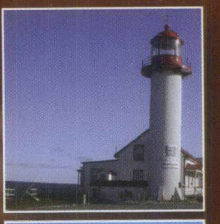
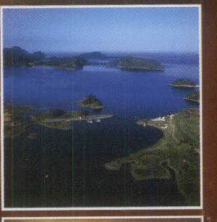
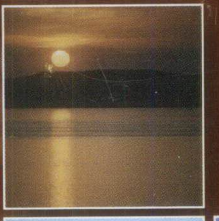
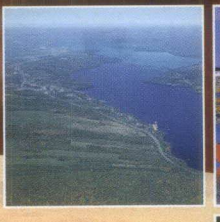
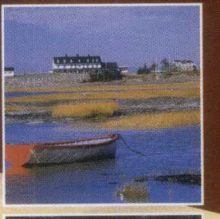
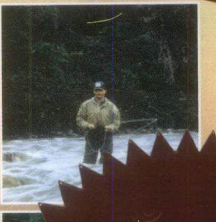
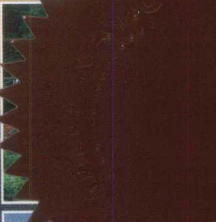
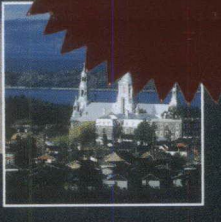
ASSEMBLÉE NATIONALE
Nº 540-2006 1004

Rapport annuel de gestion

2005-2006

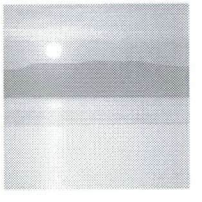
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

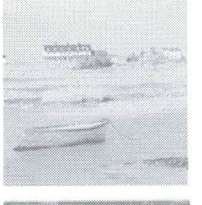
Québec

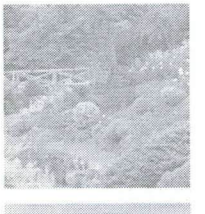
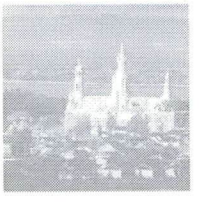
Rapport annuel
de gestion

2005-2006







Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597

Adopté par le conseil d'administration
le 27 septembre 2006
ASSS.–05-06-29R

Production
Direction des ressources humaines et des relations avec la population

Édition
© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
ISBN 2-923362-03-9
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Bibliothèque nationale du Canada, 2006

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Lise Verreault, présidente-directrice générale



Jean-Paul Morin, président du conseil d'administration

Monsieur le ministre de la Santé et des Services sociaux,
Mesdames, Messieurs, membres du conseil d'administration de l'Agence,
Mesdames, Messieurs,

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'année financière se terminant le 31 mars 2006. Nous espérons que ce rapport vous permettra d'apprécier le travail et les efforts investis par l'Agence et les établissements de la région afin d'offrir à la population de la région du Bas-Saint-Laurent des services de santé et des services sociaux accessibles, de qualité et mieux intégrés tout en assurant une saine gestion des fonds publics mis à leur disposition.

À la lecture de notre rapport de gestion 2005-2006, vous pourrez constater que l'Agence a vu différents dossiers amorcés l'année précédente se poursuivre et s'intensifier alors que de nouveaux dossiers ont connu un cheminement des plus intéressants. Par ailleurs, l'environnement dans lequel évolue l'Agence s'est modifié avec l'adoption, par l'Assemblée nationale du Québec, du projet de loi nº 83. Les modifications apportées par ce projet de loi viennent ancrer plusieurs des orientations mises de l'avant par l'Agence au cours des dernières années. À titre d'exemple, nous pouvons mentionner que l'intégration des services réalisée dans la région trouve maintenant appui dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) créés par cette loi. La circulation de l'information dans le cadre de notre projet de dossier santé électronique interopérable sera facilitée par les nouvelles dispositions législatives.

Comme par les années passées, l'Agence et le Ministère ont convenu d'une entente de gestion et d'imputabilité, laquelle a conduit l'Agence à élaborer, en étroite collaboration avec les équipes de direction des établissements, des ententes de gestion avec chacun des établissements de la région.

Le bilan réalisé de l'atteinte des cibles prévues à ces ententes est présenté de manière détaillée dans ce rapport. Les résultats atteints rejoignent ou dépassent les objectifs fixés dans la large majorité des secteurs visés favorisant ainsi une meilleure accessibilité aux services. L'atteinte de ces résultats dans les différentes cibles convenues au sein de ces ententes témoigne de l'engagement des établissements de la région à offrir des services accessibles et de qualité à la population qu'ils desservent.

Parmi les dossiers amorcés l'année précédente, l'Agence a donc maintenu son soutien aux établissements pour la mise en place des projets cliniques. Avec le support des professionnels et

gestionnaires de l'Agence, les équipes de projets cliniques des établissements ont élaboré un plan d'action visant à restructurer et à mieux intégrer leur offre de service.

De ce fait et afin de soutenir concrètement ces projets cliniques et d'accentuer le soutien aux personnes âgées qui souhaitent demeurer à domicile, l'Agence a consenti des investissements de 800 000 $ pour l'année financière 2005-2006 pour les services à domicile dispensés dans le milieu de vie des personnes et dans les ressources privées d'hébergement. Cet investissement s'inscrit en continuité du plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie lancé en novembre dernier par le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard. Les personnes âgées présentant de plus grands besoins sur le plan physique ou cognitif pourront donc être maintenues à domicile ou à proximité de leur milieu de vie. Par ces investissements, nous appuyons concrètement le virage souhaité qui consiste à ajuster l'offre de service selon les besoins de la personne plutôt que par rapport à son lieu de résidence.

Par ailleurs, dans le cadre de l'élaboration des projets cliniques des réseaux locaux, l'Agence et les CSSS ont exprimé une volonté commune de réduire la mortalité et la morbidité évitables attribuables aux maladies chroniques. C'est pourquoi l'Agence a annoncé des investissements de 320 102 $ pour 2005-2006. Pour 2006-2007, c'est un montant annualisé de 768 246 $ qui sera versé pour supporter la mise en place des nouveaux services auprès des personnes aux prises avec une maladie chronique. Pour plusieurs, ces personnes sont les mêmes que celles qui bénéficieront de l'amélioration des services aux aînés en perte d'autonomie.

De plus, un programme intégré de prévention et de contrôle des maladies chroniques sera développé, notamment en constituant une équipe interdisciplinaire dans chacun des CSSS qui sera responsable du service en maladies chroniques (maladies pulmonaires obstructives chroniques, asthme, diabète, maladies cardio-vasculaires, insuffisance cardiaque, problèmes locomoteurs, cancer). Ainsi, la prise en charge des patients sera améliorée par des liens cohérents et efficaces entre cliniciens et médecins pour l'ensemble des services en maladies chroniques.

L'Agence a maintenu pour une seconde année un soutien personnalisé aux établissements pour l'atteinte et le maintien de l'équilibre budgétaire. Ces démarches font en sorte que sur un budget net de fonctionnement de 355 M$ pour les dix établissements publics de la région, deux d'entre eux présentaient, au 31 mars 2006, des déficits totalisant un peu plus de 1 M$, dont 962 000 $ ont été autorisés. Un travail important a été fait par les directions générales et les équipes de direction des établissements de sorte que la région du Bas-Saint-Laurent est sur la voie d'atteindre l'équilibre budgétaire.

L'évolution des résultats en 2005-2006 par rapport à l'année précédente indique clairement l'orientation régionale d'équilibre budgétaire prise en début d'année financière. En effet, de concert avec les établissements de la région, l'Agence a pris une position ferme en fixant comme objectif le déficit zéro, et cela, même si le Ministère avait autorisé une cible ministérielle à ne pas dépasser en terme de déficit pour les établissements. L'Agence a, dans la même foulée, convenu d'utiliser l'allocation du Ministère devant couvrir ces déficits afin de financer l'offre de service des établissements plutôt que de couvrir les déficits autorisés. Les efforts constants et l'amélioration substantielle des résultats ont fait en sorte que la cible régionale a presque été atteinte. Des travaux d'optimisation sont en cours, ce qui nous permettra de s'assurer du respect de notre cible pour l'année 2006-2007.

En parallèle à ces efforts, des dossiers prioritaires de l'Agence et des établissements ont pu connaître des développements marqués en 2005-2006. Ainsi, le dossier santé électronique interopérable mis de l'avant dans la foulée de la loi 25 et de la mise en place des réseaux locaux de services en 2004-2005 a connu des avancées porteuses de succès. En conséquence, les activités réalisées en cours d'année, les réponses positives de nos partenaires financiers et l'implication des médecins de la région dans ce projet ont fait en sorte que les expérimentations prévues pourront se réaliser avec le concours de médecins en GMF et en clinique médicale privée.

Par ailleurs, afin d'inscrire les développements technologiques de la région en soutien à ce projet prioritaire et de faire en sorte que les technologies soient au support de l'intégration des services, l'Agence a adopté, en septembre 2005, son *Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2007*.

Parmi les autres dossiers réalisés au cours de la présente année, la concrétisation de l'Unité de médecine familiale dans le secteur ouest de la région est à souligner. De fait, les CSSS des Basques, de Kamouraska, de Rivière-du-Loup et de Témiscouata se sont associés à l'Université Laval pour implanter une unité de médecine familiale qui accueillera les médecins diplômés et leur permettra de parfaire leur formation en médecine familiale.

L'originalité du projet est que les activités seront partagées sur différents lieux dans les sites des CSSS participants. Ce projet, qui a comme objectif de parfaire la formation médicale, favorise également la rétention en région des médecins.

Finalement, dans la foulée de l'adoption de modifications législatives prévues par le projet de loi nº 83 et ayant un impact significatif tant sur l'Agence que le réseau des établissements de la région, l'Agence s'est acquittée de son rôle de coordonnateur et de mobilisateur du réseau pour assurer leur implantation.

De ce fait, des activités d'information et de sensibilisation ont eu cours au début de l'année 2006 pour informer les directeurs généraux, les présidents de conseil d'administration et les gestionnaires des établissements du contenu de cette loi et de leurs impacts sur l'organisation de services. Ce même type de rencontres a permis de réunir plus de 100 représentants des organismes communautaires pour échanger sur les impacts spécifiques de cette loi en regard de nos partenaires du milieu communautaire. Finalement, le personnel de l'Agence a pu compter lui aussi sur ce même type de présentation et d'échange.

Parmi les impacts de l'adoption de ce projet de loi, la nomination des membres du conseil d'administration a été l'une des premières mesures qui s'est appliquée.

Les impacts de ce projet de loi ne se terminent pas avec l'année financière, de nombreuses activités se dérouleront dans les prochains mois afin d'implanter les changements prévus. Parmi les changements significatifs à venir, notons à l'automne prochain la mise en application du processus d'élection et de désignation des membres des conseils d'administration des établissements, le début du processus de certification des résidences privées pour personnes âgées, la mise en application des dispositions retenues pour améliorer le processus de plaintes, etc.

L'ensemble de ces mesures législatives ainsi que la poursuite de la mise en œuvre des orientations ministérielles et des priorités régionales mobiliseront le réseau au cours de la prochaine année avec comme trame de fond l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de l'intégration des services.

Parmi les sujets qui ont retenu l'attention au cours de cette année, la préparation du réseau face à une pandémie d'influenza a certes mobilisé les énergies. Dans un premier temps, en novembre 2005, le conseil d'administration de l'Agence a adopté le volet santé publique du *Plan de lutte à une pandémie d'influenza*, lequel constitue une première étape pour structurer les interventions de santé publique afin de réduire l'impact d'une éventuelle pandémie sur la collectivité. Les efforts de planification et de préparation et la collaboration étroite avec les établissements sont à la base de ce plan. En plus du volet santé publique, des efforts importants ont été consenti afin d'élaborer un plan global de lutte à une pandémie. Cette planification régionale et locale qui sera disponible dès les premiers mois de l'année financière 2006-2007 permettra de coordonner les efforts de toute la région pour faire face à la situation si une pandémie devait survenir.

Les résultats présentés dans ce rapport ne seraient pas possibles sans la collaboration de nombreux partenaires. Nous tenons tout d'abord à remercier les membres du conseil d'administration pour leur soutien tout au long de cette année. De même, des remerciements particuliers à nos partenaires de premier plan, les directeurs généraux et les gestionnaires du réseau, sans qui les résultats présentés dans ce rapport n'auraient pas pu être atteints.

Nous souhaitons adresser des remerciements particuliers aux représentants des organismes communautaires de la région pour leur engagement envers leur communauté ainsi que pour leur participation à la mise en place des projets cliniques dans la région. Nous adressons également des remerciements particuliers à ces hommes et ces femmes qui, bénévolement, s'impliquent dans le milieu communautaire et consentent une partie de leur temps à offrir des activités ou des services, animer des rencontres, siéger sur des conseils d'administration, assurer l'accompagnement de jeunes, de familles, de personnes âgées, etc., et ainsi apportent une contribution significative à l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la population de la région du Bas-Saint-Laurent.

Nous souhaitons de même adresser des remerciements particuliers au personnel de l'Agence qui travaille en étroite collaboration avec tous ces partenaires pour assurer l'atteinte des objectifs que nous nous sommes fixés.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

Le président du conseil d'administration,

Jean-Paul Morin

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2006.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

DÉCLARATION DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

CHAPITRE 1 – L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT 13

1.1 La mission 13
1.2 Le territoire et sa population, un bilan de santé favorable et le réseau régional de services 13
1.3 Le plan d'organisation, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration et les effectifs de l'Agence 18
1.4 Le Forum de la population 20
1.5 Le Département régional de médecine générale 20
1.6 La Commission médicale régionale 22
1.7 La Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale 23

CHAPITRE 2 – LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 25

2.1 Les activités de soutien réalisées en regard de l'implantation du projet de loi nº 83 25
2.2 Le soutien aux établissements pour l'implantation des projets cliniques 25
2.3 Les investissements pour les services de soutien à domicile, pour les maladies chroniques, pour les jeunes en difficulté et pour l'allaitement maternel 26
2.4 Le plan régional de lutte contre la pandémie d'influenza 27
2.5 Le Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2007 27
2.6 Le début de la mise en place d'un véritable dossier santé électronique interopérable 29
2.7 Le Plan d'action 2005-2006 du Programme de lutte contre le cancer, dont les activités de prévention du cancer du sein 30
2.8 Les plans d'effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité pour l'année 2006 30
2.9 La poursuite de la mise sur pied des groupes de médecine de famille 31
2.10 Le développement et la consolidation des unités de médecine familiale en région 31
2.11 L'application de l'entente sur les activités médicales particulières 32
2.12 Le projet d'intégration des services médicaux aux services de 1re, 2e et 3e lignes 32

2.13 Les activités relatives aux services d'urgence et à la traumatologie 33
2.14 Les services préhospitaliers d'urgence 34
2.15 Les développements en télésanté, listes d'attente en chirurgie et services de radio-oncologie 35
2.16 Les projets d'immobilisations et d'achats d'équipements médicaux spécialisés 36
2.16.1 Projets d'immobilisations dont le financement est assuré centralement par le Ministère 36
2.16.2 Sommaires régionaux des fonds d'équipements et d'immobilisations 38
2.17 Les interrelations entre l'Agence et les organismes communautaires 39
2.18 La gestion des ressources humaines 39
2.19 Les communications et les relations avec la population 43
2.20 Le bilan des suivis d'appréciation de la qualité des services d'hébergement 45

CHAPITRE 3 – LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 47

3.1 Le bilan de suivi de gestion selon les axes d'intervention 49
3.1.1 Axes d'intervention de l'entente de gestion et d'imputabilité 2005-2006 49

CHAPITRE 4 : LES DONNÉES FINANCIÈRES 73

4.1 Les résultats financiers de l'Agence 73
4.1.1 Rapport de la direction en regard des états financiers de l'Agence 73
4.1.2 Rapport du Vérificateur sur les états financiers condensés 74
4.1.3 États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées 75
4.1.4 États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations 77
4.1.5 Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations 78
4.1.6 Bilan combiné des fonds affectés 80
4.1.7 État du solde de fonds combiné des fonds affectés 81
4.1.8 État de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés 82
4.1.8.1 Fonds affectés des immobilisations et des équipements 82
4.1.8.2 Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements 83
4.1.9 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2005-2006 84
4.1.10 Notes aux états financiers 85

4.2 Les allocations des ressources financières aux établissements 91
4.2.1 Budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent 91
4.2.2 Surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent 91
4.2.3 Autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics 92
4.2.4 Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements publics 92
4.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits 94
4.3.1 Organismes de promotion et de services 94
4.3.2 Organismes communautaires en maintien à domicile 98

ANNEXES

Annexe 1 Membres du conseil d'administration de l'Agence 100
Annexe 2 Membres du Forum de la population 101
Annexe 3 Membres du comité de vérification, des commissions et du Département régional de médecine générale (comité de direction) 102
Annexe 4 Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 104

CHAPITRE 1 : L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

1.1 LA MISSION

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes et les professionnels qui les dispensent. L'Agence a également comme mandat de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Pour ce faire, l'Agence a défini pour son territoire un modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services et supporte les établissements dans la mise en place de projets cliniques.

1.2 LE TERRITOIRE ET SA POPULATION, LE BILAN DE SANTÉ ET LE RÉSEAU RÉGIONAL DE SERVICES

Le territoire et sa population

En 2006, la région du Bas-Saint-Laurent compte sur son territoire une population composée de 200 458 personnes qui habitent les huit municipalités régionales de comté (MRC). Cette région, qui compte 117 municipalités, s'étend sur une superficie de 12 232 km^2 représentant quelque 300 km sur l'axe est-ouest et environ 100 km sur l'axe nord-sud. Ainsi, par rapport au nombre de résidents enregistrés en 2001, la population actuelle représente une diminution de 1,9 %, soit une baisse similaire à celle observée au cours des cinq années précédentes (- 2,1 %). Ces diminutions successives, associées aux augmentations enregistrées à l'échelle de la province, font en sorte que le poids démographique du Bas-Saint-Laurent par rapport au Québec a tendance à s'amenuiser. Tandis qu'en 1996, la population de la région représentait 2,9 % de l'ensemble de la population québécoise, cette proportion est passée à 2,6 % en 2006.

La répartition de la population du Bas-Saint-Laurent selon les groupes d'âge diffère sensiblement de celle du Québec. Tandis que les personnes âgées de 0 à 17 ans et de 18 à 34 ans sont proportionnellement moins nombreuses dans la région que dans la province, les individus de tous les autres groupes d'âge, au contraire, se retrouvent en plus grand nombre. Spécifiquement, en ce qui concerne les personnes âgées de 65 ans ou plus, elles représentent 16,9 % de la population totale de la région, ce qui constitue près de trois points de pourcentage au-dessus de la proportion québécoise (14,1 %).

Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, le nombre de personnes habitant le Bas-Saint-Laurent devrait diminuer de 3,8 % au cours des dix prochaines années. Durant cette période, la réduction de la croissance naturelle et les spécificités migratoires propres à la région, qui font notamment en sorte que le nombre de jeunes qui

la quittent est plus élevé que le nombre de ceux qui s'y installent, devraient entraîner une accélération du vieillissement de la population. En outre, les particularités de la structure d'âge actuelle de la population feront en sorte qu'en 2016, les premiers « baby-boomers » auront dépassé les 65 ans, ce qui entraînera un accroissement d'un peu plus de 50 % du nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans. Tandis que le nombre d'individus âgés de 75 à 84 ans devrait demeurer pratiquement le même qu'en 2006, il est estimé que la population de 85 ans et plus s'accroîtra de près de 50 %.

Le bilan de santé

La population du Bas-Saint-Laurent affiche un bilan de santé comparable à celui de l'ensemble des Québécois, voire même, à certains égards, meilleur. Ainsi, par exemple, l'espérance de vie de la population du Bas-Saint-Laurent à la naissance s'avère plus grande que celle de l'ensemble de la population du Québec, laquelle s'établissait, en 1999-2003, à 79,7 années, soit une demi-année de plus que celle des résidents de la province. Tandis que la différence d'espérance de vie entre les hommes de la région et ceux de leurs homologues québécois est plutôt mince (76,5 contre 76,2), chez les femmes, la différence se situe à une année complète (82,9 contre 81,9).

La région se distingue du Québec au regard de certains problèmes de santé. Ce sont les accidents de la route qui la démarquent le plus de l'ensemble de la province, ils entraînent davantage de décès et de blessés graves. En outre, la population du Bas-Saint-Laurent, surtout les hommes, présente des taux de suicide plus élevés.

Quant aux différentes maladies chroniques, compte tenu que la population du Bas-Saint-Laurent est plus âgée que celle du Québec, elles affectent généralement davantage de personnes. Ainsi, les taux bruts de mortalité par cancers, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives sont plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population de la région présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies respiratoires afficheraient un taux de mortalité plus élevé. Les taux de décès par cancers et par maladies cardiovasculaires seraient même moins élevés dans la région que dans la province.

Par ailleurs, la majorité des indicateurs du Bas-Saint-Laurent portant sur les habitudes de vie, les comportements de même que sur l'environnement social et physique présente un portrait plus favorable ou à tout le moins comparable à celui de l'ensemble de la province. Outre le fait, par exemple, que la région compte moins de familles monoparentales qu'au Québec, on y observe moins de personnes qui y vivent seules, plus de personnes satisfaites de leur vie sociale, un taux de grossesse plus faible chez les adolescentes et une criminalité moins élevée.

Le réseau régional de services

Signalons en premier lieu que le réseau de santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend 10 établissements publics et 3 établissements privés avec permis du Ministère (2 privés conventionnés et 1 privé non conventionné).

