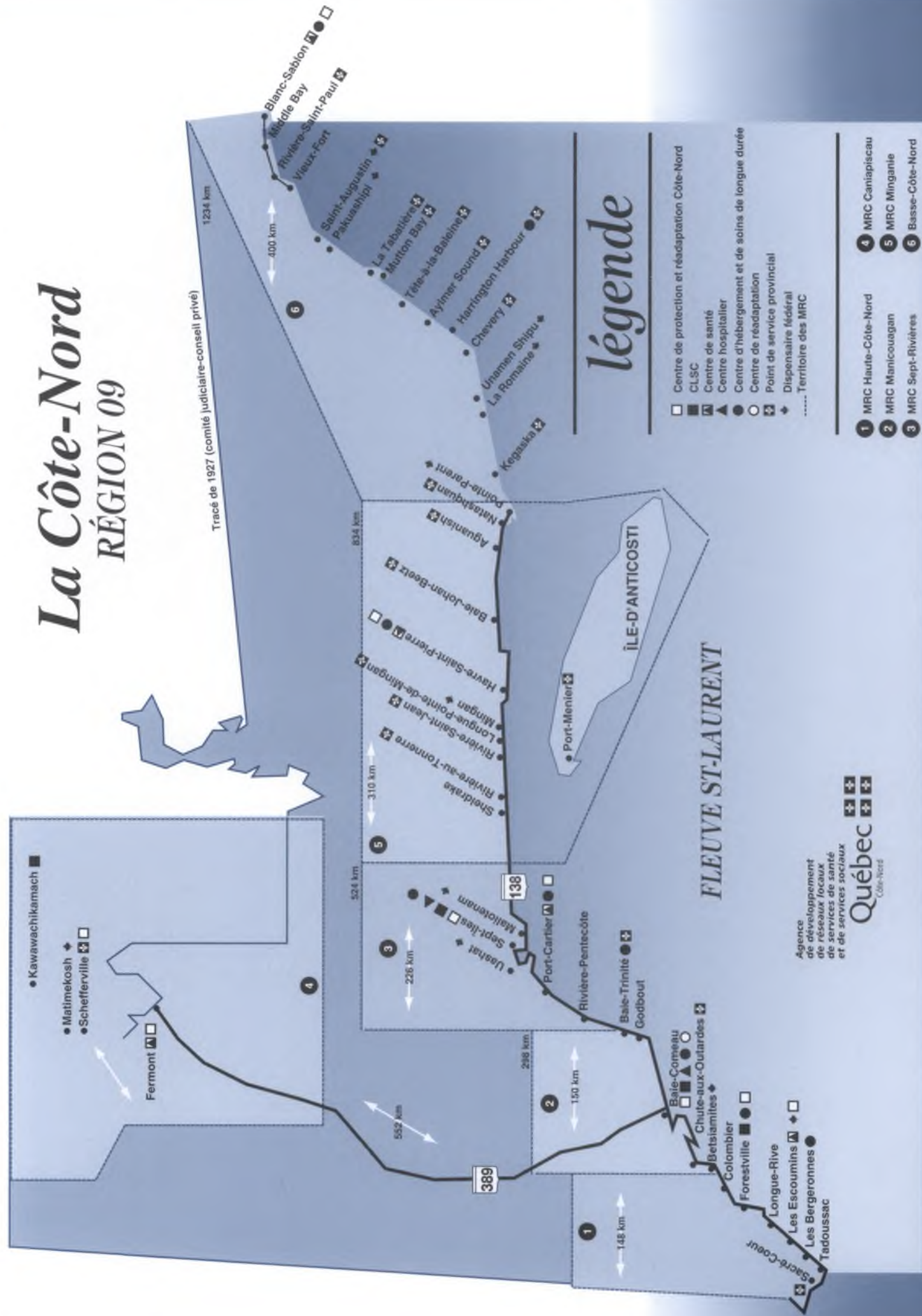
XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