MRC/Région	Établissements publics (Localité)	Missions					
Kamouraska	Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska (St-Pascal)		CLSC	CHSGS	CHSLD		
Rivière-du-Loup	Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (Rivière-du-Loup)		CLSC	CHSGS	CHSLD	CRPAT	
Témiscouata	Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata (Notre-Dame-du-Lac)		CLSC	CHSGS	CHSLD		
Les Basques	Centre de santé et de services sociaux des Basques (Trois-Pistoles)		CLSC		CHSLD		
Rimouski-Neigette	Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette (Rimouski)		CLSC	CHSGS	CHSLD		
La Mitis	Centre de santé et de services sociaux de La Mitis (Mont-Joli)		CLSC		CHSLD	CRDP	
La Matapédia	Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia (Amqui)		CLSC	CHSGS	CHSLD		
Matane	Centre de santé et de services sociaux de Matane (Matane)		CLSC	CHSGS	CHSLD		
Région du Bas-Saint-Laurent	Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (Rimouski)					CRJDA	CPEJ
	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (Rimouski)					CRPDI	

MRC	Établissements privés avec permis (Localité)	Missions				
Rivière-du-Loup	Foyer Saint-Cyprien (1993) inc. (St-Cyprien)			CHSLD conventionné		
Rimouski-Neigette	Foyer Sainte-Bernadette inc. (Rimouski)			CHSLD conventionné		
	Manoir de Caroline inc. (Rimouski)			CHSLD non conventionné		

Voici un bref portrait de quelques autres caractéristiques du réseau régional :

- Plusieurs ressources intermédiaires et ressources de type familial viennent compléter et soutenir les services offerts par les établissements :
  - 135 familles d'accueil pour les enfants (339 places reconnues);
  - 196 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie (909 places reconnues);
  - 76 ressources intermédiaires : 47 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 6 pour les jeunes, 12 pour les personnes présentant un problème de santé mentale, 10 pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 1 pour les personnes ayant une déficience physique. Au total, 816 places en ressources intermédiaires sont reconnues.

- On dénombre également dans la région 168 résidences privées inscrites au Registre des résidences privées pour personnes âgées avec services. Ce registre est constitué par l'Agence conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. À ce titre, les dernières modifications apportées à la loi en novembre dernier rendront obligatoire la certification des résidences selon une date qui sera déterminée par le gouvernement.

- La mise en place des groupes de médecine de famille (GMF) dans la région s'est poursuivie avec l'accréditation du Groupe de médecine de famille du Grand-Portage en mai 2005. Ce GMF est entré en fonction en septembre 2005. On dénombre quatre GMF dans le Bas-Saint-Laurent. Au 31 mars 2006, c'est plus de 33 000 personnes qui étaient inscrites auprès d'un médecin membre d'un GMF.

- Les entreprises ambulancières desservant la population sont au nombre de onze. Actuellement, trois municipalités et un service de traversier ont un service de premiers répondants. Par ailleurs, les services préhospitaliers d'urgence comptent 184 techniciens ambulanciers et 40 premiers répondants. En cours d'année, 16 268 transports ambulanciers ont été effectués comparativement à 16 525 l'année précédente.

- 142 organismes communautaires subventionnés offrant une variété de services et d'activités dans les services suivants : promotion et services à la communauté, services aux femmes et aux conjoints violents, services à la jeunesse et services de maintien à domicile.

- La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 390 médecins dont 220 médecins omnipraticiens et 170 médecins spécialistes.

- Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 33 pharmaciens. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 53 pharmacies.

- La région du Bas-Saint-Laurent compte 20 dentistes ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier dont 18 membres associés et 2 membres actifs en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Dans le secteur privé, on dénombre 55 dentistes généralistes et 6 dentistes spécialistes dont 1 à temps partiel.

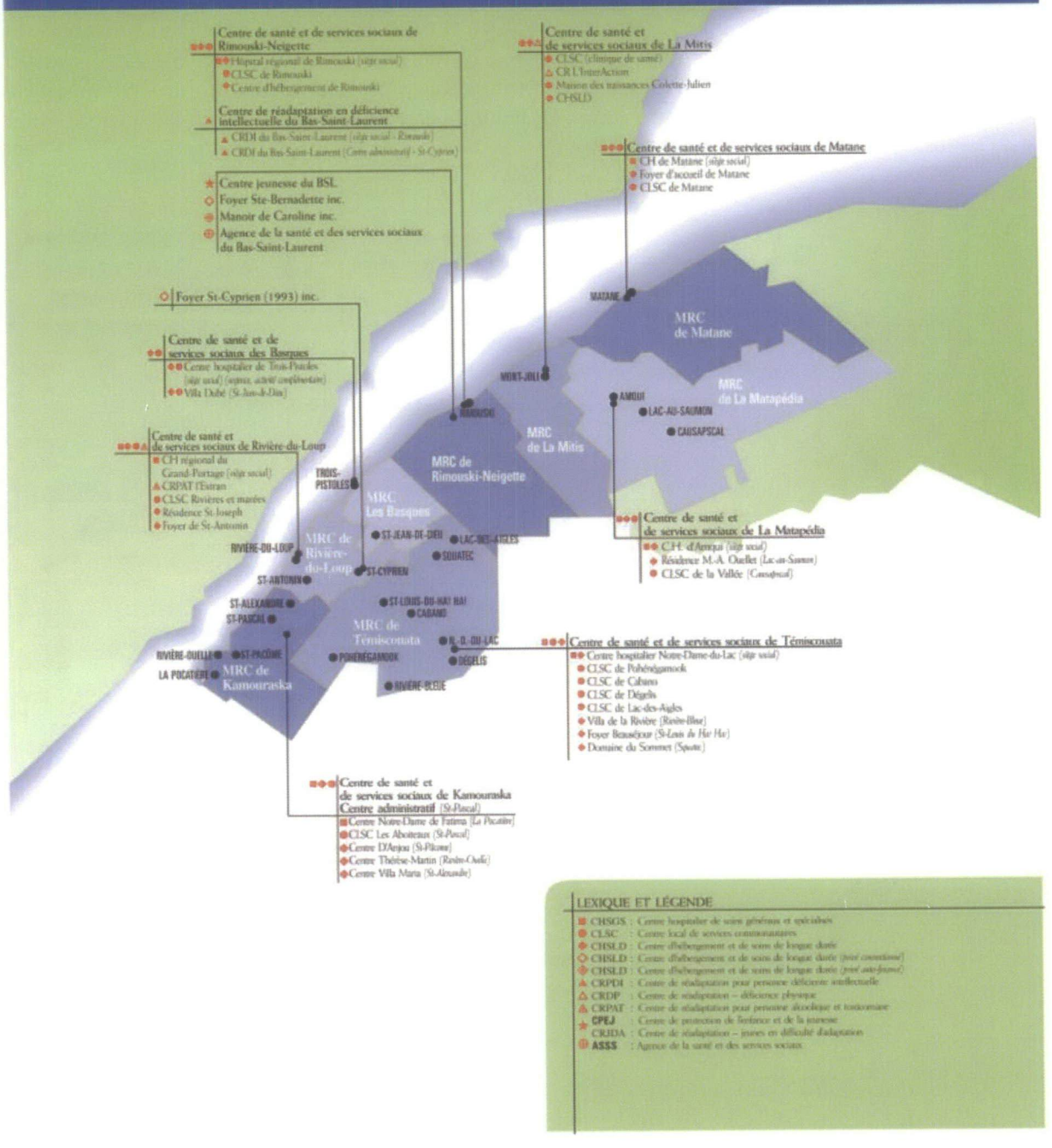
- Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 7 169 personnes représentant 5 921 postes équivalents temps complet (2004-2005), dont 274 cadres équivalents temps complet et 5 648 syndiqués et non syndiqués équivalents temps complet. Ces personnes travaillent soit dans le domaine des soins infirmiers, dans diverses sphères professionnelles et techniques ou dans les secteurs administratifs et de soutien. Par ailleurs, la moyenne d'âge du personnel a progressé puisqu'au 31 mars 2005, elle était de 43, 07 ans tandis qu'au 31 mars 2006, elle était de 43,25 ans.

- Selon les données extraites du Bulletin régional sur le marché du travail – Bas-Saint-Laurent produit par Emploi-Québec, on dénombrait en 2005 environ 12 400 emplois dans le secteur d'activité économique des soins de santé et d'assistance sociale représentant près de 14 % de tous les emplois du Bas-Saint-Laurent.

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations

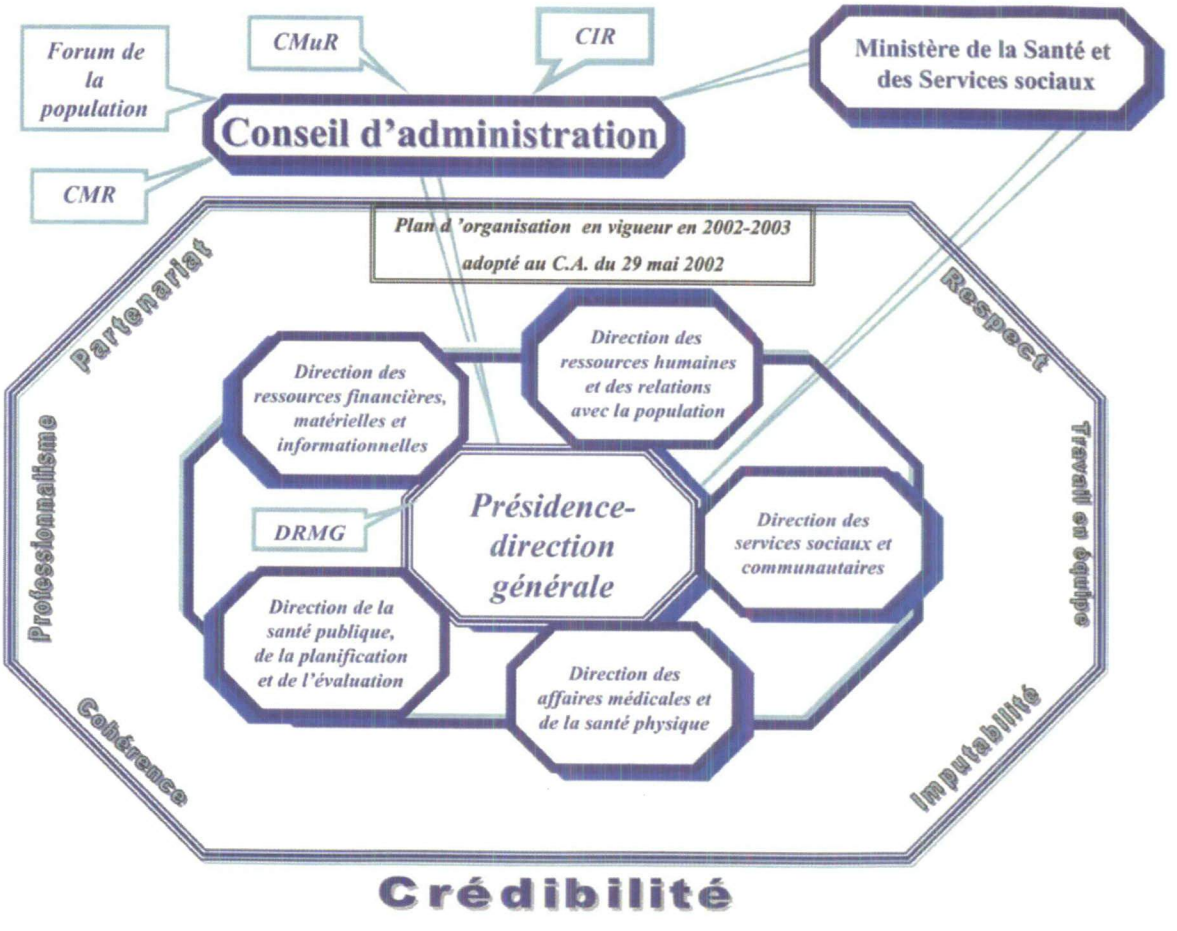
LE BAS-SAINT-LAURENT *Tout lui réussit!*



1.3 Le plan d'organisation, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration et les effectifs de l'Agence

Le plan d'organisation

L'actuel plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent comprend la présidence-directrice générale, cinq directions et cinq instances consultatives, soit le Département régional de médecine générale (DRMG) rattaché à la présidence-direction générale et quatre autres instances rattachées au conseil d'administration de l'Agence, soit le Forum de la population, la Commission médicale régionale (CMR), la Commission infirmière régionale (CIR) et la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR).



Ce plan d'organisation sera modifié au cours des prochains mois en regard de la mise en place des réseaux locaux de services ainsi que dans le cadre des activités de soutien aux établissements pour l'implantation des projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent.

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence tient compte des exigences de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics*. Pour l'année 2005-2006, aucun manquement au code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration n'a été signalé.

Les effectifs de l'Agence

Note 1 :	Exercice en cours 2005-2006	Exercice antérieur 2004-2005
Effectifs de l'Agence :		
Les cadres : (en date du 31 mars)		
▪ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	6	6
▪ Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers : (en date du 31 mars)		
▪ Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	63	63
▪ Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0	0
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels :		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	12 491	18 523
▪ Équivalents temps complet [b]	6,84	10,14

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

1.4 LE FORUM DE LA POPULATION

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le Forum de la population a déposé en juin 2005 un avis au conseil d 'administration de l'Agence relativement à la satisfaction des usagers.

Cet avis vise, pour les services accessibles dans la région, à promouvoir, auprès des établissements, l'utilisation d'un formulaire de satisfaction de la clientèle à utiliser auprès des personnes qui reçoivent des services.

Pour les services accessibles à l'extérieur de la région, l'avis propose de diffuser de l'information pour mieux faire connaître le programme de transport pour les cas électifs et profiter de ce programme pour aller chercher le point de vue des personnes qui utilisent des services spécialisés qui ne sont pas disponibles dans la région selon la formule proposée plus haut.

Cependant, considérant l'incertitude concernant le maintien du forum de la population dans la version initiale du projet de loi nº 83 modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le Forum ne s'est pas réuni à d'autres reprises au cours de l'année.

En raison du fait que les travaux parlementaires et le projet de loi nº 83 sanctionné le 30 novembre 2005 a maintenu actif le Forum de la population, il a été prévu que les démarches visant à recruter de nouveaux membres devaient s'enclencher au cours des prochains mois.

1.5 LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) du Bas-Saint-Laurent a pour mandat de faire des recommandations à la présidente-directrice générale de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique, de formuler des propositions et de donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.

Au cours de l'exercice financier 2005-2006, le DRMG a traité les dossiers suivants :

- Adoption du *Plan régional d'effectifs médicaux* (PREM) en omnipratique pour l'année 2005 jusqu'au 31 décembre 2006.
- Consolidation d'une cible de 70 % des besoins par territoire de MRC comme objectif minimal pour les effectifs médicaux en omnipratique à travers l'annonce d'un ajout de 15 médecins de famille par le ministre en 2006.
- Émission des avis de conformité aux activités médicales particulières (AMP).
- Réflexion sur la pratique en milieux éloignés, principalement dans la localité de St-Cyprien où il n'y a pas de médecin résident depuis quatre ans. La solution pour la couverture médicale a été résolue par l'arrivée à St-Cyprien de deux médecins.

- Application du registre de suivis des demandes de conformité au PREM.
- Appui et participation de membres du DRMG à la Table de concertation régionale GMF.
- Support au projet Unité de médecine familiale (UMF) pour les MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et des Basques (KRTB). Autorisation par le Ministère de la mise en place de l'UMF du KRTB à compter du 1er juillet 2006.
- Accord du DRMG au renouvellement de l'entente nº 149 pour les CSSS d'Amqui, de Témiscouata et de Matane.
- Encadrement de la démarche d'accréditation des GMF de La Mitis et de Témiscouata.
- Suivi de l'outil pour les activités médicales non comptabilisables par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) au service des directeurs des services professionnels des établissements de la région.
- Désignation de quatre lieux pour les médecins boursiers en 2006 : CSSS de Témiscouata, CSSS de La Matapédia, CSSS des Basques et CSSS de Kamouraska.
- Appui à l'instrumentation clinique en GMF pour le développement des suivis systématiques à l'échelle régionale.
- Engagement du DRMG dans un plan d'action visant à favoriser l'accès de la clientèle en heure défavorable, à favoriser la prise en charge de la clientèle vulnérable orpheline et à favoriser l'accès au plateau technique en horaire défavorable (tous les CSSS du Bas-Saint-Laurent ont été visités et un état de la situation a été présenté au DRMG).
- Support du DRMG aux demandes de modification du plan d'effectifs médicaux pour couvrir l'augmentation de la charge de travail pour répondre aux besoins de la nouvelle UMF du KRTB et de l'augmentation du nombre de résidents à l'UMF de Rimouski.
- Participation d'un membre du DRMG au comité de travail en vue de la mise sur pied de l'organisation des services d'imagerie médicale.
- Implication de membres du DRMG à l'élaboration des projets cliniques locaux.
- Implication de membres du DRMG au comité régional du projet clinique en maladies chroniques.
- Implantation graduelle de la plateforme informatique OmniMed auprès des GMF et de cliniques privées participantes.

Le chef du DRMG a participé :

- Au comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale.
- À des rencontres du RUIS Laval.
- À la Table des chefs de DRMG.
- Au sous-comité des DRMG développant un système de pondération des inscriptions en GMF.
- À la coordination et à l'élaboration des projets cliniques.

1.6 La Commission médicale régionale

La Commission médicale régionale (CMR) du Bas-Saint-Laurent a tenu quatre réunions en cours d'année dont une par conférence téléphonique.

Les sujets qui ont été débattus ou qui ont été soumis à la Commission pour recommandation au conseil d'administration de l'Agence sont les suivants :

- Plan régional des effectifs médicaux spécialisés et en omnipratique.
- Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).
- Suivi de l'élaboration des projets cliniques dans les réseaux locaux de services.
- Avis au conseil d'administration sur le choix des priorités d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés.
- Suivi des travaux du comité de travail de la CMR sur l'organisation régionale des services de radiologie et de mammographie.
- Information sur les mesures de préparation à la pandémie appréhendée d'influenza.
- Présentation du *Plan stratégique régional des ressources informationnelles*.
- Projet de loi nº 83 relativement à la création de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée.

La Commission médicale régionale a terminé l'année 2005-2006 dans l'expectative de la mise sur pied de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée qui prendra le relai de la CMR au cours de la prochaine année.

1.7 La Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale

Deux dossiers ont retenus l'attention des membres de la Commission infirmière régionale et de la Commission multidisciplinaire régionale en 2005-2006.

Dans un premier temps, les membres ont été invités à se prononcer sur le *Plan directeur régionale des ressources informationnelles* à la suite d'une présentation qui leur avait été faite en juin 2005. Lors de la présentation, les membres, réunis en rencontre conjointe, ont pu émettre différents commentaires et recevoir des réponses à leurs questions.

Par la suite, en septembre, les membres de la Commission infirmière régionale ont émis un avis favorable en regard du plan directeur tout en émettant différents commentaires visant à bonifier son contenu.

Dans un deuxième temps, comme le mandat des membres des commissions était échu, le conseil d'administration de l'Agence a déclenché le processus de désignation des membres de ces deux commissions. Ce processus s'est déroulé entre septembre et décembre 2005, si bien que les membres de la Commission multidisciplinaire régionale ont été désignés le 4 novembre 2005 et les membres de la Commission infirmière régionale ont été désignés le 2 décembre 2005.

Par ailleurs, dans le contexte de l'adoption du projet de loi nº 83 et du processus de nomination des membres du conseil d'administration de l'Agence en découlant, les membres ont été invités, en décembre 2005, à soumettre des candidatures à ce niveau. C'est à partir de ces personnes que le ministre de la Santé et des Services sociaux a nommé monsieur Bertin Lévesque et madame Thérèse Des Groseillers comme membres du conseil d'administration de l'Agence.

CHAPITRE 2 : LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

2.1 LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN RÉALISÉES EN REGARD DE L'IMPLANTATION DU PROJET DE LOI Nº 83

L'adoption par l'Assemblée nationale du Québec du projet de loi nº 83 en novembre dernier a amené l'Agence à effectuer différentes activités d'information et de formation.

En premier chef, les membres du conseil d'administration de l'Agence ont été impliqués dans ces activités à quelques reprises. En janvier, les présidents et directeurs généraux des établissements de la région ont été invités à participer à une journée de formation axée sur les principaux changements apportés par le projet de loi.

Des activités similaires ont été tenues à l'intention des gestionnaires des établissements ainsi que du personnel de l'Agence.

Finalement, l'Agence a convié les représentants des organismes communautaires à une rencontre spécifique d'appropriation des principales modifications apportée à la loi et à leur impact dans le milieu communautaire. Il est intéressant de noter qu'un peu plus de 100 représentants des organismes communautaires, coordonnateurs et membres de conseil d'administration ont répondus à cette invitation.

Outre ces activités générales, l'Agence a également assuré l'implantation des différentes mesures prévues au calendrier d'implantation.

Ainsi, un responsable chargé de coordonner l'implantation de la loi a été nommé. De plus, parmi les premières mesures trouvant leur application, l'Agence a collaboré avec le Ministère afin de procéder au renouvellement de ses administrateurs.

Par la suite, les directeurs généraux des établissements ont été invités à entreprendre les démarches requises pour mettre en place les comités des usagers et les comités de résidents en conformité avec les nouvelles dispositions de la loi.

Également, les mesures préliminaires visant à doter l'Agence d'une Table des chefs de département de médecine spécialisée et d'un Comité régional sur les services pharmaceutiques ont été réalisées. Ces deux structures consultatives rattachées à l'Agence entreront en fonction au début de l'année financière 2006-2007.

2.2 LE SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS POUR L'IMPLANTATION DES PROJETS CLINIQUES

La démarche d'élaboration des projets cliniques s'est poursuivie en 2005-2006 dans la région du Bas-Saint-Laurent. Sous la responsabilité des CSSS et supportés par l'Agence, les travaux d'actualisation de la démarche d'élaboration des projets cliniques ont permis d'établir les éléments de planification et d'identifier les priorités d'action à considérer afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de la population.

Le soutien offert aux établissements s'est fait sous différentes formes, telles que support stratégique, tactique et opérationnel. Également, dans le but de faciliter la transition et la révision de l'offre de service en regard des cibles clientèles établies, un support financier a été alloué.

Par ces mécanismes de support offerts aux CSSS de la région du Bas-Saint-Laurent, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a contribué au maintien et à l'amélioration de la santé de la population.

Également, afin de faciliter la participation des organismes communautaires aux démarches de mise en place des projets cliniques, des représentants de l'Agence, des centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que des organismes communautaires ont élaboré un document de référence pour baliser et faciliter les travaux à intervenir entre les CSSS et les organismes communautaires.

Ainsi, conformément aux discussions tenues à la Table des directeurs généraux ainsi que lors des rencontres d'information tenue par les organismes communautaires et à la suite de l'assemblée générale annuelle du Mouvement action communautaire Bas-Saint-Laurent (MAC-BSL) en juin 2005, l'Agence a diffusé le document : « Cadre de relations entre les CSSS, les centres spécialisés et les organismes communautaires dans le contexte de la mise en place des projets cliniques dans le Bas-Saint-Laurent ».

Ce document, qui prend appui sur le cadre de référence élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux, précise certains concepts entourant la mise en place des projets cliniques et éventuellement la conclusion d'ententes entre un CSSS et un organisme communautaire.

En diffusant ce document, l'Agence considère qu'il constitue la référence régionale pour baliser les travaux à réaliser entre les CSSS et les organismes communautaires dans le cadre de la mise en place des projets cliniques ou de toute autre entente de collaboration.

Au début de cet important chantier, les représentants des organismes communautaires nous ont fait part de leur volonté de participer mais également de leurs craintes. Cependant, après une phase normale d'apprivoisement réciproque, nous avons pu constater au cours de la présente année financière un engagement plus marqué des représentants des organismes communautaires basé sur la spécificité et le respect des particularités des organismes et des personnes qu'ils desservent.

2.3 Les investissements pour les services de soutien à domicile, pour les maladies chroniques, pour les jeunes en difficulté et pour l'allaitement maternel

L'Agence a consacré un montant de 800 000 $ afin de rehausser les services de soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie demeurant à domicile ou dans les ressources privées d'hébergement. Cet investissement s'inscrit dans le plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie lancé, en novembre 2005, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard.

Par ailleurs, dans le cadre de l'élaboration des projets cliniques des réseaux locaux, l'Agence a investit un montant de 320 102 $ pour supporter la mise en place de nouveaux services auprès des personnes aux prises avec une maladie chronique telle que les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et le cancer.

De plus, pour favoriser l'accessibilité aux services pour les jeunes en difficulté, un montant de 100 000 $ a été autorisé pour réduire les délais d'attente pour l'évaluation des jeunes, pour l'application des mesures de protection et également pour réduire le taux d'engorgement dans les centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté.
Enfin, un investissement de 46 320 $ a été autorisé par l'Agence afin de permettre l'implantation de l'initiative « Amis des bébés » dans tous les centres de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Ce soutien permettra de favoriser l'allaitement maternel et de faire en sorte que tous les établissements en assurent la promotion afin qu'ils puissent également mettre en place des mesures de soutien et de protection auprès des jeunes mères et de leurs nourrissons.

2.4 Le plan régional de lutte contre la pandémie d'influenza

Dès l'été 2005, l'Agence a débuté ses travaux de rédaction d'un plan régional en santé publique relatif à une pandémie appréhendée d'influenza. Cette activité avait été précédée de travaux menés en collaboration avec les responsables du contrôle des maladies infectieuses de l'ensemble des centres de santé et de services sociaux de la région.

L'ensemble des travaux réalisés ont mené, en novembre 2005, à l'adoption par le conseil d'administration de l'Agence du volet santé publique du *Plan de lutte à une pandémie d'influenza*, lequel constitue une première étape pour structurer les interventions de santé publique afin de réduire l'impact d'une éventuelle pandémie sur la collectivité. Les efforts de planification et de préparation et la collaboration étroite avec les établissements sont à la base de ce plan. À ce titre, l'opération de préparation des plans locaux par les établissements a été amorcée. En plus du volet santé publique, des efforts importants ont été consenti afin d'élaborer un plan global de lutte à une pandémie. Cette planification régionale et locale qui sera disponible dès les premiers mois de l'année financière 2006-2007 permettra de coordonner les efforts de toute la région pour faire face à la situation si une pandémie devait survenir.

2.5 Le Plan stratégique rég«ional des ressources informationnelles 2005-2007

Le 30 septembre 2005, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent déposait au Ministère sa vision stratégique régionale en regard des systèmes d'information supportant la mise en place des réseaux locaux de services intégrés.

Inspirée et soutenue par cette vision, dans la foulée des travaux régionaux et nationaux, la planification représente le résultat d'une réflexion partagée sur la planification stratégique régionale en matière de ressources informationnelles.

Le plan stratégique reflète la vision prioritaire à court et à moyen terme des établissements de la région du Bas-Saint-Laurent permettant un premier arrimage entre les besoins exprimés, découlant de l'actualisation de la démarche des projets cliniques, et les éléments retenus en matière de ressources informationnelles.

À cet égard, les systèmes d'information doivent non seulement supporter les pratiques professionnelles des divers cliniciens mais également permettre le partage de l'expertise clinique par le biais de moyens de communication électronique à distance et rendre accessible en temps réel l'information clinique et administrative requise par les professionnels et les gestionnaires, là où les services doivent être dispensés.

La mise en place des réseaux locaux entraîne la nécessité d'aller plus loin dans le développement des systèmes d'information. Il faut voir les systèmes d'information dans une vision d'ensemble et d'intégration multidisciplinaire.

À ce titre, les besoins prioritaires suivants ont été retenus afin de jeter les bases à l'actualisation de cette planification.

Besoins d'intégration de gestion des clientèles et de leurs dossiers cliniques

- Consolidation de la structure de repérage unifiée de la clientèle passant par l'intégration des systèmes d'index et d'admission, départ, transfert (ADT) au niveau local et régional;
- Mise en place d'une structure transitoire d'échange normalisée pour assurer la compatibilité avec la norme HL7 version 3.0;
- Accès aux résultats de laboratoire et de radiologie en temps réel, aux divers intervenants du réseau, et ce, peu importe le lieu de dispensation des services;
- Informatisation des cliniques médicales GMF et privées;
- Passage des systèmes de gestion des archives à la norme de codification et de classification CIM 10 CA et CCI;
- Harmonisation et disponibilité des systèmes de rendez-vous pour l'instance locale et le suivi régional;
- Consolidation du DPN au Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska avec une vision intégrante et exportable régionalement.

Besoins d'intégration et de révision des systèmes cliniques

- Consolidation des systèmes de Requêtes/Résultats laboratoire pour les instances locales;
- Harmonisation et disponibilité des systèmes Requêtes/Résultats radiologie;
- Plan de soins multidisciplinaire;
- Suivi systématique de la clientèle;
- Priorités cliniques, spécifiques à chaque instance, identifiées lors de la démarche d'élaboration des projets cliniques;
- Profil pharmacologique extra-muros;
- Rehaussement obligatoire des progiciels de pharmacie institutionnels;
- Système de gestion des urgences;
- Outil d'évaluation multiclientèle.

Besoins d'intégration des processus financiers et administratifs

- Solution régionale commune visant l'intégration des systèmes financiers et d'approvisionnement;
- Consolidation et rehaussement des systèmes de rémunération;
- Application Web Prassat (logiciel de support à la gestion de la présence au travail);
- Application support à la planification de main-d'œuvre;
- Logiciel de gestion des risques et de la qualité des services.

L'actualisation de cette planification stratégique 2005-2007 nécessitera pour la région du Bas-Saint-Laurent des investissements non récurrents estimés à près de 7 M$. Quant aux coûts récurrents estimés, ceux-ci auront certes des impacts financiers additionnels importants et devront faire l'objet d'une stratégie particulière de prise en charge financière.

2.6 LE DÉBUT DE LA MISE EN PLACE D'UN VÉRITABLE DOSSIER SANTÉ ÉLECTRONIQUE INTEROPÉRABLE

La mise en place des réseaux locaux de services commande des actions orientées dans un premier temps vers l'intégration des services et des systèmes d'information. Des réseaux locaux de services efficaces requièrent la mise en place de systèmes intégrés d'information permettant de partager des données cliniques pour assurer la prise en charge globale du client.

À cette fin, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et les établissements de la région œuvrent activement à l'implantation d'un dossier santé électronique interopérable soumis aux normes de confidentialité établies et à une gestion rigoureuse du consentement.

Le premier jalon de la mise en œuvre de ce projet est sans contredit l'informatisation des cliniques médicales privées et des GMF. En effet, durant l'exercice financier 2005-2006, le MSSS a donné son aval à la réalisation du projet d'informatisation des cliniques médicales soumis dans le cadre d'un projet en regard des fonds d'investissement des réseaux locaux de services (RLS). Ce projet vise essentiellement le développement d'un dossier santé électronique pour les médecins œuvrant en première ligne.

En plus des travaux reliés à la planification et à la gestion de projet, il y a, à ce jour, deux cliniques médicales qui sont informatisées, dont un GMF. Ces cliniques sont situées dans les MRC de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette et permettent de rejoindre près d'une vingtaine de médecins omnipraticiens. Les travaux qui ont court au Bas-Saint-Laurent se font en partenariat avec les représentants du Ministère et de l'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ce dossier permettra aux cliniciens d'avoir accès en temps réel aux informations cliniques de leur clientèle et de pouvoir partager, après consentement du client, les informations cliniques pertinentes.

La planification établie pour l'automne 2006 laisse entrevoir le branchement des autres GMF et des cliniques médicales inscrites au projet, ce qui devrait permettre de rejoindre au total près de 85 médecins omnipraticiens.

L'échéancier de réalisation anticipé prévoit l'actualisation de ce projet dans un horizon de 12 mois.

2.7 Le plan d'action 2005-2006 du Programme de lutte contre le cancer, dont les activités de prévention du cancer du sein

L'implantation du Programme régional de lutte contre le cancer s'est poursuivie avec la consolidation des équipes locales en oncologie. Cela permet maintenant à toute personne atteinte de cancer de prendre rendez-vous avec une infirmière pivot en oncologie et d'obtenir la dispensation d'un plus grand nombre de traitements de chimiothérapie réalisés localement. L'évaluation de chacune des équipes de la région a été réalisée en octobre 2005 et a résulté en la définition d'objectifs à atteindre en vue d'améliorer les services et d'être officiellement désignées par l'Agence. Le suivi des recommandations est en cours et un bilan pour chacune des équipes sera réalisé pour la fin de l'année 2006.

En ce qui concerne spécifiquement les activités de prévention du cancer du sein, soulignons que le Programme québécois de dépistage du cancer du sein a été implanté en 2002 dans notre région. Ce programme vise à répondre de façon croissante aux objectifs ministériels. Les objectifs du MSSS sont de 70 % de participation, donc, dans la région, le taux de participation des femmes est de 61 % et de 49,4 % pour l'ensemble du Québec (données de 2005).

Soucieux d'offrir aux femmes l'accessibilité pour une mammographie dans la MRC de La Matapédia, les personnes impliquées localement et régionalement ont organisé et publicisé la visite de la Clinique mobile provinciale CLARA au début de l'année financière 2006-2007.

Par ailleurs, les travaux se poursuivent afin d'être en mesure d'offrir les services de mammographie le plus près possible du lieu de résidence des femmes, tout en tenant compte des principes de qualité, de continuité et des normes à respecter.

2.8 Les plans d'effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité pour l'année 2006

Le Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique (PREM) de l'année 2005 a été reconduit pour l'année 2006 en ce qui concerne la détermination des besoins. À ce plan, nous avons ajouté dix postes pour combler les besoins aux UMF du KRTB et de Rimouski. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont convenu d'établir annuellement les objectifs de croissance, et ce, pour les prochaines années. Conformément aux recommandations du Département régional de médecine générale, le plan régional d'effectifs médicaux en

omnipratique reconnaît les besoins de médecins établis à 250,5 (équivalents temps plein) pour le Bas-Saint-Laurent. La cible de croissance autorisée par le Ministère pour l'année 2006 est fixée à 15 omnipraticiens. Un certain nombre de principes ont été retenus pour effectuer la répartition de cette cible, soit, entre autres, de cibler prioritairement un objectif de croissance pour l'ensemble des municipalités régionales de comté (MRC) qui leur permettra d'atteindre un indice d'équité intrarégionale à 70 % de l'atteinte des besoins pour l'année.

Pour soutenir l'actualisation des PREM à l'échelle provinciale, une entente particulière relative au respect des PREM a été paraphée par le MSSS et la FMOQ.

Le Plan régional d'effectifs médicaux spécialisés 2006 a été adopté le 14 décembre 2005. Dans le cadre de l'élaboration de ce plan régional, une analyse des besoins exprimés par les établissements totalisant 232 médecins spécialistes a d'abord été réalisée en tenant compte des orientations relatives à l'organisation des services médicaux préconisée en regard de la planification stratégique 2003-2006 et de la mise en place des réseaux locaux de services. En considération des besoins exprimés mais aussi des nouveaux effectifs disponibles en juillet 2006, le Ministère a autorisé un PREM de 217 médecins spécialistes en favorisant le recrutement dans les spécialités de base. À compter de l'an prochain, les PREM seront établis pour trois ans et seront regroupés par territoires de réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS); la région du Bas-Saint-Laurent est regroupée avec les autres régions de l'Est du Québec avec le RUIS-Laval.

2.9 La poursuite de la mise sur pied des groupes de médecine de famille

La mise en place des groupes de médecine de famille dans la région s'est poursuivie avec l'accréditation du GMF du Grand-Portage à Rivière-du-Loup. Le GMF de Rimouski a été dissous, faute de pouvoir répondre à l'offre de service déposée au ministère de la Santé et des Services sociaux. On dénombre maintenant 4 GMF dans le Bas-Saint-Laurent. Au 31 mars 2006, c'est plus de 33 000 personnes qui étaient inscrites auprès d'un médecin membre d'un GMF. Trois autres groupes de médecins sont en démarche d'accréditation dans le Bas-Saint-Laurent, soit les GMF de La Mitis, de Témiscouata et de Rimouski (secteur sud-ouest), ce qui porterait au nombre de sept les GMF implantés.

2.10 Le développement et la consolidation des unités de médecine familiale en région

Au mois d'août 2003, la Faculté de médecine de l'Université Laval produisait un appel d'offres pour l'implantation du programme de résidence en médecine familiale incluant la création d'une unité de médecine familiale (UMF) « lourde » en région. Cet appel s'inscrit dans le contexte d'une augmentation du nombre d'admissions à la Faculté de médecine pour répondre aux besoins de la population québécoise en pénurie d'effectifs médicaux en plus de favoriser l'installation de médecins en région telle que souhaitée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Ainsi, au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) des Basques, une équipe de travail intéressée au projet d'implantation d'une UMF s'est rapidement mobilisée. Pour s'assurer d'atteindre tous les objectifs requis pour son accréditation, le CSSS des Basques, qui assume le leadership de ce projet, a su rallier les MRC de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et de Kamouraska. L'UMF-KRTB a reçu son accréditation pour 12 résidents au printemps 2006 et les premiers résidents seront reçus en juillet 2006. Afin de piloter l'implantation de l'UMF, un comité de coordination a été mis sur pied.

Dans le même contexte, l'UMF de Rimouski a déposé une demande de rehaussement du budget fonctionnel et un devis exposant les besoins d'aménagement des locaux afin de valoriser l'enseignement qui y est offert depuis 20 ans. Un avis de pertinence a été émis par la Direction des affaires universitaires du ministère de la Santé et des Services sociaux considérant que l'UMF de Rimouski désire augmenter sa capacité d'accueil à 16 résidents plutôt que 12.

2.11 L'APPLICATION DE L'ENTENTE SUR LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES

En septembre 2003, le Conseil des délégués de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) adoptait la résolution de parapher l'entente relative aux activités médicales particulières (AMP), dont les quatre secteurs prioritaires sont l'urgence, les soins aux patients admis en courte durée, les soins en CHSLD ou en soutien à domicile et l'obstétrique en établissement.

En regard de cette entente, le Département régional de médecine générale (DRMG) de la région a répertorié les AMP disponibles dans les établissements du territoire pour l'année 2005-2006 et a fourni aux médecins les informations quant aux AMP qu'ils doivent effectuer selon le profil de pratique auquel ils appartiennent.

La Direction des affaires médicales continue de supporter le DRMG dans le suivi de l'adhésion des médecins de son territoire à l'entente relative aux activités médicales particulières.

2.12 LE PROJET D'INTÉGRATION DES SERVICES MÉDICAUX AUX SERVICES DE 1RE, 2E ET 3E LIGNES

En continuité des projets cliniques qui sont élaborés dans chacun des centres de santé et de services sociaux (CSSS), l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a prévu poursuivre ces travaux par l'analyse de la dispensation des services spécialisés, d'abord dans les spécialités de base et plus particulièrement les services de chirurgie générale et d'anesthésiologie. Ces travaux devaient être conduits dans le cadre des mandats de la Commission médicale régionale (CMR), mais comme les travaux sur la radiologie et la mammographie de dépistage ont dû se prolonger et que la Commission doit être remplacée par la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, les mandats concernant l'anesthésiologie et la chirurgie générale ont été repoussés à l'automne 2006.

2.13 Les activités relatives aux services d'urgence et à la traumatologie

Au cours de l'année 2005-2006, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a accompagné deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région du Bas-Saint-Laurent qui devaient poursuivre ou implanter un plan d'action pour optimiser le fonctionnement de leur service d'urgence. Le CSSS de Rivière-du-Loup a poursuivi le plan d'action qu'il avait implanté en 2004-2005. La performance remarquable de ce CSSS, observée à partir de la toute fin de l'année précédente, s'est maintenue tout au long de 2005-2006. Pour sa part, le CSSS de Matane a mis progressivement en place son plan d'action au cours de l'année 2005-2006. Des améliorations sensibles des indicateurs de ce service d'urgence ont été observées à partir de la 5e période de l'année.

Le 10 mai 2005, 21 personnes des services d'urgence de la région du Bas-Saint-Laurent ont participé à une formation organisée par le Centre de coordination nationale des urgences intitulée « Bilan postimplantation de l'Échelle de triage et de gravité (ETG) ». Cette formation avait pour but de présenter la mise à jour de l'ETG et les pistes de solution pour répondre aux situations problématiques rencontrées par les intervenants.

Le comité régional formé pour recommander le choix d'un logiciel d'informatisation des urgences (SIGDU) a poursuivi ses travaux en 2005-2006. À la suite de la recommandation de ce comité, un logiciel a été retenu et le contrat avec le fournisseur devrait être signé au début de juin 2006. L'implantation du logiciel dans les CSSS, initialement prévue en 2005-2006, devrait débuter en septembre 2006.

En octobre 2005, l'Agence a coordonné les visites d'évaluation du groupe conseil en traumatologie, volet santé physique, dans quatre centres désignés de la région du Bas-Saint-Laurent. À la suite de ses visites, le groupe conseil a maintenu les désignations de centre primaire du Centre hospitalier de Notre-Dame-du-Lac et de centre secondaire de l'Hôpital régional de Rimouski. Il a toutefois sursis aux désignations de service de stabilisation du CLSC de Pohénégamook et de centre secondaire du Centre hospitalier régional du Grand-Portage, le premier en raison d'un questionnement plus large sur la nécessité de maintenir les services de stabilisation dans des régions isolées, l'autre à cause de bris fréquents de services en orthopédie au cours de la dernière année. Des démarches ont été entreprises pour assurer la garde régionale en orthopédie et leur aboutissement devrait permettre de retrouver la désignation de centre secondaire à Rivière-du-Loup.

Le plan directeur régional en traumatologie révisé a été déposé en mars 2006 et reçu l'aval du MSSS un mois plus tard, soit le 27 avril. Le plan directeur dresse un portrait de la situation de chacun des maillons impliqués dans le continuum de services en traumatologie au Bas-Saint-Laurent et identifie les travaux à mener dans les trois prochaines années pour améliorer les services et assurer l'intégration des actions posées tout au long du continuum. Le comité régional en traumatologie, mécanisme de concertation en cette matière au Bas-Saint-Laurent, en assurera le suivi de façon régulière.

Des travaux ont également été entrepris en cours d'année pour élaborer les paramètres d'organisation de services pour la clientèle victime d'un traumatisme cranio-cérébral léger

ainsi que pour arrimer l'organisation régionale des services de santé physique, de services sociaux et de réadaptation au continuum de services pour les personnes victimes de brûlures graves. Les activités concernant ces deux dossiers se poursuivront au cours de l'année 2006-2007.

2.14 LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Formation des techniciens ambulanciers de la région

Tous les techniciens ambulanciers de la région ont reçu la formation de trois nouveaux médicaments soit la Nitro, l'Aspirine et le Ventolin. Cette formation complète l'ensemble du Programme d'administration des médicaments des techniciens ambulanciers (PAMTA).

Programme d'assurance qualité

Un nouveau programme d'assurance qualité a été instauré au cours de l'année. Étant donné l'administration des nouveaux médicaments et le nombre élevé d'interventions à réviser, un nouveau logiciel a été choisi et mis en place. Celui-ci permet, entre autres, la révision à distance des interventions par l'équipe de techniciens réviseurs. De cette façon, la révision se fait peu de temps après l'intervention ce qui permet d'intervenir plus rapidement auprès des techniciens ambulanciers lors d'écarts de protocoles et ainsi apporter rapidement les correctifs nécessaires lors d'interventions futures. Au cours de l'année 2005-2006, une vingtaine de rencontres ont eu lieu dans le cadre de ce programme.

Un programme de formation continue en entreprise a aussi été mis en place à l'automne 2005. Il s'agit de pratiques supervisées en entreprise au nombre de six par année qui s'offrent sur une base volontaire aux techniciens ambulanciers. Au 31 mars 2006, cinq de ces séances étaient données et la participation a été fort intéressante. Les commentaires recueillis sont positifs et cela a contribué à améliorer la qualité des services ambulanciers dans la région.