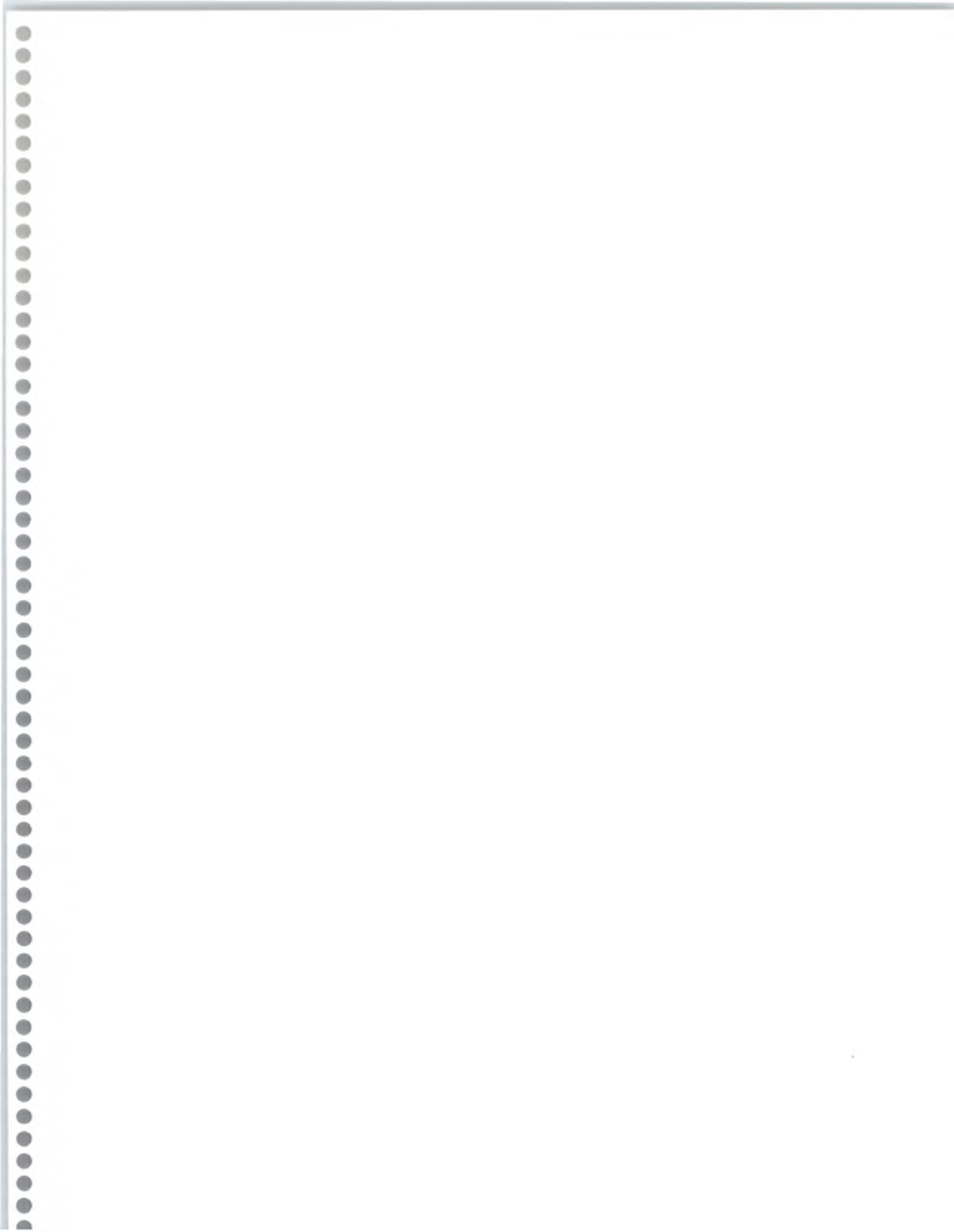


La Côte-Nord

RÉGION 09







**Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux**

Québec 
Côte-Nord

**691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone : (418) 589-9845
Télécopieur : (418) 589-8574**

www.rrsss09.gouv.qc.ca