Au niveau du programme de révision continue, 143 tentatives de réanimation ont été effectuées et 9 individus avaient un retour de pouls avant leur arrivée au centre hospitalier.

1 840 interventions ont été effectuées au niveau du nouveau programme d'administration des médicaments entre juillet 2005 et mars 2006, ce qui représente une moyenne de 10 interventions par technicien ambulancier.

Premiers répondants

La formation de dix nouveaux premiers répondants a été dispensée dans les secteurs de Packington (5) et d'Auclair (5).

Une recertification annuelle des programmes Réanimation cardiorespiratoire (RCR) et Défibrilateurs externes automatisés (DEA) a été effectuée pour les premiers répondants des municipalités de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, d'Auclair et l'équipage de la Traverse de Rivière-du-Loup.

CAUREQ

En novembre 2005, l'Agence accordait au Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ) une subvention de 414 000 $ pour débuter les travaux reliés au projet d'agrandissement ou de réaménagement du Centre de communication santé du CAUREQ. L'Agence a accordé également au CAUREQ un montant additionnel non récurrent de 357 748 $ pour le financement des opérations reliées au secteur santé. Au cours de la prochaine année, le CAUREQ devrait procéder à l'intégration des entreprises ambulancières des trois régions concernées, soit le Bas-Saint-Laurent, la Côte-Nord et la Gaspésie – Iles de la Madeleine qui ne sont pas encore desservies à ce jour.

De plus, une entente a été conclue avec un fournisseur de la région concernant le développement du réseau de radiocommunication qui permettra le branchement des entreprises ambulancières du Bas-Saint-Laurent qui seront intégrées au CAUREQ. Le début des travaux est déjà amorcé en ce sens et devrait se finaliser au cours de la prochaine année.

2.15 Les développements en télésanté, listes d'attente en chirurgie et services de radio oncologie

Télésanté

Dans le domaine de la télésanté, l'année financière 2005-2006 a vu des avancées importantes se concrétiser.

En premier lieu, notons la poursuite, en collaboration avec le RUIS-LAVAL, du projet concernant la création d'un système d'archivage et de prise d'images en radiologie, généralement connu sous l'appellation « PACS » en imagerie médicale. En cours d'année, la région du Bas-Saint-Laurent a précisé ses besoins en ce domaine tant au niveau du rehaussement des équipements d'imagerie nécessaires pour pouvoir déployer cette technologie qu'à celui de ses liens de télécommunication devant supporter ce réseau spécifique.

Deuxièmement, un projet touchant la réadaptation physique a été implanté dans notre région en lien avec l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Ce projet de démonstration de la téléréadaptation se fait auprès de deux groupes cibles : les personnes blessées médullaires et les personnes traumatisées cranio-cérébrales. L'objectif général recherché consiste à améliorer l'accès, l'efficacité et la qualité des services spécialisés offerts à ces personnes. Il constitue une amélioration importante de services déjà dispensés par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et une nouvelle offre de service de réadaptation pour le Centre de réadaptation l'InterAction.

Enfin, dans une optique plus générale visant la télésanté, l'implantation de salles de visioconférence se poursuit. L'objectif visé est de doter chacun de nos établissements d'une salle de visioconférence afin de permettre l'actualisation du Plan de déploiement de la télésanté du RUIS-LAVAL. Ce plan prévoit la mise en opération de consultation à distance dans certains domaines d'application (téléconsultation) ainsi que la création d'un réseau de soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires (téléenseignement et téléformation). À ce jour, près de la moitié de nos établissements sont dotés de tels équipements et on compte compléter ce déploiement pour la prochaine année.

Listes d'attente en chirurgie

Les établissements de la région ont débuté le processus d'épuration des listes d'attente en chirurgie. Une première étape a été franchie en janvier 2006 portant sur certaines chirurgies ciblées notamment pour les chirurgies du genou, de la hanche et de la cataracte. Cet exercice a permis de jeter les bases d'un processus d'épuration plus systématique touchant cette fois-ci l'ensemble des listes d'attente en chirurgie. Les établissements poursuivent sur cette lancée et les secteurs de la chirurgie d'un jour et de la chirurgie avec hospitalisation non encore touchés font l'objet de travaux de cette nature. À la fin du premier semestre de l'année financière 2006-2007, ces travaux seront terminés et un mécanisme régulier visant l'épuration des listes d'attente sera en opération.

Services de radio-oncologie

Le service de radio-oncologie a atteint sa pleine maturité en 2005-2006 avec la mise en opération en janvier 2006 d'un troisième accélérateur linéaire. Par cet ajout d'équipement, la capacité annuelle de traitements est passée de 750 à 1 100 patients. Le service est maintenant en mesure de desservir un nombre supplémentaire de personnes (clientèle régionale et suprarégionale) et agir positivement sur le temps d'attente afin de maintenir ceux-ci dans les délais médicalement acceptables. À ce chapitre, l'objectif initial de n'avoir aucun patient en attente de traitement de plus de huit semaines a été maintenu. De plus, des efforts substantiels ont été déployés par l'établissement pour diminuer cette cible à un maximum de quatre semaines d'attente. Ainsi, en cours d'année, cet objectif a été atteint graduellement passant d'une moyenne de neuf patients en attente de plus de quatre semaines initialement à aucun en fin d'année (un occasionnellement).

2.16 Les projets d'immobilisations et d'achats d'équipements médicaux spécialisés

2.16.1 Projets d'immobilisations dont le financement est assuré centralement par le Ministère

Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette

Le Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette a réalisé, dans le cadre de la planification stratégique immobilière régionale, un plan directeur immobilier. En ce qui concerne l'Hôpital régional de Rimouski, il en ressort que les

travaux devront toucher en premier lieu le service d'imagerie médicale, le bloc opératoire et le rapprochement des soins critiques. Cette séquence de plus de 9 400 m² qui totalisera des travaux et des équipements pour 30 M$ sera subdivisée en trois phases. La première phase d'une envergure de 14,5 M$ touche principalement l'imagerie médicale, la pharmacie et les archives et est à l'étape du concept et des préliminaires.

Par ailleurs, en ce qui a trait à l'agrandissement du département de radio-oncologie, les travaux de construction sont complétés. La mise en marche des nouveaux équipements est complétée et le service direct à la clientèle a débuté en janvier 2006. Ce projet a exigé des investissements de 6,1 M$ pour la construction et 9,2 M$ pour les équipements médicaux et le mobilier.

Centre de santé et de services sociaux de La Mitis

Sécurité-vétusté, rénovations fonctionnelles

Dans le cadre des suites du Plan triennal 1995-1998, le projet prévoit le réaménagement de 130 lits de soins longue durée. De plus, des travaux de sécurité-vétusté touchant l'enveloppe extérieure et les services mécaniques et électriques du bâtiment sont inclus au projet. Un CT d'exécution a été accordé en mars 2003 au montant de 14,9 M$. Le processus d'appel d'offres a été complété au début de l'automne 2004. À la suite de ces dépassements de l'enveloppe, les différents partenaires ont travaillé pour résorber le dépassement. Les travaux sont débutés depuis janvier 2005 et devraient être complétés d'ici avril 2007.

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Le 29 septembre 1997, le ministre a autorisé la « mise à l'étude » du projet de rénovations fonctionnelles touchant l'urgence, les soins intensifs, les cliniques externes, la radiologie, l'obstétrique de même que les unités de soins du centre hospitalier situé à La Pocatière. Le comité d'experts du Centre de coordination national des urgences a recommandé que des travaux soient effectués rapidement. Le projet évalué à 9,9 M$ a été révisé et un nouveau concept a été déposé au début de mars 2003. Une demande pour CT d'exécution a été faite au début de l'automne 2004 et l'annonce pour la réalisation des plans et devis d'exécution a été effectuée le 25 avril 2005. Le processus d'appel est complété et la signature du contrat devrait s'effectuer d'ici peu. Par la suite, les travaux pourront s'enclencher.

Unité de médecine familiale du KRTB

Dans le cadre du déploiement des unités de médecine familiale, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de quatre territoires des MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et des Basques (KRTB) se sont regroupés pour mettre en place un projet commun. Ce projet totalise des investissements en immobilisations et en équipements de 2,2 M$ répartis dans les 4 CSSS.

Pour le CSSS des Basques, on prévoit un agrandissement de 550 m² pour un montant de 1 464 000 $ incluant le mobilier et les équipements. Pour le CSSS de Rivière-du-Loup, des réaménagements pour un montant de 660 300 $ incluant le mobilier et les équipements. Au CSSS de Kamouraska, il y aura des travaux de réaménagement mineurs et l'acquisition d'équipements pour un montant de 61 200 $. Et finalement, le CSSS de Témiscouata pourra faire l'acquisition de mobilier et d'équipements pour un montant de 17 000 $.

Le processus d'appel d'offres est en cours pour le CSSS des Basques. La construction devrait débuter à la fin de l'été. Pour les trois autres CSSS, le processus d'acquisition d'équipements est enclenché.

2.16.2 SOMMAIRES RÉGIONAUX DES FONDS D'ÉQUIPEMENTS ET D'IMMOBILISATIONS

Les investissements pour des projets d'immobilisations et d'équipements pour les secteurs santé et social

Immobilisations			
Sécurité			0 $
Vétusté			9 684 968 $
Rénovation fonctionnelle			4 341 236 $
Augmentation de capacité			0 $
		Total :	**14 026 294 $**
Équipements			
Technologies de l'information			
Médirad (Système d'information en radiologie)	0 $		
Sicheld	0 $		
DSIE	28 166 $		
Progiciels financiers	944 853 $		
Autres projets	15 514 $		
			988 533 $
Équipements médicaux et autres			
Allocations directes :	1 610 920 $		
Équipements médicaux haute technologie	6 532 320 $		
Aides techniques	79 142 $		
Équipement MAD	308 785 $		
Analyse hors laboratoire	37 659 $		
Autres	15 186 $		
			8 584 012 $
		Total :	**9 572 545 $**

Les principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés pour les centres hospitaliers de la région sont les suivantes :

Établissements de la région du Bas-Saint-Laurent
Acquisitions - Équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés

ÉTABLISSEMENT	PROJETS	SUBVENTION
CSSS de Kamouraska	Appareil d'échographie Analyseur en biochimie et immunologie	220 000 $ 160 000 $
CSSS de Témiscouata	Tomodensitomètre	1 300 000 $
CSSS de Rivière-du-Loup	Appareil mobile de radioscopie Résonance magnétique	160 000 $ 2 800 000 $
CSSS des Basques	Salle de radiologie	150 000 $
CSSS de La Mitis	Analyseur de bandelettes urinaires	35 000 $
CSSS de Matane	Table d'opération	50 000 $
CSSS de La Matapédia	Analyseur en hématologie	70 000 $

2.17 LES INTERRELATIONS ENTRE L'AGENCE ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre des travaux d'harmonisation de la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires, l'Agence a mis sur pied un comité de travail avec pour mandat de réviser le *Cadre de gestion de la reconnaissance et du soutien financier des organismes communautaires – Interactions Régie régionale et organismes communautaires*, de participer aux travaux sur le dédoublement des organismes communautaires et de s'assurer que le portrait des organismes communautaires réalisé à l'été 2005 reflète la réalité des organismes communautaires de la région.

De plus, le comité permanent de liaison, organismes communautaires et Agence, a repris ses activités en cours d'année.

2.18 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le développement des compétences

L'année 2005-2006 aura été une période de consolidation des lois nos 25, 30 et 83 portant sur les réseaux locaux de services, les projets cliniques, le regroupement des accréditations syndicales et les nouveaux rôles et responsabilités dévolus à l'Agence et aux centres de santé et services sociaux. Des modèles, des politiques, des cadres de référence et des instrumentations ont été travaillés, développés, proposés et dans la majorité des cas adoptés par les établissements du réseau sur les thèmes suivants : l'arrimage des projets cliniques avec le développement des compétences, la gestion de la contribution, la

négociation locale, l'organisation du travail, la mobilisation des personnes, la révision de l'offre de service des ressources humaines et la relève des cadres intermédiaires.

Des programmes de formations spécifiques sur la loi nº 30 ont été fournis d'abord aux équipes de direction sur la négociation locale et par la suite les formations sur les habiletés de négociation et sur les 26 matières décentralisées ont été offertes. Les programmes développés pour les clientèles suivantes se sont poursuivis : microprogramme de 2e cycle pour les candidats à la relève des cadres intermédiaires, formation continue pour les superviseurs de 1er niveau, les intervenants en santé mentale en CLSC, les intervenants en CLSC pour le programme national de formation des centres jeunesse ainsi que les infirmières auxiliaires en relation avec la loi nº 90 modifiant le Code des professions et autres.

La planification de main-d'œuvre

De nouveau cette année, le comité de planification de main-d'œuvre (PMO), composé de représentants de tous les établissements de santé et de services sociaux de la région, des maisons d'enseignement et des syndicats régionaux, a produit l'*État de la main-d'œuvre régionale en soins infirmiers et autres catégories d'emploi au 31 mars 2005.* Ce comité a identifié les titres d'emploi de pharmaciens, orthophonistes, audiologistes et physiothérapeutes comme étant présentement en situation de pénurie dans la région du Bas-Saint-Laurent. De plus, les établissements ont fait une estimation des départs prévus à la retraite sur un horizon de trois ans et ont constaté que les titres d'emploi dans le secteur des soins infirmiers (infirmiers, infirmiers auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) seront des plus recherchés dans les prochaines années. Afin de palier à ces départs, le comité PMO a convenu d'un plan d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre en identifiant des zones de priorités tant au niveau régional que local.

La coordination des stages

Dans le cadre du plan de coordination des stages pour la région du Bas-Saint-Laurent, le sous-comité réunissant les représentants des établissements de santé et des maisons d'enseignement s'est rencontré à deux occasions au cours de l'année. Ces rencontres ont permis aux différents intervenants présents d'échanger sur les difficultés rencontrées et les besoins à combler de chacun. On soulève que le nombre d'inscriptions dans les programmes de soins infirmiers (infirmiers, infirmiers auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, auxiliaires familiaux) est appréciable en comparaison aux années antérieures. En conséquence, le sous-comité s'est assuré de maximiser les places de stages et de veiller à l'intégration des futurs diplômés dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Les projets d'organisation du travail

Puisqu'il est impératif d'agir afin de contrer les effets de la pénurie de main-d'œuvre du personnel infirmier, le Ministère a consacré une nouvelle enveloppe budgétaire à son programme national de soutien à l'organisation du travail. La région du Bas-Saint-Laurent a vu deux de ses projets retenus pour lesquels un financement total de 235 499 $ a été

accordé. Deux établissements pourront implanter et faire l'expérience d'un nouveau modèle de soins, mieux adapté à l'arrivée des projets cliniques présentement en élaboration dans tout le réseau. Les objectifs poursuivis par ces projets sont de réduire les impacts d'une pénurie immédiate ou appréhendée de main-d'œuvre et de valoriser la satisfaction au travail et la mobilisation des ressources. Selon leurs résultats et leurs impacts, les projets ainsi élaborés pourront être exportés à d'autres établissements ou d'autres régions.

Concernant les trois projets de la première cohorte, leur réalisation se poursuit selon les échéanciers prévus et devraient être complétés en 2006-2007.

Les mesures administratives

Compte tenu de l'importance d'assurer la continuité des services à la clientèle, le Ministère a alloué à la région un budget spécifique de l'ordre de 239 590 $ applicable aux mesures particulières concernant le personnel clinique. Il est de la responsabilité des établissements de choisir et d'appliquer les mesures en fonction de leurs besoins respectifs. Ainsi, afin d'encourager la présence au travail et une plus grande disponibilité pendant les périodes critiques que sont l'été et les fêtes, les infirmiers, les infirmiers auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes ont pu bénéficier de différents incitatifs monétaires.

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (loi nº 90)

En relation avec la loi nº 90 modifiant le Code des professions, un colloque régional avait lieu le 19 mai 2005. Il s'agissait d'une activité de sensibilisation et d'information offerte aux différents intervenants du réseau, tant les professionnels de la santé que les gestionnaires et les médecins. Cette journée a été l'occasion de partager sur l'évolution des tâches et les responsabilités de chacun et de s'interroger sur la façon d'actualiser ce changement dans notre région. Dans un contexte de rareté de main-d'œuvre, il est essentiel d'utiliser de façon optimale nos ressources humaines et de se prévaloir de toutes les opportunités qu'offre la loi à cet effet.

La mobilisation des ressources humaines

En suivi au *Plan d'action sur la mobilisation des ressources humaines 2004-2006* déposé au Ministère par l'Agence, la majorité des établissements du Bas-Saint-Laurent ont procédé à l'analyse de leur climat organisationnel en utilisant le questionnaire du Conseil québécois d'agrément. Les données ainsi recueillies auront permis de fournir de l'information pertinente permettant ainsi aux établissements d'être en mesure de fournir un plan d'action local sur la mobilisation de leur personnel, ceci au 30 juin 2006.

Le Service régional de la main-d'œuvre

Au chapitre de la sécurité d'emploi, 48 personnes ont été inscrites au cours de l'année 2005-2006. De ce nombre, 33 personnes ont été radiées et/ou replacées lors de cette période alors que 15 personnes sécuritaires d'emploi étaient toujours inscrites au Service

régional de main-d'œuvre (SRMO) au 31 mars 2006. De plus, 790 requêtes de postes ont été traitées comparativement à 917 en 2004-2005. Pour ce qui est des cadres en stabilité d'emploi au 31 mars 2006, 11 cadres étaient en replacement et 5 cadres en préretraite ou retraite représentant un total de 16 personnes. Il est à noter que le nombre de cadres en stabilité d'emploi est passé de 14 à 16 pour la période du 1er avril 2005 au 31 mars 2006.

Le Service régional de prévention et de promotion de la santé des travailleurs (SRPPST)

Tout au long de l'année 2005-2006, les professionnels du SRPPST ont soutenu et supporté les intervenants dans les établissements de la région.

Les ateliers de praxéologie « *Programme : en action par et pour les travailleurs, vers notre santé* » se sont tenus dans sept centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région.

Le psychologue organisationnel a supporté les établissements dans l'implantation des changements et différentes sessions de formation ont été offertes aux employés de la région.

Le progiciel Prasat a migré vers la version Web, la conversion des données a été assumée par l'Agence du Bas-Saint-Laurent ainsi que les coûts de la formation.

Des formations en gestion de la présence au travail incluant la gestion des invalidités psychiatriques sur Prasat Web ainsi que le support en lien avec ces formations ont été dispensés.

La difficulté majeure rencontrée en cours d'année a été au niveau médical et le SRPPST n'a pas été en mesure de répondre à tous ses engagements en lien avec les besoins des établissements, et ce, par manque d'effectifs médicaux. De plus, le SRPPST a convenu d'une entente avec la Clinique de médecine industrielle Robert et Lizotte afin que cette clinique puisse offrir les services médicaux aux établissements, à titre d'essai, au cours des mois de juillet, août et septembre.

Le 31 octobre 2005, les membres de la Table des directeurs généraux ont décidé de mettre fin au SRPPST. L'agent de prévention et le psychologue organisationnel sont les deux seuls employés continuant à donner des services à tous les établissements de la région.

De plus, des ententes de service ont été conclues avec le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, le CRDI du Bas-Saint-Laurent et le CSSS de La Mitis pour l'obtention des services d'une conseillère en gestion de la présence au travail.

Le taux d'absentéisme a dépassé la cible de 5,48 %, fixée par le MSSS, et s'est situé à 6,30 % régionalement après les 13 périodes. Un seul établissement a atteint l'objectif. Par contre, les indicateurs de performance de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) démontrent que l'année 2005 a été la meilleure année depuis 2000. En effet, la fréquence (-21 %) et la gravité (-58 %) des accidents sont au plus bas niveau comparativement à l'année 2004-2005.

2.19 LES COMMUNICATIONS ET LES RELATIONS AVEC LA POPULATION

Les activités de communication

Support et coordination au niveau régional

L'Agence a joué un rôle de support-conseil en communication auprès des établissements de la région et également aux différentes directions de l'Agence. Ainsi, elle a assuré le soutien logistique et les communications lors de plusieurs colloques et événements tenus en cours d'année, dont entre autres :

- Lancement de la campagne de promotion de la première visite chez le dentiste à l'âge d'un an le 16 avril 2005.
- Lancement du deuxième volet de la campagne de prévention « Drogues du viol » en mai 2005.
- Inauguration du Groupe de médecine de famille du Grand-Portage (GMF) le 20 octobre 2005.
- Campagne de promotion sur les saines habitudes de vie « VASY » dans le Bas-Saint-Laurent en octobre 2005.
- Réalisation de la campagne de promotion « Défi 5/30 » en février 2006.
- Lancement en mars 2006 de la campagne « Fruits et légumes en vedette » en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux de la région.
- Campagne de promotion « Apprivoiser l'hiver » en janvier 2006.
- Réalisation de la 7e édition du « Défi J'arrête, j'y gagne! » dans le Bas-Saint-Laurent lancée en janvier 2006.
- Réalisation et diffusion d'une affiche sur la prévention du suicide au Bas-Saint-Laurent en février 2006.
- Préparation au printemps 2006 de la quatrième édition du « Jour-Tox! » par le comité organisateur régional avec les représentants du domaine de la toxicomanie et de la santé mentale.

Coordination des activités promotionnelles nationales des campagnes ministérielles

L'Agence a également coordonné au plan régional les campagnes du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent. Au cours de cette année, des activités régionales de diffusion de matériel se sont déroulées dans le cadre de la campagne sur :

- La campagne de promotion portant sur les habitudes de vie et la promotion d'activités dans le cadre de l'événement « Plaisir sur glace » de Kino-Québec.

Élaboration du site Internet de l'Agence

L'Agence a procédé à l'élaboration de son site Internet pour une mise en ligne au printemps 2006, et ce, afin de favoriser une accessibilité accrue à l'information sur ses activités et celles des établissements du réseau. Par ailleurs, l'Agence a collaboré au Portail régional du Bas-Saint-Laurent en fournissant de l'information dans la section santé et services sociaux. Coordonné par Communication-Québec, le Portail régional est un outil Internet permettant aux citoyens d'accéder facilement et rapidement à l'information sur l'actualité gouvernementale du Québec.

Relations de presse

L'Agence s'est assurée également de fournir à la population une information continue. À ce titre, 28 communiqués de presse ont été produits et le personnel de l'Agence a donné suite à environ 80 demandes d'entrevues de la part des journalistes. De plus, des chroniques de prévention sur la santé et les services sociaux ont été diffusées sur les ondes d'une radio locale tout au cours de l'année.

Publications et moyens de communication

En cours d'année, l'Agence a coordonné la publication de dépliants, de brochures et de documents d'information en regard, entre autres, des activités de promotion sur le recrutement des effectifs médicaux par les établissements de la région.

Les activités de reconnaissance

Pour une dix-huitième année consécutive, l'Agence a décerné les « Prix de reconnaissance » afin de souligner les efforts typiquement régionaux, les innovations et l'implication des différents partenaires du réseau et des autres secteurs d'activité qui se sont distingués par la grande qualité des soins et des services offerts à la population. Les candidatures qui ont été primées démontrent tout l'engagement, le dynamisme et le goût pour l'innovation de ces femmes et de ces hommes qui forment le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, l'Agence a coordonné régionalement les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

Les droits et responsabilités des usagers et l'amélioration de la qualité des services offerts

L'année 2005-2006 a été marquée par la consolidation de l'exploitation du logiciel de traitement des plaintes, le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Une nouvelle session de formation à l'intention des commissaires locaux à la qualité des services des établissements a été organisée au niveau régional en mars 2006 avec la collaboration de Sogique.

Un rapport synthèse portant sur l'examen des plaintes effectué par l'ensemble des établissements de la région et par l'Agence a été produit. Ainsi, l'ensemble des établissements ont traité 340 plaintes en 2005-2006. Pour sa part, l'Agence a procédé à

l'examen de 8 plaintes d'usagers. Par ailleurs, l'Agence a procédé à l'examen de 18 demandes d'intervention dont 16 d'entre elles concernaient des personnes hébergées dans des résidences privées ne détenant pas de permis du Ministère. Par ailleurs, l'Agence a répondu à 52 demandes d'assistance au cours de cette période.

Les mécanismes de consultation et de participation de la population à l'administration du réseau

Au cours de l'automne 2005, l'Agence a coordonné le processus d'élection et de désignation des membres de la Commission infirmière régionale et de la Commission multidisciplinaire régionale. L'Agence a également apporté sa collaboration dans le cadre de la formation de son nouveau conseil d'administration. À cet effet, le ministre de la Santé et des Services sociaux a procédé, en janvier 2006, à la nomination des dix premiers membres du conseil d'administration. De plus, trois autres membres ont également été cooptés en mars 2006. Par ailleurs, un support a été offert aux responsables des élections des conseils d'administration des établissements dans le cadre du suivi de ce processus lors de vacances survenant en cours de mandat des membres de leur conseil d'administration.

2.20 Le bilan des suivis d'appréciation de la qualité des services d'hébergement

Depuis le lancement des visites ministérielles d'appréciation de la qualité des services en CHSLD par le ministre de la Santé et des Services sociaux en 2004-2005, huit établissements de la région ont reçu la visite d'une équipe ministérielle chargée d'apprécier la qualité des milieux de vie en hébergement. En 2005-2006, les visites d'appréciation ont été étendues à d'autres milieux que les CHSLD et ont couvert les services en centre jeunesse et les services offerts par les ressources intermédiaires et de type familial.

De manière spécifique, c'est quatre établissements de la région qui ont été visités au cours de la dernière année, soit :

- Le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent en juin 2005;
- Le CSSS de Matane en octobre 2005 et le CSSS de Rivière-du-Loup en novembre 2005 pour leurs ressources de type familial et leurs ressources intermédiaires pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Le CSSS des Basques (CH de Trois-Pistoles) en décembre 2005.

Ces établissements ont tous reçu un rapport de cette visite et ont par la suite été invités à élaborer un plan d'action pour se conformer aux recommandations émises. De manière générale, les principaux éléments couverts par les recommandations touchent aux aspects suivants :

- l'amélioration de l'information transmise à la clientèle et aux proches sur les services, leurs droits, le processus de traitement des plaintes, etc.;

- l'élaboration ou la révision des plans d'intervention de manière à se conformer aux prescriptions légales;
- l'implication des proches au plan d'intervention et au suivi de la personne.
- la conformité avec les orientations ministérielles visant les mesures de contention;
- la mise en place d'un intervenant accompagnateur;
- l'organisation des repas et la qualité de l'alimentation;
- le nombre et la nature des activités récréatives et sociales;
- le respect de l'intimité de la personne;
- l'aménagement des aires de vie;
- la formation au personnel sur différents volets ainsi que le suivi et l'intégration des acquis de ces formations;
- les plans de sécurité incendie et de mesures d'urgence en ressources intermédiaires ou de type familial;
- l'accès aux services spécialisés ou de réadaptation.

Un suivi spécifique des plans d'action des établissements est effectué par l'Agence en collaboration avec le Ministère. Ce suivi permet de constater l'état d'avancement des plans d'action et d'apporter les correctifs requis afin d'améliorer la qualité des services offerts aux usagers.

Finalement, puisque ce processus a été rendu permanent par le ministre en juin 2004, d'autres établissements seront visités au cours des prochaines années, soit pour le volet hébergement et soins de longue durée, soit pour le volet hébergement de différentes clientèles en ressources de type familial ou en ressources intermédiaires.

CHAPITRE 3 : LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

L'exercice 2005-2006 a été marqué par un souci constant d'assurer une plus grande validité des données. Cette préoccupation s'est principalement concrétisée par des formations systématisées des intervenants responsables de la saisie des données dans les établissements du réseau. Également, l'Agence participe activement au comité ministériel sur les indicateurs de résultat afin d'assurer la validité et la fiabilité des indicateurs de résultats retenus pour être intégrés aux ententes de gestion.

Le suivi des indicateurs de résultats et des autres attentes inscrites aux ententes de gestion et d'imputabilité fait de plus en plus partie du quotidien de gestion des établissements et de l'Agence. La reddition de comptes dépasse maintenant la simple transmission de données statutaires, elle interpelle tous les niveaux de gestion à explorer les causes des écarts et à mettre en place, lorsque requis, les mesures correctrices appropriées.

Les ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements représentent maintenant le véhicule privilégié de communication des attentes respectives. Ce processus d'imputabilité permet de cerner les orientations régionales et d'identifier clairement les priorités annuelles en termes d'organisation ou de réorganisation de services. Le défi consiste à y consigner, en plus des grandes orientations plus générales, des actions concrètes et mesurables qui permettent de situer le niveau d'évolution de chaque établissement vers l'atteinte des orientations nationales et régionales.

Chaque établissement a identifié une personne responsable du suivi de gestion. Il reste maintenant, dans la majorité des cas, à adopter officiellement des règles de saisie, d'analyse, de contrôle, de validation et de conservation des données qui sont des préalables essentiels à l'amélioration de la fiabilité de l'information.

Nous pouvons maintenant affirmer que cette nouvelle pratique de gouverne axée sur la reddition de comptes et l'imputabilité permet une plus grande cohérence entre les orientations nationales, régionales et locales. De plus, les fonds publics contribuent encore davantage à la réalisation de ces objectifs communs.

Le présent bilan de suivi de gestion fait état des résultats attendus et des réalisations pour chacun des axes d'intervention suivants :

- Promotion et prévention – Jeunes et familles
- Prévention – Tabagisme
- Dépistage du cancer du sein
- Protection – Infections transmissibles sexuellement et par le sang
- Services infirmiers et psychosociaux généraux – Info-Santé
- Services infirmiers et psychosociaux généraux – Services psychosociaux
- Services dans la communauté – Personnes âgées en perte d'autonomie
- Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

- Soutien à domicile – Déficience physique
- Soutien à domicile – Déficience physique – Doutien à la famille
- Services spécialisés – Déficience physique
- Soutien à domicile – Déficience intellectuelle
- Soutien à domicile – Déficience intellectuelle – Soutien à la famille
- Soutien à domicile – Trouble envahissant du développement
- Soutien à domicile – Trouble envahissant du développement – Soutien à la famille
- Services spécialisés – Trouble envahissant du développement – 0-5 ans
- Services spécialisés – Trouble envahissant du développement – 6 ans et +
- Services de première ligne – Jeunes et leur famille en difficulté
- Promotion et prévention – Jeunes et familles
- Services de deuxième ligne – Jeunes et leur famille en difficulté
- Services de première ligne – Toxicomanies
- Jeu pathologique
- Services de première ligne – Santé mentale
- Services de crise et d'intégration dans la communauté – Santé mentale
- Services d'urgence
- Soins palliatifs
- Lutte contre le cancer
- Chirurgie
- Gestion des bâtiments et des équipements
- Personnel du réseau et du Ministère
- Prévention des infections nosocomiales
- Prestation sécuritaire des services
- Équilibre budgétaire

3.1 LE BILAN DE SUIVI DE GESTION SELON LES AXES D'INTERVENTION

3.1.1 AXES D'INTERVENTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2005-2006

PROMOTION ET PRÉVENTION – JEUNES ET FAMILLES

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en s'assurant de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année et rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté).	86 %	75 %	91 %

Commentaires

Le nombre de femmes rejointes en 2005-2006 par des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (volet extrême pauvreté) s'élève à 154 selon la donnée du I-CLSC. L'entrée des données de cette clientèle dans la fiche de périnatalité du I-CLSC permet d'évaluer plus assurément la clientèle rejointe dans ce volet des SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité).

Le repérage précoce de ces femmes et familles est facilité, dans la pratique, par l'outil de référence régional « Déclaration de grossesse et référence ».

Noter que la proportion de 91 %, présentée dans les résultats, a été estimée à partir du dénominateur des mères de 20 ans et plus et sous-scolarisées pour 2004-2005. Le revenu n'étant pas considéré dans le dénominateur, cette proportion serait sans doute encore plus élevée. Par ailleurs, si le dénominateur utilisé était celui des mères de 20 ans et plus sous-scolarisées pour 2005-2006 (en référence réelle aux mères ayant accouché en 2005-2006**), alors la proportion de la population rejointe atteindrait 73 %. Elle pourrait s'élever un peu plus si le revenu venait cerner davantage cet indicateur.

Conséquemment, on peut tout de même conclure que la région et la plupart des territoires de CSSS rejoignent effectivement bien cette population ciblée en fonction des résultats attendus à cause des moyens mis en place (incluant le financement régional qui a été attaché à ce programme dans le passé). Toutefois, à cause du dénominateur choisi, il devient difficile d'établir une proportion juste.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

** Selon les informations du fichier régional des « Avis de naissances ».

PRÉVENTION – TABAGISME

Objectif de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	179	196	179

Commentaires

La cible 2005-2006 n'a pas été atteinte, mais le nombre de fumeurs rencontré a été maintenu si on le compare aux résultats réels de 2004-2005.

Certains CSSS de la région offrent des services de cessation à l'extérieur du centre d'abandon tabagique faisant ainsi en sorte qu'une partie de l'activité est exclue des statistiques régionales.

Au cours de 2006-2007, l'Agence compte trouver conjointement avec les établissements un moyen de quantifier ce volume d'activité.

De même, en 2005-2006, 38 fumeurs ont été rencontrés en groupe et ces données ne font pas partie du résultat présenté. En considérant ces 38 individus, la performance régionale serait de 217 fumeurs ayant reçu des services, ce qui est largement supérieur à la cible qui a été convenue.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Objectif de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	54,4 %	54,4 %	61,0 %
Taux de détection initial du cancer du sein	6,2 %	5,0 %	6,3 %
Taux de détection subséquent du cancer du sein	3,5 %	3,5 %	8,8 %
Taux de référence initial pour investigation	11,7 %	11,7 %	12,7 %
Taux de référence subséquent pour investigation	9,5 %	9,5 %	8,0 %

Commentaires

La région a atteint sa cible quant aux taux de participation et de détection. Les taux de référence pour investigation demeurent acceptables considérant le niveau des cibles établies.

Dès 2006-2007, la région se sera positionnée clairement quant au mode de dispensation du service de mammographie sur l'ensemble de son territoire permettant ainsi une meilleure accessibilité tout en assurant un niveau de qualité optimal d'analyse et d'interprétation des résultats.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

PROTECTION – INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Objectif de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	809	809	1 315
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP	988	988	1 253

Commentaires

L'augmentation du volume de tests de dépistage des ITSS est principalement attribuable à l'augmentation des tests nominaux de VIH.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX – INFO-SANTE

Objectif de résultats 2005-2010	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux d'utilisation du service Info-santé	328,9	328,9	335

Commentaires

La couverture 24/7 du service Info-santé est centralisée dans un CSSS de la région ce qui permet une plus grande efficience dans l'organisation du travail et une excellente accessibilité pour la population de toute la région.

La proportion des appels répondus à l'intérieur d'un délai de deux minutes correspond à 73,5 % et se situe très favorablement par rapport à la cible nationale de 70 %. Le délai moyen d'attente correspond à 1,29 minutes et près de 58 % des appels ont trouvé une réponse ne requérant pas de procéder à une référence.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX – SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 596	4 596	3 612
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,1	4,1	3,64

Commentaires

La région n'a pas atteint sa cible en ce qui concerne les services psychosociaux généraux. Cette situation est principalement attribuable aux effets de la formation dispensée à l'ensemble des intervenants du réseau afin de bien identifier les profils d'intervention des usagers. Ceci a eu pour effet de diminuer le nombre d'interventions qui étaient auparavant attribuées aux services psychosociaux généraux et d'augmenter celles imputées en santé mentale. Toujours dans cette même logique, certains CSSS imputaient des psychologues dans le centre d'activité 6562 en 2004-2005 ce qui avait comme impact de surévaluer le volume d'activités observé de près de 700 usagers. On peut donc considérer, à juste titre, que le résultat de 2004-2005, qui a servi de base à la détermination de la cible 2005-2006, était sensiblement surévalué.

À noter que certains CSSS offrent des interventions de groupe ou des cliniques préventives qui s'adressent soit à l'ensemble de la population ou à des groupes vulnérables aux prises avec des problématiques psychosociales. Ces données statistiques ne sont pas compilées par les systèmes d'information qui servent à mesurer l'atteinte des cibles. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'interventions réelles qui contribuent significativement à améliorer l'offre de service régionale par la prévention de différentes problématiques et la diminution des listes d'attente. En 2005-2006, 173 usagers ont obtenu des services en tant que participants à des groupes.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ – PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Objectif de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	6 077	5 618	5 933
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	19,8	20,8	19,3

Commentaires

La région dépasse largement sa cible. À 17,9 %, le taux de pénétration du service est excellent et se situe même au dessus de la cible 2010 qui est établie à 16 %. Par contre, le niveau d'intensité demeure près du seuil de 19 interventions par usager. Ce résultat peut s'expliquer en partie par la présence régionale des entreprises d'économie sociale qui offrent près de 375 000 heures de services d'aide à la vie domestique à plus de 3 600 personnes de 65 ans et plus. Ces entreprises, présentes sur tout le territoire, comptent pour plus de 10 % de l'offre de service nationale via le programme d'exonération de la RAMQ pour une population régionale qui représente moins de 3 % de l'ensemble de la population provinciale.

Ces interventions des entreprises d'économie sociale sont faites par des auxiliaires familiales dans les CSSS de régions moins bien nanties en ce type d'entreprises. Les interventions alors rendues par les auxiliaires familiales contribuent à augmenter l'intensité des services, ce qui n'est pas le cas dans notre région.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,98	3,0	2,99
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,24	0,24	0,24

Commentaires

Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance ainsi qu'en services professionnels se situe actuellement au niveau de sa cible régionale et de la cible nationale.

La diminution anticipée du nombre de lits permettra de maintenir ce niveau de performance global et de favoriser une standardisation de l'offre de service de l'ensemble des CSSS à ce titre.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE

Objectif de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 317	2 317	2 404
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,0	12,0	11,7

Commentaires

La région a dépassé sa cible en ce qui concerne le nombre de personnes desservies. Cependant, l'intensité des services de soutien à domicile, bien que respectant la cible régionale, reste inférieure au seuil ministériel de 14,5 interventions par usager. De la même manière que pour les personnes en perte d'autonomie, il faut considérer que les personnes présentant une déficience physique obtiennent une quantité importante de services par le biais des entreprises d'économie sociale et du chèque emploi service et que ces interventions ne font pas partie des données du suivi de gestion.

En 2005-2006, 332 000 heures de services ont été allouées dans le programme de maintien à domicile soit par le chèque emploi service ou par le biais des entreprises d'économie sociale. Ce mode de dispensation de services contribue donc significativement à l'intensité globale de l'offre de service à domicile des clientèles présentant une déficience physique.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE – SOUTIEN À LA FAMILLE

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	226	227	223

Commentaires

Les résultats observés se situent légèrement sous la cible régionale, mais largement au-dessus du seuil. En effet, la région rejoint 5,4 % du nombre de familles estimés alors que le seuil est de 3,5 %.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES SPÉCIALISÉS – DÉFICIENCE PHYSIQUE

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en les maintenant.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	715	720	778
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	295	380	393
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	259	280	365
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	124	163	127

Commentaires

À l'exception des services spécialisés destinés aux personnes souffrant de troubles de la parole et du langage, l'ensemble des cibles régionales relatives à la déficience physique a été largement atteint.

La problématique rencontrée au regard des services aux personnes ayant une déficience de la parole et du langage relève de l'absence d'une orthophoniste au Centre de réadaptation et de l'impossibilité de combler le remplacement. Malgré cette situation, seulement 20 enfants étaient en attente de services spécialisés au 31 mars 2006 et 14 de ceux-ci recevaient cependant des services de leur CSSS.

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	250	250	266
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	10,26	10,26	9,0

Commentaires

La cible régionale a été atteinte et même dépassée. D'ailleurs, toute la clientèle présentant une déficience intellectuelle référée aux services de soutien à domicile des CSSS est prise en charge.

Toutefois, l'intensité du service, bien que n'ayant pas atteint la cible, se situe au dessus du seuil de 7 interventions par usager, mais reste cependant inférieure à la cible de 13. Cela tient au fait qu'un grand nombre de personnes déficientes intellectuelles sont présentement hébergées en RI ou en RTF et que le réseau familial continue de répondre en grande partie aux besoins d'aide à la vie quotidienne et domestique des personnes qui vivent dans leur communauté. Le niveau du soutien aux familles dépasse d'ailleurs largement les cibles régionales et nationales.

SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE – SOUTIEN À LA FAMILLE

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	179	193	195

Commentaires

Le résultat observé dépasse largement les cibles régionales et nationales qui sont respectivement de 193 et 188. On constate également une augmentation de 9 % en un an du nombre d'usagers dont la famille reçoit des services de soutien.

Le réseau familial répond en grande partie aux besoins liés à la vie quotidienne des personnes ayant une déficience intellectuelle et vivant dans leur communauté. Les CSSS lui apportent un soutien concret.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SOUTIEN À DOMICILE – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Objectif de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	32	37	32
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	4,4	5,5	3,3

Commentaires

La cible concernant le nombre de personnes à desservir n'est pas atteinte et ne pourrait guère l'être car toute la clientèle présentant un trouble envahissant du développement référée aux services de soutien à domicile est prise en charge par les CSSS. Le niveau d'intensité des services offerts se situe sous la cible régionale et le seuil national de 4,6 interventions par usager, mais il est compensé par un niveau de soutien aux familles qui dépasse largement les cibles.

On remarque que l'intensité de service est très variable d'une année à l'autre considérant le très petit nombre d'usagers et la très grande variabilité dans les besoins de ce type de clientèle.

SOUTIEN À DOMICILE – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT – SOUTIEN À LA FAMILLE

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	74	64	78

Commentaires

La famille continue de répondre en grande partie aux besoins d'aide à la vie quotidienne et domestique des personnes TED qui vivent dans leur communauté.

Le niveau de soutien aux familles dépasse donc largement la cible régionale qui elle-même se situe bien au-delà de la cible 2010 du MSSS de 55 usagers.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES SPÉCIALISÉS – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT – 0–5 ANS

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	8	13	12
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	17,7	20,0	15,24

Commentaires

Le nombre de jeunes TED bénéficiant de services d'intervention comportementale intensive est passé de 8 en 2004-2005 à 12 au cours de la dernière année. Il s'agit là d'une augmentation de 50 % en un an. Le nombre d'heures de services se situe par contre sous la cible des 20 heures semaine, mais cette situation est hors du contrôle des intervenants et dépend bien souvent de la disponibilité des usagers et de leurs parents.

En 2006-2007, l'Agence compte mettre en place les mesures qui permettront d'offrir le service à tous les jeunes concernés et de s'assurer que les 3 jeunes en attente au 31 mars 2006 soient desservis le plus rapidement possible.

SERVICES SPÉCIALISÉS – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT – 6 ANS ET PLUS

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans, et en augmentant le nombre d'adultes desservis âgés de 21 ans et plus.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	62	74	80
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	44	49	53

Commentaires

Les résultats observés dépassent largement les cibles régionales et nationales. Toutes les personnes connues du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle reçoivent les services spécialisés adaptés à leur condition.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	3 882	3 882	3 905
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,0	7,0	6,7

Commentaires

La cible a été dépassée. De plus, le nombre de jeunes et leur famille rejoints se situe au dessus de la cible 2010 qui est de 2505 usagers. L'intensité est un peu sous la cible régionale mais elle est bonne si on considère le seuil et la cible ministérielle qui sont respectivement de 6 et 7 interventions par usager.

PROMOTION ET PRÉVENTION – JEUNES ET FAMILLES

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en s'assurant de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année et rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (volet Programme de soutien aux jeunes parents)	92 %	90 %	100 %

Commentaires

La proportion des femmes ayant accouché dans l'année et rejointes par des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (volet jeunes parents) dépasse les cibles régionales de même que la cible 2010 établie par le MSSS. Dans tous les territoires de CSSS, la presque totalité des femmes ciblées par le programme sont rejointes.

Le repérage précoce de ces femmes et familles est facilité par l'outil de référence régionale « Déclaration de grossesse et référence ».

L'entrée des données de cette clientèle dans la fiche de périnatalité du I-CLSC permet d'évaluer plus assurément la clientèle rejointe dans ce volet des SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité).

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE – JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

Objectif de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA, dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation à la Protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	24,5	20,9	21,1
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	18,3	18,3	18,9
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	4	4	0

Commentaires

Avec une baisse de 3,4 jours du délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse, on ne peut que constater l'amélioration sensible du service. Bien que le Centre jeunesse ait connu une hausse de signalement au cours de l'année financière, passant de 1 994 à 2 147, l'établissement a atteint 21,1 jours calendrier de délai d'attente à l'évaluation de la LPJ.

Pour ce qui est du délai moyen d'attente à l'application des mesures, celui-ci a légèrement augmenté, passant de 18,3 jours en 2004-2005 à 18,9 jours en 2005-2006. Ce résultat fut atteint grâce à un budget non récurrent octroyé par l'Agence ainsi qu'à une diminution du nombre d'enfants recevant des services de protection. Bien que la cible régionale n'ait pu être atteinte, le nombre de jours d'attente se situe déjà très favorablement par rapport à la cible 2010 qui est de 30.

En ce qui concerne le nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %, la cible fut amplement dépassée car aucune semaine n'excède la limite de 8 %. Cette cible fut atteinte grâce au déplacement de la clientèle (22 jeunes) vers d'autres centres jeunesse et à l'hébergement 0-72 heures par l'ouverture d'un milieu d'accueil. Cette situation n'est pas idéale eu égard à la philosophie d'intervention des centres jeunesse et de la LPJ qui vise un rapprochement parent-enfant. Par ailleurs, l'augmentation de l'intensité par une diminution de la charge de cas peut, à moyen terme, contribuer à la diminution du taux d'engorgement.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE – TOXICOMANIES

Objectif de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	145	125	251

Commentaires

Le nombre de jeunes évalués et référés en alcoolisme et toxicomanie se trouve largement au-dessus des cibles régionales et nationales qui sont respectivement de 125 et 99 jeunes évalués et référés.

Les intervenants de première ligne des CSSS et des milieux scolaires sont davantage sensibilisés et détectent de façon plus systématique les jeunes qui peuvent présenter un problème de consommation.

JEU PATHOLOGIQUE

Objectif de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	189	208	189

Commentaires

La cible n'a pas été atteinte, cependant, le nombre de joueurs traités dépasse le seuil national de 160. La faiblesse par rapport à la cible régionale s'explique en partie par une offre de service en jeux pathologiques qui demeure mal connue de la population régionale et par l'absence de détection et de référence de première ligne.

Les actions qui seront entreprises afin d'améliorer cette situation viseront les services de première ligne offerts par les CSSS et par les organismes communautaires.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE – SANTÉ MENTALE

Objectif de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	101	384	120
Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale en CLSC (mission CLSC)	1 871	2 129	2 025

Commentaires

L'intervention de première ligne auprès des jeunes demeure très insuffisante. Bien que les statistiques montrent une amélioration par rapport à l'exercice 2004-2005, il n'en demeure pas moins que la performance régionale se situe significativement sous le seuil national de 362 usagers.

Dès 2006-2007, des investissements importants sont prévus afin d'améliorer l'offre de service de première ligne en santé mentale jeunesse. Ces ajouts de ressources devraient permettre aux CSSS d'atteindre la cible 2010 dès 2007-2008.

Au niveau des adultes, la situation est différente. En effet, la région atteint presque la cible régionale et se situe à mi-chemin entre le seuil et la cible nationale qui sont respectivement de 1 642 et 3 296 usagers. Cependant, cette amélioration apparente peut s'expliquer en partie par des modifications dans l'imputation des statistiques par les professionnels, celles-là même qui expliquent une partie de la diminution du volume observé au niveau des services psychosociaux généraux.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ – SANTÉ MENTALE

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	69	154	64
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	216	140	195

Commentaires

Ces résultats montrent encore la nécessité de préciser les rôles, de revoir les responsabilités de chacun des services, mais aussi de s'assurer d'une compréhension et d'une comptabilisation adéquate des données statistiques concernant le suivi intensif et le suivi d'intensité variable dans la communauté.

L'Agence entend jouer un rôle important afin d'assurer qu'une démarche régionale impliquant tous les CSSS concernés débouche sur une réorganisation de l'offre de service spécifique de soutien dans la communauté afin que les personnes qui ne requièrent pas des services de soutien intensifs puissent bénéficier d'un soutien d'intensité variable mieux adapté à leur situation.

L'indicateur qui fait l'objet d'un monitorage périodique représente le nombre moyen de personnes rencontrées dans une période alors que la cible 2010 établie par le MSSS fait état d'un nombre de personnes ayant eu recours aux services de soutien dans la communauté. Considérant qu'il y a un taux important de roulement des clientèles, principalement pour ce qui est du suivi d'intensité variable, ces deux données ne sont pas comparables. Ainsi, même si la région n'a pu rencontrer en moyenne que 64 personnes par période en soutien d'intensité variable, c'est en réalité 310 personnes différentes qui ont été vues en 2005-2006. Ce résultat est davantage comparable au seuil et à la cible 2010 qui se situent respectivement à 150 et 495 usagers.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SERVICES D'URGENCE

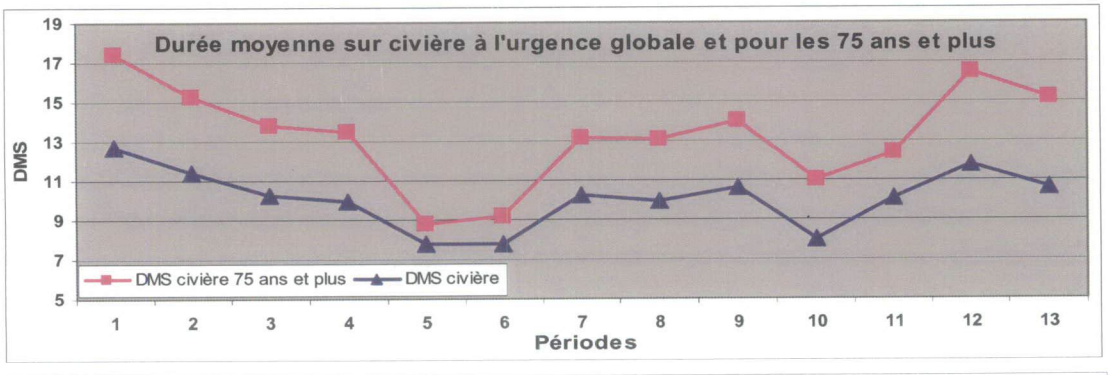
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

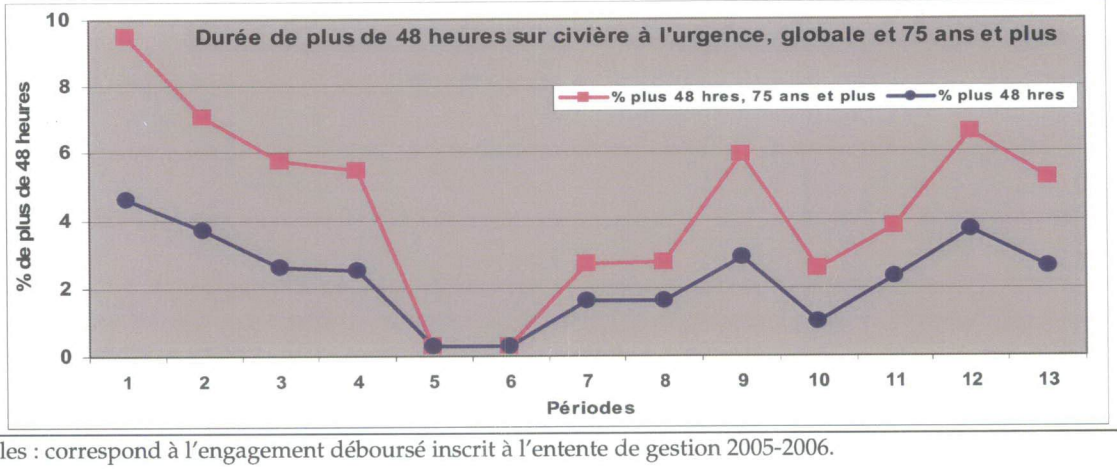
Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Séjour moyen sur civière	11,2	12,0	10,1
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,9	13,0	13,4
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,3 %	1,0 %	2,3 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	5,8 %	3,3 %	4,6 %

Commentaires

Les cibles des séjours moyens sur civière pour l'ensemble des patients et pour les personnes de 75 ans et plus sont atteintes en 2005-2006 avec des séjours moyens respectifs de 10,1 heures et 13,4 heures. Les cibles des pourcentages de patients séjournant 48 heures et plus sur civière ne sont pas atteintes ni pour l'ensemble des patients ni pour les personnes de 75 ans et plus. Dans les deux cas, l'écart à la cible est de 1,3 %.

Les quatre résultats observés constituent une amélioration par rapport à l'année 2004-2005. Les deux indicateurs de séjour moyen ont diminué d'au moins une heure et les deux indicateurs de pourcentage de séjour de 48 heures et plus ont baissé d'au moins 1 %. Deux des trois urgences monitorées ont mis en application ou poursuivi un plan d'action pour améliorer le fonctionnement de leur urgence.





* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

SOINS PALLIATIFS

Objectif de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	782	744	632
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	16,1	16,0	19,3

Commentaires

En général, les établissements de la région n'atteignent pas les cibles quant au nombre de personnes rejointes par les services de soutien à domicile, mais l'intensité des services dispensés dépasse largement la cible régionale et nationale qui est de 16 interventions par usager.

Le fait que nous ayons un nombre supérieur à la moyenne provinciale de personnes en perte d'autonomie hébergées en soins de longue durée peut expliquer partiellement le plus petit nombre de personnes rejointes en soins palliatifs à domicile puisque les personnes hébergées décèdent en établissement où des soins palliatifs leur sont d'ailleurs offerts.

Les CSSS répondent aux demandes et toutes les références font l'objet d'un traitement approprié.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

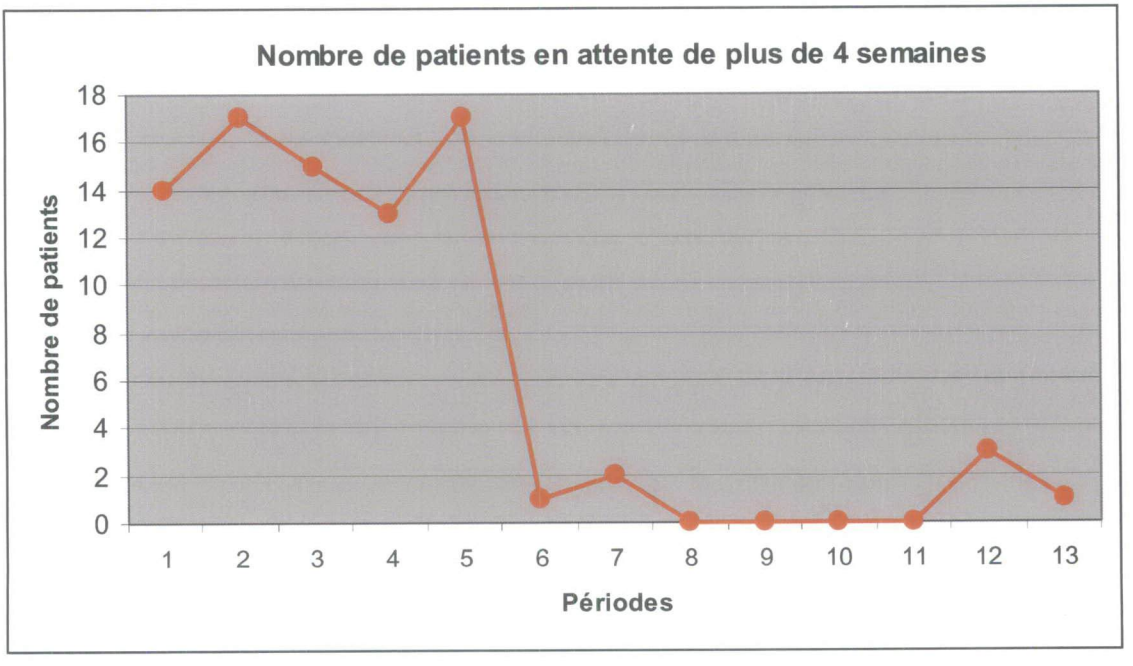
LUTTE CONTRE LE CANCER

Objectif de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 8 semaines.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	0	0	0

Commentaires

En 2005-2006, l'objectif initial de n'avoir aucun patient en attente de traitement de plus de 8 semaines a été maintenu. De plus, des efforts substantiels ont été déployés par la région pour diminuer cette cible à un maximum de 4 semaines d'attente. Ainsi, en cours d'année, cet objectif a été atteint graduellement passant de 14 patients en attente de plus de 4 semaines à la fin de la première période, à un seul en fin d'année.



Pour ce qui est du nombre total de personnes en attente de traitement en radiothérapie, celui-ci est passé de 49 en début d'année à 32 à la fin de la dernière période de l'année financière. Cette baisse est attribuable d'une part à l'allongement des plages horaires de traitements et de la mise en opération d'un troisième accélérateur linéaire et, d'autre part, en raison d'un léger fléchissement de la clientèle. À cet égard, notons que le nombre total de personnes traitées est passé de 816 en 2004-2005 à 782 en 2005-2006. Cependant, le nombre de traitements administrés était en légère hausse.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

CHIRURGIE

Objectif de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	143	136	142
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	219	201	182
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 564	1 615	1 519
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5 932	5 720	6 340
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	5 358	5 556	5 392

Commentaires

Les attentes en arthroplastie totale de la hanche ont été dépassées de 6 cas et celles du genou enregistrent un déficit de 19 cas. Cette situation est attribuable à l'absence (4 mois) pour cause de maladie de l'orthopédiste ayant la clientèle la plus nombreuse dans ce domaine au Bas-Saint-Laurent. Les listes d'attente pour ces types de chirurgie se sont comportées en conséquence. Celle de la hanche a diminué de 33 cas (76 à 43) et celle du genou a augmenté de 49 cas (72 à 121). Le nombre de patients hors délai a varié, respectivement dans les mêmes proportions, soit de 37 à 22 et de 36 à 64.

En ce qui concerne la chirurgie de la cataracte, on assiste à une baisse de production marquée. En effet, l'année se solde par une diminution de 45 cas en rapport avec le résultat du dernier exercice financier et de 96 cas sur la cible escomptée en 2005-2006. Encore ici, le petit nombre de ressources médicales spécialisées, et par le fait même leur fragilité, joue en défaveur de la région. Durant l'année écoulée, deux ophtalmologistes ont cessé d'opérer et un troisième a dû cesser ses activités durant plusieurs mois pour cause de maladie. Cette situation a provoqué une hausse de 60 cas supplémentaires sur la liste d'attente (346 à 406) et de 28 autres (36 à 64) hors délai.

Au niveau de la chirurgie avec hospitalisation, le résultat obtenu est supérieur de 34 cas à la production enregistrée pour l'année financière 2004-2005, mais il est de 164 cas inférieur à la cible fixée pour 2005-2006. En conséquence, le nombre de patients en attente a diminué de 30 cas (871 à 841) et celui hors délai de 21 cas (376 à 355).

Enfin, on enregistre, au chapitre de la chirurgie d'un jour, une augmentation substantielle de production de 620 cas. Paradoxalement, le nombre de personnes en attente a augmenté de 397 cas (1409 à 1806) et celui hors délai de 233 cas (339 à 572). Il faut conclure que la demande en chirurgie d'un jour a excédé la capacité de production régionale et qu'une gestion plus serrée de la liste d'attente doit être instaurée.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

Objectif de résultats 2005-2010	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux des dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	23,5 %	23,5 %	N/D
Consommation en gigajoules par mètre carré	1,73	1,73	1,59

Commentaires

Historiquement, la région se positionne très favorablement quant à la proportion des dépenses consacrées en administration et soutien aux services. La cible 2005-2006 devrait être atteinte. Cette donnée sera disponible uniquement lorsque les établissements auront produit leurs états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2006.

À court terme, la cible régionale est atteinte en ce qui concerne la consommation énergétique. Les conditions climatiques favorables ayant joué en notre faveur, la performance de 2005-2006 se situe significativement sous le niveau attendu de consommation.

PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

Objectif de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,24	5,48	6,30

Commentaires

Neuf établissements sur dix ont dépassé la cible fixée par le MSSS, mais de ce nombre, six présentent des écarts relativement peu importants.

Le délai pour les consultations en spécialité est très long, ce qui occasionne un impact sur la durée des invalidités.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Objectifs de résultats 2005-2010	Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier courte durée - 1 ETP pour 133 lits de courte durée	6	6	6
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée - 1 ETP pour 250 lits de longue durée	6	8	5

Commentaires

En 2004-2005, l'Agence a accordé un financement permettant l'ajout de 5,8 ETP aux ressources déjà en place dans les établissements, et ce, afin de supporter la prévention des infections nosocomiales. Cet investissement visait à diminuer significativement le nombre d'infections, notamment celles résistantes aux antibiotiques. Ces ressources sont supportées par leur comité local de prévention des infections et un comité régional favorise la concertation entre les établissements depuis décembre 2003.

Les six établissements du Bas-Saint-Laurent offrant des soins de courte durée ont atteint le ratio de professionnel de 1 ETP pour 133 lits de courte durée en prévention des infections.

Au niveau de la longue durée, la contribution initiale au programme de prévention des infections de certaines personnes, principalement des gestionnaires de programme, n'a pas été maintenue suite à l'investissement effectué en 2004-2005. Il existe donc un écart entre le nombre de ressources professionnelles affectées à la prévention des infections et les recommandations nationales. Cinq des huit CSSS respectent le ratio de 1 ETP pour 250 lits de longue durée. Toutefois, la fermeture prévue de lits de longue durée pourrait améliorer la situation en 2006-2007.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES

Objectif de résultats 2005-2010	Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* [1] 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	7	10	10
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	7	10	10
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	9	10	10
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	9	10	10
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	5	10	10

Commentaires

Tel que prévu aux cibles, tous les établissements de la région ont respecté leurs obligations en termes de prestation sécuritaire des services.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

[1] La cible étant 100 % des établissements, inscrire dans cette colonne le nombre total d'établissements de la région pour pouvoir juger du degré d'atteinte de la mesure.

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Objectif de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles* 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Résultat d'exploitation	2 794 552 $	962 257 $	1 206 111 $

Commentaires

L'évolution des résultats 2005-2006 par rapport à ceux de 2004-2005 indique clairement l'orientation régionale d'équilibre budgétaire prise en début d'année financière. En effet, de concert avec les établissements de la région, l'Agence a pris une position ferme en fixant comme objectif annuel le déficit zéro, et cela, même si une cible ministérielle était autorisée. Les efforts constants et l'amélioration substantielle des résultats ont fait en sorte que la cible régionale a presque été atteinte. Des travaux d'optimisation sont en cours qui nous permettront de s'assurer du respect de notre cible pour l'année 2006-2007.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

CHAPITRE 4 : LES DONNÉES FINANCIÈRES

4.1 LES RÉSULTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

4.1.1 RAPPORT DE LA DIRECTION EN REGARD DES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne la vérification.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

Le directeur des ressources financières et matérielles par intérim,

Jacques A. Lévesque

4.1.2 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS



VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2006 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 6 juin 2006. 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 l'article 395 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 du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 22 septembre 2006

4.1.3 ÉTATS DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds d'exploitation **Exercice terminé le 31 mars 2006**

RÉSULTATS

PRODUITS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS : - Budget signifié	01	6 018 575 $	6 141 514 $		
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	180 309 $	125 080 $	72 750 $	4 958 $
Total (L. 01+ L.02)	03	6 198 884 $	6 266 594 $	72 750 $	4 958 $
Revenus d'intérêts	04	34 144 $	37 026 $	48 510 $	44 249 $
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources: - Contributions de l'avoir-propre	06				
- Contributions de fonds affectés	07				
- Contributions du fonds des activités régionalisées	08				
- Autres	09	601 983 $	660 226 $	284 971 $	264 211 $
TOTAL (L.03 à L.09)	10	6 835 011 $	6 963 846 $	406 231 $	313 418 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation:					
- Salaires - personnel cadre	11	552 333 $	515 489 $		
- Salaires - personnel autre	12	2 748 140 $	2 693 413 $	45 840 $	49 588 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	87 571 $	88 387 $		
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	516 925 $	551 792 $	10 635 $	7 691 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	18 376 $	1 444 $		
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	86 390 $	97 255 $		1 625 $
- Charges sociales - personnel cadre	17	58 314 $	55 954 $		
- Charges sociales - personnel autre	18	377 875 $	377 491 $	7 280 $	7 283 $
	19				
- Frais de déplacement et d'inscription	20	272 184 $	238 519 $	18 637 $	12 716 $
- Services achetés	21	581 296 $	670 971 $	262 833 $	186 423 $
- Communications	22	206 283 $	197 840 $	10 238 $	757 $
- Loyer	23	426 697 $	414 118 $		
- Location d'équipement	24	900 $	744 $		
- Fournitures de bureau	25	87 708 $	87 056 $	2 258 $	3 086 $
- Autres frais	26	97 298 $	164 056 $		
- Charges non réparties	27	547 189 $	598 865 $		
- Transfert de frais généraux	28				
- Charges extraordinaires	29				
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.29)	30	6 665 479 $	6 753 394 $	357 721 $	269 169 $
Dépenses d'immobilisations	31	158 432 $	152 048 $		
TOTAL (L.30 + L.31)	32	6 823 911 $	6 905 442 $	357 721 $	269 169 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.32)	33	11 100 $	58 404 $	48 510 $	44 249 $

Fonds des activités régionalisées **Exercice terminé le 31 mars 2006**

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 068 626 $	1 305 184 $
Contributions des établissements	02	510 926 $	590 905 $
Revenus d'intérêts	03	8 388 $	
Contributions du fonds d'exploitation	04	5 407 $	6 422 $
Contributions de fonds affectés	05	923 724 $	506 834 $
Revenus d'autres sources	06	285 476 $	271 231 $
Total (L.01 à L.06)	07	2 802 547 $	2 680 576 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
- Salaires - personnel cadre	08	154 644 $	191 279 $
- Salaires - personnel autre	09	726 319 $	811 533 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10	29 144 $	33 487 $
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	122 395 $	154 394 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12	5 496 $	7 433 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13	22 443 $	37 131 $
- Charges sociales - personnel cadre	14	23 863 $	27 969 $
- Charges sociales - personnel autre	15	104 717 $	116 848 $
- Frais de déplacement et d'inscription	16	99 021 $	82 533 $
- Services achetés	17	696 178 $	736 080 $
- Communications	18	43 071 $	44 347 $
- Loyer	19	83 534 $	56 602 $
- Location d'équipement	20	1 304 $	912 $
- Fournitures de bureau	21	16 667 $	12 928 $
- Autres frais	22	919 $	14 $
- Transferts de frais généraux	23		
- Contributions au fonds d'exploitation	24		
- Contributions à des fonds affectés	25		
- Autres	26		
Total des charges d'exploitation (L.08 à L.26)	27	2 129 715 $	2 313 490 $
Dépenses d'immobilisations	28	859 662 $	436 719 $
TOTAL (L.27 + L.28)	29	2 989 377 $	2 750 209 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.29)	30	(186 830 $)	(69 633 $)

4.1.4 ÉTATS DES SOLDES DE FONDS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS

Fonds combinés **Exercice terminé le 31 mars 2006**

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
		Activités principales 1	Avoir propre 2	3	4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	58 404 $	1 516 571 $	4 517 995 $	510 724 $
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	11 100 $	48 510 $		
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05				
	06				
Libération de surplus	07		58 404 $		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08			158 432 $	
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
- Fonds des activités régionalisées	12			859 662 $	
Autres	13			78 335 $	
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	11 100 $	106 914 $	1 096 429 $	
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				186 830 $
Régularisations - analyse financière	17				
Écart sur engagement - Stabilité d'emploi 2004-2005	18		30 $		
Régularisations - autres	19				
Écart sur engagement - Stabilité	20				
Libération de surplus	21	58 404 $			
Autres	22				
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	58 404 $	30 $		186 830 $
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	(47 304 $)	106 884 $	1 096 429 $	(186 830 $)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	11 100 $	1 623 455 $	5 614 424 $	323 894 $

4.1.5 BILAN DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET DES IMMOBILISATIONS

Fonds d'exploitation - activités régionalisées **Au 31 mars 2006**

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF **À court terme**					
Encaisse	01	1 772 930 $	1 559 967 $	314 168 $	563 203 $
Débiteurs : - MSSS	02	238 418 $	759 920 $	13 000 $	
- Établissements	03	1 636 $	6 445 $	266 118 $	200 818 $
- Fonds d'exploitation	04				
- Fonds des act. régionalisées	05				
- Fonds affectés	06	3 738 $	75 000 $	140 678 $	180 210 $
- Autres	07	88 328 $	93 521 $	30 040 $	3 362 $
Intérêts courus	08	8 536 $	6 611 $	752 $	
Taxes à recevoir	09	38 451 $	35 738 $	24 520 $	4 728 $
Charges payées d'avance	10		21 160 $		
Autres éléments	11				
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	2 152 037 $	2 558 362 $	789 276 $	952 321 $
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	2 152 037 $	2 558 362 $	789 276 $	952 321 $
PASSIF **À court terme**					
Découvert de banque	15			159 930 $	
Emprunts de banque	16				
Créditeurs : - MSSS	17				
- Établissements	18	42 579 $	58 693 $	23 904 $	61 117 $
- Fonds d'exploitation	19				
- Fonds des activités régionalisées	20				
- Fonds affectés	21				
- Autres	22	284 709 $	405 695 $	140 870 $	200 270 $
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	20 892 $	20 892 $		
Autres revenus reportés	24	169 302 $	498 107 $	140 678 $	180 210 $
Autres éléments	25				
Total – Passif à court terme (L.15 à L.25)	26	517 482 $	983 387 $	465 382 $	441 597 $
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	517 482 $	983 387 $	465 382 $	441 597 $
SOLDE DE FONDS	29	1 634 555 $	1 574 975 $	323 894 $	510 724 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 152 037 $	2 558 362 $	789 276 $	952 321 $

Fonds d'immobilisations **Au 31 mars 2006**

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF	01		
	02		
Immobilisations	03	5 614 424 $	4 517 995 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	5 614 424 $	4 517 995 $
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07		
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 à L.09)	10		
SOLDE DE FONDS	11	5 614 424 $	4 517 995 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	5 614 424 $	4 517 995 $

4.1.6 BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés **Exercice terminé le 31 mars 2006**

BILAN

ACTIF **À court terme**		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Encaisse	01	1 203 812 $	1 932 033 $
Débiteurs : - MSSS	02	28 461 843 $	15 920 878 $
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	03	57 689 $	24 230 $
- Établissements	04	8 191 105 $	8 181 844 $
- Fonds d'exploitation	05		
- Fonds des activités régionalisées	06		
- Taxes à recevoir	07	70 697 $	61 553 $
- Autres	08	82 234 $	2 651 $
Intérêts courus	09	7 902 $	6 211 $
Autres éléments	10		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	38 075 282 $	26 129 400 $
À long terme - Enveloppes décentralisées	12	52 512 021 $	55 415 654 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 + L.11)	13	90 587 303 $	81 545 054 $
PASSIF **À court terme**			
Découvert de banque	14	37 617 $	39 630 $
Emprunts de banque	15	8 188 825 $	8 181 844 $
Intérêts sur emprunts à payer	16	57 689 $	24 230 $
Créditeurs et charges à payer : - Établissements	17	24 548 714 $	10 878 989 $
- Organismes	18		56 000 $
- Fonds d'exploitation	19	3 738 $	75 000 $
- Fonds des activités régionalisées	20	140 678 $	180 210 $
- Autres	21	930 144 $	1 267 651 $
Subventions reportées	22	10 114 $	321 806 $
Autres éléments	23		
Total - Passif à court terme (L.14 à L.23)	24	33 917 519 $	21 025 360 $
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	25	52 512 021 $	55 415 654 $
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.25)	26	86 429 540 $	76 441 014 $
SOLDE DE FONDS	27	4 157 763 $	5 104 040 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28	90 587 303 $	81 545 054 $

4.1.7 ÉTAT DU SOLDE DE FONDS COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés **Exercice terminé le 31 mars 2006**

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE DU DÉBUT	01	5 104 040 $	4 028 860 $
Récupération par le Ministère	02		
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	5 104 040 $	4 028 860 $
AUGMENTATION			
MSSS	04	43 224 819 $	32 790 898 $
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	83 308 $	108 420 $
Revenus d'intérêt	06	96 742 $	88 101 $
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Autres	09	3 427 185 $	6 152 211 $
TOTAL (L.04 à L.09)	10	46 832 054 $	39 139 630 $
DIMINUTION			
Attributions :			
- Établissements	11	24 840 458 $	14 701 223 $
- Organismes	12	181 344 $	197 858 $
Intérêts sur emprunts	13	83 308 $	108 420 $
Contributions au fonds d'exploitation	14		75 000 $
Contributions au fonds des activités régionalisées	15	819 866 $	615 179 $
Charges d'exploitation :			
- Salaires	16	35 781 $	
- Avantages sociaux	17	7 404 $	
- Charges sociales	18	4 571 $	
- Frais de déplacement et d'inscription	19		
- Services achetés	20	173 929 $	
- Location d'équipement	21		
- Fournitures de bureau	22		
- Autres charges d'exploitation	23		952 508 $
Dépenses d'immobilisations	24		671 146 $
Autres	25	21 631 670 $	20 743 116 $
TOTAL (L.11 à L.25)	26	47 778 331 $	38 064 450 $
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L. 10 – L.26)	27	4 157 763 $	5 104 040 $

4.1.8 ÉTAT DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS AFFECTÉS

4.1.8.1 FONDS AFFECTÉS DES IMMOBILISATIONS ET DES ÉQUIPEMENTS

Exercice terminé le 31 mars 2006

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Fonds des immobilisations	Fonds des équipements
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	1 549 094 $	2 137 741 $
Récupération par le Ministère	02		
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	1 549 094 $	2 137 741 $
PROVENANCE			
MSSS	04	13 657 798 $	13 310 488 $
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	24 033 $	59 275 $
Revenus d'intérêts	06		
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Contributions d'autres fonds affectés	09		
Autres	10	75 000 $	37 659 $
Total (L.04 à L.10)	11	13 756 831 $	13 407 422 $
ATTRIBUTIONS			
Établissements	12	14 026 294 $	9 572 545 $
Organismes	13		
Intérêts sur emprunts	14	24 033 $	59 275 $
Contributions au fonds d'exploitation	15		
Contributions au fonds des activités régionalisées	16	101 652 $	718 214 $
Contributions à d'autres fonds affectés	17		
Charges d'exploitation :			
- Salaires	18		12 922 $
- Avantages sociaux	19		3 334 $
- Charges sociales	20		1 500 $
- Frais de déplacement et d'inscription	21		
- Services achetés	22		4 946 $
- Location d'équipement	23		
- Fournitures de bureau	24		
- Autres charges d'exploitation	25		
Dépenses d'immobilisations	26		
Autres	27	609 $	3 154 207 $
Total (L.12 à L.27)	28	14 152 588 $	13 526 943 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.11 - L.28)	29	1 153 337 $	2 018 220 $

4.1.8.2 FONDS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET DE TRANSPORT D'USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS

Exercice terminé le 31 mars 2006

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Répétitif	Non répétitif	Total (C.01 + C.02)
		1	2	3
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01			96 123 $
PROVENANCE				
MSSS	02	12 823 631 $	812 093 $	13 635 724 $
Revenus autonomes	03	3 174 851 $		3 174 851 $
Revenus d'intérêts	04		38 730 $	38 730 $
Autres	05		1 680 $	1 680 $
Total (L.02 à L.05)	06	15 998 482 $	852 503 $	16 850 985 $
ATTRIBUTIONS				
Contrats minimaux de services d'ambulance	07	14 009 936 $		14 009 936 $
Particularités régionales	08	63 975 $		63 975 $
Éléments rectifiables	09		295 907 $	295 907 $
Centre de communication santé	10	1 029 555 $	414 000 $	1 443 555 $
Formation	11	192 672 $		192 672 $
Assurance qualité	12	139 681 $		139 681 $
Allocation de retraite	13			
Participation au régime de retraite	14		50 000 $	50 000 $
Transfert au fonds de VPI	15			
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	16	576 675 $		576 675 $
Attribution à des organismes	17			
Ajustements des années antérieures	18		39 289 $	39 289 $
Premiers répondants	19			
Déplacement des usagers	20			
Charges d'exploitation :				
- Salaires	21			
- Avantages sociaux	22			
- Charges sociales	23			
- Frais de déplacement et d'inscription	24			
- Services achetés	25			
- Location d'équipement	26			
- Fournitures de bureau	27			
- Autres charges d'exploitation	28			
Dépenses d'immobilisations	29			
Autres	30	37 577 $		37 577 $
Total (L.08 à L.30)	31	16 050 071 $	799 196 $	16 849 267 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.07 - L.31)	32			97 841 $

4.1.9 ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2005-2006

Exercice terminé le 31 mars 2006

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

		Exercice courant 2005-2006	Exercice précédent 2004-2005
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 02	01	385 751 834 $	369 204 261 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	02	15 037 674 $	11 984 876 $
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R (L.01+ L.02)	03	400 789 508 $	381 189 137 $
Autres	04		
TOTAL (L.03 et L.04)	05	400 789 508 $	381 189 137 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	06	364 200 896 $	351 644 016 $
Allocations aux organismes communautaires	07	12 735 610 $	12 155 532 $
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	7 397 033 $	3 660 553 $
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.06 à L.08)	09	384 333 539 $	367 460 101 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant attribué	10	14 939 776 $	11 694 327 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant reporté	11		48 942 $
Autres	12	1 418 295 $	1 744 160 $
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	400 691 610 $	380 947 530 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Solde non attribué	14	97 898 $	241 607 $
TOTAL (L.13 + L.14)	15	400 789 508 $	381 189 137 $
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16		

4.1.10 NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Exercice terminé le 31 mars 2006

Note 1 – Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction 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. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations 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 produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;

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 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée 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, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) 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 toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées.

vii) Aucun bilan, état des résultats ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition, intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu.

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée.

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé.

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

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, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante.

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs.

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.

Attributions de 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. Le coût des immobilisations 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 (trois derniers mois de l'exercice) 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.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

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 :

	2006	2005
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	158 432 $	152 048 $
Produit de disposition d'immobilisations	--	--
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	859 662 $	436 719 $
Produit de disposition d'immobilisations	--	--
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	--	671 146 $
Produit de disposition d'immobilisations	--	--

Note 4. Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 35 765 018 $, auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, variant de 4,09 % à 4,13 % garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 27 576 193 $ du crédit autorisé n'ont pas été utilisés au 31 mars 2006. La convention de crédit est renégociable le 30 septembre 2008.

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.

	2006	2005
Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 000 000 $ portant intérêt aux taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 21 mars 2023.	2 221 860 $	3 357 403 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 3,98 % et 7,97 % est payable semestriellement.	50 290 161 $	52 058 251 $
	52 512 021 $	55 415 654 $
Tranche échéant à moins d'un an	16 193 800 $	8 085 742 $
	36 318 221 $	47 329 912 $

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

2007	16 193 800 $
2008	7 334 255 $
2009	1 815 139 $
2010	10 377 442 $
2011	3 282 623 $
	39 003 259 $

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 présentées au rapport financier annuel.

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

Les sommes à payer au 31 mars 2006 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 :

	2006	2005
Vacances	586 317 $	581 904 $
Congés de maladie	73 302 $	68 182 $
Heures supplémentaires	92 494 $	82 992 $
	752 113 $	733 078 $

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 30 avril 2014 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de dix ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2006 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 496 045 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2007	584 794 $
2008	587 088 $
2009	587 088 $
2010	587 088 $
2011	586 489 $
2012 et subséquemment	2 034 447 $
	4 966 994 $

4.2 LES ALLOCATIONS DES RESSOURCES FINANCIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS[1]

4.2.1 BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Nom de l'organisation subventionnée	Établissements privés conventionnés		Établissements publics	
	2004-2005	2005-2006	2004-2005	2005-2006
CSSS de Kamouraska			27 149 181 $	27 825 643 $
CSSS de Rivière-du-Loup			57 636 569 $	59 510 956 $
CSSS de Témiscouata			23 213 379 $	23 719 257 $
CSSS des Basques			9 212 878 $	9 782 106 $
CSSS de Rimouski-Neigette			102 872 084 $	105 486 391 $
CSSS de la Mitis			28 958 323 $	29 873 209 $
CSSS de La Matapédia			24 651 167 $	25 071 059 $
CSSS de Matane			30 185 813 $	31 059 295 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent			21 012 126 $	21 323 077 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent			23 312 318 $	21 796 679 $
Foyer Ste-Bernadette inc.	949 020 $	965 672 $		
Foyer St-Cyprien (1993) inc.	1 756 489 $	1 752 678 $		
TOTAL	**2 705 509 $**	**2 718 350 $**	**348 203 838 $**	**355 447 672 $**

4.2.2 SURPLUS OU DÉFICITS DE L'ANNÉE DE CHACUN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

	2004-2005	2005-2006 (Note 1)
Établissements publics		
CSSS de Kamouraska	(370 002 $)	0 $
CSSS de Rivière du Loup	(1 194 321 $)	3 241 $
CSSS de Témiscouata	(343 420 $)	0 $
CSSS des Basques	(157 689 $)	148 $
CSSS de Rimouski-Neigette	(142 299 $)	(659 501 $)
CSSS de La Mitis	1 995 $	1 377 $
CSSS de La Matapédia	(283 798 $)	6 747 $
CSSS de Matane	(279 330 $)	(493 771 $)
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	87 043 $	122 963 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent	0 $	0 $
	(2 681 821 $)	(1 018 796 $)
Établissements privés		
Foyer Ste-Bernadette inc.	(39 044 $)	N/D
Foyer St-Cyprien	96 834 $	N/D
	57 790 $	N/D
	(2 624 031$)	(1 018 796 $)

Note 1 : Il s'agit du résultat du fonds d'exploitation tel que présenté par l'établissement à son rapport financier annuel.

[1] Les données qui suivent n'ont pas fait l'objet de la vérification du Vérificateur général du Québec.

4.2.3 AUTORISATIONS D'EMPRUNTS ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

a) Nombre d'autorisations temporaires émises en 2005-2006 : 20

b) Montants totaux au 31 mars 2006 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	Fonctionnement autorisé par le MSSS	7 400 000 $	2 081 137 $
Catégorie	Équilibre budgétaire	7 060 000 $	2 081 137 $
	Traitement différé	340 000 $	--
Type	Immobilisations (autorisé par l'Agence)	2 436 655 $	2 406 128 $
Catégorie	Projets autofinancés	1 272 769 $	1 242 242 $
	Projets financés par les activités accessoires	1 163 886 $	1 163 886 $

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2006.

Dépenses courantes de fonctionnement 1,89 %

Dépenses en immobilisations 0,62 %

d) Depuis le 1er avril 2000, avec l'application de la loi 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisations est de 2 568 000 $.

4.2.4 OBJECTIFS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

La somme globale de déficit annuel d'exploitation des établissements publics du territoire ne devait pas excéder 962 000 $ en 2005-2006. Cependant, le montant réel du déficit global s'établit à 1,2 M$.

L'évolution des résultats 2005-2006 par rapport à ceux de 2004-2005 indiquent clairement l'orientation régionale d'équilibre budgétaire prise en début d'année financière. En effet, de concert avec les établissements de notre région, l'Agence a pris une position ferme en fixant comme objectif annuel le déficit zéro, et cela, même si une cible ministérielle était autorisée pour l'année financière. Malgré les efforts constants et l'amélioration substantielle des résultats entre les deux dernières années, la cible régionale n'a pas été atteinte. Cependant, des travaux de révision d'offre de service sont en cours et nous permettront de s'assurer du respect de notre cible pour l'année en cours.

4.3 LES ALLOCATIONS FINANCIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES/ ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS[2]

4.3.1 ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES

ORGANISMES	Enveloppe 2004-2005	Enveloppe 2005-2006
Alcoolisme et toxicomanie		
Aux Trois Mâts	26 788 $	27 377 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	233 582 $	238 199 $
Centre Domrémy du KRTB	--	--
Unité Domrémy de Ville St-Pascal	9 841 $	10 058 $
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin »	228 240 $	220 965 $
Unité Domrémy de Causapscal	7 654 $	7 822 $
Unité Domrémy de Luceville	1 639 $	1 675 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	25 360 $	26 019 $
Unité Domrémy de Saint-Gabriel	10 936 $	11 177 $
L'Arrimage	226 953 $	229 803 $
Unité Domrémy de Rivière-Bleue inc.	9 841 $	10 058 $
Total Alcoolisme et toxicomanie	**780 834 $**	**783 153 $**
Familles		
Maison de la famille du Kamouraska	30 888 $	12 233 $
Grands amis de la région de Matane (Les)	18 284 $	18 686 $
Maison Élizabeth-Turgeon pour les familles	12 921 $	--
Maison de la famille du Grand-Portage	25 575 $	10 257 $
Maison des familles de la Matapédia		--
Regroupement Acti-Familles	13 783 $	6 529 $
Re-Source familles	13 444 $	--
Grands amis de la Vallée	37 308 $	39 358 $
Maison des familles de La Mitis	45 170 $	34 885 $
Pivot-Famille Mitis	11 493 $	11 746 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	83 560 $	60 063 $
Grands amis de Rimouski (Les)	35 818 $	36 606 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	--	--
Comité parrains-marraines du KRTB	21 238 $	21 705 $
Maison de la famille du Témiscouata	14 767 $	12 026 $
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	--	--
Parents uniques du Kamouraska	--	--
Info-Éveil de la région de Matane inc.	--	--
Ressources familles des Basques	8 517 $	7 360 $
Total Familles	**372 766 $**	**271 454 $**
Déficience physique ou intellectuelle		
Association des personnes handicapées L'Éveil des Basques	51 898 $	53 040 $
Association pocatoise des personnes handicapées Inc.	34 093 $	34 843 $
Association des handicapés gaspésiens (L')	42 304 $	44 235 $
Association des personnes handicapées du Kamouraska Est	24 155 $	24 686 $
Amirams de la Vallée inc. (Les)	35 411 $	36 190 $
Groupe de personnes handicapées Les Alcyons Inc. (Le)	26 660 $	27 247 $
Maison des tournesols (La)	12 575 $	12 852 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	10 749 $	10 985 $

[2] Les données qui suivent n'ont pas fait l'objet de la vérification du Vérificateur général du Québec.

ORGANISMES	Enveloppe 2004-2005	Enveloppe 2005-2006
Service alternatif d'intégration au travail des pers. hand. Rim.	33 853 $	34 598 $
Ass. des personnes handicapées Entre amis du Témiscouata	46 410 $	47 431 $
Association des personnes handicapées visuelles du BSL	62 936 $	64 321 $
Association pour l'intégration sociale Rimouski	22 869 $	23 372 $
Association Multi-défis	36 801 $	37 611 $
Société d'autisme régionale BSL, Gaspésie, Les Îles	72 090 $	53 111 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	61 429 $	82 780 $
Ressource d'aide aux personnes handicapées BSL/Gaspésie	5 000 $	--
Association québécoise pour enfants atteints d'audi-muti, BSL	6 874 $	7 025 $
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	--	20 000 $
Répit – Loisirs Autonomie	--	8 500 $
Centre vacances et apprentissage Loisirs de Saint-Cyprien	-	15 000 $
Total Personnes handicapées	**586 107 $**	**637 827 $**
Centres de bénévolat		
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	13 547 $	8 939 $
Centre d'action bénévole Cormoran Inc.	6 562 $	6 706 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	18 144 $	18 543 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	23 419 $	23 934 $
Centre d'action bénévole de la Mitis	22 648 $	23 146 $
Centre d'action bénévole région de Rimouski	18 588 $	18 997 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries Inc.	9 294 $	9 498 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	8 747 $	8 939 $
Total Centres de bénévolat	**120 949 $**	**118 702 $**
Santé physique		
Association du cancer de l'Est du Québec	6 123 $	6 258 $
Diabétiques amis du K.R.T.B. (Les)	4 958 $	5 067 $
Service d'aide personnes accidentées « Parechoc »	--	--
Arc-en-ciel du cœur	7 867 $	8 040 $
Diabète Bas-St-Laurent inc.	12 712 $	12 992 $
Total Santé physique	**31 660 $**	**32 357 $**
Personnes démunies		
Moisson Kamouraska	17 294 $	17 556 $
Cuisine collective de la région de Matane (La)	33 388 $	34 005 $
Moisson Vallée Matapédia	38 696 $	39 300 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	17 476 $	17 645 $
Moisson Rimouski-Neigette Inc.	39 221 $	39 966 $
Cuisines collectives de Dégelis	46 325 $	47 226 $
Cuisine collective du Haut-Pays	35 355 $	36 015 $
Carrefour d'initiatives populaires de Rivière-du-Loup	48 013 $	48 951 $
Tandem-Jeunesse	197 174 $	196 213 $
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	269 997 $	279 258 $
Répit du passant (Le)	259 538 $	265 914 $
Maison de l'Espoir de Mont-Joli Inc. (La)	151 773 $	160 855 $
Cuisines collectives de Cabano	21 527 $	21 883 $
Service de dépannage alimentaire du Témiscouata	17 467 $	17 733 $
Total Personnes démunies	**1 193 244 $**	**1 222 520 $**
Assistance et accompagnement		
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes BSL	**162 466 $**	**166 040 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2004-2005	Enveloppe 2005-2006
Maisons d'hébergement pour femmes		
Gigogne Inc. (La)	430 278 $	473 283 $
Débrouille (L')	439 858 $	499 545 $
L'Autre-Toit du KRTB	401 827 $	442 389 $
Total Maison d'hébergement pour femmes	**1 271 963 $**	**1 415 217 $**
CALACS		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski (CALACS de Rimouski)	**216 273 $**	**221 031 $**
Centres de femmes		
Centre-femmes, La Passerelle du Kamouraska	103 738 $	127 289 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	111 400 $	125 544 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	111 174 $	124 824 $
Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia Inc.	113 174 $	124 824 $
Maison des femmes de la région de Rimouski (La)	116 364 $	129 737 $
Centre-femmes du Grand-Portage	118 244 $	133 090 $
Centre de femmes du Ô-Pays (Le)	111 309 $	124 953 $
Centre de femmes du Témiscouata	111 299 $	124 943 $
Centre Femmes de la Mitis	111 138 $	124 789 $
Total Centres de femmes	**1 007 840 $**	**1 139 993 $**
Organismes conjoints violents		
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	99 663 $	120 856 $
Trajectoires hommes du KRTB	99 663 $	120 856 $
Total Organismes conjoints violents	**199 326 $**	**241 712 $**
Maison des jeunes		
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	96 946 $	103 829 $
Carrefour des jeunes de La Pocatière	105 903 $	114 761 $
Quartier-jeunesse 1995	71 902 $	73 484 $
Maison des jeunes de Matane	107 215 $	117 467 $
Jeunathèque d'Amqui inc. (La)	87 790 $	89 721 $
Maison des jeunes de Causapscal (La)	63 963 $	63 520 $
Maison des jeunes de Sayabec (La)	66 572 $	68 037 $
Maison des jeunes de Mont-Joli Inc. (La)	158 310 $	161 793 $
Maison des jeunes de Rimouski	92 859 $	94 902 $
Maison des jeunes du Bic (La)	66 572 $	68 037 $
Corporation de l'Entre-Jeunes de Rivière-du-Loup (La)	80 172 $	82 317 $
Centre-jeunes de Cacouna	24 014 $	24 542 $
Maison Entre-Deux de Cabano	24 546 $	25 086 $
Maison des jeunes Pirana	24 546 $	29 686 $
Maison des jeunes de Saint-Épiphane (La)	55 963 $	57 194 $
Maison des jeunes de Val-Brillant (La)	26 138 $	26 713 $
Maison des jeunes de Pointe-au-Père (La)	34 747 $	35 511 $
Place des jeunes de Squatec	40 016 $	30 090 $
Maison des jeunes « Le Coin de Dégelis »	59 099 $	49 352 $
Corporation du comité jeunesse 1997	23 566 $	24 084 $
Maison des jeunes « La Piôle »	12 180 $	12 448 $
Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse (La)	34 746 $	35 510 $
Total Maisons de jeunes	**1 357 765 $**	**1 388 084 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2004-2005	Enveloppe 2005-2006
Justice alternative		
Fonds jeunesse B.B.R. Inc.	172 080 $	175 866 $
Justice alternative du KRTB Inc.	133 896 $	136 842 $
Total Mesures de rechange	**305 976 $**	**312 708 $**
Concertation régionale		
Mouvement d'action communautaire Bas-Saint-Laurent	80 131 $	81 894 $
ROCASM du Bas du Fleuve	--	12 120 $
Total Concertation régionale	**83 131 $**	**94 014 $**
Mesures reliées au SIDA		
M.A.I.N.S. Bas-St-Laurent	**101 132 $**	**105 112 $**
Santé mentale		
Périscope des Basques	71 116 $	72 681 $
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	90 931 $	92 931 $
Le Marigot de Matane	95 410 $	97 509 $
Rayon de partage en santé mentale	90 684 $	92 679 $
Maison des tournesols (La)	89 403 $	91 370 $
Ass. can. de santé mentale, filiale du Bas-du-Fleuve	137 047 $	140 062 $
Centre de prévention suicide et intervention de crise BSL	724 584 $	684 440 $
P.L.A.I.D.D. du Bas-du-Fleuve	43 536 $	71 950 $
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	104 352 $	107 648 $
CRIS du KRTB	146 643 $	142 713 $
Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB (La)	301 730 $	306 158 $
ROCASM du Bas du Fleuve	11 859 $	--
Source d'espoir du Témis	97 680 $	99 829 $
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	122 733 $	134 898 $
Total Santé mentale	**2 127 708 $**	**2 134 868 $**
TOTAL ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES	**9 916 140 $**	**10 284 792 $**

4.3.2. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN MAINTIEN À DOMICILE

ORGANISMES	2004-2005	2005-2006
Maintien à domicile et AVD		
Relais santé (Matane)	23 814 $	24 338 $
Société Alzheimer du Bas-St-Laurent	109 346 $	379 192 $
Centre d'action bénévole de la Mitis	102 108 $	104 354 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	92 145 $	94 172 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	88 030 $	89 967 $
Centre d'action bénévole rég. Rimouski	156 586 $	160 031 $
Popote le gourmet roulant Inc.	1 097 $	6 706 $
Bourgeons de la Mitis (Les)	131 127 $	134 012 $
Centre d'action bénévole Cormoran Inc.	119 936 $	122 575 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries Inc.	295 718 $	302 224 $
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	55 061 $	56 272 $
Centre d'action bénévole région Témis. Inc.	256 673 $	262 320 $
Comité d'accompagnement La Source Inc.	12 596 $	12 873 $
Coup de main à domicile de Rimouski	265 288 $	271 124 $
Aide-Maison Vallée de la Matapédia	188 024 $	149 416 $
Service à domicile de la région de Matane (Les)	140 896 $	143 996 $
Service Kam-Aide Inc.	108 012 $	110 388 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	13 039 $	13 326 $
Logis-Aide des Basques	74 518 $	76 157 $
Total Maintien à domicile et AVD	**2 234 014 $**	**2 513 443 $**
GRAND TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	**12 150 154 $**	**12 798 235 $**
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS	**132**	**142**

Les subventions listées ci-haut proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2004-2005	2005-2006
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	9 449 790 $	9 811 867 $
Aide à la vie domestique	1 176 465 $	1 202 346 $
Stimulation précoce Politique Santé Bien-Être	35 230 $	36 005 $
Programme Y-APP	--	--
Soutien à la concertation régionale	81 840 $	83 641 $
Per diem pour les organismes d'hébergement	243 265 $	286 943 $
Autres allocations récurrentes	267 671 $	339 989 $
Autres allocations non récurrentes	895 893 $	1 037 444 $
	12 150 154 $	**12 798 235 $**

Annexes

Annexe 1 Membres du conseil d'administration de l'Agence

Noms	MRC de provenance
M. Alyre Bois	Rivière-du-Loup
Mme Thérèse Des Groseillers	Kamouraska
Mme Denise Gentil, vice-présidente	Matane
Mme Suzanne Guimond	Matane
Dre Claire Jean	La Matapédia
Mme Mireille Lavoie	Matane
M. Jean-Maurice Lechasseur	La Mitis
Mme Ginette Lepage	Rimouski-Neigette
M. Bertin Lévesque	La Matapédia
M. Jean-Paul Morin, président	Rimouski-Neigette
M. Émilien Nadeau	Témiscouata
M. André Patry	Rimouski-Neigette
M. Daniel Rioux	Les Basques
M. Georges Roy	La Mitis
Mme Lise Verreault, présidente-directrice générale et secrétaire	Rimouski-Neigette

Annexe 2 Membres du Forum de la population

MRC de provenance	Noms
Kamouraska	Mme Rose-Hélène Bouffard
Rivière-du-Loup	Mme Madeleine Magnan
Témiscouata	M. Zoël Bossé
Les Basques	M. Michel Kelly M. Éric Malenfant
Rimouski-Neigette	Mme Ghislaine Lachance M. Marcel Lebel M. Alain Rioux
La Mitis	Mme Ghislaine Beaulieu Mme Ariane-Olivier Ouellet
La Matapédia	M. Marcel Auclair M. Alphonse Côté
Matane	M. Michel Côté Mme Odette Lévesque-Gauthier

Par ailleurs, 6 postes étaient vacants au 31 mars 2006.

Annexe 3

Membres du Comité de vérification, des commissions et du Département régional de médecine générale (comité de direction)

Comité de vérification

Mme Mireille Lavoie
M. Émilien Nadeau
M. Georges Roy

Commission médicale régionale

Désignation par les médecins omnipraticiens et spécialistes

Dr Redouane Bettahar
Dr Normand Gervais, vice-président
Dr Serge Gravel, président
Dr Gaétan Lavoie
Dr Léon Rioux
Dr Louis Saint-Pierre

Désignation par le conseil d'administration de l'Agence

Dre Nathalie Gagné
Dre Claire Jean
Dr Guy Roussel
Poste vacant

Autres membres en provenance de l'Agence

Dr Jacques Levasseur, directeur des affaires médicales et de la santé physique (invité permanent)
Dr Robert Maguire, directeur de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (membre d'office)
Dr Michel Y. Pelletier, médecin-conseil (invité permanent)
Mme Lise Verreault, présidente-directrice générale (membre d'office)

Commission multidisciplinaire régionale

M. Denis Audet	Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
Mme Dany Caron	Centre de santé et de services sociaux de Matane
Mme Thérèse Des Groseillers	Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska
M. René Dumont	Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
M. René Fradelle	Cégep de La Pocatière
M. Gaston Lagacé	Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska
M. Christian Lévesque	Centre de santé et de services sociaux de La Mitis
Mme Claire Page	Université du Québec à Rimouski
Mme Lise Ross	Centre de santé et de services sociaux de Matane
M. Sarto Roy	Université du Québec à Rimouski
M. Claude St-Laurent	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent
Mme Lise Verreault	Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska
1 poste vacant	

Commission infirmière régionale

Mme Michèle Beaulieu	Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
Mme Suzanne Beaulieu	Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
M. Raymond Coulombe	Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette
Mme Micheline lavoie	Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
M. Bertin Lévesque	Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia
Mme Suzanne Marquis	Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
Mme Nicole Ouellet	Université du Québec à Rimouski
Mme Alexandra Proulx	Centre de santé et de services sociaux de La Mitis
M. Marc-André Thériault	Centre de santé et de services sociaux des Basques
Mme Johanne Turcotte	Cégep de Matane
Mme Lise Verreault	Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Un poste vacant	

Département régional de médecine générale (comité de direction)

Membres élus

Dr Jean-Marie Deschênes
Dr Jean Hudon
Dr Guy Rossignol, chef du département

Membres cooptés

Dr Denis Beaulieu
Dr Jocelyn Bérubé
Dre Isabelle Brochu
Dre Lucie Lachapelle
Dre Linda Landry
Dr Pierre Lapointe, chef adjoint du département
Dr Louis St-Pierre

Autres membres en provenance de l'Agence

Dr Serge Gravel, délégué permanent
Dr Jacques Levasseur, médecin désigné par la présidente-directrice générale

Annexe 4

Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration le 27 novembre 2002

INTRODUCTION

Le présent document présente les principes d'éthique devant guider les membres du conseil d'administration (ci-après nommés « le membre ou les membres du conseil d'administration ») de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci-après nommée « la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent »).

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après appelée « la Loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administratrices et des administrateurs publics, et les a formulés eu égard aux membres de conseil d'administration d'une régie régionale (article 406 de la Loi).

> *« … 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 la régie et de la population de la région pour laquelle la régie est instituée .»*

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (LRQ, c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1997, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> « …Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens… »

Le mot éthique renvoie au comportement, à l'action humaine, à la décision. Il concerne ce qu'on doit faire (le devoir, les valeurs), ce qui va au-delà de ce qui se fait (les mœurs). Il nous amène donc à la question quant à la façon d'être.

À la lumière d'un examen des dictionnaires, les diverses définitions de l'éthique peuvent se ramener globalement à trois types :

- L'éthique évoque une réflexion sur l'agir humain. Elle réfère à une recherche de ce qu'il faut faire. Elle inclut alors une réflexion sur les valeurs, les principes, les finalités de l'action, etc.
- L'éthique peut être définie aussi par son contenu. Elle se présente alors comme une doctrine, un système de valeurs, un ensemble de principes et de règles destinés à orienter l'action.
- L'éthique renvoie enfin au choix concret de l'action à faire. Elle se définit alors comme décision, comme processus de décision, comme effort de décision et d'application.

Loin de s'opposer, comme parfois on le laisse entendre, ces trois types de définition se complètent et constituent trois fonctions complémentaires de l'éthique : on réfléchit, on se fait une synthèse, on agit en conséquence.

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi, tel qu'amendée par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L .Q .2001, ch. 24), le conseil d'administration de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population
- définir les politiques et orientations
- allouer les ressources
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont désormais assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (après appelé « le Règlement ») découlant de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, lequel règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics. »

En vertu des dispositions de la Loi, les membres du conseil d'administration s'inscrivent sous la rubrique « membres de conseils d'administration et membres des organismes et entreprises du gouvernement au sens de la Loi du Vérificateur général (L.R.Q. c. V-5.01), ... ainsi que les titulaires de charges administratives prévues par la Loi de ces organismes et entreprises » .

En outre, le présent code d'éthique doit être considéré dans le contexte de la mission de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, de ses valeurs et de sa philosophie de services.

1. CADRE LÉGAL

Selon les dispositions de la Loi, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre (art. 340).

Toutefois, dans l'exercice de ses pouvoirs, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent devra tenir compte des principes et orientations retenus par le législateur, lesquels visent à replacer la citoyenne ou le citoyen au centre du système de santé et de services sociaux. De l'ensemble des mesures législatives, il peut s'avérer intéressant d'en examiner quelques-unes.

L'article I de la Loi établit, à son premier alinéa, que :

> « … Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

L'article 3 instaure des lignes directrices qu'il faudra utiliser à l'intérieur du réseau. Cet article se lit comme suit :

> « … Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1° La raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2° Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;

4° L'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »

Finalement, les articles 4 et 5 établissent deux des principaux droits conférés aux usagères et aux usagers. Ces articles sont à l'effet suivant :

> « Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources »

> « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée »

Quant à la conduite des membres du conseil d'administration, l'article 406 de la Loi vient baliser globalement les principes. L'article est déjà cité dans l'introduction du présent document.

Par ailleurs, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, exige que les membres du conseil d'administration de toute régie régionale se dotent d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable dans le respect des principes et règles édictés par le règlement (articles 34 et 35). On y stipule que ce code d'éthique doit être accessible au public, publié dans le rapport annuel où l'on doit également faire état du nombre de cas traités et de leur suivi et le règlement qui en découle.

2. DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;

Attendu que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;

Attendu que les membres du conseil d'administration sont nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;

Attendu les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

Attendu la mission et les valeurs organisationnelles de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent;

Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions s'engagent à :

- Centrer leurs décisions et leur action sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens du Bas-Saint-Laurent en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessible, intégré et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.

- Respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ainsi que ceux prévus à la Loi et au Règlement susmentionné. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

Agir avec objectivité

Le membre du conseil d'administration exerce ses fonctions d'une façon libre et indépendante de ses propres intérêts ou ceux qu'il peut représenter. Celui-ci se doit d'éviter toute forme de discrimination interdite par la charte des droits et libertés de la personne et de prendre des décisions excluant ou donnant une préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la Loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Agir avec honnêteté et intégrité

Le membre du conseil d'administration doit, dans le cadre de son mandat et de ses fonctions, agir avec honnêteté et intégrité, dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Ainsi, ce principe requiert des personnes assujetties à ce code de ne pas être impliquées dans un vol, une fraude ou une situation d'abus de confiance, d'éviter toute forme de corruption ou de tentative de corruption, refuser toute somme d'argent ou autre considération pour l'exercice de leurs fonctions ou autrement que ce qui est prévu par la Loi. Il ne peut accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni pour lui-même, ni pour une autre personne. Entre autres, il ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

Le membre du conseil d'administration fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit donc pas s'approprier ou utiliser sans droit, les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation, ni utiliser à son avantage un bien de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou une information qu'il détient.

Agir avec discrétion et retenue

Le membre du conseil d'administration doit garder secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel. Il doit donc, notamment vis-à-vis des médias, adopter une attitude de retenue à l'égard de tous les faits ou informations qui, s'il les dévoilait, pourraient nuire à l'intérêt public, au bon fonctionnement de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et porter atteinte à la vie privée d'une citoyenne ou d'un citoyen. La présidente ou le président du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation de leurs opinions politiques.

Après l'expiration du mandat, tout membre du conseil doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions et qui avait un caractère confidentiel.

Agir sans partisanerie politique

Le membre du conseil d'administration doit éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Agir avec loyauté

Le membre du conseil d'administration s'acquitte de ses fonctions ou de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

Agir avec respect et dignité

Le membre du conseil d'administration traite, dans l'exercice de ses fonctions, toute personne avec courtoisie et respect. Il agit avec dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

Éviter tout conflit d'intérêts

Le conflit d'intérêts se définit comme une situation où le membre du conseil d'administration a un intérêt personnel suffisant pour que celui-ci l'emporte ou risque de l'emporter sur l'intérêt public en vue duquel il exerce ses fonctions.

La notion de conflit d'intérêts constitue un thème très large. De fait, il suffit, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou autre, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que le membre du conseil d'administration ait réellement profité de sa charge ou ses fonctions pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent. Le risque que cela se produise peut être suffisant pour mettre en cause la crédibilité du membre ou de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

En outre, le membre du conseil d'administration devra éviter toute situation où il y a apparence de conflit d'intérêts même s'il n'y a aucun conflit d'intérêts réel.

Conformément aux articles 154 et 400 de la Loi, le membre du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général ne peuvent donc pas avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise, une association ou un projet qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions. Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, le membre du conseil d'administration, autre que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, doit dénoncer son intérêt par écrit au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'organisme, l'entreprise, l'association ou le projet dans laquelle il a cet intérêt est débattue précisément. Quant à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général, cette personne doit toujours s'abstenir de tout conflit.

Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions. Il reconnaît que le fait d'être un membre de conseil d'administration ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il reconnaît également que le fait d'être un membre du conseil d'administration ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée de conseil dûment convoquée ou lorsqu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

Le membre du conseil d'administration 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.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêts personnels du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi. Il doit cependant toujours agir de façon la plus objective possible et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Activités politiques

Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement, la présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

La présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui veut présenter sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, cette personne est en droit de demander et d'obtenir un congé non rémunéré à compter du jour de l'annonce de sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la présidente ou du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

Le membre du conseil d'administration doit respecter les droits et privilèges des autres membres.

Le membre du conseil d'administration doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues ; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, évite 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.

Le membre du conseil d'administration a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence et ses motifs si désiré, au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et de toutes les personnes qui y œuvrent.

4. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Responsable de l'application

La présidente ou le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code d'éthique et de déontologie.

Obligation de respect du code et déclaration des intérêts détenus par le membre du conseil d'administration

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I.

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Manquements aux principes d'éthique et aux règles de déontologie

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la Loi, au Règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

La présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président, selon le cas, décide alors s'il s'agit bien d'un manquement et si la demande n'est pas frivole ou manifestement sans fondement. À cette fin, elle ou il peut mettre sur pied un comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie. Ce dernier peut alors lui donner un avis, à savoir s'il y a eu manquement et la qualification de celui-ci.

Ce comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie est formé de trois membres du conseil à l'exception de la présidente ou du président du conseil d'administration, de la vice-présidente ou du vice-président et de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général.

Si elle ou il en arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement, la présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président doit en informer le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles 37 et suivants du Règlement.

En vertu des articles 41 et 42 du Règlement, la sanction qui peut être imposée au membre du conseil d'administration est la réprimande, la suspension (dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, suspension sans rémunération) d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec