



RAPPORT ANNUEL
2006-2007

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

**AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD**

**RAPPORT ANNUEL
2006-2007**

**Cette publication est une production
de l'Agence de la santé et des
services sociaux de la Côte-Nord**

NOTE

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

COORDINATION

Sandra Morin

**Chef du Service des communications et des
affaires corporatives**

MISE EN PAGE

Joanie Fortin, agente administrative

Dépôt légal – 4^e trimestre 2007

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque de l'Assemblée nationale

ISBN 978-2-89003-195-1

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Monsieur le Ministre,

Au nom des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, c'est avec grand plaisir que nous vous transmettons le rapport annuel de gestion 2006-2007. Ce rapport témoigne de l'engagement de l'Agence et de ses partenaires à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services à la population ainsi que de l'attention soutenue dont vous faites preuve à l'égard des régions éloignées comme la nôtre, notamment en matière d'équité interrégionale dans l'allocation des ressources et dans la répartition des effectifs médicaux.

En définitive, les investissements consentis à la région au cours des dernières années auront favorisé le développement et la consolidation de l'offre de service dans l'ensemble des programmes-services, particulièrement au regard des aînés en perte d'autonomie, des jeunes en difficulté et des personnes qui présentent un problème de santé mentale.

Si les résultats énumérés dans ce document sont, dans l'ensemble, positifs, on constate qu'ils sont souvent tributaires de la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée. À preuve, certains investissements n'ont pu produire, dans les délais prévus, les effets escomptés et des objectifs ont été compromis en raison de la pénurie de ressources et de la difficulté reliée au recrutement et au remplacement du personnel. Compte tenu du défi que cela représente dans la poursuite de la mission du réseau, le conseil d'administration et le personnel de l'Agence sont hautement préoccupés par les besoins présents et futurs en région de la main-d'œuvre médicale, professionnelle et technique ainsi que par son développement et sa rétention.

Le conseil d'administration s'est assuré de l'application des nouveaux éléments contenus dans le projet de loi 83. Il a nommé un commissaire aux plaintes et à la qualité des services et créé un comité de vigilance et de la qualité chargé d'analyser les plaintes et de s'assurer de leur suivi. Ce comité peut également adresser des recommandations au conseil d'administration quant à la qualité des services. La création d'un comité régional sur les services pharmaceutiques et d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée prévue dans le projet de loi comptent également parmi les réalisations de l'année dernière.

Le conseil d'administration a également créé un comité visant la révision du cadre de gestion pour la reconnaissance et le financement des organismes communautaires, et participe activement à ses travaux.

Nous tenons à vous assurer du profond engagement de tous les membres du conseil d'administration et du personnel de l'Agence au regard de l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord et des services sociaux et de santé qu'elle requiert. Nous vous assurons, Monsieur le Ministre, que c'est avec intérêt et détermination que nous continuerons de relever cette mission.

Le président du conseil d'administration,

Original signé par

Réginald Caron

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE



La Commission des Affaires sociales tient à chaque année des auditions avec quelques agences de la santé et des services sociaux. Ces auditions visent à rendre compte des activités des agences aux représentants de l'Assemblée nationale. Chaque agence est donc entendue à tous les trois ou quatre ans. L'an dernier, l'Agence de la Côte-Nord a témoigné de l'évolution des services rendus par le réseau de la santé et des services sociaux à la population nord-côtière pendant la période 2002 à 2006 (annexe D).

Les faits saillants de ce bilan consistent en un rehaussement constant des services aux jeunes en difficulté et leurs familles, ainsi qu'aux personnes âgées en perte d'autonomie, notamment au chapitre des soins à domicile. L'amélioration de l'accès à la chirurgie a été démontrée par une augmentation de volume et une diminution importante des délais d'attente.

La Commission a également pu constater que la Côte-Nord est très active en ce qui a trait à l'amélioration de l'accès aux services médicaux. L'implantation de quatre groupes de médecine de famille (GMF) pendant la période 2002-2006 permet de potentialiser l'utilisation des ressources médicales et la création d'une unité de médecine familiale (UMF) à Baie-Comeau est un tremplin pour le recrutement et la rétention de ces professionnels.

L'Agence a souligné la bonification de la politique de transport des bénéficiaires qui permet un remboursement accru des frais encourus par les personnes qui doivent se déplacer dans une autre région pour obtenir un service non disponible en Côte-Nord. Enfin, le budget consacré aux services ambulanciers, en passant de 4,7 à 7,5 millions de dollars en quatre ans, a permis une amélioration notable tant de l'accès que de la qualité des services.

Pendant cette période, la reconnaissance du sous-financement du réseau nord-côtier a permis de rehausser le budget régional de 179,5 millions en 2002-2003 à 211 millions en 2005-2006.

LES PRIORITÉS DE SERVICES POUR 2006-2007

Les services aux aînés en perte d'autonomie ont figuré au chapitre des priorités de l'Agence en 2006-2007. En plus d'un rehaussement significatif des budgets consacrés aux soins à domicile, les efforts ont surtout porté sur la promotion de ressources d'hébergement dans le milieu de vie des personnes.

Une demande de développement de deux unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) sur la Côte-Nord a été déposée au Ministère. Cette demande décrit les services à développer en région et documente les besoins au plan des ressources humaines et immobilières. Une réponse est attendue en 2007-2008.

Un comité conjoint Agence-Établissements a établi un plan d'action pour améliorer l'accès à l'urgence au CSSS de Manicouagan. Ces travaux ont permis, entre autres, depuis quelques mois, de réduire de façon importante le temps d'attente sur civière à l'urgence.

Enfin, parmi les projets qui ont mobilisé l'Agence et les établissements de façon majeure, on retrouve le plan d'action régional et les plans locaux de lutte à la pandémie d'influenza.

LE PLAN D'ORGANISATION DE L'AGENCE

L'Agence a procédé à une réorganisation interne à l'automne 2006. L'abolition de la direction des services administratifs, de la budgétisation et des immobilisations et la création de deux nouvelles directions visait à mieux répondre aux mandats qui lui sont confiés par le projet de loi 83.


Ainsi, la direction de la planification et des ressources informationnelles permet une meilleure synergie dans la planification et le suivi des ententes de gestion de même qu'avec l'allocation des ressources. De plus, cette intégration de la planification, de l'équipe de recherche et de l'évaluation ainsi que des ressources informationnelles pose les conditions favorables à la création et l'analyse de banques de données de même qu'au développement de projets de télécommunication visant l'amélioration de l'accès aux services.

Par ailleurs, la direction des ressources humaines, financières et matérielles permettra à l'Agence de faire face au défi grandissant du recrutement et de la rétention des ressources humaines. Des travaux seront menés avec les établissements nord-côtiers dans ce but.

L'ALLOCATION DES RESSOURCES

Finalement, la région a bénéficié d'un nouveau rehaussement budgétaire qui lui permet peu à peu de rattraper le niveau de ressources des autres régions du Québec. Les Nord-Côtiers et les Nord-Côtières pourront ainsi constater des améliorations dans l'accès et les services de santé et services sociaux dans leur coin de pays.

La présidente-directrice générale,



Nicole Demers

RAPPORT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE



La Loi sur la santé publique demande au directeur de faire un rapport annuel portant sur l'état de santé de la population et les actions prises pour l'améliorer.

Les faits saillants des interventions de santé publique pour l'année 2006-2007 portent sur la consolidation des services relativement à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales, l'élaboration du plan d'action intégré en prévention et promotion de saines habitudes de vie, la réalisation d'une recherche concernant la prévention des accidents routiers et la création d'un comité de coordination régional en santé publique.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Nous avons accentué les travaux de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) sous la présidence du docteur Pierre Laberge, microbiologiste-infectiologue au CSSS de Sept-Îles. Les recommandations découlant de cette table, acheminées à la présidente-directrice générale de l'Agence, favorisent un encadrement et un développement rigoureux des services. À titre d'exemple, l'an dernier, la TRPIN a recommandé que les professionnels en prévention des infections soient membres de l'Association des infirmiers et infirmières en prévention des infections et participent à leur colloque annuel. Cela permet des échanges sur les interventions découlant de situations critiques et les outils pour y faire face. La TRPIN a également émis une recommandation prônant la consolidation des ressources professionnelles, de façon à assurer une plus grande stabilité des ressources. La présence de deux professionnels, dans chacun des deux centres hospitaliers régionaux, contribuera à maintenir un service continu et un niveau d'expertise suffisant pour leur permettre de soutenir les autres CSSS de leur territoire.

La formation de base des infirmiers et infirmières dans tous les établissements de la Côte-Nord est terminée. Cependant, compte tenu du roulement de personnel et du développement des connaissances dans ce domaine, nous avons prévu un budget pour la formation continue.

La mise en place des chambres à pression négative se poursuit selon le plan initial et celles-ci devraient être disponibles sur l'ensemble du réseau au 31 mars 2008.

PLAN D'ACTION INTÉGRÉ EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE

Une des clés du succès d'une approche préventive est l'intégration des interventions visant l'adoption de saines habitudes de vie par les individus. Ainsi, la personne qui désire améliorer sa santé et son bien-être comprendra plus facilement que des modifications, même minimales, à son alimentation, à son activité physique, à ses loisirs ou à sa consommation d'alcool ou de tabac auront des effets bénéfiques. Qui plus est, notre stratégie vise à accroître le sentiment de mieux-être pour que les personnes prennent plaisir à se maintenir en santé.

Le deuxième défi de la promotion de la santé consiste à rejoindre tous les acteurs impliqués directement ou indirectement. La Direction de santé publique compte sur une entente de partenariat avec l'Unité régionale loisir et sport Côte-Nord permettant d'harmoniser notre programmation. Nous travaillons étroitement avec le milieu scolaire par l'intermédiaire d'une table de concertation. Nous sommes à développer des liens avec la Conférence régionale des élus (CRÉ) avec laquelle nous partageons une ressource pour soutenir le développement social sur la Côte-Nord.

Finalement, ce plan d'action se déploiera selon une stratégie favorisant l'utilisation optimale, mais réaliste des ressources disponibles. Chacun des CSSS pourra ajuster son organisation de service de façon à assurer efficacité et efficience à ses interventions. Des séances de formation seront dispensées aux professionnels concernés relativement aux interventions reconnues efficaces et aux meilleurs outils disponibles pour accroître les impacts préventifs.

LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS ROUTIERS

La Table de concertation en sécurité routière et la Direction de santé publique ont convenu d'effectuer une recherche concernant des interventions à mettre en place pour accroître la sécurité routière. Plus particulièrement, nous souhaitons diminuer le risque d'accidents découlant de la présence de véhicules lourds sur nos routes.

La méthode retenue implique la constitution d'un comité de travail composé d'experts provenant de différents ministères et de représentants de l'industrie. Le chercheur principal a procédé à une revue de la littérature pour identifier les méthodes d'intervention qu'il soumettra au comité de travail. Le comité identifiera quelques interventions qui seront évaluées sur notre réseau routier en 2007-2008.

Nous anticipons que ce projet de recherche permettra d'accroître la sécurité de notre réseau routier par des interventions ciblées tant auprès des conducteurs de véhicules lourds que des automobilistes qui ont adapté leur façon de conduire en fonction du trafic lourd.

CRÉATION D'UN COMITÉ DE COORDINATION RÉGIONAL EN SANTÉ PUBLIQUE

En 2006-2007, le réseau de la santé de la Côte-Nord s'est doté d'un comité de coordination en santé publique. Ce comité aura comme principal mandat de voir au déploiement du Plan d'action régional de santé publique dans chacun des CSSS. Il favorisera une harmonisation des interventions et un partage des outils. Il sera un levier important pour que la prévention et la promotion de la santé continuent de se développer sur la Côte-Nord.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Raynald Cloutier". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Raynald Cloutier, m.d.

DÉCLARATION PAR LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

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

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

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006-2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

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

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006-2007.

Signé à _____ Baie-Comeau _____ le _____ 20 juin _____ 2007



Réal Castonguay
Intérimaire à la direction générale

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

La région	3
La mission	3
Le conseil d'administration	4
Le code d'éthique et de déontologie	5
Le Forum de la population	6
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	7
La Commission infirmière régionale	8
La Commission multidisciplinaire régionale	9
Le Département régional de médecine générale	9
Le comité régional sur les services pharmaceutiques	11
Le comité de gestion du réseau nord-côtier	12
La structure de l'Agence	13
Les établissements	15
Les communautés autochtones	16
Les organismes communautaires	17
Les ressources intermédiaires et de type familial	22
Les ressources humaines	23
Le Technocentre	24
Les communications	25

CHAPITRE II - LES SERVICES À LA POPULATION

INTRODUCTION	29
LES SERVICES GÉNÉRAUX	31
1. Services infirmiers généraux	31
2. Services psychosociaux généraux	32
3. Effectifs médicaux	33
4. Services offerts aux femmes en violence conjugale et en agression sexuelle	34
LA SANTÉ PHYSIQUE	35
1. Services d'urgence	35
2. Soins palliatifs	36
2.1 Politique en soins palliatifs de fin de vie	36
2.2 Lutte contre le cancer	37
3. Chirurgie	37
4. Accès aux services spécialisés	38
5. Système du sang	38
6. Services préhospitaliers d'urgence	38
7. Faits saillants	41
7.1 Sécurité civile mission santé	41
7.2 Risque de pandémie d'influenza	42
7.3 Télésanté et PACS	42
7.4 Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval	43
7.5 Traumatologie	43
LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	44
1. Services dans la communauté - personnes âgées en perte d'autonomie	44
2. Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée	45
3. Faits saillants	46
3.1 Amélioration des services en CHSLD	46

3.2	Plan d'action régional	47
3.3	Résidences privées	48
3.4	Système régional d'admission	49
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE	51
1.	Soutien à domicile	51
2.	Services spécialisés	52
3.	Faits saillants	53
3.1	Programme d'allocation directe pour les personnes vivant une situation de handicap et leur famille	53
3.2	Mesures de soutien aux entreprises d'économie sociale en aide domestique	53
3.3	Intensification des services spécialisés en déficience physique et Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	53
3.4	Services d'audiologie pour l'est de la région et déficience auditive	54
3.5	Consolidation des places de répit et développement de places d'hébergement	54
3.6	Évaluation des consortiums d'établissements	55
3.7	Bilan des orientations ministérielles 2004-2009 en déficience physique	55
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	55
1.	Soutien à domicile - déficience intellectuelle	55
2.	Soutien à domicile - trouble envahissant du développement	57
3.	Services spécialisés - trouble envahissant du développement	58
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ	59
1.	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté	59
2.	Promotion et prévention - jeunes et familles	60
3.	Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté	61
LES DÉPENDANCES	64
1.	Services de première ligne - toxicomanies	64
2.	Jeu pathologique	65
LA SANTÉ MENTALE	66
1.	Services de première ligne	66
2.	Services de deuxième ligne	67
3.	Services de crise et d'intégration dans la communauté	68
4.	Services d'urgence	69
5.	Faits saillants	70
5.1	Estimation de l'offre de service en santé mentale	70
5.2	Équipe de soutien dans la communauté	70
5.3	Santé mentale et prévention du suicide chez les jeunes	70
LA SANTÉ PUBLIQUE	71
1.	Promotion et prévention - jeunes et familles	71
2.	Dépistage du cancer du sein	72
3.	Promotion de la santé et prévention	72
3.1	Prévention - tabagisme	73
3.2	Saines habitudes de vie	74
3.3	Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire « École en santé »	76
3.4	Kino-Québec	77
3.5	Santé dentaire	78
3.6	Traumatismes routiers	78
3.7	Prévention des chutes chez les aînés	79
4.	Maladies infectieuses	80
4.1	Protection - infections transmissibles sexuellement et par le sang	80
4.2	Maladie à déclaration obligatoire	81
4.3	Vaccination	83
4.4	Prévention et contrôle des infections nosocomiales	84
4.5	Pédiculose	85
5.	Développement social	85
6.	Santé environnementale	85
7.	Santé au travail	86
8.	Surveillance et évaluation	87
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE	89
1.	Personnel du réseau et du Ministère	89
2.	Mesures de contrôle	89
3.	Qualité des services et traitement des plaintes	90
4.	Adaptation des services selon le sexe	91
4.1	Condition de vie des femmes	91

4.2 Condition de vie des hommes	91
5. Accès aux services en langue anglaise	91

CHAPITRE III - LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	95
1. Équilibre budgétaire	95
1.1 Budget des établissements	96
2. Gestion des bâtiments et des équipements	97
3. Fonds régionaux	97
3.1 Immobilisations	97
3.2 Équipements	100
3.3 Location d'espace	101
3.4 Autorisations d'emprunts	102
LE RAPPORT DE LA DIRECTION	103
LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS	104
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE	105
1. Résultats	105
2. Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2007	119

ANNEXES

- A - Code d'éthique et de déontologie
- B - Reddition de comptes : Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2006-2007
- C - Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2006 selon les territoires de CSSS et la région Côte-Nord
- D - La santé et les services sociaux en Côte-Nord de 2002 à 2006

FIGURE

1 - Organigramme au 31 mars 2007	14
--	----

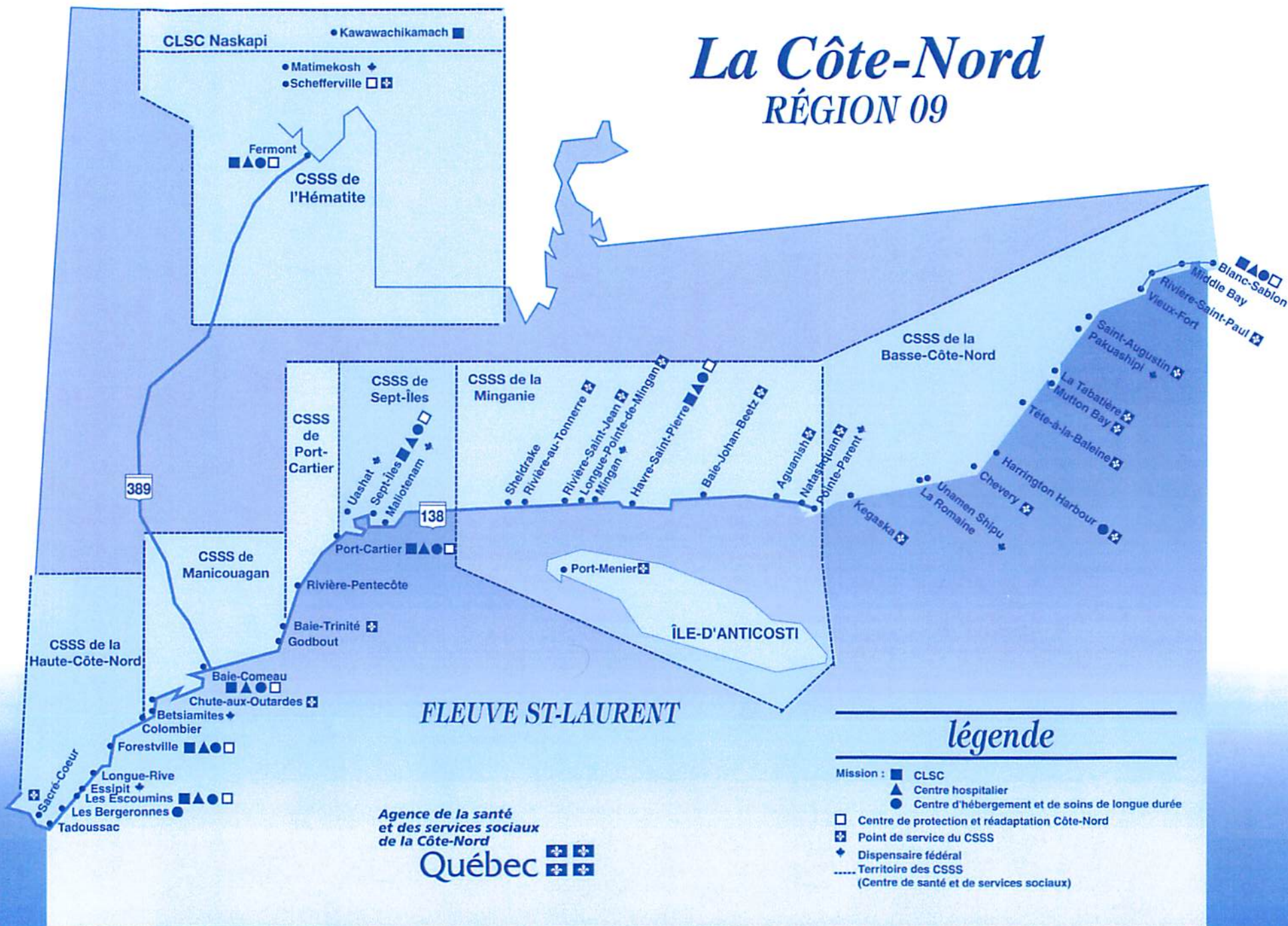
LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
AMP	Activités médicales particulières
ANCATED	Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement
A.Q.E.A.	Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité
ARSE	Association régionale du Sport Étudiant de la Côte-Nord
ASPC	Agence de Santé publique du Canada
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAUREQ	Centre d'appel d'urgence des régions de l'est du Québec
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CDD	Centre de dépistage désigné
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIPS	Centre d'intervention et de prévention du suicide de la Côte-Nord
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
DP	Déficiences physiques
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRAM	Directeurs régionaux des affaires médicales
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
EGI	Ententes de gestion et d'imputabilité
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
Forum	Forum de la population
GMF	Groupe de médecine de famille
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycycliques

I-CLSC	Intégration CLSC
ICI	Intervention comportementale intensive
IIP	Infection invasive à pneumocoque
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITIL	Information Technology Infrastructure Library
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère des Transports du Québec
N/A	Ne s'applique pas
PACS	Système d'archivage numérique des services de radiologie
PACT	Programme d'aide à la cessation tabagique
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale
PMO	Plan de main-d'œuvre
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
PSSP	Programme de subventions en santé publique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RLS	Réseaux locaux de services
RETAQ	Rassemblement des employés techniciens ambulanciers paramédics du Québec
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSQ	Recrutement Santé Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SRIEQ	Service régional d'interprétation de l'est du Québec
SST	Santé et sécurité au travail
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
TED	Trouble envahissant du développement
TOD	Thérapie sous observation directe
TRIPPS	Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

La Côte-Nord

RÉGION 09



légende

- Mission :
- CLSC
 - ▲ Centre hospitalier
 - Centre d'hébergement et de soins de longue durée
 - Centre de protection et réadaptation Côte-Nord
 - ⊕ Point de service du CSSS
 - ◆ Dispensaire fédéral
 - Territoire des CSSS (Centre de santé et de services sociaux)

**PRÉSENTATION DE L'AGENCE
ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN
AU RÉSEAU NORD-CÔTIER**

**C
H
A
P
I
T
R
E
I**

LA RÉGION

La Côte-Nord compte 94 813 habitants selon les plus récentes projections de population diffusées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'année 2006. Le territoire desservi par l'Agence s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville.

Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié des habitants de la région, soit 49,6 %. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km². La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés montagnaises et une naskapie. Les autochtones comptent pour près de 9,1 % de la population nord-côtière, soit 8 650 personnes.

La population de la Côte-Nord est aussi plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. En 2006, les statistiques révèlent que 29,7 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 28,8 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs moins nombreuses qu'au Québec. Elles représentent 11,8 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 14,1 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones sauf en Basse-Côte-Nord où 60,8 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 400 personnes.

LA MISSION

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

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

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

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2007.

Bossé, Isabelle (Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée)	Sept-Îles
Calderisi, David M. (Membre coopté)	Blanc-Sablon
Caron, Réginald (Organismes socioéconomiques)	Baie-Comeau
Demers, Nicole (Présidente-directrice générale)	Baie-Comeau
Detroio, Anthony (Centres de santé et de services sociaux)	Port-Cartier
Dubé, Roger (Département régional de médecine générale)	Baie-Comeau
Foster, Céline (Comité des usagers des établissements)	Forestville
Gauthier, Anne (Organismes représentatifs du milieu syndical)	Baie-Comeau
Girard, Francine (Commission infirmière régionale)	Port-Cartier
Landry, Jacques (Organismes socioéconomiques)	Natashquan
Mousseau, Robert (Membre coopté)	Fermont
Ouellet, Alain (Organismes du secteur public de l'enseignement)	Baie-Comeau
Picard-Kanapé, Marcelline (Communautés autochtones)	Betsiamites
Pinel, Pierre (Autres établissements – CPRCN)	Baie-Comeau
Verret, Stéphane (Commission multidisciplinaire régionale)	Sept-Îles

Un poste était vacant au 31 mars 2007 soit le représentant du milieu communautaire.

Au total, douze rencontres ont été tenues entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007, dont six par conférence téléphonique.

Aussi, d'autres membres ont siégé en cours d'année.

Nomination par le ministre le 30 janvier 2006	Date de démission	Remplacement	Date de nomination
Giguère, Chantal	14 novembre 2006	Rossignol, Bertrand	28 mai 2007
Lapierre, Nadine	2 juin 2006	Mousseau, Robert	19 décembre 2006

Voici les membres qui ont siégé au comité de vérification au cours de l'année 2006-2007 :

- × Calderisi, David M.
- × Detroio, Anthony (président)
- × Pinel, Pierre

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

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

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

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

Voici les membres qui ont fait partie de ce comité du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007.

- × Ouellet, Alain
- × Picard-Kanapé, Marcelline
- × Verret, Stéphane

À noter que, au cours de l'année 2006-2007, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

LE FORUM DE LA POPULATION

Le Forum de la population est une avenue novatrice visant à connaître le point de vue des citoyens et des usagers des services de santé et des services sociaux sur l'organisation des services. Le Forum associe la population à la définition des orientations régionales en matière de santé et de services sociaux.

Instance consultative auprès de l'Agence, le Forum est composé de 15 membres. Il est responsable :

- ✕ D'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- ✕ De formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

En 2006-2007, le Forum a été renouvelé puisque le mandat de ses membres était terminé. Selon l'entente conclue avec la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord (CRÉ), plusieurs organismes socioéconomiques ont été consultés afin de soumettre des candidatures. L'Agence a également sollicité les établissements du réseau afin qu'ils suggèrent des membres. Voici la liste des personnes qui composent cette instance ainsi que les territoires ou catégories représentés.

- | | |
|---|---------------------------------|
| ✕ M. Carol Boudreau | Port-Cartier |
| ✕ M ^{me} Lise Carbonneau Hounsell (Minganie) | Personne âgée de 55 ans et plus |
| ✕ M. René Cummings | Sept-Îles |
| ✕ M ^{me} Lyse Desjardins (Manicouagan) | Comité des usagers |
| ✕ M. Sam Einish | Communauté naskapie |
| ✕ M ^{me} Claudine Émond | MRC de Manicouagan |
| ✕ M ^{me} Denise Harel-Montigny | MRC de Manicouagan |
| ✕ M. Harold Lebrun | Sept-Îles |
| ✕ M. Michel Lepage | Sept-Îles |
| ✕ M. Dan Mauger (communauté anglophone) | Basse-Côte-Nord |
| ✕ M ^{me} Nicole Pellerin | MRC de la Haute-Côte-Nord |
| ✕ M ^{me} Louise Rodgers | MRC de la Minganie |
| ✕ M ^{me} Mélanie Roy (personne de 35 ans et moins) | Caniapiscou |
| ✕ M. Claude Synnott | MRC de Manicouagan |

Un poste est actuellement vacant (représentant les communautés montagnaises).

Aucune rencontre n'a eu lieu en 2006-2007.

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Les tables régionales des chefs de département de médecine spécialisée ont été créées en vertu des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le projet de loi 83 qui a été adopté le 25 novembre 2005. La création de ces tables a entraîné du même coup l'abolition des commissions médicales régionales (CMR).

Dans le cadre de ses responsabilités, la Table des chefs est appelée à se prononcer sur les diverses questions entourant l'organisation des services spécialisés en région, notamment l'élaboration des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et des plans d'organisation de services, la définition d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés, le déploiement des équipements médicaux spécialisés, les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et l'instauration des corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Le comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée comprend 10 membres.

À titre de représentants des chefs de département de médecine spécialisée, nous retrouvons :

- | | |
|---|--|
| × D ^{re} Isabelle Bossé | Chef du département d'obstétrique et de gynécologie, CSSS de Sept-Îles |
| × D ^r Édouard Botton | Chef du département clinique de radiologie, CSSS de Sept-Îles |
| × D ^r Guillaume Dumont | Chef du département de psychiatrie, CSSS de Sept-Îles |
| × D ^r Yves Girard | Chef du département de médecine interne, CSSS de Manicouagan |
| × D ^r Stéphane Guay (vice-président) | Chef du département de chirurgie, CSSS de Sept-Îles |
| × D ^{re} Marie-Claude Lebel (présidente) | Chef du département de chirurgie, CSSS de Manicouagan |
| × D ^{re} Suzanne Roberge | Chef du service de gynécologie, CSSS de Manicouagan |
| × D ^r Stéphane Thériault | Chef du département d'anesthésiologie, CSSS de Sept-Îles |

La présidente-directrice générale de l'Agence, madame Nicole Demers, de même que le directeur de santé publique et des affaires médicales, docteur Raynald Cloutier, complètent d'office la composition de cette instance.

La Table des chefs, dont la création date de juin 2006, s'est réunie à trois reprises au cours de l'année, notamment pour y aborder les sujets suivants :

- × Élaboration des règlements de régie interne;
- × Équipements médicaux spécialisés en haute technologie;
- × Réseau universitaire intégré de santé (RUIS);
- × Plan d'effectifs en médecine spécialisée pour l'année 2007;
- × Accessibilité aux services médicaux spécialisés.

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services infirmiers. Au 31 mars 2007, la composition de la CIR était la suivante.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

- × Girard, Francine CSSS de Port-Cartier
- × Pigeon, Nathalie CSSS de Sept-Îles
- × 2 postes vacants

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

- × Morin, Isabelle CSSS de Manicouagan

Direction des soins infirmiers – Responsables des soins infirmiers

- × Berthelot, Marlène CSSS de Sept-Îles
- × Poste vacant

Cégep (département des soins infirmiers)

- × Martin, Louise Cégep de Sept-Îles

Membre coopté

- × Poste vacant

Membres observateurs

- × Deschênes, Yvonne CSSS de Manicouagan
- × Fournier, Juliette CSSS de la Haute-Côte-Nord
- × 2 postes vacants

Agence (personne désignée par la PDG)

- × Boivin, Lise

En 2006-2007, la CIR ne s'est pas réunie.

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers. Voici les membres de la CMuR au 31 mars 2007.

× Bossé, Gervais	CSSS de la Haute-Côte-Nord
× Chouinard, Denise	CSSS de l'Hématite
× Dugas, Sylvie	CSSS de Port-Cartier
× Gendron, Marie-Claude	CSSS de Manicouagan
× Langevin, Denise (présidente)	CPRCN (Centre jeunesse)
× Leclerc, Sylvain	CPRCN (Centre jeunesse - Sept-Îles)
× Martel, Hélène	CSSS de l'Hématite
× Salvas, Chantal	CPRCN (Centre L'Émergent - Sept-Îles)
× Verret, Stéphane	CSSS de Sept-Îles
× Castonguay, Réal	Agence

Le poste réservé au représentant des collèges était vacant au 31 mars 2007.

Aucune consultation n'a été demandée auprès de la CMuR l'an dernier.

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Créé en fonction de l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins œuvrant en établissement.

SES PRINCIPAUX MANDATS :

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

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

LES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION :

- | | |
|--|--------------------|
| × D ^{re} Chantal Baril | Sept-Îles |
| × D ^r Roger Dubé (chef du DRMG) | Baie-Comeau |
| × D ^r Pierre Gosselin | Port-Cartier |
| × D ^r Rémi Mercier | Les Escoumins |
| × D ^r Pierre Moore | Havre-Saint-Pierre |
| × D ^r Paul-Aimé Joncas | Blanc-Sablon |
| × D ^r Raynald Pilon | Fermont |
| × D ^{re} Claudette Viens | Bergeronnes |

Au cours de l'année 2006-2007, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises.

VOICI QUELQUES SUJETS ABORDÉS :

- × Pénurie et recrutement d'effectifs médicaux;
- × Recrutement Santé Québec (RSQ);
- × Activités liées au recrutement;
- × Risques de rupture dans les établissements nord-côtiers;
- × Plans de contingence;
- × Mécanisme de dépannage;
- × Mesures incitatives non négociées;
- × Gestion du plan d'effectifs en omnipratique/détermination des objectifs de croissance aux établissements/octroi d'avis de conformité;
- × Méthode de calcul sur la répartition des effectifs médicaux selon le MSSS;

- × Gestion des ententes particulières :
 - × Plan régional des effectifs médicaux (PREM);
 - × Activités médicales particulières (AMP);
- × Programme de boursiers en médecine de famille;
- × Programme de stages en région;
- × Développement et renouvellement des projets du groupe de médecine de famille (GMF);
- × Télésanté;
- × Pandémie d'influenza;
- × Infections nosocomiales.

LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Créé en fonction des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et les pharmaciens œuvrant au sein d'un établissement.

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le CRSP exerce entre autres les mandats suivants :

- × Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- × Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- × Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. Madame Alice Bourgeois, présidente du comité, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

LES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION :

Collège « chef de département »

- × Alice Bourgeois (présidente), Sept-Îles

Collège « pharmacien propriétaire »

- × Christine Lacombe, Baie-Comeau

LES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION (SUITE) :

Collège « pharmacien en établissement »

- * Sylvie Rousseau, Baie-Comeau

Collège « pharmacien communautaire »

- * Poste vacant

Une première rencontre a eu lieu au début d'avril 2007 pour procéder à la nomination d'une présidente du comité.

VOICI QUELQUES SUJETS QUI SERONT ABORDÉS AU COURS DE L'ANNÉE 2007-2008 :

- * Ordonnances collectives;
- * Politique du médicament;
- * Projet ministériel des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec (SARDM);
- * Pénurie de pharmaciens.

LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU NORD-CÔTIER

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, la PDG de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plate-forme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau s'est réuni à cinq reprises, au cours de l'année 2006-2007, et a tenu cinq conférences téléphoniques.

LA STRUCTURE DE L'AGENCE

L'Agence a vécu une réorganisation administrative au cours de l'année 2006-2007. Ces changements ont permis à l'organisation de mieux assumer les responsabilités qui lui ont été confiées à la suite de l'adoption du projet de loi 83.

Deux nouvelles directions ont été créées au sein de l'Agence : une regroupant la planification et le suivi des ententes de gestion, l'allocation des ressources, la fonction surveillance et évaluation ainsi que les ressources informationnelles et une direction des ressources humaines, financières et matérielles qui s'attaquera, notamment au recrutement de la main-d'œuvre dans le réseau.

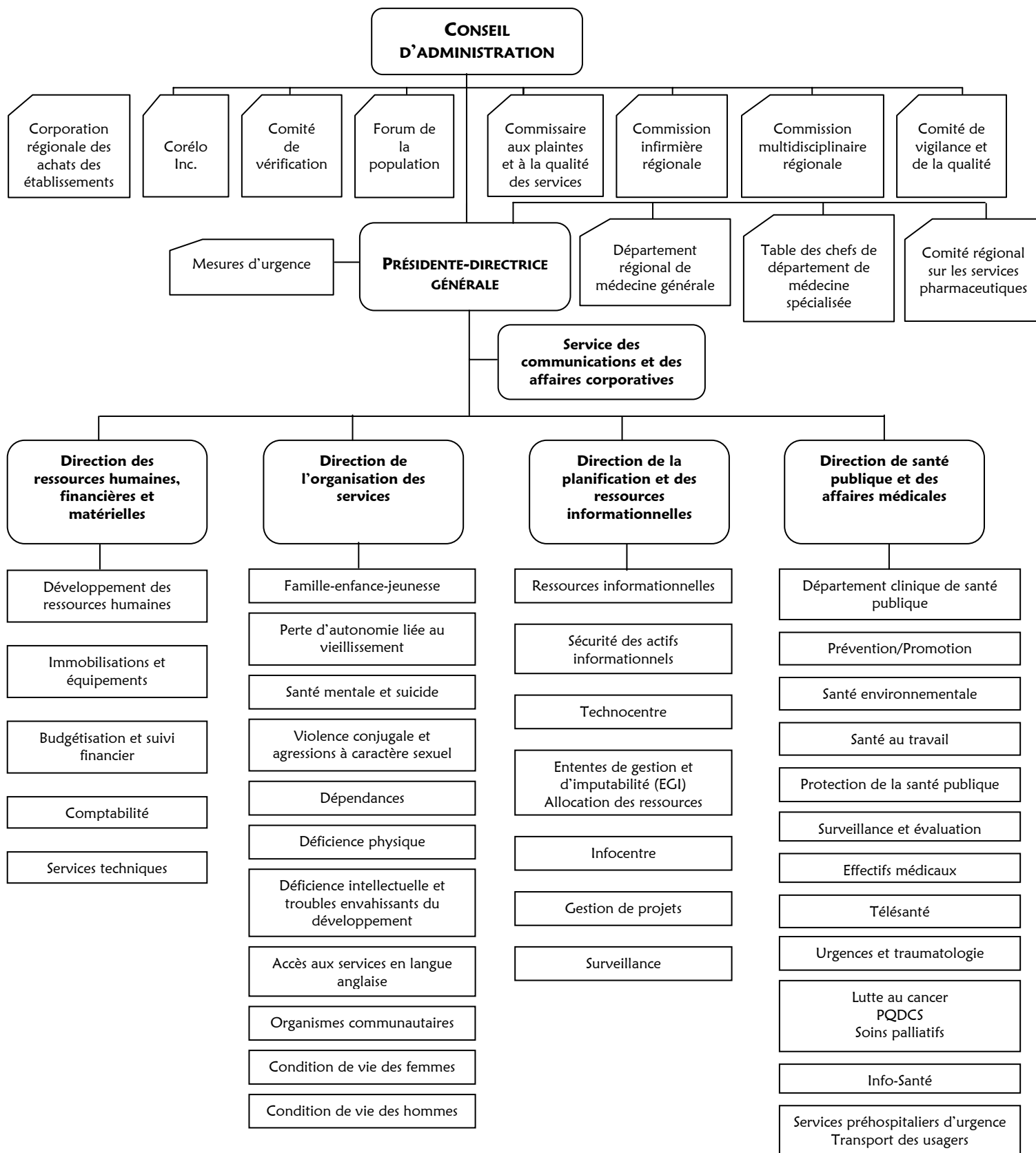
Au 31 mars 2007, le plan d'organisation de l'Agence reposait donc sur cinq directions :

- * Direction générale;
- * Direction de santé publique et des affaires médicales;
- * Direction de l'organisation des services;
- * Direction des ressources humaines, financières et matérielles;
- * Direction de la planification et des ressources informationnelles.

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

EFFECTIF DE L'AGENCE AU 31 MARS 2007		EXERCICE EN COURS	EXERCICE PRÉCÉDENT
Employé cadre	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	13	12
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
	Cadre en stabilité d'emploi	1	0
Employé régulier	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	56,75	56
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	3,12	3,92
	Employés en sécurité d'emploi	0	4
Employé occasionnel	Heures rémunérées	24 571,09	25 303,03
	Équivalents temps complet	13,46	13,86

FIGURE 1 - ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2007



LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte neuf établissements. Sept d'entre eux sont des centres de santé et de services sociaux (CSSS) intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée.

LA MRC DE LA HAUTE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a son siège social aux Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Coeur au nord et la communauté montagnaise d'Essipit. Le CSSS dessert une population de 12 315 habitants.

LA MRC DE MANICOUAGAN

Le CSSS de Manicouagan, dont le centre administratif est à Baie-Comeau, compte deux points de service : Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité.

La MRC de Manicouagan regroupe 32 909 habitants. Ce territoire débute avec la communauté montagnaise de Betsiamites et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. Baie-Comeau, avec ses 22 616 habitants, est la municipalité la plus peuplée de ce territoire administratif.

LA MRC DE SEPT-RIVIÈRES

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 34 003 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 26 579 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 25 280 résidents. Ce secteur compte également la communauté montagnaise de Uashat-Maliotenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert principalement les résidents de Port-Cartier et des environs, soit 7 424 personnes.

LA MRC DE CANIAPISCAU

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 3 604 personnes.

Le CSSS de l'Hématite est situé dans la ville de Fermont qui compte 2 489 personnes. Il dessert une population de 2 965 habitants.

Légalement constitué en 2001, le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie à Kawawachikamach (643 habitants).

LA MRC DE LA MINGANIE

C'est à Havre-Saint-Pierre (3 241 habitants) que se trouve le CSSS de la Minganie qui compte sept points de service sur un territoire de 310 km, dont l'un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). On retrouve deux communautés autochtones sur le territoire. La MRC de la Minganie compte une population de 6 504 habitants.

LA BASSE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le CSSS dessert une population de 5 474 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés montagnaises.

Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés dans lesquels sont offerts des services de dispensaire.

UNE MISSION RÉGIONALE

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

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

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

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

La nation naskapie de Kawawachikamach reçoit tous ses services du système québécois de santé et de services sociaux en vertu de l'entente du Nord-Est québécois. Le CLSC Naskapi a été créé en 2001, et la

population a accès aux services médicaux et hospitaliers de même qu'aux services sociaux et de réadaptation dispensés par le réseau nord-côtier.

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

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) nous permet de soutenir 101 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Le tout représente un investissement de 8 195 937 \$. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le Ministère, telles qu'elles sont décrites dans le cadre de gestion prévu pour ce programme. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de ces états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes. Un processus d'analyse permet à chaque professionnel d'effectuer le suivi de gestion des fonds publics dédiés au soutien communautaire. Par cette démarche, l'Agence est en mesure d'apporter l'aide requise aux organismes en difficulté et aussi de témoigner de l'importante contribution sociale de ces groupes dans la mission globale d'amélioration de la santé et du bien-être de la population nord-côtière.

De plus, précisons que trois organismes reçoivent des sommes par le biais d'ententes spécifiques pour un montant global de 110 315 \$. Également, toujours en lien avec le PSOC, des subventions totalisant une somme de 5 000 \$ sont accordées à deux organismes communautaires pour la réalisation d'un projet ponctuel.

Au total, l'Agence a donc versé aux 101 organismes inscrits au PSOC une somme de 8 311 252 \$, et ce, excluant les subventions attribuées dans le cadre de la sécurité alimentaire.

Mission globale			
Organisme	Subvention 2005-2006 (\$)	Subvention 2006-2007 (\$)	Catégorie
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	11 974	12 249	Troubles envahissants du développement
Actions Sida Côte-Nord	51 867	53 060	VIH-SIDA

Mission globale			
Organisme	Subvention 2005-2006 (\$)	Subvention 2006-2007 (\$)	Catégorie
Ado-Cité - Maison de jeunes	28 058	35 703	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute Côte-Nord inc.	10 130	10 363	Déficiência physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	16 688	17 072	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	10 220	19 955	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel Baie-Comeau inc.	63 943	65 414	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	5 333	13 713	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	22 179	22 689	Déficiência physique
Association Fibromyalgie de Duplessis	10 493	10 734	Déficiência physique
Association L'envolée de la Côte-Nord	12 512	12 800	Santé mentale
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	11 975	12 250	Troubles envahissants du développement (TED)
Association parents et amis du malade émotionnel de Sept-Îles inc.	64 241	65 719	Santé mentale
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité (A.Q.E.A.), Chapitre Côte-Nord	5 861	5 996	Déficiência physique
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	20 709	22 186	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	61 702	65 288	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	110 542	113 085	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	190 540	202 923	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	53 760	54 996	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - région Côte-Nord	219 477	274 525	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Côte-Nord	196 577	233 606	Assistance et accompagnement/ Centres d'écoute téléphonique
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	72 593	104 348	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	132 584	135 633	Maintien à domicile

Mission globale			
Organisme	Subvention 2005-2006 (\$)	Subvention 2006-2007 (\$)	Catégorie
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 000	2 046	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	128 830	142 519	Centres de femmes
Centre de jeunes La Zone	5 575	2 061	Maisons de jeunes
Centre des femmes de Forestville	128 515	142 264	Centres de femmes
Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord	308 369	335 309	Santé mentale
Centre d'intervention Le Rond-Point	97 465	103 285	Alcoolisme et toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux quatre vents	128 460	142 220	Centres de femmes
Centre Joie de vivre de Port-Cartier inc.	77 844	49 549	Personnes âgées
Centre Le Volet des femmes	132 883	145 757	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	6 000	9 388	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	4 614	9 349	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes	15 815	16 179	Santé physique
Comité action jeunesse de Bergeronnes	18 720	19 818	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	18 720	29 318	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	3 500	13 748	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	18 720	29 318	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	3 042	12 612	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	3 144	3 216	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Coeur	2 552	2 611	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	18 023	28 604	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	13 866	14 185	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	13 866	14 185	Personnes démunies
CONVERjaNCE Manicouagan	177 020	181 091	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	2 000	2 046	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	5 747	12 175	Santé mentale
Espace Côte-Nord	104 622	107 028	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	53 768	55 005	Déficiences multiples
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	65 000	0	Santé mentale
Hom'asculin Port-Cartier	37 780	37 959	Autres ressources hommes

Mission globale			
Organisme	Subvention 2005-2006 (\$)	Subvention 2006-2007 (\$)	Catégorie
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	37 780	37 959	Autres ressources hommes
La croisée, un organisme de justice alternative	216 832	221 819	Organismes de justice alternative
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	18 720	28 651	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	94 909	97 092	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	80 069	83 011	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	18 720	28 651	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	36 357	46 090	Maisons de jeunes
La Maison le Zen-Hits	18 500	9 277	Maisons de jeunes
La Maison, Le Coin des femmes, Sept-Îles inc.	460 440	476 737	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Percée	12 512	12 800	Santé mentale
La Vallée des Roseaux	284 669	319 516	Santé physique
L'Alliance des femmes	128 573	142 312	Centres de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	73 934	75 634	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 020	1 043	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	16 145	16 516	Déficiences physiques
L'Âtre de Sept-Îles	247 417	253 108	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	2 256	2 308	Maintien à domicile
Le Créam	129 438	137 028	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Port-Cartier	9 512	9 731	Déficiences multiples
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	28 834	29 497	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	53 769	55 006	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	135 974	145 768	Déficiences multiples
L'Entre-deux-Tournants	52 955	60 773	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'or	26 749	27 364	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	26 726	27 341	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	28 435	29 089	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	75 767	66 671	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	62 448	63 884	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté

Mission globale			
Organisme	Subvention 2005-2006 (\$)	Subvention 2006-2007 (\$)	Catégorie
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	358 965	406 817	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	162 520	171 531	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	448 138	478 341	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes « La Source » Minganie	60 679	65 675	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	27 018	34 639	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	11 799	22 236	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	28 058	35 703	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	71 945	74 700	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	464 563	501 733	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	14 025	14 348	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	15 144	15 492	Déficiences multiples
Nouveau regard	5 686	5 817	Santé mentale
Point de rencontre inc.	154 456	161 982	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	10 360	11 917	Santé mentale
Répit Richelieu	135 974	139 101	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	22 749	25 939	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	18 440	20 864	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	9 081	9 175	Déficience physique
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	57 149	65 288	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	18 608	37 798	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	12 116	23 086	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	138 736	141 927	Maintien à domicile
Montant versé aux organismes en mission globale :	7 606 087	8 195 937	
Nombre total d'organismes soutenus :	102	101	

Entente spécifique (ES)			
Organisme	Subvention 2005-2006 (\$)	Subvention 2006-2007 (\$)	Catégorie
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	0	66 495	Santé mentale
Point de rencontre	21 417	21 910	Santé mentale
Transit Sept-Îles	21 417	21 910	Santé mentale
Montant versé aux organismes en ES :	42 834	110 315	
Nombre total d'organismes soutenus :	2	3	

Projet ponctuel (PP)			
Organisme	Subvention 2005-2006 (\$)	Subvention 2006-2007 (\$)	Catégorie
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles		4 000	Déficiences multiples
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.		1 000	Autres ressources hommes
Montant versé aux organismes en PP :		5 000	
Nombre total d'organismes soutenus :		2	
Total versé au PSOC en 2006-2007*:		8 311 252	

* Exclut les sommes versées dans le cadre de la sécurité alimentaire.

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

Le réseau nord-côtier de ressources intermédiaires et de type familial se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- ✗ 117 familles d'accueil avec 324 places;
- ✗ 1 ressource intermédiaire de 2 places.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- × 60 résidences d'accueil dénombant 262 places;
- × 14 ressources intermédiaires disposant de 123 places.

L'équipe ministérielle d'appréciation de la qualité des services dans les ressources non institutionnelles a visité cette année un autre établissement de la région ainsi que les résidences d'accueil qui y sont rattachées par contrat. À la suite de leur passage et en suivi à leurs recommandations, l'établissement élabore, au moyen d'aide concrète, d'encadrement et de soutien accrus, un plan d'amélioration visant à assurer et à accroître la qualité des services offerts dans ces milieux de vie. L'Agence, pour sa part, offre aussi son encadrement et son soutien à l'établissement et suit périodiquement l'avancement de la mise en œuvre des mesures d'amélioration proposées.

En 2006, des ententes sont intervenues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation et les associations dûment reconnues à titre d'organismes représentatifs des ressources intermédiaires et de type familial. Seule l'association regroupant les résidences d'accueil pour adultes et aînés et les ressources intermédiaires de neuf places et moins n'a pas encore signé un tel accord avec le Ministère. Ces ententes visent le développement d'une charte ou d'un code d'éthique à l'intention des intervenants, des ressources et des usagers. On y poursuit également comme objectif d'assurer l'équité entre les ressources ainsi que d'instituer une procédure de traitement et de règlement des mécontentes.

LES RESSOURCES HUMAINES

Plus de 630 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de notre région ont pris part à nos activités de formation, d'information et de promotion offertes sur l'ensemble du territoire nord-côtier.

Cinquante-deux sessions différentes ont été tenues portant sur des sujets aussi variés que gestion de projet et contextes de gestion, milieu de vie en CHSLD, relations de couple, relations parents/enfants/adolescents, supervision, formation sur le travail de rue, intervenir auprès des hommes en détresse ainsi que sur le soutien dans la communauté : un service incontournable pour le rétablissement des personnes qui ont un trouble mental grave.

Plusieurs membres du personnel des établissements, employés et bénévoles des organismes communautaires ont profité également de ces activités. Le service de formation-réseau de l'Agence a été partenaire de la tenue de trois colloques importants concernant le personnel d'encadrement du réseau, la traumatologie et l'oncologie.

La préparation, l'organisation et la tenue de ces multiples activités de formation, de même que notre implication dans diverses activités liées à l'informatique et notre soutien aux établissements, auront requis près de 150 000 \$ d'investissements de notre service de développement des ressources humaines-réseau.

Grâce à ces interventions et à la collaboration remarquable des établissements et des organismes communautaires, nous contribuons ainsi au maintien et au développement des compétences de toutes ces personnes qui œuvrent auprès de ceux et celles qui requièrent des services de santé et des services sociaux.

LE TECHNOCENTRE

Cette année fut marquée par l'annonce de projets cliniques structurants qui viendront modifier la façon de dispenser les services à la population. Ainsi, dans les prochaines années seront implantés, entre autres, le dossier santé du Québec, un système d'archivage numérique des services de radiologie (PACS) et l'informatisation des services de pharmacies hospitalières. Ces systèmes, exigeant un haut niveau de disponibilité et de stabilité, forcent à revoir la gestion des services informatiques. De plus, la sensibilité de ces mêmes systèmes impliquera la mise en place de mesures garantissant un niveau de sécurité élevé.

L'Agence s'est inscrite dans une démarche en partenariat avec les établissements de la région pour implanter les meilleures pratiques en gestion des technologies de l'information se basant sur la norme de qualité ITIL (Information Technology Infrastructure Library). Ainsi, les services informatiques seront en mesure d'offrir un soutien plus efficace et efficient où les principaux bénéficiaires seront les utilisateurs des systèmes et ultimement la clientèle du réseau nord-côtier.

En février 2007, le réseau de la santé a vécu un incident de sécurité majeur, soit la pire attaque de virus de son histoire. Cette attaque a duré plus de deux semaines affectant de façon importante différents services cliniques et administratifs. Cet événement nous confirme l'importance de renforcer les niveaux de sécurité.

Finalement, afin de répondre aux exigences des futurs projets en matière de télécommunication, le MSSS a annoncé une modernisation du réseau de télécommunication actuel pour 2007-2008 et le lancement d'un appel d'offres visant à doter la province d'un nouveau réseau à la fine pointe de la technologie pour l'année 2009-2010.

LES COMMUNICATIONS

Jouant un rôle majeur dans l'information à la population, le Service des communications s'assure notamment de répondre aux demandes des médias en émettant des communiqués de presse, en tenant des conférences de presse et des assemblées publiques. La Direction générale et la Direction de santé publique considèrent qu'il est important que la population et nos partenaires soient informés de tout sujet d'intérêt public du ressort de l'Agence. La promotion de comportements favorisant la santé et le bien-être auprès de la population fait également partie du mandat du Service des communications.

- ✘ Une vaste campagne publicitaire pour favoriser le recrutement de personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été pilotée par le Service des communications de l'Agence. Cette campagne, au coût de 78 000 \$, a été réalisée en partenariat avec tous les établissements de la région et la contribution financière d'Emploi-Québec. Au total, 350 messages télévisés de 30 et 60 secondes ont été diffusés pendant cinq semaines sur les ondes de la chaîne LCN. Deux messages mettaient en vedette une infirmière et un agent de relations humaines qui ont choisi la Côte-Nord pour faire carrière. Un autre message vantait les attraits de la région et les conditions de travail avec des témoignages.
- ✘ L'Agence a entrepris une refonte complète de son site Web. Le projet évalué à 36 000 \$ a été octroyé par appel d'offres à Bell Canada. Le site de l'Agence sera complètement modifié et rafraîchi pour répondre aux besoins d'information de la population et du personnel du réseau. Le nouveau site sera accessible au grand public à l'automne 2007.
- ✘ Cette année, l'Agence s'est dotée d'une image corporative. Dorénavant, tous les documents officiels de l'organisation (plan d'action, rapport financier, enquête de santé) porteront les nouvelles couleurs de l'Agence. Le concept choisi se veut représentatif de la région, du milieu de travail et des clientèles desservies par le réseau.
- ✘ La PDG et le directeur de santé publique accordent chaque année entre 150 et 200 entrevues aux médias de la région.
- ✘ Les établissements et les organismes communautaires ont été sollicités pour soumettre des projets dans le cadre des Prix d'excellence du MSSS. Cette année, cinq candidatures ont été soumises. L'évaluation des candidatures a été réalisée par le Service des communications en collaboration avec le personnel concerné et deux membres du conseil d'administration de l'Agence.
- ✘ Dans le cadre de ses activités régulières, le Service des communications a produit et diffusé six numéros des « Échos du conseil » aux partenaires de l'Agence de même qu'aux médias pour informer la population des décisions du conseil d'administration, et participé à la réalisation et la diffusion de

trois outils de communication destinés à des publics spécialisés en santé publique : Contamine-Action (quatre numéros), Santé en têtes (quatre numéros) et La Santé recherchée (trois numéros).

- ✖ Plusieurs campagnes ont été menées l'an dernier en santé publique, notamment l'activité physique, la vaccination contre l'influenza et l'opération « Fruits et légumes en vedette ».
- ✖ En 2006-2007, plusieurs outils promotionnels en provenance du MSSS ont été diffusés dans le réseau et parmi la population, notamment sur des sujets aussi variés que le dossier santé du Québec, les algues bleues, les seringues contaminées, les signalements à la DPJ, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les poux et la vaccination.

**LES SERVICES À
LA POPULATION**

**C
H
A
P
I
T
R
E

II**

INTRODUCTION

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et les agences de santé et de services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le Ministère et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population en fonction de nouveaux crédits qui sont consentis à la région.

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ POUR L'ANNÉE 2006-2007

Pour l'année 2006-2007, le ministre a établi le niveau de dépense autorisée à 238 970 779 \$ pour la région, incluant une enveloppe de 1 635 224 \$ pour le développement de services, une cible maximale de déficit fixée à 851 998 \$ et une somme de 807 697 \$ pour couvrir la hausse des frais de médicaments, les fournitures liées aux nouvelles technologies de la santé et l'impact de l'augmentation des clientèles.

Les crédits de développement de services ont notamment permis d'accroître les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement puisque près du tiers de l'enveloppe (31,5 %) a été consacrée à cette clientèle. En fait, les services de maintien à domicile ont bénéficié à eux seuls d'un montant de 324 981 \$. La santé mentale, particulièrement les services de 1^{re} ligne en CSSS, a aussi bénéficié de nouveaux investissements, soit 11,7 % des nouveaux crédits de développement. Les services aux jeunes en difficulté, dont le programme de soutien aux jeunes parents, ont pour leur part bénéficié d'un montant de 208 254 \$, soit 17,3 % de l'enveloppe. Enfin, plus de 10 % du budget de développement, soit 183 550 \$, aura permis à des organismes communautaires de développer leurs services; cette somme s'ajoutant à l'indexation de 2,2 % consentie à tous les organismes communautaires de la région.

Au plan régional, la démarche s'est conclue par la ratification d'ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et tous les établissements.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité sont définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction au plan régional et local, des budgets régionaux ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

Dans le souci d'intégrer dans cette démarche de gestion la majorité des attentes pouvant être signifiées à un établissement pour une année donnée, les ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements comprennent également une partie typiquement nord-côtière qui énonce des engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale, selon le cas.

LE SUIVI DE GESTION ET LA REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité commande un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les indicateurs sont suivis selon des périodes définies et des bilans sont prévus à des moments stratégiques. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes.

Pour l'année 2006-2007, une soixantaine d'indicateurs témoignent de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux et c'est avec une très grande satisfaction que nous témoignons de l'atteinte de la majorité des cibles régionales. En effet, dans plus des deux tiers des cas, les résultats obtenus dépassent la cible fixée dans l'entente de gestion, voire dans certains cas, la cible à atteindre pour l'année 2010 définie au plan ministériel 2005-2010.

Les résultats relatifs aux services en santé publique, à la perte d'autonomie liée au vieillissement, à la déficience physique, à la déficience intellectuelle et aux troubles envahissants du développement ainsi qu'en chirurgie retiennent particulièrement notre attention.

En ce qui a trait à la perte d'autonomie liée au vieillissement où, rappelons-le, près du tiers des nouveaux crédits ont été consentis cette année, les objectifs ont tous été atteints. À l'évidence, la consolidation des activités de soutien à domicile et l'amélioration des services en CHSLD, mesures notamment préconisées dans notre Plan d'action 2006-2010 intitulé « Le vieillissement de la population nord-côtière », contribuent positivement à répondre au vieillissement accéléré de la population nord-côtière et à l'offre de service aux aînés en perte d'autonomie.

Au chapitre des chirurgies, nous sommes également satisfaits des résultats observés. Les cibles ont été rencontrées pour les chirurgies de la hanche et de la cataracte. De plus, on note peu de délais d'attente supérieurs à six mois pour ces interventions.

Dans une autre veine, les résultats mettent aussi en évidence le fait que des efforts doivent être maintenus dans certains programmes, dont celui de la santé mentale. Dans le cadre du plan d'action en santé mentale 2005-2010 « La force des liens », une démarche régionale d'analyse des besoins et des ressources avait été réalisée en 2005-2006. Si certains objectifs ne sont toujours pas atteints, on note toutefois une amélioration, de telle sorte qu'il est permis de croire que les efforts et les investissements consentis au cours des dernières années conduisent vers une meilleure adéquation entre les besoins des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et l'offre de service dans ce programme. Cette situation est similaire pour les résultats observés dans les unités d'urgence. Si les objectifs n'ont pas été atteints, on constate néanmoins que la mise en œuvre des recommandations du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) et d'autres mesures contribuant à l'amélioration de la performance de ce secteur d'activités commencent à influencer positivement les résultats.

Quant aux services aux jeunes en difficulté, nous ne pouvons conclure à une dégradation des résultats par rapport aux deux dernières années. En fait, l'atteinte des résultats a principalement été compromise par la difficulté de combler les postes en lien avec les activités concernées.

Enfin, le défi que nous rencontrons dans plusieurs secteurs d'activités est intimement lié à notre capacité de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre (exemples : effectifs médicaux en spécialité, physiothérapeutes et intervenants sociaux). Nul besoin d'insister que l'atteinte des objectifs requiert des efforts constants et que notre performance est notamment tributaire de la présence ou non d'une ressource professionnelle. Cela témoigne encore une fois de la fragilité de l'offre de service, dans une région éloignée comme la nôtre, lorsque les effectifs professionnels sont en pénurie.

Concernant les engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale, les deux tiers des engagements ont été rencontrés, les autres sont presque tous en cours de réalisation et connaîtront une conclusion au cours du prochain cycle de gestion. Dans certains cas, l'établissement n'a pas été en mesure d'actualiser l'engagement en raison de l'absence imprévue de son personnel.

Parmi les principales réalisations au regard des engagements spécifiques citons, notamment, la consolidation du poste de professionnel dédié à la prévention des infections nosocomiales dans les établissements, la participation des établissements à la mise en place et aux travaux du mécanisme local MSSS-MELS, la mise en place d'un projet novateur permettant aux intervenants du Centre L'Émergent d'attribuer des services spécialisés de réadaptation à la clientèle hospitalisée au CSSS de Manicouagan, la démarche relative à l'identification des projets générateurs d'économies, l'adoption d'une politique de sécurité des actifs informationnels ainsi que la nomination d'un responsable de la sécurité des actifs informationnels.

Le lecteur peut consulter la liste des réalisations des établissements dans un tableau reproduit à l'annexe B.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

I. SERVICES INFIRMIERS GÉNÉRAUX

INFO-SANTÉ

En décembre dernier, le service Info-Santé, localisé en Minganie, a été relié au réseau provincial. Cela signifie que les appels logés à Info-Santé par les résidents de la Côte-Nord peuvent être répondus partout en province. Cette nouvelle façon de faire a comme objectif de réduire le temps d'attente pour obtenir une réponse. Le CSSS de la Minganie a reçu un budget de 232 000 \$ pour réaménager sa centrale téléphonique.

Cette gestion provinciale d'Info-Santé a provoqué une augmentation importante du nombre d'appels (32 057) par rapport à celui observé en 2005-2006 (26 537). Cependant, la proportion d'appelants ayant reçu une réponse dans un délai de moins de quatre minutes est passée

de 92 % (2005-2006) à 79 % (2006-2007). Cette diminution de performance peut s'expliquer par la hausse du nombre d'appels et les ajustements que la centrale Info-Santé a dû effectuer.

À terme, cette nouvelle approche de gestion des appels devrait mener à une plus grande capacité de réponse et de service.

En comparant les données recueillies lors de l'évaluation du service Info-Santé auprès de la population adulte nord-côtière en février 1997 à celles de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005, on remarque une nette progression de l'utilisation de la ligne Info-Santé (2 % c. 11,3 %).

2. SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux		
Objectifs 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1 634 usagers	1 912 usagers	1 889 usagers
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,61 interventions/personne	4,58 interventions/personne	4,02 interventions/personne
Commentaires			
<p>Tout d'abord, il convient de préciser que le mode de calcul de ces indicateurs a sensiblement varié entre le cycle de gestion 2005-2006 et celui de 2006-2007. En fait, les références à l'année 2005-2006 seraient les suivantes si l'on tenait compte des nouveaux contours de ces indicateurs : 1 746 usagers desservis par les services psychosociaux et 4,58 interventions/personne pour ce qui est de l'intensité de service. À noter que les cibles pour l'année 2006-2007 tenaient compte de ces modifications.</p> <p>En ce qui a trait plus spécifiquement aux résultats, l'objectif régional en lien avec le nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS est presque atteint. Par rapport à l'année 2005-2006, on constate d'ailleurs une augmentation quant au nombre d'usagers desservis. Par contre, l'intensité de service est moindre.</p> <p>Les principaux éléments qui permettent d'expliquer ces résultats résident dans le fait que plusieurs établissements sont toujours aux prises avec des problèmes de recrutement de personnel. Malgré l'octroi d'une subvention spécifique pour enrayer des listes d'attentes dans certains établissements de la région, ceux-ci n'ont pas été en mesure d'atteindre les résultats attendus en raison des difficultés qu'ils ont rencontrées à recruter le personnel requis.</p> <p>Au regard du nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS, bien que l'objectif n'a pas été atteint, précisons qu'il est néanmoins supérieur au seuil de service qui se chiffre à 3,86 interventions/personne.</p>			

Compte tenu des investissements consentis en 2006-2007 et des informations positives relatives au recrutement de nouveau personnel, les résultats à venir devraient permettre d'atteindre les objectifs convenus.

FAITS SAILLANTS

Service régional d'intervention en situation de crise

Rappelons que le service régional d'intervention en situation de crise est composé de quatre volets : l'intervention téléphonique de crise, l'intervention face à face, le suivi de crise à très court terme et l'hébergement de crise. Comme convenu en octobre 2005, l'intervention psychosociale téléphonique de crise est assurée par la Centrale Info-Santé/Info-Social sous la responsabilité du CSSS de la Minganie. Par ailleurs, les autres volets sont sous la responsabilité des CSSS de chacun des territoires qui eux-mêmes ont fait appel à des organismes communautaires en ce qui a trait à l'hébergement de crise. En ce qui concerne l'intervention téléphonique auprès des personnes à risque suicidaire, le Centre d'intervention et de prévention du suicide (CIPS) de la Côte-Nord demeure l'interlocuteur privilégié.

Étant donné le fait que les services Info-Social et Info-Santé de la centrale sont tributaires du même système téléphonique, le rattachement du volet Info-Santé au réseau provincial a eu un impact important sur l'intervention téléphonique de crise. Conséquemment, l'Agence et ses partenaires ont dû revoir les modalités mises de l'avant jusqu'alors; ainsi, depuis mars 2007, l'intervention psychosociale téléphonique de crise est assurée par le Service Info-Social 24 heures par jour, et ce, sept jours par semaine.

Fait intéressant à souligner, en mars 2007, un protocole d'entente est signé entre le CSSS de la Minganie et ceux de l'ensemble de la région afin d'offrir, conjointement, un soutien clinique aux intervenants psychosociaux qui ont à assurer la réponse téléphonique de crise. À cet égard, la région de la Côte-Nord fait office de pionnière au Québec.

En 2006-2007, 550 appels ont été reçus par Info-Social, soit un peu plus du double de l'année dernière, pour un total de 357 clients différents. Comme l'an dernier, autant d'hommes que de femmes se sont adressés au service et différentes raisons motivent ces appels. Près de 60 % des appels ont requis la collaboration des partenaires des territoires locaux.

En juin 2006, l'Agence a lancé une vaste campagne d'information publique à l'endroit de ses partenaires et de la population nord-côtière afin de mieux faire connaître le service téléphonique.

3. EFFECTIFS MÉDICAUX

Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) prévoit 135 omnipraticiens et 82 spécialistes dans les centres de santé et de services sociaux de notre territoire. Au 1^{er} avril 2007, 97 omnipraticiens et 53 spécialistes étaient en fonction dans les établissements de la Côte-Nord. Comparativement à l'année précédente, nous constatons une diminution chez les médecins omnipraticiens (- 2) et une augmentation chez les médecins spécialistes (+ 4).

Cette situation a entraîné, pour la majorité des établissements, le recours au mécanisme de dépannage de façon soutenue, afin d'assurer l'accessibilité aux services.

TABLEAU COMPARATIF DES EFFECTIFS EN POSTE								
Établissement	Effectif requis		Omnipraticien (au 1 ^{er} avril)			Spécialiste (au 1 ^{er} avril)		
	Plan 1997-2000 Omnipraticien	Plan 2007 Spécialiste	2005	2006	2007	2005	2006	2007
CSSS de la Haute-Côte-Nord								
- Les Escoumins	11		6	7,0	8,0			
- Forestville	9		5	6,0	5,0			
CSSS de Manicouagan								
- volet hospitalier	35	38	28	29,0	26,0	13	13	14
- volet CLSC	3		1	1,0	1,0			
CSSS de Port-Cartier	11		8	6,5	6,5			
CSSS de Sept-Îles								
- volet hospitalier	32	44	22	19,5	19,5	31	36	39
- volet CLSC	2		1	1,0	1,0			
CSSS de la Minganie	12		9	9,0	9,0			
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10		11	10,0	10,0			
CSSS de l'Hématite	7		7	7,0	7,0			
CLSC Naskapi	3		3	3,0	4,0			
TOTAL	135	86*	101	99,0	97,0	44	49	53

* Ce chiffre inclut quatre spécialistes dont la répartition demeure à établir. Ces spécialistes œuvrent en gastro-entérologie, gériatrie, néphrologie et en rhumatologie.

Au CSSS de Manicouagan, la situation s'est détériorée en omnipratique, le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs se situant à 71 %, et ce, sans tenir compte des besoins identifiés à l'Unité de médecine familiale (UMF) afin de soutenir l'enseignement. En médecine spécialisée, la situation demeure difficile avec un plan d'effectifs comblé à 48 %.

Au CSSS de Sept-Îles, la situation est demeurée stable en omnipratique, le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs n'étant que de 60 %. En médecine spécialisée, on note de nouveau une augmentation cette année avec une atteinte du plan d'effectifs à plus de 88 %.

On remarque une fragilité des effectifs dans tous les centres de santé et de services sociaux de la région. Certains établissements, où les effectifs étaient stables depuis plusieurs années, se fragilisent car des départs y sont annoncés, et aucune arrivée de nouveaux médecins n'est prévue.

4. SERVICES OFFERTS AUX FEMMES EN VIOLENCE CONJUGALE ET EN AGRESSION SEXUELLE

Dans le cadre du soutien de l'Agence aux activités du Comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle, six rencontres ont eu lieu cette année afin de cibler, avec l'ensemble des partenaires impliqués, les axes régionaux jugés prioritaires.

Deux plans d'action régionaux en matière de violence conjugale et en matière d'agression sexuelle découleront prochainement de ces initiatives. Deux documents de collecte de données (sondages) permettant d'obtenir un portrait global et actuel des offres de service en violence conjugale et en agression sexuelle sont en voie de réalisation. Cette mesure permettra d'actualiser notre connaissance de l'offre en région Côte-Nord et de bien documenter les besoins des organisations touchées par ces deux problématiques. Elle permettra également de circonscrire la nature des besoins en formation, entre autres, et en développement des acquis des intervenants en termes de dépistage, de sensibilisation, de prévention, de pratiques efficaces et d'outils pertinents.

LA SANTÉ PHYSIQUE

I. SERVICES D'URGENCE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services d'urgence – santé physique		
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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.9.1 Séjour moyen sur civière	12,0 heures	12,0 heures	13,15 heures
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	16,7 %	14,60 %	20,23 %
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,9 heures	1,0 % heures	5,01 % heures
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	6,4 %	4,9 %	11,58 %
Commentaires			
<p>Les résultats obtenus démontrent une détérioration de tous les indicateurs retenus aux fins des ententes de gestion et d'imputabilité. Le séjour global moyen a augmenté de 1,15 heure et 1,1 % de plus d'usagers ont séjourné plus de 48 heures sur des civières, ce qui représente 162 patients de plus que l'année dernière.</p> <p>Le CSSS de Sept-Îles a été en mesure de maintenir un séjour moyen sur civière à moins de 12 heures (10,92) et un pourcentage de 3,62 % en ce qui a trait aux séjours de 48 heures et plus sur civière. La situation a été plus difficile au CSSS de Manicouagan alors qu'on a enregistré un séjour moyen sur civière de 17,01 heures et un pourcentage de 7,42 % pour les séjours de 48 heures et plus sur civière.</p>			

Au regard des facteurs liés à l'achalandage, les résultats illustrent une augmentation de 524 usagers arrivés en ambulance, ce qui indique un alourdissement de la clientèle.

En ce qui a trait à la situation vécue par le CSSS de Manicouagan, un comité de travail auquel participe l'Agence a été mis en place afin d'améliorer la performance de la salle d'urgence. Les actions prises touchent les programmes santé physique, santé mentale et perte d'autonomie liée au vieillissement. Plus spécifiquement, la mise en place du rôle d'infirmière de liaison, le développement d'ordonnances collectives, la recherche d'alternatives à l'hospitalisation en santé mentale, l'équipe quotidienne de gestion des lits ne sont que quelques exemples d'actions prises. Enfin, le dépôt des projets cliniques en santé mentale de même que pour les personnes en perte d'autonomie liées au vieillissement devraient appuyer la démarche mise en place et améliorer la performance de l'établissement.

2. SOINS PALLIATIFS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Soins palliatifs		
Objectifs 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	233 usagers	232 usagers	210 usagers
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	11,64 interventions/ personne	14 interventions/ personne	15,62 interventions/ personne
Commentaires			
L'objectif a été atteint en ce qui a trait au nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile puisqu'il n'y a pas de liste d'attente dans ce programme. L'objectif pour le nombre d'interventions moyen par usager est également atteint quoique les efforts doivent être maintenus afin d'atteindre la cible de 16 interventions en moyenne par usager.			
L'arrivée en poste d'une infirmière coordonnatrice de soins palliatifs aux CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles permettra d'assurer précocement l'accessibilité aux soins, ce qui devrait influencer à la hausse les résultats aux deux indicateurs aux cours des prochaines années.			

2.1 POLITIQUE EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

Un coordonnateur de services en soins palliatifs, 21 heures/semaine, a été nommé aux CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles, ce qui permettra d'augmenter l'accessibilité aux services de soins palliatifs et de soins palliatifs de fin de vie.

2.2 LUTTE CONTRE LE CANCER

À la suite des visites d'évaluation qui se sont déroulées à Baie-Comeau et à Sept-Îles en septembre 2006, les équipes du CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles ont été désignées équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer avec un mandat local par le groupe d'experts mandaté par la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS.

3. CHIRURGIE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Chirurgie		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	23 (Filaw)	8	27 (Filaw)
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	41 (Filaw)	34	43 (Filaw)
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	571 (Filaw)	439	504 (Filaw) (531)
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5 771 (Filaw)	2 008	6 377 (Filaw) (2 058)
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	1 860 (Filaw)	1 627	1 788 (Filaw)
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	N/A	En expérimentation	0 patient
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	N/A	En expérimentation	2 patients
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	N/A	En expérimentation	9 patients
Commentaires			
<p>Les objectifs ont été atteints régionalement pour toutes les chirurgies. Ces résultats devront toutefois être validés par les données MED-ÉCHO (données officielles) lorsque celles-ci seront rendues disponibles.</p> <p>Au regard de la chirurgie d'un jour, les activités liées à la clinique de la douleur du CSSS de Sept-Îles doivent être exclues de la donnée obtenue dans Filaw. La donnée à considérer est donc 2 058 interventions.</p> <p>Le nombre de chirurgies de la cataracte est supérieur aux données inscrites dans FILAW afin de tenir compte des 27 chirurgies effectuées au CSSS de la Minganie.</p>			

4. ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

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

Les dépenses ainsi que le volume de déplacements liés à cette politique se répartissent comme suit.

	2006-2007		2005-2006	
	Déplacement	Coût (\$)	Déplacement	Coût (\$)
Transfert interétablissements	4 162	2 947 832	3 820	2 766 978
Transport par ambulance (personnes de 65 ans et plus)	2 331	367 008	2 246	350 798
Subvention forfaitaire pour bénéficiaires électifs :				
- Tadoussac - Natashquan	20 853	1 744 542	15 357	1 450 659
- Basse-Côte-Nord et villes nordiques de Fermont et de Schefferville	7 393	3 930 955	7 332	3 793 943
TOTAL	34 739	8 990 337	28 755	8 362 378

5. SYSTÈME DU SANG

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes				
Axe :	Système du sang			
Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.			
Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007	
1.1.10 Taux de traçabilité des produits sanguins	99,91 %	100,0 %	100,0 %	
Commentaire				
L'objectif régional a été atteint puisque tous les produits sanguins distribués dans la région peuvent être retracés selon les normes établies par le Système de sang du Québec.				

6. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Voici les faits saillants qui se dégagent de l'année 2006-2007 :

- × L'Agence a versé un montant brut de 8 588 929 \$ aux entreprises ambulancières pour répondre aux demandes de la population et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

pour transporter des personnes blessées ou des patients par ambulance. Ce montant représente une augmentation de 5,5 % par rapport à l'année précédente.

- × 90 % de ce budget est versé pour les contrats de service que l'Agence a signés avec les entreprises ambulancières qui offrent des services aux citoyens de la Côte-Nord. Répartis dans 12 zones ambulancières, 23 véhicules répondent aux appels de la population et des établissements du territoire.

NOMBRE DE TRANSPORTS AMBULANCIERS SUR LA CÔTE-NORD

Compagnie ambulancière	Transport 2006-2007	Transport 2005-2006
Ambulance Sacré-Cœur (Zone 900-Sacré-Cœur)	204	208
Ambulance Côte-Nord (Zone 901-Escoumins)	423	453
Ambulance Côte-Nord (Zone 902-Forestville)	864	861
Ambulance Côte-Nord (Zone 903-Baie-Comeau)	2 671	2 534
Ambulance Manic (Zone 904-Manic V)	29	32
Ambulance Baie-Trinité (Zone 905-Baie-Trinité)	119	115
Ambulance Sept-Îles (Zone 906-Port-Cartier)	698	724
Ambulance Sept-Îles (Zone 907-Sept-Îles)	2 598	2 263
Ambulance Boudreau (Zone 909-Minganie)	528	495
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la Basse-Côte-Nord (Zone 912-Blanc-Sablon)	249	280
Ville de Fermont (Zone 914-Fermont)	67	64
Services ambulanciers Porlier (Zone 915-Schefferville)	143	121
Total des transports	8 593	8 150

- × Les ambulanciers ont transporté 8 593 personnes l'an dernier dans la région, ce qui représente une légère augmentation de 5,4 % par rapport à l'année dernière.
- × Dans les zones urbaines, celle de Baie-Comeau a connu une augmentation des transports de 5,4 % (+ 137) et de 11 % (+ 280) en deux ans. Alors que Sept-Îles accusait une baisse de 9 % (- 222) l'année dernière, cette année le nombre de transports a augmenté de 15 % (+ 335). À Port-Cartier, la baisse est de 3,6 % (- 26). En 2006-2007, plus de 69 % des transports de la région ont eu lieu dans ces trois zones ambulancières.
- × Ailleurs, Schefferville a enregistré une augmentation de 18 % (+ 22), la hausse de transports dans cette zone depuis deux ans est de 60 % (+ 57). Cependant, cette zone ne représente que 1,6 % des transports de toute la région. Certaines zones ont connu des baisses, soit la Basse-Côte-Nord

avec une diminution de 11 % (- 31) et Les Escoumins avec 6,6 % (- 30). Ces deux zones représentent un peu plus de 7,8 % des transports sur l'ensemble du territoire. Le nombre de transports dans les autres zones ambulancières demeure sensiblement semblable à 2005-2006.

- * Les revenus autonomes des entreprises ambulancières ont augmenté légèrement, soit d'un peu moins de 4 % passant de 1 486 099 \$ à 1 540 720 \$.
- * Dans le cadre du programme d'administration des médicaments par les techniciens ambulanciers paramédics (TAP), 552 citoyens en ont reçus, dont 66 % pour des difficultés respiratoires et 31 % pour des douleurs thoraciques d'origine cardiaque. De plus, les soins ont été adéquats dans plus de 95 % des cas, 79 % des patients ont vu une amélioration de leur état clinique. Le temps d'intervention des TAP a diminué, passant en moyenne de 19 à 15 minutes cette année.
- * Au niveau des traumatismes, 1 331 situations ont été prises en charge par les TAP de la région, ce qui représente 33 % de tous les appels de la population nord-côtière.
- * Au niveau des cas d'arrêts cardiorespiratoires, 133 citoyens en ont été victimes. Dans 57 % des cas, aucune réanimation n'était possible, puisque le décès précédait l'arrivée des ressources préhospitalières sur les lieux de l'accident. De plus, 46 % des patients ont bénéficié des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) par un témoin de l'événement (premier intervenant) avant l'arrivée des TAP.
- * En 2006-2007, le Centre d'appel d'urgence des régions de l'est du Québec (CAUREQ), qui dessert notre région pour la réponse téléphonique aux appels de la population et des établissements de santé, a intégré les zones ambulancières de Port-Cartier, Sept-Îles, Les Escoumins, Forestville, Baie-Comeau et Baie-Trinité. Au début d'avril 2006, seulement 8,5 % des transports sur la Côte-Nord étaient répartis par le CAUREQ alors qu'à la fin mars 2007, ce sont 95 % des demandes qui sont répondues par le centre de communication santé. Seuls les territoires de Fermont, Schefferville et de la Basse-Côte-Nord ne sont pas encore couverts par le centre de communication santé.
- * À la suite des représentations du Rassemblement des employés techniciens ambulanciers paramédics du Québec (RETAQ) de la CSN auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, un comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois a été formé afin de proposer une nouvelle méthode d'évaluation des charges de travail des TAP. Ce comité a également pour mandat d'examiner les impacts d'une modification des horaires de travail dans certaines zones, et ce, dans le but d'améliorer les délais d'intervention. C'est dans ce cadre que les zones de Baie-Comeau et de Sept-Îles ont été ciblées. Un projet pilote doit se mettre en branle à Baie-Comeau prochainement pour évaluer les gains possibles.
- * L'analyse de la charge de travail des TAP, de la zone des Escoumins et de la découverte de zone occasionnée par les transferts interétablissements vers Chicoutimi et Baie-Comeau, a donné lieu à l'arrivée d'un nouvel horaire de travail de faction et l'ajout d'un deuxième véhicule ambulancier pour mieux répondre aux besoins de la communauté. De plus, en cours d'année, le MSSS a modifié tous les horaires de faction dans les zones de Sacré-Cœur, Forestville, Baie-Trinité, Fermont, Schefferville, de même qu'en Basse-Côte-Nord et en Minganie.
- * Dans le cadre du plan régional de lutte à une pandémie d'influenza, le développement du volet préhospitalier a été préparé et sera présenté aux représentants du CAUREQ, des entreprises ambulancières, des premiers répondants des municipalités où ce service est présent ainsi qu'aux

responsables des transports des établissements de santé de la région au cours de la prochaine année.

- ✘ Afin d'améliorer l'accès et la continuité des services de premiers répondants « rôle élargi »¹ des municipalités de la Basse-Côte-Nord et de la municipalité de Port-Menier sur l'île d'Anticosti, un groupe de travail a été formé en cours d'année pour analyser le fonctionnement actuel et proposer un nouveau modèle d'organisation des services préhospitaliers sur ces territoires. L'objectif principal étant de trouver une façon originale d'offrir un service continu et récurrent aux citoyens de ces localités.
- ✘ Considérant le fait que certaines municipalités, qui avaient implanté un service de premiers répondants tel qu'il est prévu dans la loi, ont dû y mettre fin en raison des exigences du programme et des coûts associés, une remise en question a été amorcée afin d'évaluer la possibilité d'implanter des services de premiers intervenants désignés avec moins d'obligation et d'intervention que les services de premiers répondants prévus dans la loi.

¹ L'appellation service de premiers répondants « rôle élargi » vient du fait que ces services permettent de stabiliser le patient et faire le transport avec un véhicule d'urgence sur des territoires non reliés par la route (île d'Anticosti et Basse-Côte-Nord), alors que les autres premiers répondants n'effectuent pas le transport de patients.

7. FAITS SAILLANTS

7.1 SÉCURITÉ CIVILE MISSION SANTÉ

Nous avons collaboré avec :

L'ORGANISATION RÉGIONALE DE SÉCURITÉ CIVILE

- ✘ Organisation du premier colloque de sécurité civile sur le territoire de la Côte-Nord;
- ✘ Préparation d'un plan de mesures d'urgence spécifique : bris de barrage rivière Sainte-Marguerite;
- ✘ Clarification des rôles entre le réseau de santé et la Sûreté du Québec sur la route blanche sur le territoire de la Basse-Côte-Nord;
- ✘ Participation à l'implantation d'un système de géoconférence.

SANTÉ CANADA

- ✘ Déménagement et mise à jour des équipements contenus dans l'hôpital d'urgence sur le territoire.

PROGRAMME D'EXERCICE

- ✘ Participation à un exercice à l'aéroport de Baie-Comeau.

L'Agence a produit un plan de mesures d'urgence spécifique sur la pandémie d'influenza et a acquis du matériel d'identification visuelle pour les intervenants de la santé en cas de sinistre.

7.2 RISQUE DE PANDÉMIE D'INFLUENZA

La menace d'une pandémie d'influenza est prise très au sérieux par l'ensemble de l'appareil gouvernemental, particulièrement le ministère de la Sécurité publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence ainsi que les établissements du territoire.

Le plan régional de lutte à une pandémie d'influenza a été déposé en mai 2006. Il prévoit les grandes stratégies et activités à déployer régionalement et localement et spécifie les rôles et responsabilités liés à ces activités, selon les groupes d'acteurs (Agence, CSSS, organismes communautaires, etc.).

Chaque établissement a par la suite produit un plan local à l'automne 2006 qui traduit de façon opérationnelle les activités identifiées dans le plan régional, et ce, dans une approche territoriale.

Tous les volets de la mission santé sont en préparation : santé publique, santé physique, psychosocial, maintien des activités et communications. Chaque volet a un rôle spécifique et complémentaire aux autres volets.

Des activités de sensibilisation se sont déroulées avec différents partenaires :

- × Organisation régionale de sécurité civile;
- × Communautés autochtones;
- × Communautés religieuses (Évêché);
- × Services ambulanciers;
- × DRMG.

7.3 TÉLÉSANTÉ ET PACS

Le RUIS-UL, qui a adopté un plan de déploiement de la télésanté, a identifié des projets prioritaires à développer en plus de la téléradiologie (PACS). Voici la liste de ces projets :

- × Le télé-enseignement ou la téléformation;
- × La télépsychiatrie;
- × La télécardiologie adulte;
- × La téléoncologie;
- × La télépathologie;
- × La téléadaptation;
- × La Clinique des plaies complexes;
- × Les télésoins à domicile;

- × L'implantation du « Céduteur » ou du « Planificateur-intégrateur » (Gestion informatisée de la télésanté).

Parallèlement aux travaux du RUIS-UL, qui prend en charge le développement de projets suprarégionaux, l'Agence et les établissements ont convenu de travailler conjointement à évaluer les besoins pour le développement de projets de télésanté intrarégionaux. Les travaux démarrés en 2006-2007 se poursuivront l'an prochain.

Pour la téléradiologie (PACS), l'étude préliminaire et l'élaboration d'un plan détaillé ont été complétées en cours d'année. À la suite d'un appel de propositions, mené conjointement avec l'Ontario et l'Alberta, le fournisseur est maintenant connu, soit la firme AGFA. Comme pour les autres projets de télésanté, les régions du RUIS-UL, dont la Côte-Nord, seront en mesure de connaître l'an prochain l'effort financier nécessaire au déploiement de ce projet.

7.4 RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

L'Agence a participé à six réunions du RUIS-UL au cours de l'année 2006-2007. Ce réseau regroupe l'Université Laval et les régions de l'est du Québec, du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord, ainsi que les régions de Québec et de Chaudière-Appalaches selon les modalités prévues à la loi.

Ce réseau intégré touche tant le volet de l'organisation et la complémentarité des services que les aspects cliniques qui en découlent. À cet égard, différents comités ont été formés :

- × Tables sectorielles en oncologie, en génétique et en cardiologie.

Le regroupement des directeurs régionaux des affaires médicales (DRAM) se réunit régulièrement avec les représentants de l'Université Laval afin de travailler conjointement certains dossiers, notamment ceux de la répartition des plans d'effectifs médicaux en spécialité et la télésanté.

7.5 TRAUMATOLOGIE

Le comité régional a poursuivi ses travaux et s'est réuni à trois reprises.

L'approche envers les grands brûlés et le dépistage des traumatismes craniocérébraux légers ont fait l'objet des préoccupations du comité.

Deux protocoles d'entente ont été renouvelés avec le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, celui du CSSS de Sept-Îles et celui du CSSS de Manicouagan.

Le troisième colloque régional de traumatologie s'est tenu les 8 et 9 juin 2006 à Baie-Comeau.

Plusieurs sujets ont été abordés :

- × Les traumatismes pédiatriques;
- × La prise en charge du traumatisme craniocérébral chez l'adulte;

- ✗ La prise en charge et le traitement des grands brûlés;
- ✗ Le rôle du policier en traumatologie;
- ✗ Des ateliers pratiques de techniques générales et orthopédiques étaient aussi disponibles.

Soixante-neuf participants (médecins, infirmières et techniciens ambulanciers paramédics) ont pu parfaire leurs connaissances sur de multiples sujets traités par une douzaine de conférenciers. Cette activité a également permis à 26 résidents en médecine de découvrir la région.

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

I. SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ - PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement		
Objectifs 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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	1 350 personnes	1 490 personnes	1 431 personnes
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	25,18 interventions/ personne	23,2 interventions/ personne	30,37 interventions/ personne

Commentaires

En ce qui concerne le nombre de personnes desservies, l'objectif a presque été atteint. En fait, le nombre d'usagers s'est accru de 6 % par rapport à l'année dernière. Aussi, sept interventions en moyenne de plus que prévues par usager ont été réalisées dans ce service, soit une hausse de 31 % par rapport à l'objectif régional.

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus maintenant rejointes par les services de soutien à domicile sur la Côte-Nord se chiffre à 12,8 %. Cependant, pour l'exercice 2006-2007, l'Agence a investi 108 337 \$ (annualisé à 325 011 \$) souhaitant ainsi desservir 13,3 % de cette population dans sa progression vers l'atteinte de la cible 2010 qui est d'en rejoindre 16 %.

La difficulté d'atteindre cette année le nombre de personnes à desservir s'explique en partie par la pénurie de main-d'œuvre à laquelle la Côte-Nord n'échappe pas. Les difficultés de remplacement et de recrutement auxquelles les établissements sont confrontés ont pour effet de retarder ou d'atténuer l'offre de service auprès des usagers.

Enfin, le dépassement de l'objectif en matière d'intensité de services est principalement dû à une nouvelle formule d'hébergement en expérimentation dans un immeuble résidentiel à Sept-Îles. Ce projet novateur, bénéficiant d'un budget spécifique du Ministère, vise à démontrer la possibilité, pour les personnes qui le désirent, de demeurer à domicile ou dans la communauté encore plus longtemps moyennant une consolidation importante de l'offre de service en soutien à domicile, sans quoi, elles se retrouveraient en CHSLD. Par conséquent, ces personnes nécessitent un nombre important d'interventions de ce type qui se répercutent dans les résultats de cette année.

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

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée		
Objectifs 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,780 heures	2,781 heures	2,934 heures
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,250 heure	0,250 heure	0,241 heure

Commentaires

En 2006-2007, l'Agence n'a pu investir de crédits additionnels au financement des CHSLD dans le but d'accroître les heures travaillées. Le dépassement de l'objectif quant aux soins infirmiers et d'assistance est principalement dû aux investissements ponctuels des établissements leur permettant d'augmenter les services en réponse aux besoins de la clientèle qu'ils reçoivent. Cette clientèle, ayant des incapacités physiques et des problèmes d'ordre cognitif toujours plus importants, présente de nouveaux besoins auxquels les établissements doivent s'ajuster. Ces changements à survenir dans le profil et les besoins de la clientèle hébergée sont attribuables au développement des services assurant le soutien des personnes en perte d'autonomie de plus en plus longtemps dans la communauté.

Bien que les petits établissements, qui doivent maintenir une équipe minimale de services (de soir et de nuit) ou offrir des soins palliatifs à la communauté à même les installations de CHSLD, contribuent à maintenir un ratio élevé d'heures travaillées par usager, il n'en demeure pas moins que l'atteinte de la cible 2010 de rehausser le nombre moyen d'heures travaillées à trois heures par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance est un seuil minimal à atteindre pour les établissements de longue durée qui ne l'ont pas encore atteint et qui, pour la plupart, en requièrent déjà davantage car les besoins de leur clientèle ne cessent de croître en diversité et en intensité.

En ce qui a trait aux services professionnels, dans les CHSLD, les difficultés reliées au recrutement ou au remplacement de professionnels ayant pour effet de retarder ou de réduire l'offre de service, viennent expliquer la légère baisse constatée dans les résultats. Néanmoins, l'objectif atteint s'avère supérieur à la cible 2010 établie par le Ministère à une moyenne de 0,23 heure par jour-présence en services professionnels.

3. FAITS SAILLANTS

3.1 AMÉLIORATION DES SERVICES EN CHSLD

Un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la Côte-Nord a reçu cette année la visite de l'équipe ministérielle d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie institutionnels. À la suite de cette démarche et en suivi aux recommandations énoncées par l'équipe d'appréciation, l'établissement élabore, au moyen de mesures concrètes, un plan d'amélioration visant à assurer et à accroître la qualité de vie des résidents dans ce milieu d'hébergement. À cet effet, l'établissement peut compter sur l'encadrement et le soutien de l'Agence qui veille à la mise en œuvre des mesures d'amélioration proposées.

Depuis 2004, sept CHSLD sur douze ont reçu la visite de l'équipe ministérielle.

Outre ces visites d'appréciation visant à vérifier la qualité du milieu de vie en hébergement, les CHSLD ont été sollicités, à l'automne 2003, pour produire un plan d'action permettant d'atteindre les objectifs préconisés par les orientations ministérielles relatives aux personnes hébergées en CHSLD. Au 31 mars 2007, plus de 60 % des mesures mises de l'avant par les établissements ont été réalisées. La mise en place d'un mécanisme permanent d'évaluation de la satisfaction de la clientèle reste à définir ainsi qu'une procédure systématique de la révision du plan d'intervention de chacune des personnes hébergées.

Autant les orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité que les visites d'appréciation requièrent des changements importants de pratique afin d'améliorer les services. Dans le but de soutenir ces changements, le Ministère offre une formation.

En 2006-2007, plus d'une trentaine d'intervenants œuvrant principalement en CHSLD ont suivi la formation sensibilisant à « l'approche milieu de vie » inspirée de la philosophie de soins appelée « philosophie de l'humanité ». Cette approche repose sur la notion de dignité humaine, l'importance de la relation avec l'usager et son impact sur la qualité de vie. Cette formation rappelle et sensibilise les soignants à la réalité des personnes lorsqu'elles sont en situation de vulnérabilité.

3.2 PLAN D'ACTION RÉGIONAL

SERVICES DE PRÉVENTION

Implanter des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile

L'information est présentée dans la section consacrée à la santé publique à la page 79.

Mettre en place une table multisectorielle par territoire

Le mandat qui sera confié à cette instance regroupera l'ensemble des préoccupations concernant les aînés sur leur territoire dont, entre autres, les mesures à mettre en place visant à contrer les abus, la violence et l'exploitation financière envers les aînés.

À cet égard, l'Agence soutient le travail de la Table de concertation régionale des aînés de la Côte-Nord qui a initié l'implantation de tables locales. Déjà, une première initiative a vu le jour sur la Basse-Côte-Nord, et les établissements disposant d'une équipe multisectorielle pour élaborer leur projet clinique destiné aux aînés sont invités à en poursuivre l'implantation.

RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS

Soutenir l'implantation du réseau de services intégrés pour personnes âgées dans les établissements

Ce type de réseau vise à rendre l'accès plus fluide entre les soins de santé et les services sociaux ainsi qu'avec les services offerts dans les cabinets privés de médecins et par les groupes communautaires.

Le déploiement d'un modèle de réseau de services intégrés dans les établissements offrant des services aux aînés se déroule plutôt lentement. Bien que la plupart des établissements ont déjà identifié leurs gestionnaires de cas et amorcé un fonctionnement en réseau, le modèle devra être optimisé par des changements dans l'organisation des services et dans les structures de gestion.

PROCHES AIDANTS

Clarifier l'offre de service qui s'adresse aux proches aidants selon les besoins évalués

Une étude est actuellement en cours à ce sujet. Elle vise, entre autres, à dresser un état de situation des services offerts aux proches aidants, à connaître leurs besoins, leurs difficultés, les facteurs qui limitent l'accès aux services. Elle a aussi pour objectif de colliger des informations

sur la perception qu'ont les intervenants de leur rôle par rapport à celui des aidants ainsi que sur la philosophie qui sous-tend l'offre de service.

SERVICES D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE

Développer des solutions d'hébergement favorisant l'intégration et la participation dans la communauté

Avec le vieillissement de la population et la diversification des besoins à répondre, les ressources traditionnelles d'hébergement ne suffisent plus. Il faut donc développer de nouvelles formules mieux adaptées aux besoins des aînés de plus en plus nombreux à souhaiter demeurer dans leur communauté.

Ce projet représente un double défi pour une région comme la Côte-Nord. Non seulement s'agit-il d'augmenter le nombre de personnes qui pourraient recevoir des services dans la communauté et d'intensifier ces services, encore faut-il que ces personnes puissent avoir un choix d'habitation correspondant à leurs besoins. À cet égard, la Côte-Nord manque réellement de diversité dans les choix de ressources résidentielles disponibles.

Pour atténuer cette difficulté, l'Agence a embauché un conseiller en développement de projets dans le but de dépister, d'intéresser et de mobiliser des promoteurs du secteur privé ou communautaire à développer des logements adaptés aux besoins des aînés. Il a également pour rôle de mettre en relation les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et les promoteurs intéressés à fournir des logements aux personnes vulnérables ou à risque de le devenir.

La Côte-Nord compte déjà un projet novateur de 14 logements à Sept-Îles, mettant en relation l'Office municipal d'habitation et le CSSS de l'endroit. Ces logements permettent d'accueillir une clientèle qui, sans cette ressource, aurait dû être placée en CHSLD. Cette nouvelle formule d'hébergement est une source d'inspiration pour la mise en place de projets de même nature.

3.3 RÉSIDENCES PRIVÉES

Le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité d'une résidence pour personnes âgées est entré en vigueur le 1^{er} février 2007. Ce règlement fait suite à l'adoption du projet de loi 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui rend obligatoire l'obtention d'un certificat de conformité pour agir à titre de résidence pour personnes âgées.

La certification est un outil assurant à la personne âgée, qui opte pour une résidence de ce type, un standard de qualité et de sécurité auquel elle est en droit de s'attendre (traitement avec dignité, pratiques professionnelles exercées selon les règles du Code des professions, repas variés, etc.).

Le rôle de l'Agence consiste à :

- * Informer les exploitants de résidences pour personnes âgées de son territoire des nouvelles procédures;
- * Recevoir les demandes de certificat de conformité;
- * Valider les informations fournies avec celles déjà inscrites dans le registre des résidences pour personnes âgées;
- * Transmettre la demande au Conseil québécois d'agrément, mandaté pour effectuer les visites de vérification de conformité;
- * Décider, selon le rapport du Conseil, d'accorder ou non le certificat ainsi que des conditions s'y rattachant, le cas échéant.

Les exploitants de résidences pour personnes âgées ont deux ans, soit jusqu'au 1^{er} février 2009, pour obtenir un certificat de conformité. Après cette date, ceux qui poursuivront leurs activités sans permis se retrouveront en situation d'infraction et seront passibles de pénalités.

Lors du dernier inventaire pour la mise à jour du registre des résidences pour personnes âgées au 31 mars 2007, 15 résidences totalisant 206 unités ont été dénombrées sur le territoire de la Côte-Nord.

3.4 SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

Bien que la gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement soit décentralisée vers les établissements depuis 2005, l'Agence continue à en assurer la coordination régionale et fournit à chaque trimestre des rapports statistiques au Ministère (le bilan pour l'année 2006-2007 apparaît dans les tableaux ci-après). L'Agence est aussi responsable de la coordination des demandes de transferts interrégionaux.

SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

DEMANDES D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE

2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
203	239	194	189

I. PERSONNES HÉBERGÉES AU 31 MARS

TYPE DE RESSOURCE	2004	2005	2006	2007
CHSLD	358	371	380	387
Ressource intermédiaire	49	53	58	57
Résidence d'accueil	69	78	74	79
Formule novatrice d'hébergement				6
TOTAL	476	502	512	529

2. PERSONNES EN ATTENTE AU 31 MARS

TYPE DE RESSOURCE	2004	2005	2006	2007
CHSLD	31	37	40	36
Ressource intermédiaire	2	5	7	8
Résidence d'accueil	6	10	7	13
TOTAL	39	52	54	57

PERSONNES EN SOINS DE COURTE DURÉE EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE AU 31 MARS

2004	2005	2006	2007
12	25	26	20

HORS RÉGION ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2006 ET LE 31 MARS 2007

Personnes orientées hors région	6
Personnes en provenance de l'extérieur	10

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE

I. SOUTIEN À DOMICILE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Soutien à domicile – déficience physique		
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 physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	754 personnes	754 personnes	652 personnes
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	23,16 interventions/personne	23,16 interventions/personne	23,07 interventions/personne

Commentaires

Les résultats obtenus en 2006-2007 méritent d'être interprétés avec prudence et ne traduisent pas une baisse de l'offre de service. En effet, les mécanismes de reddition de comptes mis en place depuis trois ans ainsi que les travaux effectués régionalement au niveau des services de soutien à domicile ont permis aux établissements d'harmoniser la collecte de données. Ainsi, étant donné que des clientèles ne répondant pas au profil de celles vivant avec une déficience physique ont été comptabilisées au départ en 2004, les références de départ ont été nettement surévaluées. En 2004-2005, on relevait 835 personnes recevant des services de soutien à domicile. Ce nombre dépassait largement la cible nationale 2010 qui est d'offrir des services à 16,8 % de la population vivant avec une déficience physique, ce qui représente pour notre région 690 personnes. Les données actuelles se rapprochent des données nationales et peuvent être considérées comme étant réalistes. Au niveau de l'intensité des services, soulignons que nous dépassons la cible nationale 2010 qui se situe, en moyenne, à 21,47 interventions/personne. De plus, il n'y a aucune liste d'attente pour ce programme.

Au-delà de ces données quantitatives, mentionnons la préoccupation constante accordée au secteur du soutien à domicile par l'Agence. De concert avec les établissements de la région, cette dernière devra, dans les prochaines années, relever le défi que posent les besoins de plus en plus complexes d'une clientèle vieillissante. Le comité régional d'harmonisation des services de soutien à domicile, qui a pour mandat l'amélioration continue de ces services, travaille d'ailleurs sur plusieurs dossiers dont les aides techniques, les programmes d'allocation directe et les services aux proches aidants.

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Soutien à domicile – déficience physique		
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 une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	200 usagers	200 usagers	249 usagers
Commentaire			
L'objectif régional est atteint et dépasse de façon importante les résultats attendus par le Ministère en 2010, à savoir desservir 6,5 % des familles, ce qui représente environ 133 familles nord-côtières. À noter également qu'il n'y a pas de liste d'attente dans ce programme.			

2. SERVICES SPÉCIALISÉS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services spécialisés – déficience physique		
Objectifs 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.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	643 personnes	643 personnes	645 personnes
1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	283 personnes	283 personnes	272 personnes
1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	Ne s'applique pas		
1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	360 personnes	360 personnes	344 personnes
Commentaires			
Déficience motrice :			
L'objectif est atteint malgré un taux de roulement élevé cette année chez les professionnels de la réadaptation (congé maladie, congé maternité, départ, postes dépourvus de leurs titulaires) de l'établissement, le CPRCN, responsable de la prestation de ce service spécialisé. En fait, l'établissement rapporte qu'il est constamment en recrutement. La liste de rappel est d'ailleurs vide pour les postes d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes.			

Soulignons aussi que le CPRCN a reçu un financement pour un premier projet d'intensification des services spécialisés de réadaptation qui se veut supplétif à l'absence d'URFI pour le secteur ouest du territoire, en collaboration avec le CSSS de Manicouagan. Au 31 mars 2007, 194 usagers étaient en liste d'attente.

Déficiences visuelles :

L'objectif est presque atteint malgré le fait que l'optométriste du secteur ouest a mis fin à l'entente qui le liait au CPRCN. L'établissement est en recrutement pour ce type de spécialiste. Au 31 mars 2007, huit usagers étaient en attente pour des services en ergothérapie.

Déficiences de la parole et du langage :

L'objectif est presque atteint bien qu'un poste d'orthophoniste est dépourvu de titulaire depuis juillet 2006. À noter que le résultat inclut la clientèle de première ligne pour le secteur est du territoire. Au 31 mars 2007, 118 usagers (adultes et enfants) étaient en attente d'un service.

3. FAITS SAILLANTS

3.1 PROGRAMME D'ALLOCATION DIRECTE POUR LES PERSONNES VIVANT UNE SITUATION DE HANDICAP ET LEUR FAMILLE

L'Agence a adopté un plan quinquennal afin d'amoinrir l'écart de salaire entre les employés du « chèque-emploi service » et ceux des entreprises d'économie sociale en aide domestique. Les objectifs visés par cette mesure sont de faciliter le recrutement de personnel et d'éviter le taux de roulement important et, par conséquent, d'assurer à la personne vivant avec une déficience physique l'accès à des services de qualité.

La première hausse de salaire pour les employés de gré à gré a été effective en décembre 2006 et a permis de grimper le taux horaire de 7,75 \$ à 8,05 \$.

3.2 MESURES DE SOUTIEN AUX ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE EN AIDE DOMESTIQUE

La région compte quatre entreprises accréditées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dans le cadre du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Celles-ci fonctionnent dorénavant en formule de coopérative de solidarité.

Le Conseil du trésor a permis, par l'octroi de budgets spécifiques en 2005, la mise en place de mesures visant à consolider et à assurer la survie de ces entreprises au Québec, et l'Agence en assure la mise en œuvre.

Par ailleurs, l'Agence a offert son soutien aux intervenants du territoire de la Basse-Côte-Nord dans la réalisation d'une étude de besoins, et un projet pilote devrait voir le jour sous peu.

3.3 INTENSIFICATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN DÉFICIENCE PHYSIQUE ET UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (URFI)

Afin de pallier à l'absence d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), l'Agence a initié des travaux afin de trouver une modalité permettant d'offrir des services à la clientèle ciblée normalement pour des services d'URFI. Un premier projet pilote a vu le jour au

printemps 2006 à Baie-Comeau. Ce projet d'intensification des services de réadaptation par l'équipe du Centre de réadaptation L'Émergent en milieu hospitalier a eu des impacts tangibles sur l'offre de service de réadaptation de première ligne.

Un second projet devrait voir le jour dans le secteur de Sept-Îles à l'automne 2007.

En février 2007, l'Agence a déposé au Ministère son projet régional qui prévoit deux URFI de huit places, l'une située à Baie-Comeau et l'autre à Sept-Îles. Ce projet est évalué à plus de 13 000 000 \$.

3.4 SERVICES D'AUDIOLOGIE POUR L'EST DE LA RÉGION ET DÉFICIENCE AUDITIVE

En 2006-2007, l'Agence a injecté des sommes récurrentes afin de permettre l'embauche d'un deuxième audiologiste à Sept-Îles et d'améliorer l'accès aux services de première ligne à la clientèle desservie par les établissements périphériques de l'est (Port-Cartier, Basse-Côte-Nord, Minganie, Hématite et Naskapi).

Par ailleurs, en mars 2007, le Centre de réadaptation L'Émergent a déposé une étude sur les besoins de services de première et deuxième ligne en déficience auditive (secteur est), pour laquelle l'Agence l'avait mandaté. L'offre de service en déficience auditive sera donc élaborée au cours de la prochaine année.

L'Agence a aussi entrepris de revoir l'entente qui la lie avec le Service Régional d'Interprétariat de l'Est du Québec (SRIEQ) afin d'améliorer l'accès aux services. La présence d'interprètes dans notre région est essentielle mais, étant donné la grandeur du territoire à couvrir, divers scénarios sont envisagés pour bonifier l'offre de service. Ainsi, l'utilisation de la visioconférence est une alternative qui permet aux résidents du secteur est de notre région, qui ne compte aucun interprète, d'avoir accès aux services.

3.5 CONSOLIDATION DES PLACES DE RÉPIT ET DÉVELOPPEMENT DE PLACES D'HÉBERGEMENT

Le besoin de places d'hébergement pour les personnes vivant avec des limitations physiques sévères ainsi que de répit constitue une préoccupation pour l'Agence qui poursuit les travaux avec le milieu afin d'y répondre.

Un organisme communautaire offrant du répit à Sept-Îles a pu mettre en branle un projet de construction lui permettant d'offrir les services de répit dans des locaux adéquats. Cette réalisation a été possible grâce à l'ouverture de l'organisme qui a accepté un nouveau mandat et intégré à son projet une ressource de type intermédiaire offrant à six jeunes lourdement handicapés un milieu de vie substitut. La maison doit ouvrir en juin 2007.

3.6 ÉVALUATION DES CONSORTIUMS D'ÉTABLISSEMENTS

La Côte-Nord fait partie d'un des cinq consortiums de l'est du Québec qui offre des services aux personnes ayant subi un traumatisme crânien modéré et sévère et celles ayant subi une lésion traumatique ou partielle de la moelle épinière. Les modalités entourant le consortium entre notre région et celle de Québec sont inscrites dans un protocole d'entente signé en février 2003.

En 2007, toutes les régions ont été réévaluées et le Groupe conseil ministériel a été unanime à reconduire la désignation du consortium interrégional de la « Capitale-Nationale-Côte-Nord ». Le but visé est d'offrir conjointement et solidairement les services requis par ces clientèles.

3.7 BILAN DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES 2004-2009 EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

Un bilan mi-parcours a été déposé au Ministère en février 2007. Il a permis d'évaluer l'atteinte des objectifs régionaux ciblés en 2002 et servira de point de départ pour les travaux visant à mettre à jour les priorités régionales en déficience physique.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

I. SOUTIEN À DOMICILE - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	205 personnes	219 personnes	217 personnes
1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	14,91 interventions/ personne	14,17 interventions/ personne	11,94 interventions/ personne

Commentaires

Le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile est supérieur à celui attendu en 2010, soit 105 personnes, ce qui représente 5,3 % de la population visée. En fait, malgré une légère diminution de 1 % par rapport au cycle de gestion précédent, le fait d'avoir desservi 217 personnes porte à 106,7 % l'écart à la cible 2010.

En ce qui a trait à l'intensité de services, on note une diminution par rapport à 2005-2006. Précisons cependant que le seuil ministériel de sept interventions/personne est néanmoins atteint et que le résultat de cette année se situe à 92 % de la cible 2010 qui fixe à 13 le nombre d'interventions/personne à réaliser.

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
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 une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	133 usagers	132 usagers	132 usagers

Commentaire

En ce qui concerne les services de soutien par allocation directe, l'objectif régional est atteint. De plus, la cible 2010 qui vise à rejoindre 16,2 % des familles, soit 100 familles, est dépassée de 32 %. Mentionnons également qu'il n'y a pas de liste d'attente dans ce programme.

FAITS SAILLANTS

Dans le but de rehausser l'offre de service en lien avec le nombre moyen d'interventions, le Centre de santé et de services sociaux de Port-Cartier ainsi que le Centre de santé et de services sociaux de la Minganie ont reçu respectivement 5 117 \$ et 3 039 \$.

Au regard du répit-gardiennage, deux organismes communautaires offrant ce type de services, soit le Répit Daniel-Potvin et l'Espoir de Shelna, ont vu leur subvention majorée de façon récurrente de 20 000 \$.

2. SOUTIEN À DOMICILE - TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement		
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 un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	42 personnes	42 personnes	42 personnes
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	4,74 interventions/ personne	5,14 interventions/ personne	5,55 interventions/ personne
Commentaires			
L'objectif est atteint en ce qui concerne le nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS. En fait, la cible 2010 qui vise à desservir environ 22 personnes est dépassée de 90 %. Toujours en lien avec ces services, l'investissement non récurrent de 6 600 \$ accordé en 2005-2006 pour accroître le nombre moyen d'interventions par personne a été rendu récurrent. Cela a permis de dépasser l'objectif régional fixé à 5,14 interventions/personne ainsi que le seuil de services se situant à 4,6 interventions/personne.			

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement		
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.		
Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.5.6 Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	33 usagers	33 usagers	39 usagers
Commentaire			
En ce qui a trait au nombre d'usagers dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe, l'objectif régional est dépassé de 18 %. La cible 2010 est également atteinte alors qu'elle vise à rejoindre 52,1 % des familles, soit environ 29 d'entre elles. De plus, ajoutons qu'il n'y a pas de liste d'attente dans ce programme.			

3. SERVICES SPÉCIALISÉS – TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services spécialisés – trouble envahissant du développement		
Objectifs 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	2 enfants	4 enfants	3 enfants
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	15,54 heures/semaine	20 heures/semaine	13,98 heures/semaine
<p>Commentaires</p> <p>L'objectif régional est atteint en ce qui a trait au nombre d'enfants de moins de 6 ans diagnostiqués qui reçoivent des services d'intervention comportementale intensive (ICI) puisqu'il n'y a pas de liste d'attente. Cependant, pour répondre aux besoins d'enfants nouvellement diagnostiqués, trois nouvelles places seront requises dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité pour l'année 2007-2008.</p> <p>L'objectif régional est également atteint pour le nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive par enfant puisque l'offre de service de l'établissement est de 20 heures par semaine. Le résultat est cependant imputable au choix des parents et à la capacité des enfants de recevoir ce service. Le résultat de 13,98 heures/semaine correspond à la demande réelle de services.</p>			

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services spécialisés – trouble envahissant du développement		
Objectifs 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 de 21 ans et plus.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.5.9 Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	20 jeunes	20 jeunes	24 jeunes
1.5.10 Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	10 adultes	10 adultes	8 adultes

Commentaires

L'objectif régional est atteint en ce qui a trait aux services spécialisés dispensés aux jeunes âgés entre 6 et 21 ans. En fait, la cible 2010 qui mentionne que 50 % de ces jeunes, soit environ 22 personnes, doivent recevoir des services spécialisés est dépassée de 9 %.

En ce qui concerne l'objectif en lien avec le nombre d'adultes qui reçoivent des services spécialisés, il est atteint car il n'y a pas de liste d'attente dans ce programme.

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

I. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté		
Objectifs 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	2 025 usagers	2 025 usagers	1 874 usagers
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,56 interventions/ usager	6,00 interventions/ usager	5,63 interventions/ usager

Commentaires

On observe une diminution de 7,5 % du nombre de jeunes et leur famille rejoints comparativement à 2005-2006. En 2004-2005, le résultat était de 1 964 jeunes et leur famille.

Avec 1 874 jeunes rejoints, c'est 11,3 % de la population des jeunes âgés entre 0 et 17 ans résidant hors d'une réserve qui a reçu des services de première ligne dans sept des huit centres de santé et de services sociaux de la région. Ce résultat dépasse largement la cible de 2010 qui consiste à desservir 7,5 % des jeunes et leur famille, soit 1 355 jeunes et leur famille.

Plusieurs hypothèses permettraient d'expliquer le résultat de 2006-2007. Trois établissements ont notamment connu des périodes d'absentéisme au sein de leur personnel. De plus, deux établissements présentent une légère liste d'attente. L'hypothèse qu'une vingtaine de jeunes soient maintenant inscrits dans les services de santé mentale expliquerait aussi 15 % de la diminution du nombre de jeunes rejoints. Il est enfin possible que le nouveau centre d'activités (5910), utilisé dans

la méthode de calcul, ait influencé le résultat négativement de certains établissements, mais positivement pour deux autres qui, antérieurement, ne voyaient pas leurs interventions reconnues. À cet égard, un effort pourrait être accordé en 2007-2008 pour s'assurer de la bonne classification des usagers selon le programme-service.

En ce qui concerne l'intensité des services, l'augmentation s'explique davantage par une plus grande diminution du nombre de jeunes rejoins que celle du nombre d'interventions. En effet, quatre établissements sur sept présentent un nombre moyen d'interventions par usager inférieur au résultat de 2005-2006. Quatre établissements dépassent aussi le seuil de six interventions.

FAITS SAILLANTS

Des rencontres ont eu lieu avec des CSSS et des organismes communautaires, mais n'auront pas permis de voir la signature d'une ou des ententes de services de supervision des droits d'accès. Une somme de 30 000 \$ est réservée pour ces ententes pour deux CSSS. L'Agence a poursuivi son soutien au projet de l'Équipe d'intervention jeunesse dans la MRC de Sept-Rivières.

2. PROMOTION ET PRÉVENTION - JEUNES ET FAMILLES

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	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.		
Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.10 Proportion de femmes ayant accouché dans l'année rejointe par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	78 nouvelles inscriptions en postnatal (47,8 %)	41 nouvelles inscriptions en postnatal (69,8 %)	64 nouvelles inscriptions en postnatal (35,56 %)

Commentaires

Le nombre de femmes rejointes est supérieur à l'objectif régional, mais pas le résultat observé en proportion. La base annualisée du financement des années 2003-2004 à 2006-2007 (878 992 \$) permet à l'ensemble des établissements de joindre la clientèle répondant aux critères d'admissibilité. Deux des sept établissements ont atteint la cible déboursée de femmes à rejoindre, mais aucun n'a atteint la proportion visée. Le huitième établissement n'a pas débuté les services auprès de la clientèle.

La proportion de femmes, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en 2006-2007, déclarée au bilan ne correspond pas à la donnée du système d'information (GESTRED) pour certains établissements et régionalement, puisque le dénominateur utilisé dans le calcul, soit le nombre de femmes ayant accouché, d'après le fichier des naissances de 2003, ne correspond pas à la valeur utilisée par l'Agence. Pour deux CSSS, des données provenant de communautés autochtones n'ont pas été exclues dans GESTRED.

De plus, une partie du dénominateur ne tient pas compte des deux critères pour définir l'extrême pauvreté puisqu'il provient du nombre de femmes dont la scolarité est inférieure à un niveau de cinquième secondaire et échappe au moment de la planification l'information sur la situation de faible revenu. Nous considérons donc qu'il y a une surestimation du nombre de femmes potentiellement à rejoindre pour le volet Extrême pauvreté, car nous incluons également un certain nombre de femmes âgées de 20 ans et plus, dont la scolarité n'était pas inscrite au fichier des naissances de 2003, tel qu'il est demandé dans la fiche descriptive de l'indicateur. C'est ainsi que seulement 38 mères âgées de 20 ans et plus ont été rejointes sur une possibilité de 90, soit 42,2 % de l'objectif pour cette clientèle.

Des 64 nouvelles inscriptions en postnatal, 26 sont des jeunes parents. L'objectif annuel de rejoindre 35 jeunes parents pour cette clientèle a été atteint à 74,3 %.

L'année 2006-2007 souligne l'entrée de la quatrième cohorte de la clientèle Jeunes parents pour cinq établissements et de la troisième cohorte dite en situation d'extrême pauvreté. D'année en année, on observe une plus grande appropriation par les territoires locaux. Les établissements ne présentent pas de clientèle en liste d'attente.

FAITS SAILLANTS

L'année 2006-2007 a permis d'organiser et de tenir la formation sur le guide « L'attachement au cœur du développement du nourrisson » auprès d'intervenants et de gestionnaires de six CSSS de la région de même qu'auprès de plusieurs partenaires. Le CLSC Naskapi a délégué trois personnes pour une première appropriation des services. Les modalités de consolidation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) devraient faire l'objet d'un suivi en 2007-2008 puisqu'en quatre ans ce sont plus de 878 972 \$ (n'incluant pas l'indexation) qui ont été investis pour implanter les services.

Au 31 mars 2007, 49 jeunes mères et 69 mères de 20 ans et plus de niveau socioéconomique vulnérable étaient inscrites aux services postnatals.

3. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs 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 en 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse ¹	31,30 jours	26 jours	38,99 jours (38,80)
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse ²	32,67 jours	32,67 jours	38,76 jours (39,36) (43,17)
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	45,30 jours	41 jours	53,54 jours (44,11)
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse ²	7,85	7,85	8,40

Commentaires

Aucun objectif n'a été atteint en ce qui a trait aux services de deuxième ligne destinés aux jeunes et leur famille en difficulté. L'augmentation du délai moyen d'attente à l'évaluation et de celui à l'application des mesures provient de la grande difficulté de combler les postes dans la région. On observe que 192 jeunes ont été en attente à l'application des mesures en 2006-2007, comparativement à 177 en 2005-2006 (augmentation de 8,5 %).

Voici comment se répartit le délai moyen d'attente à l'application des mesures selon la clientèle, à partir de données corrigées par l'établissement responsable de la prestation de services :

CLIENTÈLE	Nombre de jeunes	Nombre de jours	Délai
Non autochtone + Autochtone conventionné + Autochtone hors réserve	192	8 288	43,17
Autochtone sur réserve	124	4 149	33,46
Total	316	12 437	39,36

Les suivis d'autres données révèlent que, en 2006-2007, comparativement à 2005-2006 :

- * Signalements reçus : - 225
- * Signalements retenus : + 17
- * Liste d'attente à l'évaluation (donnée brute) : + 4,4 jeunes par semaine
- * Liste d'attente à l'application des mesures : + 6,8 jeunes par semaine
- * Délai d'attente à l'évaluation : + 7,5 jours
- * Délai d'attente à l'application des mesures : + 10,5 jours

La diminution de 10,1 % des signalements reçus en 2006-2007 est plus importante qu'à l'échelle du Québec (0,17 %). La diminution du nombre de signalements reçus s'est traduite également par une augmentation de la proportion de signalements retenus (51,9 %) par rapport au résultat de 2005-2006 (45,8 %).

Malgré ces données, il convient de rappeler une nette progression qui a été observée en 2004-2005 et 2005-2006 ne permettant donc pas de conclure à une dégradation des résultats pour le cycle de gestion 2007-2008. La poursuite de l'intensification des services de première ligne auprès des jeunes et de leur famille devrait permettre de nous rapprocher de la cible ministérielle 2010 au cours des prochaines années de même qu'une plus grande intensité des services à l'application des mesures (allocation de crédits de développement de 62 000 \$ en 2006-2007).

Enfin, 139 nouveaux jeunes (non autochtones, autochtones conventionnés et autochtones hors réserve) ont été placés en 2006-2007 comparativement à 141 en 2005-2006. L'augmentation du taux provient de la diminution du nombre de jeunes âgés entre 0 et 17 ans, selon les données de population utilisées.

1. Les données concernant les jeunes qui résident dans les communautés innues de la région sont incluses dans la cible et les résultats.
2. Les données concernant les jeunes qui résident dans les communautés innues de la région sont exclues dans la cible et les résultats.

FAITS SAILLANTS

La mise en place et les travaux de planification de l'implantation des formations approfondies pour l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi de la protection de la jeunesse ont mobilisé une partie de l'année.

Accoucher loin du milieu de vie

Au début de 2006-2007, les établissements ont été interpellés pour donner leurs commentaires sur le projet de Politique de périnatalité. En mai 2006, l'Agence a accueilli les responsables ministériels lors d'une tournée de consultation. On y a dégagé les efforts déployés pour soutenir financièrement les familles dont la femme enceinte doit s'éloigner de son milieu de vie (Minganie, Basse-Côte-Nord et Fermont) afin de terminer sa grossesse et avoir accès aux services normaux d'accouchement. En 2006-2007, l'Agence a poursuivi l'investissement de 20 095 \$ (base annualisée) pour le soutien à 19 nouvelles familles dont la femme enceinte doit s'éloigner de son milieu de vie soit, 44 % des naissances connues des CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite. Afin de couvrir toutes les naissances évaluées à 126 par année, une somme additionnelle de 70 000 \$ devra être investie au cours des prochaines années. De plus, une somme non récurrente de 10 000 \$ a été accordée au Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes afin de soutenir le développement d'une maison d'hébergement destinée aux femmes enceintes devant se déplacer à Sept-Îles pour terminer leur grossesse.

Travailleur de rue

L'Agence a accordé, en 2006-2007, une subvention récurrente de 109 321 \$ dédiée à l'ensemble des organismes porteurs, ainsi que 100 000 \$ de crédits non récurrents. Le milieu contribue à la hauteur de 36 000 \$.

En 2007-2008, les objectifs sont les suivants :

- * Accorder aux organismes responsables de la pratique du travail de rue une subvention annuelle de 35 000 \$, par travailleur de rue, pour un budget total requis de 245 000 \$;
- * Poursuivre la consolidation d'un financement récurrent pour le maintien de la pratique du travail de rue;

- * Doter la région d'un outil pour les superviseurs impliqués auprès des travailleurs de rue nord-côtiers;
- * Assurer l'accès à de la formation continue en lien avec cette pratique.

Maisons de jeunes

En mars 2006, le gouvernement du Québec rendait publique la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009, préconisant des mesures axées sur l'amélioration de la santé, du bien-être des jeunes, de l'accroissement de leur présence dans la société et de leur insertion professionnelle sur le marché du travail.

Dans le but d'accroître la présence des jeunes dans la société, une des mesures choisies est la consolidation du réseau des maisons de jeunes au Québec, grâce à l'allocation d'une somme de 5 millions de dollars sur une période de trois ans. Un montant de 144 297 \$ est consenti à l'Agence afin d'augmenter le budget de fonctionnement de plusieurs maisons de jeunes. De cette somme, 138 000 \$ ont été réservés pour rehausser le budget des maisons de jeunes dont les subventions sont les moins élevées.

D'autre part, un montant de 6 297 \$, établi à partir de l'approche populationnelle, a permis d'octroyer 4 297 \$ pour le projet intergénérationnel de la Maison des jeunes du Tonnerre de Rivière-au-Tonnerre et 2 000 \$ à la Maison des jeunes L'Entre-Deux-Tournants de Natashquan.

Un montant de 5 000 \$, provenant du PSOC, a par ailleurs été versé à la Maison des jeunes « La Source » Minganie de Havre-Saint-Pierre, dans l'optique de maintenir les activités au point de service Le Phare de Longue-Pointe-de-Mingan.

LES DÉPENDANCES

I. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - TOXICOMANIES

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes	
Axe :	Services de première ligne – toxicomanies
Objectifs 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.

Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	129 jeunes dont 85 référés par un mécanisme d'accès	129 jeunes	98 jeunes dont 64 référés par un mécanisme d'accès

Commentaires

L'objectif pour l'année 2006-2007 comprenait à la fois les jeunes référés par un mécanisme d'accès et les jeunes non référés par un tel mécanisme. Le nombre de jeunes ayant reçu des services spécialisés en toxicomanie en 2006-2007 se chiffre à 98 jeunes, dont 64 qui ont été référés par un mécanisme d'accès. Ces résultats sont moindres que ceux obtenus en 2005-2006 alors qu'un total de 129 jeunes avaient reçu des services spécialisés en toxicomanie et que, de ce nombre, 85 avaient été référés par un mécanisme d'accès. Fait important à préciser, d'une part, il n'y a pas d'attente dans ce programme et, d'autre part, les demandes de service pour la clientèle en jeunesse sont prioritaires. Pour ces raisons, on peut donc affirmer que le résultat de 2006-2007 est positif.

FAITS SAILLANTS

Dans la région, le mécanisme d'accès jeunesse est sous la responsabilité du Centre Le Canal. Les jeunes et leur famille peuvent toutefois faire une demande de service à l'accueil du CSSS de leur localité. Cette particularité régionale peut expliquer, en partie, le nombre de jeunes référés à la suite d'une évaluation. Un travail de promotion du mécanisme d'accès jeunesse est à prévoir.

2. JEU PATHOLOGIQUE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Jeu pathologique		
Objectifs 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).		
Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	129 joueurs	129 joueurs	160 joueurs

Commentaires

L'objectif régional, voire la cible 2010, est atteint. Précisons également qu'il n'y a aucune personne en attente dans ce programme et que 18 personnes de l'entourage ont demandé des services et ont bénéficié de l'aide offerte aux proches du joueur excessif.

Le résultat performant de 2006-2007 peut trouver une explication selon les hypothèses suivantes :

- * La promotion accrue des services en jeu pathologique faite par les intervenants sur l'ensemble du territoire;
- * L'octroi d'une somme non récurrente de 62 000 \$ par l'Agence a permis d'offrir à la population du territoire de la Haute-Côte-Nord un meilleur accès aux services en dépendance.

L'embauche d'un intervenant a été possible grâce à ce montant. De plus, cet ajout a occasionné une nette diminution de l'attente pour les personnes vivant une dépendance. Il a également fait en sorte de permettre le partenariat avec les différents collaborateurs du milieu (réseau de l'éducation, de la santé et les organismes communautaires);

- ✗ La mise en œuvre d'un mécanisme d'accès simple, par lequel les demandes peuvent provenir de différentes sources de référence;
- ✗ La formation donnée aux intervenants de 1^{re} ligne dans la MRC de Sept-Rivières.

FAITS SAILLANTS

L'évaluation, l'orientation et le traitement externe des joueurs sont réalisés par le Centre Le Canal. Les Nord-Côtiers ont accès à des services de traitement interne dans le cadre d'entente de services avec la maison l'Odyssée et, depuis février 2007, avec le Centre La Casa. Les proches du joueur peuvent également recevoir de l'aide auprès du Centre Le Canal.

LA SANTÉ MENTALE

I. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services de première ligne – santé mentale		
Objectifs 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.8.1 Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	66 usagers	198 usagers	95 usagers
1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	629 usagers	826 usagers	847 usagers

Commentaires

Précisons d'entrée de jeu que le mode de calcul des indicateurs a un peu varié entre le cycle de gestion 2005-2006 et celui de 2006-2007. Par voie de conséquence, les références à l'année 2005-2006 seraient les suivantes si l'on tenait compte des nouveaux contours des indicateurs : 75 usagers en matière du nombre d'usagers de moins de 18 ans et 826 usagers de 18 ans et plus.

Nombre de jeunes ayant reçu des services de 1^{re} ligne en santé mentale

En ce qui a trait à l'objectif qui concerne les usagers de moins de 18 ans, il n'a pas été atteint même si le résultat est supérieur à celui observé en 2005-2006. En fait, les informations disponibles à ce jour permettent d'affirmer que la situation évolue favorablement en ce qui a trait aux services de première ligne en santé mentale.

Plus spécifiquement, des investissements ont été consentis au cours des dernières années, dont le présent cycle de gestion afin d'assurer une meilleure adéquation entre la répartition géographique de la clientèle et les ressources disponibles en CSSS. De plus, le prolongement des travaux relatifs à la mise en réseau local des services et l'élaboration des projets cliniques sur chacun des services devraient aussi concourir, à terme, à l'atteinte de la cible. La démarche entreprise en 2005-2006 au regard de l'information et de la sensibilisation pour une optimisation des services de 1^{re} ligne (médecins qui ont l'habitude de référer en 2^e ligne) et en ce qui a trait à l'utilisation du profil 410 (santé mentale) dans la transmission des données statistiques pour cette clientèle (sous-dénombrement) s'est poursuivie et, à l'évidence, doit être maintenue pour consolider les résultats.

Nombre d'adultes ayant reçu des services de 1^{re} ligne en santé mentale

Les résultats régionaux sont de 847 adultes, ce qui est supérieur à la cible 2006-2007 et au seuil qui se chiffre à 750 adultes. Ce résultat positif était anticipé au terme de l'année 2005-2006 car on constatait, dans ce secteur d'activité, une certaine stabilisation dans des fluctuations de personnel (départ à la retraite, congé de maternité, congé de maladie, etc.).

2. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Services de deuxième ligne – santé mentale		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.8.3 Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Nouveau	< 108 usagers	145 usagers
1.8.4 Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Nouveau	< 51 usagers	36 usagers

Commentaires

La réalité géographique de notre région fait en sorte que les services de 2^e ligne sont regroupés dans deux territoires l'un pour l'est à Sept-Îles et l'autre pour l'ouest à Baie-Comeau. Dans ce dernier CSSS, l'absence de psychiatre permanent rend très difficile l'organisation des services.

En ce qui a trait aux indicateurs témoignant du délai d'accès aux services de 2^e ligne en santé mentale, les établissements concernés précisent que, comme il s'agit d'un indicateur relativement nouveau, la façon de comptabiliser les données (mode de collecte et paramètres) a été précisée en cours d'année de sorte que certaines réserves sont émises quant à la précision des résultats des deux dernières années. Les travaux réalisés cette année devraient permettre d'obtenir, lors des prochains cycles de gestion, des données plus précises relativement à ce sujet.

Selon les données toutefois disponibles, l'objectif régional n'a pas été atteint en ce qui a trait aux jeunes âgés de moins de 18 ans. Au 31 mars 2007, on constatait, par rapport à la même période l'année précédente, une hausse de 17 jeunes de plus dont l'attente était supérieure à 60 jours. Chez les adultes, la situation s'est améliorée au CSSS de Sept-Îles bien qu'une vingtaine de personnes attendent plus de 60 jours pour des services de 2^e ligne en santé mentale.

Nombre d'usagers de moins de 18 ans

Établissement	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
CSSS de Manicouagan	27	23	30
CSSS de Sept-Îles	101	85	115

Nombre d'usagers de 18 ans et plus

Établissement	Résultat 2005-2006	Cible 2006-2007	Résultat 2006-2007
CSSS de Manicouagan	N/D	N/D	17
CSSS de Sept-Îles	51	< 51	19

Les principales explications à ces résultats réfèrent à la collecte de données, tel que précisé précédemment ainsi qu'à l'offre de service dans les établissements (équipes incomplètes, absence de psychiatre et de pédopsychiatre, etc.).

Enfin, si du côté du CSSS de Sept-Îles on questionne le fait que beaucoup de jeunes qui se retrouvent sur la liste d'attente pourraient peut-être bénéficier de service de 1^{re} ligne afin de répondre à leurs besoins, du côté du CSSS de Manicouagan, il est fort probable que l'absence de psychiatre ne permette pas de connaître l'ampleur réelle de la clientèle qui requiert de tels services.

3. SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale
Objectifs 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	60,69 personnes incluant le suivi intensif	81 personnes incluant le suivi intensif	76,15 personnes incluant le suivi intensif
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	N/A	N/A	0,2 (0,0)

Commentaires

L'objectif est presque atteint. Au total, 203 usagers différents ont été rejoints. En 2005-2006, ils étaient au nombre de 180, ce qui représente une hausse de 12,8 % de la clientèle desservie.

La démarche de l'Agence, visant à bien camper le rôle des intervenants au regard du suivi intensif et du suivi d'intensité variable dans la communauté, viendra favoriser la révision de l'offre de service dans le cadre des projets cliniques des établissements et devrait se répercuter sur les résultats statistiques de l'an prochain.

4. SERVICES D'URGENCE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> ✘ 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	Nouveau	< 18,80 heures	17,26 heures
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	Nouveau	8,0 %	6,67 %

Commentaires

Les deux objectifs qui concernent le séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ont été atteints. En ce qui a trait au séjour moyen, il a diminué de 17 % tandis que le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière a chuté de 38 %.

Cette tendance à la baisse s'explique, d'une part, par le suivi accordé aux recommandations du CCNU par l'Agence et les établissements concernés et, d'autre part, du fait que, au cours des dernières années, notre région a consacré ses énergies à implanter un modèle d'intervention de crise basé sur l'utilisation des services centralisés d'Info-Social incluant une réponse psychosociale téléphonique de crise et des dispositions sur chacun des territoires relativement à l'hébergement de crise.

En 2006-2007, nous avons débuté l'expérimentation de modèles d'interventions terrains sur deux territoires afin d'en arriver à avoir un réel filet de sécurité au regard des personnes présentant une condition de détresse ou de vulnérabilité particulièrement à l'endroit des personnes suicidaires. À terme, toutes ces mesures contribueront à éviter le recours à l'urgence ou à en diminuer la durée de séjour pour les personnes qui pourraient être accompagnées de façon sécuritaire grâce à des alternatives dans la communauté.

5. FAITS SAILLANTS

5.1 ESTIMATION DE L'OFFRE DE SERVICE EN SANTÉ MENTALE

La démarche d'estimation de l'offre de service en santé mentale, réalisée au printemps 2006, permet à l'Agence de préciser le développement optimal des ressources devant être actualisées dans l'ensemble des CSSS de la région. Ce développement est prévu non seulement pour l'année 2007-2008, mais également en se fiant aux balises indiquées dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens, il s'avèrera utile pour quelques années encore.

5.2 ÉQUIPE DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

Le soutien dans la communauté est une des mesures très efficaces qui vise le maintien des adultes aux prises avec un trouble grave de santé mentale dans leur milieu de vie.

Comme convenu dans les ententes de gestion 2007-2008, l'ensemble des gestionnaires et des intervenants en santé mentale des CSSS ont été conviés à participer à une session d'information, d'échanges et de formation relativement à l'organisation de ces services pour la région. Il ressort notamment de cette démarche que le soutien d'intensité variable de type « *Case management* » est l'intervention qui correspond le mieux aux ressources dont dispose la région.

Cette intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. L'intervenant pivot qui offre ce soutien s'assure d'établir un lien basé sur la confiance et le respect de la personne qui reçoit le service. Il s'assure également de coordonner l'ensemble des services requis par cette personne au fur et à mesure de son cheminement. Médecins, autres professionnels et divers partenaires, tels les organismes communautaires et les milieux de l'éducation et du travail, peuvent être sollicités.

5.3 SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES JEUNES

Équipe de 2^e niveau en santé mentale et protocole d'intervention pour les jeunes à risque suicidaire sous la responsabilité du Centre jeunesse

Le protocole d'intervention pour les jeunes à risque suicidaire sous la responsabilité du Centre jeunesse a été complété par le comité de travail mis en place dans la région. Un plan d'action réalisé par ce même comité permettra dans les mois qui suivent de compléter le travail devant mener à son utilisation.

L'Agence a accordé une aide financière au Centre de réadaptation permettant ainsi l'embauche d'une infirmière, dont le rôle pivot favorisera les liens entre les membres de l'équipe de 2^e niveau et ceux avec l'équipe de pédopsychiatrie des CSSS de Manicouagan et Sept-Îles.

Équipe de postvention dans les écoles secondaires et collégiales de la région

En mai 2005, le Centre d'intervention et de prévention du suicide de la Côte-Nord (CIPS) se voyait confier le mandat de restructurer, mettre sur pied et assurer le suivi des comités postvention dans les milieux scolaires secondaire et collégial de la région. Ces comités ont comme but d'atténuer les impacts associés au suicide d'un jeune en milieu scolaire.

La première étape, réalisée en 2005-2006, consistait à mettre à jour le programme déjà existant en tenant compte des nouvelles orientations du MSSS et du MEL5. En 2006-2007, le CIPS a poursuivi son action en offrant une activité de formation, dans chacune des MRC de la région, à une quarantaine de cliniciens identifiés par le milieu scolaire ou le CSSS du territoire. Leur mandat sera d'assurer la gestion clinique du comité de postvention. Certains comités sont déjà constitués, et on prévoit compléter le processus à l'automne 2007.

Formation « Développer l'autocontrôle de l'attention et de l'impulsivité chez les enfants présentant un trouble d'attention avec ou sans hyperactivité »

En octobre 2006, plus d'une centaine d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu scolaire, des organismes communautaires et des centres de la petite enfance ont participé à cette formation. Une session se tenait à Baie-Comeau et l'autre à Sept-Îles, afin de joindre le plus grand nombre possible de participants. Cette formation, développée et dispensée par monsieur Alain Caron, explore le rôle actif des intervenants auprès des jeunes afin que ces derniers apprennent par eux-mêmes à gérer leur attention et leur impulsivité. Ce programme de formation s'appuie sur les plus récentes recherches dans le domaine. Par ailleurs, près d'une centaine de parents ont assisté à la conférence qui leur était spécifiquement adressée.

LA SANTÉ PUBLIQUE

I. PROMOTION ET PRÉVENTION - JEUNES ET FAMILLES

L'information est présentée dans la section consacrée au programme « Jeunes en difficulté », à la page 60.

2. DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Dépistage du cancer du sein		
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.		
Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.1.3 Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	53,4 %	55,5 %	56,1 %
1.1.5 Taux de référence pour investigation :			
* Initial	17,1 %	14,9 %	16,4 %
* Subséquent	8,3 %	7,8 %	8,8 %
Commentaires			
<p>Selon les données disponibles, 427 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués annuellement parmi la population nord-côtière au cours de la période 1999-2002. La Côte-Nord est significativement davantage touchée que l'ensemble du Québec avec un taux comparatif de 522 nouveaux cas pour 100 000 personnes comparativement à 476 pour 100 000 au Québec. Au second rang des cancers les plus fréquents sur la Côte-Nord, on retrouve le cancer du sein avec une moyenne annuelle de 58 nouveaux cas. Ce nombre représente un taux d'incidence, tout compte fait, identique à celui des femmes québécoises (environ 130 nouveaux cas pour 100 000).</p> <p>Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) offre des mammographies de dépistage à tous les deux ans et vise l'ensemble des femmes âgées de 50 à 69 ans dans le but de modifier l'évolution de la maladie en identifiant la tumeur alors qu'elle est à ses premiers stades de développement.</p> <p>En ce qui a trait aux ententes de gestion et d'imputabilité, trois indicateurs témoignent de certaines activités du programme : le taux de participation, le taux de référence initial et le taux subséquent pour investigation. Selon les résultats obtenus, l'objectif qui concerne le taux de participation au programme est atteint. En fait, quelques territoires dépassent l'objectif avec un taux de participation avoisinant 70 % et tant l'objectif que les résultats des deux dernières années sont supérieurs au seuil qui se situe à 40 %.</p> <p>Pour leur part, les objectifs qui concernent les taux de référence en investigation initial et subséquent n'ont pas été atteints. Un Plan d'action régional d'assurance qualité a été accepté par les intervenants des Centres de dépistage désignés (CDD) et des actions sont prévues afin de les soutenir.</p>			

3. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

Actualiser des services de promotion de la santé et de prévention dans le contexte de restriction budgétaire et de restructuration du réseau est un défi important. Pour y faire face, le service de promotion et prévention a travaillé durant l'année à élaborer une Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé. Elle propose des actions globales et intégrées qui permettront d'assurer une meilleure couverture des facteurs de risque et de protection communs à plusieurs problématiques ou maladies. Une approche selon laquelle les nombreux acteurs œuvreront

ensemble pour atteindre des buts communs et assurer une meilleure harmonisation et coordination de leurs efforts. En fait, il s'agit d'unir les efforts pour créer une synergie dans un contexte où la complexité du travail et les réalités socioéconomiques et géographiques dominent.

La stratégie porte sur l'adoption de saines habitudes de vie, les services préventifs auprès des jeunes en milieu scolaire, les traumatismes non intentionnels et les campagnes promotionnelles.

3.1 PRÉVENTION - TABAGISME

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Prévention – tabagisme		
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.		
Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.1.2 Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT) :	237 fumeurs	349 fumeurs	358 fumeurs
* Interventions individuelles	N/A	N/A	315 fumeurs
* Interventions de groupe	N/A	N/A	43 fumeurs
Commentaires			
<p>L'indicateur retenu aux fins des ententes de gestion et d'imputabilité est le nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT). Sur la Côte-Nord, il y a un CAT dans chacun des réseaux locaux.</p> <p>Au 31 mars 2007, on dénombrait 358 fumeurs ayant reçu des services de cessation dans les CAT. L'objectif régional est donc atteint, voire dépassé. Mentionnons par ailleurs que tous les intervenants des CAT ont reçu une formation sur l'intervention en cessation tabagique et sur la saisie liée aux services de cessation du tabagisme en CSSS.</p> <p>À l'échelle locale, deux CAT n'ont pas été en mesure d'atteindre leur objectif. Au CSSS de la Minganie, l'écart à l'objectif était de six fumeurs, tandis qu'au CSSS de la Haute-Côte-Nord il était de 14 fumeurs. Les CSSS de Port-Cartier, de Sept-Îles, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite ont tous légèrement dépassé leur objectif (de deux à trois fumeurs supplémentaires) alors que le CSSS de Manicouagan a rejoint 20 fumeurs supplémentaires à son objectif. En ce qui a trait à ce dernier établissement, précisons qu'il est le seul à offrir le Programme d'aide à la cessation tabagique (PACT) à la clientèle hospitalisée. Cela ne change cependant en rien son résultat, car les interventions réalisées en milieu hospitalier ne sont pas comptabilisées par l'indicateur.</p> <p>L'atteinte du résultat est aussi tributaire d'un effort particulier pour assurer la formation des intervenants (information, échange, soutien et arrimage). En effet, cela s'avère essentiel afin que les intervenants soient en mesure de répondre aux préoccupations et aux questions des fumeurs, de soutenir les personnes qui désirent cesser de fumer ou de favoriser le cheminement des fumeurs dans les étapes de changement de comportement. Des mises à jour et des suivis sont aussi nécessaires afin de maintenir et d'ajuster les compétences et les acquisitions des intervenants afin qu'ils soient capables de répondre adéquatement aux nouveaux besoins des fumeurs ou aux besoins de populations spécifiques (femmes enceintes, jeunes fumeurs, etc.).</p>			

La consolidation de l'expertise est aussi un enjeu compte tenu du roulement du personnel. Force est de constater que les CAT qui vivent des fluctuations de personnel connaissent des périodes sans augmentation du nombre de fumeurs qui consultent et qu'une telle mouvance du personnel remet en question non seulement l'accessibilité au service, mais également la qualité des interventions.

En perspective, pour la consolidation de ce service, des actions concrètes de promotion des services en cessation tabagique doivent se multiplier tant au plan régional que local. Cette promotion doit viser la clientèle et les partenaires (professionnels de la santé et autres intervenants). À titre d'exemple, la promotion de l'intervention minimale afin d'inciter les professionnels de la santé à faire des interventions auprès de tous leurs patients fumeurs et à les référer au CAT, s'il y a lieu, est une action de choix.

Prévention

Le programme provincial « La gang allumée, pour une vie sans fumée » a encore suscité des projets sur la Côte-Nord, six d'entre eux ont été subventionnés pour un montant total de 3 867 \$: trois écoles primaires, deux écoles secondaires et une maison de jeunes ont présenté des projets qui ont permis de rejoindre quelque 1 000 élèves. Le projet présenté par la Polyvalente des Baies de la MRC de Manicouagan a été retenu par le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) pour représenter la Côte-Nord dans le cadre du concours « Dis-le avec ta gang allumée » à MusiquePlus. Une capsule vidéo sur une des activités de cette gang, soit le jeu géant de Serpents et Échelles, a été présentée sur les ondes de MusiquePlus et diffusée sur le site Internet du CQTS avec celles des autres régions du Québec.

Défi 2007 « J'arrête, j'y gagne »

Cette année encore, la Direction de santé publique a participé au défi provincial 2007 « J'arrête, j'y gagne ». Ainsi, 394 fumeurs se sont inscrits au défi : 78 % d'entre eux étaient accompagnés d'une marraine ou d'un parrain non fumeur et 22 % s'étaient inscrits en duo (deux fumeurs qui s'entraidaient). La participation des femmes était supérieure à celle des hommes (52 % comparativement à 48 %). L'âge moyen du fumeur était de 37,2 ans. Cette année, ce sont 51 jeunes âgés de 19 ans et moins, 114 jeunes adultes âgés de 20 à 34 ans, 193 adultes âgés de 35 à 54 ans et 36 adultes de plus de 55 ans qui ont relevé le défi de six semaines. Depuis l'année 2000, un total de 3 682 Nord-Côtiers ont participé au défi pour se libérer de leur dépendance à la cigarette.

3.2 SAINES HABITUDES DE VIE

Défi Santé 5/30

Le Défi Santé 5/30 a connu un grand succès sur la Côte-Nord; le nombre d'inscriptions a augmenté de 152 % en 2007. C'est un total de 1 954 personnes qui sont passées à l'action pour modifier quotidiennement leurs habitudes de vie en mangeant au moins 5 portions de fruits et légumes et en étant physiquement actives, 30 minutes au moins, et ce, à raison de 5 fois par semaine pendant 6 semaines. Le Défi Santé 5/30 a attiré majoritairement plus de femmes que d'hommes (76 % comparativement à 24 %). L'âge moyen des participants était de 37,5 ans. Cette année, les enfants (12 ans et moins) et les adolescents (13 à 17 ans) représentaient respectivement 19 % et 8 % des participants. Les jeunes adultes âgés de

18 à 34 ans et les adultes de 35 ans et plus contribuaient pour 23 % et 59 % du nombre total des inscriptions.

Campagne fruits et légumes en vedette

Cet événement consiste à mettre en valeur les fruits et légumes durant le mois de la nutrition, soit en mars. Cette année, 25 restaurants, deux cafétérias d'entreprises et la majorité des cafétérias des CSSS ont participé à cette initiative.

Sécurité alimentaire

Dans le but de soutenir et de favoriser les actions visant le développement de la sécurité alimentaire associé au développement social, 16 projets ont été appuyés financièrement pour un budget global de 59 297 \$. Voici la liste des projets subventionnés :

Sécurité alimentaire		
Organisme	Projet	Subvention 2006-2007 (\$)
Café entracte Fermont (CSSS de l'Hématite)	Consolidation de la cuisine collective	4 650
Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	Famille mieux nourrie, famille épanouie	10 245
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	Cuisine santé communautaire à domicile	900
Centre d'action bénévole Le Nordest	Nourris ton cerveau	500
Centre Le Volet des femmes	On se mobilise pour bien s'alimenter	3 800
Chantier Jeunesse Loisirs	J'ai faim 2	3 500
Club des Citoyens Seniors de Chevery	To provide hot nutritious meals to the senior citizens aged 75 +, physically handicapped, and convalescence in the community of Chevery	6 255
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	Février : Un mois en santé	1 200
Comité action jeunesse des Escoumins	Février : Un mois en santé	1 200
Comité de bénévoles Sacré-Cœur Corporation « Les délices maison »	Popote roulante	8 887
Comité de loisirs Baie-Johan-Beetz (CSSS de la Minganie)	Bien manger, pour une meilleure qualité de vie	2 300
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	Si on spothpotait une bouffe?	1 260
La Maison du Tonnerre	Bien manger... c'est pas sorcier! Phase II	2 350

Sécurité alimentaire (suite)		
Organisme	Projet	Subvention 2006-2007 (\$)
L'Entre-Deux-Tournants	La sécurité alimentaire chez les jeunes : « On y croit »	2 350
L'Envol, Maison de la famille	Bouffe Ado-Santé	4 600
Maison de la famille de Port-Cartier	Les croque-menus!	5 300
Montant versé aux organismes en sécurité alimentaire :		59 297
Nombre total d'organismes soutenus :		16

3.3 PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE « ÉCOLE EN SANTÉ »

Dans le cadre du Plan d'action intersectoriel pour la prévention et la promotion de la santé, « Une action concertée pour des Écoles en santé », et des ententes de complémentarité MSSS-MELS, voici les faits saillants à souligner :

L'approche École en santé :

- × Un plan de déploiement régional de l'approche « École en santé » est en cours d'actualisation;
- × Tous les CSSS et toutes les commissions scolaires se sont engagés, à différents niveaux dans un processus de mise en œuvre;
- × Au 31 mars 2007, selon des indicateurs qui nous renseignent du point de vue des CSSS, 23 % des écoles ont commencé à implanter cette approche, la plupart étant à l'étape de la mobilisation du milieu et de la concertation;
- × Trente-neuf accompagnateurs locaux provenant des réseaux de l'éducation et de la santé ont été formés par l'équipe nationale de formation « École en santé » pour soutenir l'implantation de l'approche dans les écoles. Ce réseau d'accompagnateurs locaux a été mis en place pour développer l'expertise et les compétences, briser l'isolement et mettre en commun les connaissances pour dispenser la formation, donner le soutien au milieu, etc.

Le programme Vers le pacifique :

- × La majorité des écoles primaires appliquent le programme Vers le pacifique qui vise le développement d'habiletés sociales nécessaires à la résolution de conflits;
- × Les deux personnes-ressources intersectorielles à l'Agence ont été accréditées par l'Institut Pacifique afin de dispenser les formations liées au programme et ainsi, assurer sa pérennité;

- × De nouveaux outils ont été développés pour soutenir le personnel enseignant dans l'application du programme, dans le souci de maximiser son efficacité.

L'éducation à la sexualité des jeunes :

- × Dans le cadre d'une concertation entre la Direction de santé publique et la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, plusieurs formations ont été dispensées sur l'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation et sur l'hypersexualisation, aux intervenants des deux réseaux, afin de les outiller à intégrer l'éducation à la sexualité dans leurs actions auprès des jeunes. Des soirées d'information destinées au grand public ont aussi été offertes à Baie-Comeau et à Sept-Îles.

3.4 KINO-QUÉBEC

Dans le cadre de la campagne nationale « Plaisirs d'hiver », qui se tenait en janvier et février 2007, la pratique d'activités physiques extérieures était encouragée. Dix-sept municipalités ont répondu à l'appel en proposant plus de 120 activités sur une trentaine de sites. Elles ont reçu près de 3 500 \$ pour les appuyer dans la réalisation de leurs activités. Puis, 13 écoles de la région ont mis de l'avant 25 activités extérieures durant la période de la campagne dans le cadre du cours d'éducation physique ou lors de journées spéciales.

Lors des « Rendez-vous d'automne », 12 activités de promotion de la marche furent organisées dans six municipalités. Un partenariat avec les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a permis la réalisation et la diffusion de publicités télévisuelles faisant la promotion de la marche l'automne et la pratique d'activités extérieures durant la période hivernale.

Le concours « École Active » proposait aux écoles, encore cette année, l'opportunité de présenter des projets dans le but d'obtenir une bourse. Ces projets devaient soutenir la pratique de l'activité physique par l'aménagement de la cour d'école ou l'achat de matériel, rendre la pratique du sport plus sécuritaire ou encore favoriser une saine alimentation. Quinze projets ont été proposés et le jury en a retenu huit qui se sont vu remettre entre 250 \$ et 1 800 \$ chacun, pour un total de 5 500 \$.

Pour sa sixième édition, le Défi basket a mis en action au-delà de 10 500 jeunes de la maternelle au secondaire dans 50 écoles de la Côte-Nord. Chaque école s'est vu remettre une attestation confirmant sa participation la rendant du même coup éligible au tirage de 500 \$ parmi toutes celles ayant participé au défi.

Un partenariat avec l'Association régionale du Sport Étudiant de la Côte-Nord (ARSE) a permis de réaliser le défi « Moi j'croque », un concours régional au cours duquel les écoles primaires de la région invitent leurs élèves et membres du personnel à consommer un minimum de 5 portions de fruits et légumes chaque jour. Cette année, Kino-Québec avait offert gracieusement la trousse du défi, au coût de 45 \$, aux 39 écoles primaires de la Côte-Nord. C'est donc 5 537 élèves et 547 enseignants et membres du personnel qui ont complété avec succès le défi.

Toujours en partenariat avec l'ARSE dans les écoles de la Côte-Nord, le programme Iso-Actif continue de gonfler ses rangs avec 43 écoles inscrites en 2006-2007. Il s'agit d'un programme de valorisation pour stimuler le niveau d'engagement des écoles dans la lutte à la sédentarité chez les jeunes. Plusieurs critères sont considérés afin de déterminer le niveau « Iso-Actif » des institutions.

Enfin, une formation sur l'approche « École en Santé » adaptée aux enseignants en éducation physique et à la santé a été dispensée auprès de deux commissions scolaires.

3.5 SANTÉ DENTAIRE

En 2006, un montant de 20 000 \$, provenant du MSSS, devait permettre l'achat d'équipements et de fournitures, et le démarrage d'un projet pilote dans le but d'initier nos intervenants avec l'application d'agents de scellement en milieu scolaire. Des problèmes, au niveau de l'homologation des équipements par Santé Canada, ont retardé la réalisation de ce projet pilote, lequel devrait être repris à l'automne 2007.

Afin de compléter notre équipe minimale en santé dentaire, les efforts ont permis qu'une hygiéniste dentaire soit engagée par le CSSS de Manicouagan, afin de desservir le réseau scolaire de cette MRC. Elle devrait être en poste au début août 2007.

3.6 TRAUMATISMES ROUTIERS

L'Enquête Santé Côte-Nord 2005, produite par la Direction de santé publique de la Côte-Nord, a mis en évidence les préoccupations de la population à l'égard de la circulation lourde et des accidents impliquant des camions. Plus spécifiquement, l'enquête révèle que près de la moitié de la population nord-côtière (43 %) se sent à risque lorsqu'elle circule sur la route 138. Cette impression est encore plus marquée chez les camionneurs (62 %).

Au début 2006, l'Agence, en collaboration avec le ministère des Transports du Québec (MTQ) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), dans le cadre de la Table de concertation en sécurité routière, a effectué une recherche afin d'illustrer, à partir de données probantes, un profil des accidents de camion lourd sur la route 138 entre Bergeronnes et Sept-Îles, afin de vérifier les perceptions des Nord-Côtiers. Les rapports d'accidents des années 1995 à 2005 ont été analysés et un ensemble de 235 accidents, dans lesquels se sont effectués plus de 400 manœuvres, ont été sélectionnés pour constituer la base de données. Parmi les principaux résultats, le plus important est sans doute la surreprésentation des accidents de camion lourd parmi l'ensemble des accidents mortels en Côte-Nord. Ils englobent 35 % de tous les accidents mortels survenus en région, soit le double de la moyenne provinciale (18 %). Ce phénomène est également observé au niveau des accidents graves. En comparaison avec le Québec, les accidents de camion lourd sont surreprésentés en Côte-Nord, parmi l'ensemble des accidents graves, avec 13 % contre 8 %.

À l'automne 2006, la seconde phase de cette recherche a débuté. Elle vise essentiellement à identifier et évaluer une ou des approches préventives à la fois efficaces et réalisables sur le plan régional, faisant l'objet d'un consensus au sein des intervenants concernés par cette

problématique, et ce, afin de réduire les accidents graves et mortels impliquant un camion lourd.

3.7 PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS

Le Plan d'action régional 2006-2010 sur le vieillissement de la population nord-côtière propose la mise en place de mesures susceptibles de prévenir les chutes chez les personnes de plus de 65 ans. Dans ce cadre, l'Agence a réalisé, à l'automne 2006, une étude sur la problématique nord-côtière des chutes chez les personnes âgées résidant à domicile, incluant un inventaire des activités de prévention. Outre une revue de la littérature, une collecte de données a été effectuée auprès de chacun des CSSS pour connaître la situation de l'intervention en prévention des chutes, les problèmes rencontrés et les priorités des intervenants. De plus, un certain nombre d'organismes communautaires, dont les centres de jour, ont également été mis à contribution pour connaître la réalité vécue sur le terrain. La connaissance de l'ampleur du problème sur la Côte-Nord et de l'état des services de prévention a permis de formuler certaines recommandations et de reconnaître l'importance d'en arriver à un consensus autour des mesures préventives à mettre en place en s'inspirant des interventions ayant démontré leur efficacité. Voici quelques-unes des recommandations de cette étude :

- * Instaurer des mesures pour développer les interventions de promotion et de prévention s'adressant à l'ensemble des aînés, en partenariat avec les organismes communautaires concernés. L'information préventive et l'exercice physique font partie de cet ensemble de mesures;
- * Mettre en place, dans chaque CSSS, un comité de prévention des chutes responsable d'élaborer un plan d'action et des priorités annuelles en prévention des chutes. On pourrait, pour ce faire, s'inspirer de l'expérience du CSSS de la Minganie;
- * Réaliser des interventions planifiées et systématiques visant à réduire et contrôler la consommation des psychotropes qui ont un impact important sur les chutes et les fractures;
- * Réviser la pratique professionnelle des CSSS en prévention des chutes dans le but de préciser les rôles des intervenants, d'implanter des outils communs, d'offrir de la formation, etc.;
- * Élaborer un plan de formation et de développement de l'expertise pour soutenir la mise en place des interventions en prévention des chutes;
- * Rehausser les effectifs en réadaptation.

4. MALADIES INFECTIEUSES

4.1 PROTECTION - INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang		
Objectifs 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors des murs du SIDEP	178 tests	24 activités	47 activités
1.1.9 Nombre d'interventions de vaccination réalisées auprès des clientèles vulnérables hors des murs du SIDEP	100 vaccins	81 interventions	28 interventions
Commentaires			
<p>Sur la Côte-Nord, sept établissements de santé offrent des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des ITSS à l'intérieur de leurs murs. Le panier de services offert varie d'un établissement à l'autre. Les établissements de santé qui offrent les SIDEP hors les murs (CSSS Manicouagan et Sept-Îles) ont, quant à eux, rejoint les clientèles dites vulnérables ciblées par les indicateurs susmentionnés. Cette clientèle se trouve parmi les homosexuels, les utilisateurs de drogues injectables, les personnes incarcérées, les autochtones, les personnes ayant des partenaires multiples (particulièrement les 15 à 24 ans), les femmes victimes de violence et les jeunes en difficulté.</p> <p>En 2006-2007, les activités de dépistage ont été comptabilisées différemment de ce qui se faisait antérieurement. Ce n'est plus le nombre de dépistages qui est compté, mais l'activité en tant que telle (celle-ci peut inclure de un à six tests). En plus, cette nouvelle façon de faire permet de distinguer la clientèle dite vulnérable de celle qui ne l'est pas et ainsi répondre à l'un des objectifs des SIDEP qui est de rejoindre la clientèle vulnérable là où elle se trouve. En effet, au cours des années 2004-2005 et 2005-2006, les établissements comptabilisaient le nombre total de tests de dépistage réalisés auprès de l'ensemble de la clientèle qui en faisait la demande. Les résultats obtenus en 2005-2006 ne peuvent donc pas être comparés avec les résultats obtenus en 2006-2007.</p> <p>Pour ce qui est de la diminution des interventions de vaccination observée en 2006-2007, cela s'explique par le fait qu'un programme de vaccination contre l'hépatite B est en place depuis 1994 pour les élèves de la 4^e année du primaire, de même qu'un programme de vaccination gratuite visant les clientèles vulnérables. Par conséquent, la majorité de la clientèle vulnérable est déjà vaccinée. On s'attend donc à observer ultérieurement une diminution du nombre de personnes à vacciner.</p> <p>Il est à noter que 72 % des activités de dépistage et 96 % des vaccinations hors les murs des SIDEP ont été réalisées par le CSSS de Manicouagan. Ces activités ont eu lieu à l'Établissement de détention de Baie-Comeau et à Point de rencontre, organisme travaillant auprès des toxicomanes. Compte tenu des différentes réalités régionales, certains établissements de la Côte-Nord (CSSS Basse-Côte-Nord, Hématite et Minganie) n'ont pu réaliser d'activités de dépistage et de vaccination en dehors de leurs murs.</p>			

Ces activités sont plus facilement réalisables dans les murs de ces CSSS ou dans les points de service. De plus, il faut aussi tenir compte, que dans certains établissements, les dépistages sont effectués par les médecins et ne sont pas comptabilisés dans le système I-CLSC. Par contre, la vaccination et l'intervention préventive auprès des personnes atteintes et de leurs partenaires (IPPAP) sont effectuées par les infirmières.

Une tournée des établissements de santé a été amorcée en 2005 et s'est terminée en 2007 afin d'évaluer l'offre de service (SIDEP). Les médecins et gestionnaires concernés ainsi que l'infirmière responsable du programme ITSS de tous les CSSS de la région ont été rencontrés. Un rapport sera produit, en 2007-2008, afin d'émettre des recommandations quant à la poursuite de l'implantation de ces services.

4.2 MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Faits saillants

Au cours de l'année 2006, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a enregistré 345 maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine infectieuse comparativement à 423 en 2005. La chlamydie génitale représente 75,6 % des MADO déclarées (annexe C).

Maladies entériques

- ✗ Le nombre de cas de maladies entériques est semblable à celui de l'an dernier. Depuis trois ans, la salmonellose, les infections à campylobacter et la giardiase sont les plus fréquentes.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

- ✗ Au plan régional, le nombre de cas de chlamydie a diminué de 20,7 % depuis l'an dernier. Toutefois, on constate une augmentation constante des cas déclarés de chlamydia chez les autochtones (50,2 % en 2006, 49,2 % en 2005, 36,6 % en 2004);
- ✗ Aucun cas de gonorrhée n'a été déclaré en 2006. Au plan provincial, la tendance est à la hausse de même que le taux de résistance aux fluoroquinolones;
- ✗ Un cas de syphilis latente tardive a été déclaré.

Maladies évitables par la vaccination

- ✗ Coqueluche : L'incidence de la coqueluche sur la Côte-Nord est faible puisque seulement deux cas survenus dans une même famille ont été déclarés cette année. Ces deux enfants, ainsi que le troisième de la famille âgé de 2 mois à ce moment, n'avaient pas reçu les doses de vaccin recommandées pour leur âge.
- ✗ Infection invasive à pneumocoque (IIP) : Au Québec, de 2004 à 2006, l'incidence des IIP dans l'ensemble de la population a connu une baisse de 23 %. La diminution est particulièrement importante parmi les enfants âgés de moins de 5 ans chez qui on observe pour la même période une baisse de 60 %. L'instauration, en décembre 2004, du

programme de vaccination contre le pneumocoque chez les enfants de moins de 5 ans est probablement responsable du recul de ces infections au sein de cette population¹. La baisse de l'incidence des cas d'IIP est également mesurable sur la Côte-Nord où sept cas ont été déclarés en 2006. Il s'agit de l'incidence la plus basse enregistrée depuis l'an 2000. Parmi les sept cas déclarés, un seul est survenu dans le groupe des enfants de moins de 5 ans.

- * Infection à méningocoque : Deux cas d'infection à méningocoque de sérotype B ont été déclarés. Il s'agit d'un homme de 70 ans atteint de méningo-encéphalite qui a récupéré. Dix-sept contacts étroits ont été identifiés (huit ont reçu un traitement en prophylaxie). Le second cas est un garçon de 4 ans atteint de méningococcémie qui a également récupéré. Soixante-treize contacts étroits ont été rejoints (28 ont reçu des antibiotiques en prophylaxie). La vaccination n'a pas été offerte puisqu'il n'existe aucun vaccin offrant une protection contre le sérotype B.

Tuberculose

- * Deux cas de tuberculose ont été déclarés en 2006. Il s'agit d'un enfant et d'un adulte résidant dans deux communautés autochtones de la région. L'intervention de santé publique a été réalisée auprès de 85 personnes contacts, et un traitement préventif a été recommandé à 12 d'entre eux. Ces deux cas ne sont pas reliés à l'éclosion de tuberculose de Maliotenam survenue au début de 2007.

Éclosions

Influenza

Au cours de la saison grippale 2006-2007, une éclosion d'influenza de type B (2 cas) a été signalée dans un CSSS, en milieu de soins de courte durée.

Gastroentérite virale

La gastroentérite virale a connu une recrudescence au Québec en 2006-2007. La Côte-Nord a connu six éclosions en milieux de soins, dont trois en longue durée. La Direction de santé publique de la Côte-Nord a également été avisée d'une éclosion de gastroentérite dans un centre de la petite enfance.

Tuberculose à Maliotenam

Entre le 29 janvier et le 13 mars 2007, dix cas de tuberculose pulmonaire (quatre confirmés par culture et six probables²) ont été déclarés à Maliotenam, communauté innue de 1 500 habitants, située près de Sept-Îles. Il s'agit de sept enfants (dont cinq âgés de moins de 5 ans) et trois adultes (âgés de 23 à 26 ans dont une femme enceinte). Une thérapie sous observation directe (TOD) a été prescrite pour tous les cas. C'est à partir de l'enquête épidémiologique effectuée pour le premier cas (adulte), dont la date du début de la maladie a

1. Tiré de : Flash Vigie, volume 1, no 4, Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique, MSSS.

2. Présence de symptômes et signes compatibles avec une tuberculose évolutive ou radiographie pulmonaire suggestive de tuberculose évolutive et prescription d'un traitement antituberculeux.

été établie au 1^{er} mars 2006, que les neuf cas secondaires ont pu être diagnostiqués rapidement par l'équipe médicale du CSSS de Sept-Îles.

L'identification des 257 contacts a été réalisée en collaboration avec le Centre de santé de Maliotenam qui a mobilisé tout son personnel infirmier ainsi que celui de la communauté innue de Uashat située tout près. Quatre infirmières et un médecin de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada ainsi qu'une infirmière de la communauté innue de Betsiamites ont été appelés en renfort pour soutenir le personnel en place afin de réaliser l'enquête épidémiologique coordonnée par la Direction de santé publique de la Côte-Nord. Toutes les ressources du service des maladies infectieuses de la Direction de santé publique ont été mobilisées (un chef d'équipe, deux médecins et quatre infirmières) et appuyées par la chef du Service des communications de l'Agence et le directeur de santé publique.

Le secteur de Sept-Îles étant en pénurie d'effectifs médicaux, plusieurs démarches ont été entreprises afin de trouver des médecins de la région et de l'extérieur pour évaluer les contacts. De plus, le CSSS de Sept-Îles a collaboré à cette intervention de santé publique en recevant les nombreux contacts des enfants à sa clinique externe de pédiatrie et en effectuant les radiographies pulmonaires prescrites, et ce, dans des délais très rapides. Enfin, une épidémiologiste de l'Agence de Santé publique du Canada (ASPC) s'est jointe à l'équipe de la Direction de santé publique afin d'apporter un soutien à la description de l'éclosion et créer une banque de données.

Un rapport sera produit et diffusé à la fin de l'enquête épidémiologique (début de l'année 2008).

4.3 VACCINATION

Campagne de vaccination contre l'influenza

Cette année, plus de 28 000 doses de vaccin contre l'influenza ont été administrées au cours de la campagne de vaccination de l'automne 2006. Afin de préparer les établissements de santé à faire face à la pandémie d'influenza appréhendée, les CSSS ont été invités à expérimenter des cliniques de vaccination de masse (sans rendez-vous). Plus de 25 800 doses (92 %) ont été administrées pendant ces cliniques. Une subvention de 103 865 \$ leur a été octroyée afin de les soutenir dans la réalisation de ces activités.

Enfin, précisons que l'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 90,7 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée et 67,2 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés cette année comparativement à 93 % et 61 % l'an dernier.

Vaccination de base

Plus de 95 % des enfants âgés de 2 ans et des jeunes d'âge scolaire ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation (vaccination de base), sauf pour la varicelle où on obtient un taux de vaccination de 70 % chez les enfants de 2 ans et de 76 % pour les

jeunes d'âge scolaire. Rappelons que l'objectif visé est de vacciner 95 % des jeunes selon les recommandations en matière de vaccination de base. Les taux de vaccination inférieurs aux objectifs visés sont expliqués, la plupart du temps, par des retards dans la vaccination, un statut immunologique inconnu, des refus ou par l'incapacité à rejoindre les jeunes ou leurs parents afin d'obtenir un consentement.

4.4 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Formation

La formation de base des infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) de la région s'est poursuivie avec la participation des ressources des CSSS de Sept-Îles, de la Minganie et de la Basse-Côte-Nord au printemps 2006. Les infirmières des CSSS de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan et de Port-Cartier seront formées au printemps 2007. Rappelons que l'infirmière du CSSS de l'Hématite a été formée à l'automne 2005, en même temps que la responsable régionale.

Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)

Les membres de la TRPIN se sont réunis à une reprise au cours de l'année 2006-2007. Les travaux se sont concentrés sur l'harmonisation des pratiques en PCI, notamment grâce à l'élaboration d'un portrait des mesures appliquées dans chaque CSSS.

Infections à *Clostridium difficile* : visite des Centres hospitaliers

En novembre 2006, à la suite d'éclotions de diarrhée à *Clostridium difficile* dans plusieurs régions du Québec et, conformément aux attentes ministérielles, l'Agence s'assurait que tous les établissements de santé de la Côte-Nord concernés (sept) remplissent un questionnaire similaire à celui de 2004, afin de connaître l'ampleur et la nature des mesures de prévention et de contrôle mises en place dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) au regard des infections à *Clostridium difficile*. À la suite de l'analyse des résultats recueillis provincialement, le MSSS demandait aux agences de reprendre les visites de tous les CHSGS de leur région, à l'instar de la tournée effectuée en 2004-2005.

Compte tenu des taux d'infections à *Clostridium difficile* stables et inférieurs à la moyenne provinciale, de l'absence d'éclotion et de l'absence de la souche hypervirulente dans les établissements de la région, une équipe de l'Agence a visité en priorité les deux CHSGS de la Côte-Nord, soit le CSSS de Manicouagan et le CSSS de Sept-Îles en janvier 2007. Le but de la visite était d'apprécier l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Ces visites ont permis de relever les enjeux régionaux suivants, précisés dans un rapport acheminé au MSSS en janvier 2007 et déposé au conseil d'administration de l'Agence au mois de mars suivant :

- × La participation des différentes catégories de professionnels des établissements de soins aux activités locales de formation;

- * La consolidation du rôle sous-régional de soutien et d'expertise du CSSS de Manicouagan et du CSSS de Sept-Îles, qui nécessite le développement et le maintien d'une expertise de pointe;
- * Le déploiement des activités de surveillance, de prévention et de contrôle des infections aux milieux de soins de longue durée;
- * Le développement de modalités et de conditions d'affectation des postes d'infirmières en PCI favorisant la rétention des ressources et la réalisation des tâches qui leur sont dévolues;
- * L'accessibilité aux différentes formations (de base et continue) pour les infirmières en PCI.

Les modalités de suivi auprès des cinq autres établissements seront établies au cours de l'année 2007-2008.

4.5 PÉDICULOSE

À l'automne 2005, quelques éclosions de pédiculose sont survenues en milieu scolaire, semant l'inquiétude auprès des parents. Des problèmes ont été rencontrés dans quelques secteurs de la région dans la gestion de l'intervention tant au niveau psychosocial qu'au niveau du contrôle de l'éclosion.

Afin d'améliorer l'efficacité des interventions à réaliser lors de la survenue d'éclosions de pédiculose en milieu scolaire, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a diffusé, à l'été 2006, un document intitulé « Contrôle des éclosions de poux de tête dans les écoles et services de garde en milieu scolaire ». Ce document précise les rôles et responsabilités des différents partenaires (parents, écoles, établissements de santé, pharmaciens, direction de santé publique). Ceux-ci ont pu adapter et arrimer les stratégies d'intervention de leurs intervenants respectifs pour le début de l'année scolaire 2006-2007. Un avis a également été envoyé aux pharmaciens du réseau privé de la Côte-Nord les informant des traitements recommandés par la santé publique. Enfin, une campagne d'information générale s'adressant au grand public a été diffusée dans les médias locaux en septembre 2006.

5. DÉVELOPPEMENT SOCIAL

En 2006-2007, le réseau des partenaires a poursuivi ses travaux.

Le fait saillant est l'acceptation d'un projet de recherche portant sur la pauvreté et l'exclusion sociale. L'hypothèse des chercheurs est que les acteurs locaux et les ressources du milieu (économique, social, culturel) jouent un rôle majeur dans la lutte à la pauvreté. Cette recherche interpellera quatre régions du Québec et débutera à l'automne 2007.

6. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Ce domaine d'activité réfère aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols, de même que du maintien de milieux habités sécuritaires.

De plus, le secteur de la prévention des risques est également abordé lors des avis que la santé publique est invitée à transmettre dans le cadre de l'évaluation des incidences environnementales de différents projets soumis à des études d'impacts tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

FAITS SAILLANTS

- * Collaborer à l'Étude de surveillance biologique de l'exposition aux hydrocarbures aromatiques d'origine industrielle à Baie-Comeau pour connaître l'exposition réelle de la population d'une partie du secteur Saint-Georges aux HAP;
- * Développer et réaliser un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation, principalement sur la réduction des gaz à effet de serre et les pesticides;
- * Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord pour garantir une qualité d'eau de consommation sans danger pour la santé humaine, en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP);
- * Surveiller plus de 68 dépassements de différentes normes sur la qualité physico-chimique ou bactériologique de l'eau de consommation, de même qu'environ 20 avis d'ébullition de l'eau;
- * Assurer une réponse au niveau de la qualité de l'air intérieur et extérieur pour une douzaine de cas;
- * Maintenir la surveillance et assurer les enquêtes épidémiologiques lors de déclaration de MADO d'origine environnementale;
- * Analyser six modifications à des schémas d'aménagement et deux études d'impact environnementale;
- * Participer et collaborer à plusieurs comités nationaux afin de bien cerner les enjeux environnementaux sur la santé de différents éléments, tels que les changements climatiques, les cyanobactéries, les modifications à différentes lois ayant un impact sur la protection de la santé, etc.;
- * Collaborer au comité de coordination du forum citoyen « L'érosion... un littoral... une réflexion », qui se tiendra à l'automne 2007.

7. SANTÉ AU TRAVAIL

Le mandat du service de Santé au travail consiste à offrir des activités de prévention et de promotion de la santé pour des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec l'employeur et le représentant des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2006, 453 entreprises bénéficient d'un programme de santé spécifique sur une possibilité de 688.

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année par les intervenants des sept équipes de santé au travail, réparties dans les territoires des CSSS.

ACTIVITÉS DE BASE DU PROGRAMME DE SANTÉ AU TRAVAIL RÉALISÉES DANS LES ENTREPRISES DE LA RÉGION

Activité	Établissement rejoint
Connaissance préalable de l'entreprise	5
Élaboration de programmes de santé	12
Mise à jour de programmes de santé	64
Intervention générale	100
Ergonomie	15
Soutien à l'organisation de la santé et sécurité du travail (SST)	3
Surveillance environnementale	60
Surveillance médicale	36
Information	111
Premiers secours et premiers soins	160
Total	256*

* Les établissements sont comptabilisés une seule fois même s'ils participent à plus d'une activité.

En plus des activités de base, les intervenants du réseau de la santé au travail ont effectué en 2006 :

- * 502 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- * 2 études de dossiers d'indemnisation;
- * 22 demandes de service qui proviennent des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas;
- * 616 examens de santé pulmonaire et radiographies pour les travailleurs des mines.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en main leur santé au travail.

Un nouveau système d'information en santé au travail (SISAT) a été déployé dans trois régions pilotes en 2006, dont la Côte-Nord. Des centaines d'heures de formation et d'utilisation ont été consacrées par les intervenants pour analyser ce système informatique. SISAT est maintenant utilisé par l'ensemble des intervenants de la province.

8. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Objectifs

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

Résultats

Parmi les principales réalisations de l'année, mentionnons :

- * Rédaction du rapport final de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005;

- * La diffusion de trois numéros du bulletin régional La santé recherchée :
 - * L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2003 — Quelques faits saillants nord-côtiers concernant l'environnement social et physique, ainsi que les services de santé (avril 2006);
 - * L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2003 — Quelques faits saillants nord-côtiers concernant l'état de santé (mai 2006);
 - * Le cancer sur la Côte-Nord (septembre 2006);
- * La participation à la Table de concertation en sécurité routière (Agence, SAAQ, ministère des Transports du Québec, Sûreté du Québec), notamment par un soutien à la réalisation d'une étude sur les accidents impliquant un véhicule lourd dans la région intitulé : Profil des accidents de camions lourds en Côte-Nord et sur la route 138;
- * La mise à jour de divers fichiers du système d'information de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière (naissances, décès, Med-Écho, tumeurs, mortinaissances);
- * La mise à jour de diverses informations démographiques et sociosanitaires sur le site Web de l'Agence (ex. : estimations de population à l'échelle des municipalités nord-côtières selon le sexe et différents groupes d'âge);
- * La mise à jour et le développement d'outils informatisés et automatisés pour soutenir la surveillance continue de l'état de santé de la population;
- * La gestion régionale du Programme de subventions en santé publique (PSSP) qui permet le financement d'études et d'analyses en santé publique.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

I. PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Personnel du réseau et du Ministère		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.		
Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,73 %	5,87 %	7,95 %
Commentaires			
<p>Tous les établissements, à l'exception du CSLC Naskapi, n'ont pas été en mesure d'atteindre le ratio demandé entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.</p> <p>Les principales raisons invoquées par les établissements pour expliquer leur performance sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Pénurie de la main-d'œuvre, ce qui crée une pression sur le personnel en place et dont la principale conséquence est une surcharge de travail; ✗ Vieillesse du personnel et, en conséquence, augmentation de la prévalence des maladies secondaires au vieillissement. 			

2. MESURES DE CONTRÔLE

En décembre 2002, les orientations ministérielles et un plan d'action relatifs à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques) ont été diffusés. Depuis, les établissements ont travaillé à l'élaboration de leurs protocoles d'utilisation des mesures de contrôle mettant en application les principes préconisés par les orientations. Durant cette période, un comité d'experts, mandaté par le Ministère, a élaboré un programme de formation à l'intention des employés œuvrant auprès des clientèles en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en centre hospitalier de soins psychiatriques et en centre hospitalier.

Cette formation a pour objectif de diminuer et de mieux encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de contention.

À l'automne 2006, deux professionnelles des établissements de la région sont devenues des formatrices régionales et ont formé d'autres personnes pour agir comme multiplicateurs dans leur établissement respectif. Le déploiement du programme de formation que les établissements doivent préparer doit rejoindre, d'ici trois ans, les médecins concernés et au moins les deux tiers du personnel ayant un rôle à jouer dans l'application des mesures de contrôle (infirmières, infirmières auxiliaires).

3. QUALITÉ DES SERVICES ET TRAITEMENT DES PLAINTES

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a fait de la qualité des services une priorité. C'est précisément cet objectif qui l'a conduit à déposer, à l'Assemblée nationale, le projet de loi 83 proposant des modifications touchant principalement la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Ces décisions législatives ont orienté beaucoup de nos actions en 2006-2007, appuyées par deux préoccupations fondamentales : assurer des services de qualité aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux, et le faire dans le respect de leurs droits.

Les établissements et l'Agence ont notamment mis sur pied le comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration, dont la préoccupation pour le suivi accordé aux plaintes servira de levier à l'amélioration de la qualité des services.

Pour optimiser le fonctionnement du régime d'examen des plaintes et la protection des droits des usagers et, pour rehausser la crédibilité de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services au sein de toutes nos organisations, l'instauration du principe de l'exclusivité de fonction du commissaire et de son lien direct avec le conseil d'administration a été respecté et appliqué dans tous les établissements nord-côtiers et à l'Agence.

Grâce à l'étroite collaboration du réseau, tous les comités des usagers et comités de résidents ont été créés et déjà tous ces bénévoles s'activent à travailler au maintien et à l'amélioration des services de santé et des services sociaux, tout en étant plus attentifs aux conditions des milieux de vie des personnes hébergées.

Notons qu'un rapport spécifique concernant le traitement des plaintes à l'Agence, et dans chaque établissement, est déposé en septembre de chaque année; ce document rassemble toutes les insatisfactions et plaintes soumises par les usagers et présente les différentes recommandations des commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Ce rapport est un précieux outil qui s'ajoute à toutes les initiatives du réseau en vue d'offrir des services et des soins de haute qualité.

4. ADAPTATION DES SERVICES SELON LE SEXE

4.1 CONDITION DE VIE DES FEMMES

L'Agence a collaboré au développement d'un projet du Regroupement des femmes de la Côte-Nord axé sur la problématique de la violence conjugale en région. Ce projet permettra, dans une première étape, de faire des constats sur l'évolution de la problématique et ainsi, de s'approprier les récentes connaissances en cette matière. La deuxième étape favorisera des initiatives régionales de prévention et de sensibilisation auxquelles l'Agence entend continuer de coopérer.

4.2 CONDITION DE VIE DES HOMMES

Dans le cadre des travaux de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines, l'Agence ainsi que ce regroupement ont organisé conjointement la formation « Intervenir auprès des hommes en détresse », visant à développer des habiletés pour comprendre et intervenir efficacement auprès des hommes. Cette formation s'est adressée notamment aux intervenants de première ligne, dont les travailleurs sociaux et les agents de relations humaines des centres de santé et de services sociaux. Elle a été également offerte aux représentants du milieu de l'éducation, de la Sûreté du Québec et des organismes communautaires.

De plus, les membres se préoccupent particulièrement de l'adaptation de l'offre de service des réseaux étatiques et communautaires au regard des besoins masculins, de l'amélioration de la santé et du bien-être des hommes ainsi qu'à la sensibilisation de la population à l'égard des réalités masculines. À cet effet, ils ont travaillé intensivement à l'organisation d'un deuxième colloque « S'ouvrir aux réalités masculines » qui se tiendra en mai 2007.

5. ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

RÉVISION DU PROGRAMME

Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise a été introduit dans la région en 1989 et vise à faciliter l'accessibilité aux services en anglais à la population d'expression anglaise de la Côte-Nord.

À la suite de la production en mars 2006 du nouveau cadre de référence du MSSS pour l'élaboration des programmes d'accès, l'Agence a entamé la révision du programme de la Côte-Nord en collaboration avec les établissements de la région.

Les objectifs spécifiques de la révision étaient d'abord de revoir, dans le contexte de la nouvelle organisation du réseau de la santé et des services sociaux, les établissements qui devront assurer des services en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise de la région et, ensuite, d'identifier les services accessibles en anglais dans les établissements, de même que les modalités d'accès à ces services.

Le nouveau programme proposé a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence en janvier 2007 et transmis au ministre pour approbation. Huit établissements de la région y sont inscrits.

Par ailleurs, le comité régional pour ce programme a été consulté durant le processus de révision et s'est rencontré une fois pour formuler son avis concernant le programme de la Côte-Nord ainsi que l'accessibilité aux services en langue anglaise.

PROGRAMME DE FORMATION LINGUISTIQUE

Une somme de 60 000 \$ a été allouée à la Côte-Nord en 2006-2007 dans le cadre du Programme de formation linguistique de l'Université McGill. Financé par Santé Canada et appuyé par le MSSS, ce programme soutient des projets de formation à l'intention des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux du Québec qui désirent améliorer ou perfectionner leurs habiletés de communication auprès des clientèles d'expression anglaise.

Le Programme de formation linguistique a financé une séance intensive d'anglais langue seconde de dix jours en mars 2007. Quinze membres du personnel de trois établissements de la région y ont participé.

En outre, à l'instar des années précédentes, divers communiqués et outils de promotion et prévention destinés à la population anglophone de la région ont été traduits au cours de l'année.

**LES INFORMATIONS
FINANCIÈRES**

**C
H
A
P
I
T
R
E**

III

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

I. ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Équilibre budgétaire		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la prestation 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 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
Résultat d'exploitation par établissement :			
* CSSS de la Haute-Côte-Nord	(32 557)		12 000
* CSSS de Manicouagan	33 365		0
* CSSS de Port-Cartier	44 567		5 000
* CSSS de Sept-Îles	420 000		477 032
* CSSS de la Minganie	(6 739)	(358 000)	(762 310)
* CSSS de la Basse-Côte-Nord	(552 730)		0
* CSSS de l'Hémathite	(12 629)		28 757
* CLSC Naskapi	(210 786)	(253 998)	(168 082)
* Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	(239 579)	(240 000)	(238 062)
Total régional des résultats d'exploitation	(557 088)	(851 998)	(645 665)
Total régional des résultats déficitaire d'exploitation	(1 055 020)	(851 998)	(1 168 454)
Commentaires			
<p>L'ensemble des établissements de la région prévoient atteindre l'équilibre budgétaire ou respecter leur cible déficitaire autorisée, sauf le CSSS de la Minganie pour l'exercice financier 2006-2007.</p> <p>Un plan de redressement avait été déposé et autorisé en novembre 2006. Les gestionnaires du CSSS de la Minganie prévoyaient, jusqu'à la période 13, respecter la cible déficitaire autorisée. Des éléments comme le remplacement du pharmacien, le recrutement du personnel, l'abolition du tarif BT, la hausse des coûts d'assurance salaire, le déplacement des usagers et l'utilisation des agences privées d'infirmières expliquent en grande partie le déficit de l'exercice. Plusieurs de ces facteurs ont pris une ampleur imprévue au cours des dernières périodes de l'exercice.</p> <p>Un plan de recouvrement de cet écart de 413 000 \$ à la cible déficitaire autorisée devra être produit par l'établissement au cours du prochain exercice.</p> <p>Par contre, les surplus réalisés par certains établissements permettront à la région de la Côte-Nord de respecter globalement la cible déficitaire autorisée de l'exercice 2006-2007.</p>			

I.1 BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS

L'équilibre budgétaire des établissements demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi serré est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun. La cible budgétaire déficitaire pour la Côte-Nord est demeurée la même que pour l'exercice financier 2005-2006, soit 851 998 \$.

Trois établissements seulement sont visés par une cible déficitaire spécifique en fonction de situations particulières reconnues antérieurement. Il s'agit du CSSS de la Minganie, du CLSC Naskapi et du Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord. Le CSSS de la Basse-Côte-Nord s'est vu octroyé une somme de 559 620 \$ pour le transport des usagers, ce qui a permis à l'Agence de modifier sa cible à 0. Les autres établissements ont l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Pour l'exercice 2006-2007, un établissement n'a pas respecté l'objectif qui lui était fixé. Le CSSS de la Minganie a réalisé un déficit de 762 310 \$, soit 3 % de son budget net. La cible déficitaire maximale était fixée à 358 000 \$. Cet établissement ne dispose pas d'un solde de fonds lui permettant de composer ce dépassement de la cible déficitaire. Des discussions sont en cours avec l'établissement pour identifier les causes, et une démarche structurante sera entreprise dans le but du maintien de la cible déficitaire pour 2007-2008 et pour le plan de remboursement du déficit de 404 310 \$ pour 2006-2007.

Tous les autres établissements ont atteint ou amélioré leur objectif financier. Le déficit total de l'ensemble des établissements, incluant les surplus, est de 492 508 \$ pour l'exercice financier 2006-2007.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chacun des établissements.

	2005-2006			2006-2007		
	Budget net (\$)	Cible déficitaire autorisée (\$)	Résultat (\$)	Budget net (\$)	Cible déficitaire autorisée (\$)	Résultat (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	13 600 508	-	(32 557)	14 759 885		17 396
CSSS de Manicouagan	50 876 014	-	33 365	54 383 138		0
CSSS de Port-Cartier	9 052 221	-	44 567	9 653 843		98 111
CSSS de Sept-Îles	48 283 988	-	420 000	51 892 335		477 032
CSSS de la Minganie	15 299 756	(39 000)	(6 739)	16 456 742	(358 000)	(762 310)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	19 979 596	(552 998)	(552 730)	21 454 489		467
CSSS de l'Hématite	6 275 319	-	(12 629)	6 563 486		28 757
CLSC Naskapi	3 303 480	(20 000)	(210 786)	3 528 208	(253 998)	(112 674)
CPRCN	30 054 802	(240 000)	(239 579)	31 800 164	(240 000)	(239 287)
TOTAL	196 725 684	(851 998)	(557 088)	210 492 290	(851 998)	(492 508)
Cible non distribuée		-			0	
Cible totale autorisée par le MSSS		(1 397 55)			(851 998)	

2. GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes			
Axe :	Gestion des bâtiments et des équipements		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.		
Indicateur	Résultats 2005-2006	Cibles 2006-2007	Résultats 2006-2007
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,71 GJ/m ²	1,71 GJ/m ²	0 GJ/m ² (1,84)
Commentaires			
<p>Sur la Côte-Nord, un état de situation sur le potentiel d'économie d'énergie a été réalisé en 2005-2006 dans le cadre de l'audit effectué dans tous les établissements et à l'Agence. En 2006-2007, une démarche pour identifier des projets générateurs d'économies a été effectuée. C'est dans ce contexte, sur la base de l'audit réalisé sur les bâtiments en 2005 et à la suite des différentes expertises accomplies avec les responsables des établissements, que l'Agence a fait approuver son Plan d'action régional en efficacité énergétique 2007-2009. Ce plan vise essentiellement l'amélioration de la performance énergétique des édifices de la région et indique à chaque établissement les travaux à effectuer.</p> <p>Un élément important de ce plan prévoyait un appel d'offres pour sélectionner une entreprise de services éco-énergétiques pour mettre en œuvre trois projets pour le CSSS de Manicouagan, le CSSS de Sept-Îles et le CSSS de la Basse-Côte-Nord. Sommairement, la réalisation de ces trois projets, qui seront réalisés en 2007-2008, permettra d'économiser environ 29 000 GJ en 2008-2009 sur une consommation régionale d'environ 225 000 GJ en 2006-2007 (estimé). Ce qui permet pratiquement, déjà à cette étape, d'atteindre la cible 2010 (13 %).</p>			

3. FONDS RÉGIONAUX

3.1 IMMOBILISATIONS

Les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets :

- A) MAINTIEN D'ACTIFS :** Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens, ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques, ainsi que la conformité aux codes.

Pour les projets de maintien d'actifs, un montant de 5 800 641 \$ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2006-2007 :

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	376 811
CSSS de Manicouagan	1 130 002
CSSS de Port-Cartier	114 825
CSSS de Sept-Îles	632 904
CSSS de la Minganie	1 249 370
CSSS de l'Hémathite	178 505
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 315 552
CLSC Naskapi	Aucune demande
CPRCN	230 867
Agence	301 458
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	270 347
TOTAL	5 800 641

B) RÉNOVATION FONCTIONNELLE : Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficacité et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins, la diminution des infections nosocomiales ainsi que l'actualisation du Plan d'action 2006-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 1 946 027 \$ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2006-2007 :

Établissement	Projet	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Réaménagement poste de garde des infirmières 1 ^{er} étage - Les Escoumins	40 000
	Réaménagement poste d'accueil - Les Escoumins	25 000
	Installation serpentin de refroidissement (projet économie d'énergie) – Les Escoumins	40 000
CSSS de Manicouagan	Lève-patients motorisés sur rails - Le Royer	15 000
	Réaménagement des locaux de la cardiologie au 6 ^e étage - Le Royer	25 000
	Agrandissement de la porte d'une salle de bain adaptée – Le Royer	2 780
	Réaménagement des chambres et du poste de garde en médecine - Le Royer	120 000
	Réaménagement des chambres et du poste de garde en médecine chirurgie - Le Royer	100 000
	Intensification des services de réadaptation à Baie-Comeau	14 000
CSSS de Port-Cartier	Chambre à pression négative (1) financement additionnel	20 000
	Projet de rénovation du 3 ^e étage	2 520

Établissement	Projet	Montant (\$)
CSSS de Port-Cartier (suite)	Réaménagement de la salle à manger des résidents du secteur CHSLD	10 000
	Amélioration de la fonctionnalité des locaux du secteur radiologie	3 000
	Réaménagement de la réception du secteur Accueil - Archives	6 100
	Adaptation du bâtiment selon la Loi sur l'usage du tabac dans les établissements de santé	1 560
	Adaptation du bâtiment pour la collecte des seringues usagées	1 000
	Modification de la position de la fenêtre de surveillance, secteur radiologie	1 000
CSSS de Sept-Îles	Remboursement du manque à gagner des projets IRM, laboratoire, pharmacie	300 000
CSSS de la Minganie	Aménagement d'un local pour entreposer les équipements maintien à domicile et divers équipements (réserve)	101 079
	Réaménagement des locaux de la centrale régionale d'Info-Santé pour la mise en réseau du site	200 000
CSSS de l'Hématite	Rénovation des locaux de la physiothérapie du comité des usagers et du syndicat (réserve)	50 000
	Aménagement d'une chambre à pression négative - Financement additionnel	41 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Clinique externe, urgence et chambre à pression négative phase I	355 500
CLSC Naskapi	Aucun projet déposé	6 024
CPRCN	Ajout de 3 chambres La Source (sécuritaire fille) - Pavillon Richelieu	20 000
	Remplacement des tapis - Centre jeunesse - Baie-Comeau	25 560
Agence	Travaux de rénovations et de réaménagement de bureaux	32 000
Établissements de la Côte-Nord et Agence	Frais de gestion	75 000
	Fonds des études techniques	100 000
	Complément de financement - Prévention et contrôle des infections nosocomiales (réserve)	39 000
	Travaux de rénovation en CHSLD (réserve)	68 904
	Aménagement de la salle du Centre de coordination régional en sécurité civile sociosanitaire - Édifice Aubert	40 000
	Agrandissement salle des serveurs et réaménagement du Technocentre régional	65 000
TOTAL		1 946 027

C) RÉNOVATION FONCTIONNELLE MINEURE EN CHSLD : Ce volet vise les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficacité et la capacité des services, ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

En ce qui a trait au volet rénovation fonctionnelle mineure ou majeure en CHSLD, aucun montant n'a été autorisé ou officiellement annoncé par le MSSS en 2006-2007.

3.2 ÉQUIPEMENTS

Les investissements en équipements se répartissent en deux volets :

A) ENVELOPPE DE MAINTIEN D'ACTIFS 2006-2007 :

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

L'enveloppe régionale de maintien d'actifs, volet équipements, autorisée par le Ministère en 2006-2007, représente un montant de 1 273 381 \$. Ce montant a été réparti, conformément aux orientations régionales, à 85 % aux établissements et à 15 % au financement du Technocentre régional.

Des crédits totalisant 1 082 374 \$ ont été distribués aux établissements de santé et de services sociaux nord-côtiers, sous forme de subvention forfaitaire. Le solde de 191 007 \$ permet d'assurer une partie du financement du Technocentre régional, et plus particulièrement cette année, pour la réalisation du Plan directeur régional en orientations technologiques.

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

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

Établissement	Subvention forfaitaire (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	70 807
CSSS de Manicouagan	314 748
CSSS de Port-Cartier	28 851
CSSS de Sept-Îles	313 216
CSSS de la Minganie	111 510
CSSS de l'Hématite	51 968
CSSS de la Basse-Côte-Nord	115 123
CLSC Naskapi	13 180
CPRCN	62 971
TOTAL	1 082 374

B) ENVELOPPE EN HAUTE TECHNOLOGIE :

À la suite d'un exercice de priorisation régionale, le MSSS a autorisé les projets d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés suivants.

Établissement	Projet	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Respirateur de transport (2X)	40 000
	Appareil mesure tension artérielle (2X)	10 000
	Appareil laboratoire de biochimie	15 000
CSSS de Manicouagan	Appareil anesthésie (2X)	220 000
	Équipement endoscopie	180 000
	Moniteur fœtal (2X)	40 000
CSSS de Port-Cartier	Moniteur défibrillateur	20 000
	Appareil mesure tension intra-oculaire	4 000
CSSS de Sept-Îles	Système monitoring	360 000
	Système évaluation fonction pulmonaire	95 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Échographe	220 000
	Moniteur défibrillateur – Dispensaires (3X)	60 000
	Respirateur de transport	20 000
TOTAL		1 284 000

3.3 LOCATION D'ESPACE

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

Depuis le 1^{er} août 1996, les crédits nécessaires au financement des locations se retrouvent dans l'enveloppe régionale, laquelle est répartie dans le budget de fonctionnement de chacun des établissements concernés.

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

Pour rencontrer les obligations reliées à la location d'espace, un budget de 2 782 646 \$ est nécessaire et il se répartit comme suit.

Établissement	Point de service et autres (\$)	Logement de personnel (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	100 394	
CSSS de Manicouagan	17 349	
CSSS de Port-Cartier	25 915	
CSSS de la Minganie	69 118	145 642
CSSS de l'Hématite	26 828	467 491
CSSS de la Basse-Côte-Nord	99 155	833 913
CLSC Naskapi		48 721
CPRCN	917 585	27 847
CSSS de Sept-Îles	2 688	
TOTAL	1 259 032	1 523 614
GRAND TOTAL	2 782 646	

3.4 AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le Ministère et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2007, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2007 (\$)	Montant réel emprunté au 31 mars 2007 (\$)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	4	14 000 000	7 842 103
Immobilisations (autorisé par l'Agence)	9	1 157 300	735 075
TOTAL		15 157 300	8 577 178

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

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord 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 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.

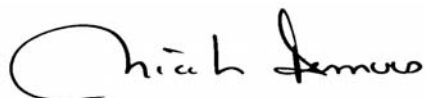
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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 approuvé 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 sa vérification.

La présidente-directrice générale,

Le directeur des ressources humaines,
financières et matérielles,



Nicole Demers



Bill Noël

LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS



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

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord au 31 mars 2007 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 18 mai 2007. 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 6 septembre 2007

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

I. RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS D'EXPLOITATION		ACTIVITÉ PRINCIPALE		ACTIVITÉ ACCESSOIRE	
		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)	Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
PRODUITS					
Subventions MSSS :					
‡ Budget significé	01	4 875 458	4 624 397	72 000	122 000
‡ Augmentation du financement	02	490 806	362 591	195 537	144 057
TOTAL (L.01 + L.02)	03	5 366 264	4 986 988	267 537	266 057
Revenus d'intérêts	04	35 388	24 043		
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources :					
‡ Contributions de l'avoir-propre	06	83 661	56 544		
‡ Contributions de fonds affectés	07	352 046	129 341		
‡ Contributions du fonds des activités régionalisées	08	9 577	9 398		
‡ Autres	09	382 333	388 647	132 623	138 361
TOTAL (L.03 à L.09)	10	6 229 269	5 594 961	400 160	404 418
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation :					
‡ Salaires - personnel cadre	11	880 373	878 219	152 220	160 612
‡ Salaires - personnel autre	12	1 981 830	1 834 135	123 767	112 186
‡ Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	217 698	135 620	25 256	14 054
‡ Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	412 448	359 198	19 681	19 609
‡ Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	72 879	24 246		
‡ Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	39 046	194 697	957	12 777
‡ Charges sociales - personnel cadre	17	103 060	93 862	13 310	13 531
‡ Charges sociales - personnel autre	18	256 713	245 634	16 400	15 548
	19				
‡ Frais de déplacement et d'inscription	20	289 935	355 609	5 090	7 805
‡ Services achetés	21	521 459	355 892	33 330	35 552
‡ Communications	22	190 624	136 375	5 313	6 590
‡ Loyer	23	704 717	495 236		
‡ Location d'équipement	24	40 798	35 606		

FONDS D'EXPLOITATION	ACTIVITÉ PRINCIPALE		ACTIVITÉ ACCESSOIRE		
	Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)	Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)	
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS (suite)					
‡ Fournitures de bureau	25	64 451	71 424	4 836	5 946
‡ Autres frais	26	85 791	67 205		
‡ Charges non réparties	27	273 536	167 059		
‡ Transferts de frais généraux	28				
‡ Charges extraordinaires	29			2 567	2 511
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION (L.11 à L.29)	30	6 135 358	5 450 017	402 727	406 721
Dépenses d'immobilisations	31	98 588	82 669		
TOTAL (L.30 + L.31)	32	6 233 946	5 532 686	402 727	406 721
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.32)	33	(4 677)	62 275	(2 567)	(2 303)

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 328 572	1 049 219
Contributions des établissements	02		
Revenus d'intérêts	03	25 466	26 135
Contributions du fonds d'exploitation	04	25 715	15 000
Contributions de fonds affectés	05	162 558	128 530
Revenus d'autres sources	06	586 363	471 803
TOTAL (L.01 à L.06)	07	2 128 674	1 690 687
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
‡ Salaires - personnel cadre	08	42 339	35 275
‡ Salaires - personnel autre	09	485 828	396 425
‡ Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10		
‡ Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	84 530	68 026
‡ Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12		
‡ Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13	975	467
‡ Charges sociales - personnel cadre	14	3 483	2 686
‡ Charges sociales - personnel autre	15	61 297	50 076
‡ Frais de déplacement et d'inscription	16	80 514	97 240
‡ Services achetés	17	583 762	622 994
‡ Communications	18	36 024	13 632
‡ Loyer	19		
‡ Location d'équipement	20	5 881	4 076
‡ Fournitures de bureau	21	30 659	31 172
‡ Autres frais	22	128 445	106 945
‡ Transferts de frais généraux	23		
‡ Contributions au fonds d'exploitation	24	10 257	10 102
‡ Contributions à des fonds affectés	25		
‡ Autres	26	334 911	138 059
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION (L.08 à L.26)	27	1 888 905	1 577 175
Dépenses d'immobilisations	28	276 200	200 390
TOTAL (L.27 + L.28)	29	2 165 105	1 777 565
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.29)	30	(36 431)	(86 878)

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS COMBINÉ		FONDS D'EXPLOITATION		Fonds d'immobili- sations (\$)	Fonds des activités régionalisées (\$)
		Activité principale (\$)	Avoir propre (\$)		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	91 511	64 918	3 694 147	912 012
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02				
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05	8 299		825 480	
	06				
Libération de surplus	07		87 560		
Acquisition d'immobilisations à même les produits des fonds :					
‡ Fonds d'exploitation - activités principales	08			98 588	
‡ Fonds d'exploitation - activités accessoires complémentaires	09				
‡ Fonds d'exploitation - activités accessoires commerciales	10				
‡ Fonds affectés	11			35 037	
‡ Fonds des activités régionalisées	12			276 200	
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	8 299	87 560	1 235 305	
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16		7 244		36 431
Régularisations - analyse financière	17	3 951			
	18				
Régularisations - autres	19	4 458		1 594 755	
	20				
Libération de surplus	21	87 560			
Autres	22		83 661		
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	95 969	90 905	1 594 755	36 431
Variation de l'exercice (L.15 - L.24)	25	(87 670)	(3 345)	(359 450)	(36 431)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	3 841	61 573	3 334 697	875 581

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

FONDS COMBINÉS		FONDS D'EXPLOITATION		Fonds d'immobilisations (\$)	Fonds des activités régionalisées (\$)
		Activité principale (\$)	Avoir propre (\$)		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	117 819	47 825	3 226 910	998 890
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	62 275			
Régularisations - analyse financière	03	1 577			
	04				
Régularisations - autres	05	31 820		1 229 912	
	06				
Libération de surplus	07		119 396		
Acquisition d'immobilisations à même les produits des fonds :					
‡ Fonds d'exploitation - activités principales	08			82 669	
‡ Fonds d'exploitation - activités accessoires complémentaires	09				
‡ Fonds d'exploitation - activités accessoires commerciales	10				
‡ Fonds affectés	11			47 337	
‡ Fonds des activités régionalisées	12			200 390	
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	95 672	119 396	1 560 308	
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16		2 303		86 878
Régularisations - analyse financière	17				
	18				
Régularisations - autres	19	2 584	100 000	1 093 071	
	20				
Libération de surplus	21	119 396			
Autres	22				
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	121 980	102 303	1 093 071	86 878
Variation de l'exercice (L.15 - L.24)	25	(26 308)	17 093	467 237	(86 878)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	91 511	64 918	3 694 147	912 012

BILAN

Au 31 mars 2007

FONDS COMBINÉ	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		
	Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)	Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)	
ACTIF À COURT TERME					
Encaisse	01	403 635	648 208	701 558	1 013 929
Débiteurs :					
‡ MSSS	02	105 138	65 784	249 378	121 510
‡ Établissements	03	3 839	24 368	108 607	16 794
‡ Fonds d'exploitation	04			4 695	
‡ Fonds des activités régionalisées	05				
‡ Fonds affectés	06	30 974		241 697	196 864
‡ Autres	07	103 875	110 727	52 405	54 280
Intérêts courus	08				
Taxes à recevoir	09	38 472	36 946	7 687	18 124
Charges payées d'avance	10	48 520	30 841	133 129	8 239
Autres éléments	11				
TOTAL - ACTIF À COURT TERME (L. 01 à L.11)	12	734 453	916 874	1 499 156	1 429 740
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	734 453	916 874	1 499 156	1 429 740
PASSIF À COURT TERME					
Découvert de banque	15			22 148	
Emprunts de banque	16				
Créditeurs :					
‡ MSSS	17	90 279	22 200		
‡ Établissements	18	4 870	59 027	40 515	44 755
‡ Fonds d'exploitation	19				
‡ Fonds des activités régionalisées	20	872			
‡ Fonds affectés	21				
‡ Autres	22	468 066	494 693	104 563	113 532
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	57 010	61 761		
Autres revenus reportés	24	47 942	122 764	351 715	359 441
Autres éléments	25			104 634	
TOTAL - PASSIF À COURT TERME (L.15 à L.25)	26	669 039	760 445	623 575	517 728
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	669 039	760 445	623 575	517 728
Solde de fonds	29	65 414	156 429	875 581	912 012
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	734 453	916 874	1 499 156	1 429 740

BILAN

Au 31 mars 2007

FONDS D'IMMOBILISATION		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
ACTIF			
	01		
	02		
Immobilisations	03	4 819 381	4 519 627
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 À L.03)	04	4 819 381	4 519 627
PASSIF À COURT TERME			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07	1 484 684	825 480
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10	1 484 684	825 480
Solde de fonds	11	3 334 697	3 694 147
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	4 819 381	4 519 627

BILAN

Au 31 mars 2007

FONDS AFFECTÉ CUMULÉ		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
ACTIF À COURT TERME			
Encaisse	01	1 683 804	1 555 638
Débiteurs :			
‡ MSSS	02	14 520 959	9 807 342
‡ MSSS (subvention pour intérêts sur emprunts)	03	59 395	53 820
‡ Établissements	04	3 679 379	4 730 099
‡ Fonds d'exploitation	05		
‡ Fonds des activités régionalisées	06		
‡ Taxes à recevoir	07		
‡ Autres	08	59 601	156 947
Intérêts courus	09		
Autres éléments	10		
TOTAL - ACTIF À COURT TERME (L.01 À L.10)	11	20 003 138	16 303 846
À long terme - enveloppes décentralisées	12	29 333 928	31 241 918
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 + L.12)	13	49 337 066	47 545 764
PASSIF À COURT TERME			
Découvert de banque	14	52	
Emprunts de banque	15	3 698 522	4 729 978
Intérêts sur emprunts à payer	16	59 395	53 820
Créditeurs et charges à payer :			
‡ Établissements	17	13 751 041	9 401 441
‡ Organismes	18	32 681	141
‡ Fonds d'exploitation	19	154 603	13 159
‡ Fonds des activités régionalisées	20	241 697	196 864
‡ Autres	21	149 727	254 413
Subventions reportées	22		13 849
Autres éléments	23		
TOTAL - PASSIF À COURT TERME (L.14 À L.23)	24	18 087 718	14 663 665
Dette à long terme - enveloppes décentralisées	25	29 333 928	31 241 918
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.25)	26	47 421 646	45 905 583
Solde de fonds	27	1 915 420	1 640 181
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28	49 337 066	47 545 764

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS AFFECTÉ CUMULÉ		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Solde du début	01	1 640 181	3 458 901
Ajustements	02		
Récupération par le MSSS	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 - L.03)	04	1 640 181	3 458 901
AUGMENTATION			
MSSS	05	22 986 161	18 254 605
MSSS – crédits régionaux	06	872 071	
Subvention pour intérêts sur emprunts	07	2 009 996	1 985 496
Revenus d'intérêts	08	77 329	58 587
Contributions du fonds d'exploitation	09		
Contributions du fonds des activités régionalisées	10		
Autres	11	1 881 917	1 727 013
TOTAL (L.05 À L.11)	12	27 827 474	22 025 701
DIMINUTION			
Attributions :			
↳ Établissements	13	13 222 132	10 441 361
↳ Organismes	14	5 997	43 513
Intérêts sur emprunts	15	2 009 996	1 985 496
Contributions au fonds d'exploitation	16	513 458	142 500
Contributions au fonds des activités régionalisées	17	191 007	272 814
Charges d'exploitation :			
↳ Salaires	18	19 992	12 993
↳ Avantages sociaux	19	979	1 334
↳ Charges sociales	20	2 522	1 687
↳ Frais de déplacement et d'inscription	21	29 512	32 272
↳ Services achetés	22	230 390	31 657
↳ Location d'équipement	23	4 088	1 135
↳ Fournitures de bureau	24	34 839	25 751
↳ Autres charges d'exploitation	25	43 067	26 135
Dépenses d'immobilisations	26	35 037	47 337
Autres	27	11 209 219	10 778 436
TOTAL (L.13 À L.27)	28	27 552 235	23 844 421
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L. 12 – L.28)	29	1 915 420	1 640 181

ÉTAT DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2007

ENVELOPPE RÉGIONALE		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R (excluant celui de la ligne 02)	01	225 257 643	209 464 844
Montant engagé par le MSSS en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	02	8 938 017	8 012 382
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	234 195 660	217 477 226
Autres	04		
TOTAL (L. 03 + L.04)	05	234 195 660	217 477 226
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	06	212 970 462	198 701 232
Allocations aux organismes communautaires	07	8 382 465	7 663 848
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	2 111 968	1 408 759
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 06 à L. 08)	09	223 464 895	207 773 839
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : montant attribué	10	8 938 017	7 998 533
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : montant reporté	11		13 849
Autres	12	1 792 748	1 691 005
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	234 195 660	217 477 226
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : solde non attribué	14		
TOTAL (L.13 + L.14)	15	234 195 660	217 477 226
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16		

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS AFFECTÉ DES IMMOBILISATIONS		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01	37 194	579 032
Ajustements	02		
Récupération par le MSSS	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 - L.03)	04	37 194	579 032
PROVENANCE			
MSSS	05	10 292 510	4 383 029
MSSS – crédits régionaux	06		
Subvention pour intérêts sur emprunts	07	56 820	26 939
Revenus d'intérêts	08		
Contributions du fonds d'exploitation	09		
Contributions du fonds des activités régionalisées	10		
Contributions d'autres fonds affectés	11		
Autres	12	125 370	88 639
TOTAL (L.05 À L.12)	13	10 474 700	4 498 607
ATTRIBUTIONS			
Établissements	14	9 941 616	4 721 006
Organismes	15		
Intérêts sur emprunts	16	56 820	26 939
Contributions au fonds d'exploitation	17	513 458	142 500
Contributions au fonds des activités régionalisées	18		
Contributions à d'autres fonds affectés	19		
Charges d'exploitation :			
‡ Salaires	20		
‡ Avantages sociaux	21		
‡ Charges sociales	22		
‡ Frais de déplacement et d'inscription	23		
‡ Services achetés	24		
‡ Location d'équipement	25		
‡ Fournitures de bureau	26		
‡ Autres charges d'exploitation	27		
Dépenses d'immobilisations	28		
Autres	29		150 000
TOTAL (L.14 À L.29)	30	10 511 894	5 040 445
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.13 - L.30)	31		37 194

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS AFFECTÉ DES ÉQUIPEMENTS		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01	39	38
Ajustements	02		
Récupération par le MSSS	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 - L.03)	04	39	38
PROVENANCE			
MSSS	05	3 485 599	5 417 892
Subvention pour intérêts sur emprunts	06	1 953 176	1 958 557
Revenus d'intérêts	07		
Contributions du fonds d'exploitation	08		
Contributions du fonds des activités régionalisées	09		
Contributions d'autres fonds affectés	10		
Autres	11	68 033	
TOTAL (L.05 À L.11)	12	5 506 808	7 376 449
ATTRIBUTIONS			
Établissements	13	3 038 106	5 203 276
Intérêts sur emprunts	14	1 953 176	1 958 557
Contributions au fonds d'exploitation	15		
Contributions au fonds des activités régionalisées	16	191 007	214 615
Contributions à d'autres fonds affectés	17		
Charges d'exploitation :			
‡ Salaires	18		
‡ Avantages sociaux	19		
‡ Charges sociales	20		
‡ Frais de déplacement et d'inscription	21		
‡ Services achetés	22		
‡ Location d'équipement	23		
‡ Fournitures de bureau	24		
‡ Autres charges d'exploitation	25		
Dépenses d'immobilisations	26		
Autres	27		
TOTAL (L.13 À L.27)	28	5 182 289	7 376 448
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.12 - L.28)	29	324 558	39

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS AFFECTÉ DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET TRANSPORT D'USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS		Exercice courant (\$)	Exercice précédent (\$)
Solde à attribuer au début de l'exercice	01	460 305	533 697
Ajustements	02		
Solde du début après ajustements (L.01 À L.02)	03	460 305	533 697
PROVENANCE			
MSSS	04	8 116 590	7 419 099
MSSS – Crédits régionaux	05		
Revenus autonomes	06	1 540 720	1 486 099
Revenus d'intérêts	07	32 474	10 903
Autres	08	18 750	2 436
TOTAL (L.04 À L.08)	09	9 708 534	8 918 537
ATTRIBUTIONS			
Contrats minimaux de services d'ambulance	10	8 588 929	8 139 617
Particularités régionales	11	182 998	131 884
Éléments rectifiables	12	289 064	69 665
Centre de communication santé	13	29 481	28 745
Formation	14	34 590	75 170
Assurance qualité	15	127 475	151 494
Allocation de retraite	16		
Médicaments	17	4 066	
Participation au régime de retraite	18		25 000
Transfert au fonds de VPI	19		38 014
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	20		
Attribution à des organismes	21		
Ajustements des années antérieures	22	44 438	94 093
Premiers répondants	23	152 389	181 547
Déplacement des usagers	24		

Charges d'exploitation :			
♦ Salaires	25	10 448	7 648
♦ Avantages sociaux	26	979	730
♦ Charges sociales	27	1 372	985
♦ Frais de déplacement et d'inscription	28	18	
♦ Services achetés	29	4 237	
♦ Location d'équipement	30		
♦ Fournitures de bureau	31	4 435	
♦ Autres charges d'exploitation	32		
Dépenses d'immobilisations	33	35 037	47 337
Autres	34		
TOTAL (L.10 À L.34)	35	9 509 956	8 991 929
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.09 - L.35)	36	658 883	460 305

2. NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

NOTE 1 – CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1^{er} 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 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. Les immobilisations corporelles et actifs incorporels ne sont pas présentés distinctement;
- ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;
- iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1^{er} avril et imputées à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final 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 reportés;
- vii) Aucun bilan, état des résultats et/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. Cependant, 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'intérêt 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 une 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 que l'Agence 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.

ATTRIBUTION DES SUBVENTIONS

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

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

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

AVOIR PROPRE

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

IMMOBILISATIONS

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

REVENUS REPORTÉS

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

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

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

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

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

- i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
- ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (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 prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 3 - FLUX DE TRÉSORERIE

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

	2007	2006
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	119 714 \$	61 543 \$
Produit de disposition d'immobilisations	385 \$	40 \$
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	280 133 \$	195 686 \$
Produit de disposition d'immobilisations	- \$	- \$
Fonds d'immobilisations :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	- \$	- \$
Produit de disposition d'immobilisations	- \$	- \$
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidité	35 037 \$	47 377 \$
Produit de disposition d'immobilisations	- \$	- \$

NOTE 4 - EMPRUNTS BANCAIRES

Au 31 mars, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 18 378 425 \$ (2006 : 14 721 380 \$) auprès d'une institution financière, au taux variant entre le taux préférentiel diminué de 1,15 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,28 %, garanti par le ministère de

la Santé et des Services sociaux, dont 17 239 373 \$ du crédit n'est pas utilisé au 31 mars 2007. La convention de crédit est renégociable le 12 décembre 2010.

NOTE 5 - PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE ET HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2007 au regard des banques de vacances, de congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	<u>2007</u>	<u>2006</u>
Vacances	456 871 \$	479 747 \$
Congés de maladie	25 595	19 152
Heures supplémentaires	11 889	15 581
	<u>494 355 \$</u>	<u>514 480 \$</u>

NOTE 6 - 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.

	<u>2007</u>	<u>2006</u>
Marges de crédit d'un montant autorisé de 30 000 000 \$, portant intérêt à des taux variant entre le taux des acceptations bancaires échéant à 30 jours majoré de 0,30 % et 5,713 %, et à échéances variant entre le 4 juillet 2007 et le 31 mars 2023.	11 934 006 \$	16 666 039 \$
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital plus les intérêts, à des taux variant de 4,207 % à 9,82 %, payable semestriellement et venant à échéances entre le 7 juillet 2008 et le 31 mars 2023.	17 399 922	14 575 879
	29 333 928	31 241 918
Tranche échéant à moins d'un an	3 963 032	8 805 202
	<u>25 370 896 \$</u>	<u>22 436 716 \$</u>

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2008	3 111 345 \$
2009	6 552 396 \$
2010	2 032 941 \$
2011	2 987 208 \$
2012	827 902 \$

NOTE 7 - 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 8 - ENGAGEMENTS

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

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2007 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 225 963 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2008	226 295 \$
2009	226 295 \$
2010	226 295 \$
2011	222 067 \$
2012	201 913 \$
2013 et subséquentes	592 838 \$
	<u>1 695 703 \$</u>

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de la Côte-Nord. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2008	744 794 \$
2009	628 000 \$
2010	543 000 \$
2011	488 000 \$
2012	488 000 \$

NOTE 9 – 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 10 – ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

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

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

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée aux 31 mars 2007 et 2006 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants (en dollars) :

	2007	2006
Situation financière		
Actif à court terme	783 867 \$	778 536 \$
Actif à long terme	10 509 983	9 406 205
	<u>11 293 850 \$</u>	<u>10 184 741 \$</u>
Passif à court terme	841 592	484 557
Passif à long terme	7 163 874	6 231 901
	<u>8 005 466 \$</u>	<u>6 716 458 \$</u>
Actifs nets	3 288 384	3 468 283
	<u>11 293 850 \$</u>	<u>10 184 741 \$</u>
Résultats des activités	2007	2006
Produits provenant des établissements	2 028 917 \$	1 971 685 \$
Autres produits	354 867	401 588
	<u>2 383 784</u>	<u>2 373 273</u>
Total des charges d'opération	2 393 452	2 245 140
(Insuffisance) Excédent des produits sur les charges	<u>(9 668) \$</u>	<u>128 133 \$</u>

Évolution des actifs nets	2007	2006
Solde au début	3 468 283 \$	3 473 614 \$
Redressement	0	33 326
Solde redressé	3 468 283	3 506 940
(Insuffisance) Excédent de l'exercice	(9 668)	128 133
Virement de la réserve affectée pour réparations majeures	(175 802)	(171 840)
Autres	5 571	5 050
	<u>3 288 384 \$</u>	<u>3 468 283 \$</u>

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 490 583 \$ (2006 : 265 814 \$).

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

CONSTATATION DES PRODUITS

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

IMMOBILISATIONS CORPORELLES

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

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

RÉSERVE POUR RÉPARATIONS MAJEURES

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

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

A

N

N

E

X

E

A

VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

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

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

ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Le 19 novembre 2002

PRÉAMBULE

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

Elle a aussi pour objet :

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

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

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

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

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

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

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

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

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

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

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

DÉCLARATION DE PRINCIPES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

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

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

Notamment, il :

- traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
 - traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
 - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
 - prévoit des mécanismes d'application du Code.
2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

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

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

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

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

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;
 - b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;
 - c) « **Code** » désigne le présent Code;
 - d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
 - e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;
 - f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;
 - g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

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

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

À cette fin, l'administrateur :

- 5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.
- 6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

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

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

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

Neutralité

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

Activités politiques

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

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale doit en informer le président du conseil d'administration.

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

Discrétion

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

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

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

Relations publiques

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

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

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

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

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camoufflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

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

L'administrateur et les conflits d'intérêts

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

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

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

L'administrateur et les conflits de rôle

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

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

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

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

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

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

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

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

Biens de l'Agence

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

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.
41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

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

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.
44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.
46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.
47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.
49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

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

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

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

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

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

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

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

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

Tenue de l'enquête

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

Information de l'administrateur concerné

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

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

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

Décision

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

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

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

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

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

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

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

VI. ENGAGEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.
69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

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

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

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

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.
72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.
73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.

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

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

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

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :

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

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

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

XI. DISPOSITIONS FINALES

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

REDDITION DE COMPTES :
ENGAGEMENTS SPÉCIFIQUES À PORTÉE LOCALE,
SOUS-RÉGIONALE OU RÉGIONALE SIGNIFIÉS
AUX ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD DANS
LE CADRE DES ENTENTES DE GESTION ET
D'IMPUTABILITÉ POUR L'EXERCICE 2006-2007

A

N

N

E

X

E

B

Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale
signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2006-2007

Programme : <i>Jeunes en difficulté</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Sujet												
Poursuivre les projets Équinoxe et Équipe d'intervention jeunesse (EIJ) :												
➤ Préparer le bilan du projet Équinoxe (mars 2004 au 31 mars 2006)	Rapport	30 septembre 2006				Oui						
➤ Préparer le bilan de l'EIJ (mars 2004 au 31 septembre 2006).	Rapport	15 octobre 2006				Oui						
➤ Préparer un protocole d'entente pour le projet Équinoxe avec le CSSS de Port-Cartier.	Protocole d'entente signé	15 décembre 2006				Oui						
Convenir d'entente de service avec les organismes communautaires du milieu pour offrir à la population concernée des services de supervision des droits d'accès.												
➤ Faire parvenir une copie du protocole d'entente signé	Protocole d'entente signé	15 décembre 2006		Non	Non	Non						
➤ Faire parvenir un bilan provisoire de la mise en œuvre et des services rendus.	Rapport	31 mars 2007		Non	Non	Non						
Adopter une politique relative aux normes de pratique professionnelle en matière de retrait du milieu familial des enfants et des jeunes. En 2005-2006, seul le CPRCN avait cet engagement. En 2006-2007, les CSSS se doivent d'adopter une politique.	Résolution du conseil d'administration et dépôt d'une copie de la politique à l'Agence	31 janvier 2007										
Dans le cadre des services intégrés en périnatalité pour la petite enfance, déployer le volet «Création d'environnements favorables» à la santé et au bien-être des familles inscrites au SIPPE :												
➤ Faire part des activités réalisées en lien avec le volet «Création d'environnements favorables».	Rapport d'activités	31 mars 2007	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui		
➤ Faire part des ressources financières allouées au volet «Création d'environnements favorables».	Rapport sur l'ensemble des budgets disponibles pour les SIPPE	2003-2006 : 30 novembre 2006 2006-2007 : 31 mars 2007	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui		
Dans le cadre des services intégrés en périnatalité pour la petite enfance, participer à la formation continue sur l'attachement.	Nombre de participants et provenance (établissements, partenaires)	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui		
Rehausser l'intensification des services de 2 ligne (charge de cas à la prise en charge) dans le cadre de la révision de la LPJ	Détermination des paramètres d'utilisation	À préciser									Oui	
Mettre en place des équipes de 2 niveau pour les problématiques de suicide et de santé mentale.	Confirmation de la mise en place de 1 équipe dans le secteur Est et de 1 équipe dans le secteur Ouest	31 décembre 2006									Non	
Programme : Santé physique - Hiérarchisation des services												
Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Développer des mécanismes de coordination et d'intégration des services médicaux intérieurs des établissements, entre les établissements et les ressources du réseau local de service.	Dépôt des ententes signées à l'Agence	31 mars 2007	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non		
Collaborer au développement des mécanismes de coordination et d'intégration des services médicaux à l'intérieur des établissements, entre les établissements et les ressources du réseau local de service	Collaboration au développement des mécanismes de coordination et d'intégration des services médicaux	31 mars 2007										
Programme : Santé physique - Accoucher loin du milieu de vie												
Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Déterminer les paramètres de priorisation de la clientèle	Dépôt de la liste des paramètres	30 novembre 2006					Non	Oui	Non			
Inscrire les dépenses 2005-2006 dans le centre d'activités de déplacement des usagers.	Production des statistiques selon les paramètres définis (AS471, CA 7404)	30 juin 2006					Non	Oui	Oui			
Programme : Santé physique - Urgence												
Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Assurer une accessibilité continue dans les salles d'urgence.	Couverture médicale complète aux salles d'urgence	31 mars 2007	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Élaborer un plan de contingence en cas de rupture de service et prévoir des ententes formelles avec les partenaires.	Dépôt du plan de contingence à l'Agence	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non			
Produire et mettre en œuvre un plan d'action local qui intègre les recommandations du CCNU et du guide de gestion des salles d'urgence	Dépôt du plan d'action à l'Agence et rapport périodique des travaux de mise en œuvre	31 mars 2007		Oui		Oui						
Compléter, en plus de la partie obligatoire, les statistiques de la partie facultative du relevé quotidien des salles d'urgence puisque, en cas de pandémie, ces statistiques deviendront obligatoires.	Statistiques facultatives complétées quotidiennement	Quotidien	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Programme : Santé physique - Liste d'attente en chirurgie												
Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Respecter les délais d'attente qui ne devraient pas excéder 6 mois pour l'ensemble des interventions chirurgicales sauf en oncologie où les délais ne devraient pas excéder 1 mois.	Suivi de gestion	Continu		Non		Oui						
Épurer les listes d'attente en chirurgie avec hospitalisation	Confirmation de l'épuration des listes	30 juin 2006		Oui		Oui						
Épurer les listes d'attente en chirurgie d'un jour	Confirmation de l'épuration des listes	30 septembre 2006		Oui		Oui						
Implanter les mécanismes d'accès aux services chirurgicaux en lien avec le projet de loi 33.	Implantation des mécanismes d'accès	À préciser		Oui		Oui						
S'assurer que les données transmises dans FILAW correspondent aux données MED-ÉCHO.	Confirmation de la validation des données	30 septembre 2006				Non						

Programme : Santé physique - Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Sujet												
Maintenir un taux de participation > ou = à 57 % de la population ciblée	Atteinte des taux fixés	31 mars 2007		Oui								
Maintenir un taux de participation > ou = à 55,5 % de la population ciblée	Atteinte des taux fixés	31 mars 2007				Non						
Maintenir un taux de participation > ou = à 78 % de la population ciblée.	Atteinte des taux fixés	31 mars 2007					Oui					
Programme : Santé physique - Cancer	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Indiquer les actions qui ont été réalisées en conformité avec le plan d'action régional	État de situation sur l'évolution des services sur tout le continuum de la maladie	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Identifier formellement par des ententes écrites, les corridors de services avec les paliers régionaux et suprarégionaux pour les quatre sites de cancers suivants : poumon, sein, prostate et colorectal	Production de documents	31 mars 2007	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non			
Programme : Santé physique - Maladies chroniques	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Implanter une stratégie d'action pour la prévention, le suivi et l'enseignement à la clientèle. Mettre en place un programme de suivi systématique de clientèles selon un modèle d'infirmière pivot en maladies chroniques	Transmettre à l'Agence le nombre de personnes atteintes d'une MPOC ayant reçu des services et le nombre moyen d'interventions par personnes différentes atteintes d'une MPOC ayant reçu des services	31 mars 2007	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui		
	Transmettre à l'Agence le nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et/ou d'asthme rejointes et ayant bénéficié du suivi systématique		Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non		
Programme : Santé physique - mesures de contrôle	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
En vertu de l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), tout établissement doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles	Résolution du conseil d'administration et dépôt à l'Agence d'un protocole	15 décembre 2006							Non	Non		
Programme : Santé physique - Soins palliatifs	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Créer un poste d'infirmière coordonnatrice de services en soins palliatifs de fin de vie selon le modèle proposé par la Politique de soins palliatifs en fin de vie	Poste 21 heures / semaine	31 mars 2007		Oui		Oui						
Programme : Santé mentale - Urgence	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Consolidation du service de garde psychosociale les fins de semaine et les jours fériés pour assurer l'intervention face à face lors de situations de crise	Rapport d'étape	15 décembre 2006		Oui		Oui						
Programme : Santé mentale - Suivi dans la communauté	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Établir avec le CSSS de Port-Cartier un protocole d'entente relativement au suivi de la clientèle nécessitant un encadrement de type «suivi intensif dans la communauté»	Protocole d'entente signé	31 décembre 2006				Oui						
Programme : Services psychosociaux	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Établir avec le CSSS de Port-Cartier un protocole d'entente relativement aux services offerts aux hommes à comportement violent	Protocole d'entente signé	15 décembre 2006				Oui						
Programme : Santé mentale - Hébergement - mesures de contrôle	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
En vertu de l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), tout établissement doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles	Résolution du conseil d'administration et dépôt à l'Agence d'un protocole unifié (santé mentale et hébergement) ou d'un protocole pour la santé mentale	15 décembre 2006		Oui								
Programme : Santé mentale et Perte d'autonomie liée au vieillissement - mesures de contrôle	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
En vertu de l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), tout établissement doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles	Résolution du conseil d'administration et dépôt à l'Agence d'un protocole unifié (santé mentale et hébergement) ou d'un protocole pour la santé mentale et d'un protocole pour l'hébergement	15 décembre 2006				Oui						
Programme : Ressources non institutionnelles	Bien livrable	Échéance	Réalisation									Commentaire
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN	
Dans le cadre de l'entente intervenue entre le MSSS et l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) en vertu de l'article 303.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), les établissements gestionnaires doivent déposer aux Agences une procédure pour le règlement des mésententes avec ses ressources intermédiaires (RI) accueillant 10 adultes et plus (Référence : Annexe 3 de l'entente intitulée «Règlement et traitement des mésententes».	Dépôt à l'Agence de la procédure pour le règlement de la mésentente avec les RI pour adultes de 10 places et plus	31 mars 2007		Oui		Non						

Programme : Ressources non institutionnelles - jeunesse	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Sujet												
Dans le cadre de l'entente intervenue entre le MSSS et la Fédération des ressources intermédiaires jeunesse du Québec (FRIJQ) en vertu de l'article 303.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), les établissements gestionnaires doivent déposer aux Agences une procédure pour le règlement des mésententes avec ses ressources intermédiaires (RI) jeunesse (Référence : Annexe 3 de l'entente intitulée «Règlement et traitement des mésententes».	Dépôt à l'Agence de la procédure pour le règlement de la mésentente avec les RI jeunesse	31 mars 2007									Non	
Programme : Ressources non institutionnelles - familles d'accueil												
Sujet												
Dans le cadre de l'entente intervenue entre le MSSS et la Fédération des familles d'accueil du Québec (FAAQ) en vertu de l'article 303.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), les établissements gestionnaires doivent déposer aux Agences une procédure pour le règlement des mésententes avec ses familles d'accueil (Référence : Annexe 3 de l'entente intitulée «Règlement et traitement des mésententes».	Dépôt à l'Agence de la procédure pour le règlement de la mésentente avec les familles d'accueil	31 mars 2007									Non	
Programme : Troubles envahissants du développement												
Sujet												
Assurer la dispensation de services professionnels d'orthophonie ou d'ergothérapie notamment pour l'évaluation de la clientèle TED et pour soutenir les interventions du personnel et ce, en référence à la correspondance du 22 mars 2006 (financement de 15 000 \$).	Bilan de l'utilisation des sommes au 31 mars 2007	31 mars 2007									Oui	
Programme : Santé publique - Infections nosocomiales												
Sujet												
Mettre en place les activités requises pour contrer les infections nosocomiales, notamment :												
➤ Consolider le poste du professionnel dédié à la prévention des infections sur la base de 1 ETP / 100-133 lits de courte durée, soit 0,2 ETP (7 heures / semaine).	Confirmation de la consolidation du poste de professionnel dédié	31 mars 2007	Oui									
➤ Maintenir le professionnel dédié à la prévention des infections sur la base de 1 ETP / 100-133 lits de courte durée, soit 1 ETP.	Confirmation du maintien de la ressource dédiée	31 mars 2007		Oui		Oui						
➤ Maintenir le professionnel dédié à la prévention des infections sur la base de 1 ETP / 100-133 lits de courte durée, soit 0,1 ETP.	Confirmation du maintien de la ressource dédiée	31 mars 2007			Oui				Oui			
➤ Maintenir le professionnel dédié à la prévention des infections sur la base de 1 ETP / 100-133 lits de courte durée, soit 0,2 ETP.	Confirmation du maintien de la ressource dédiée	31 mars 2007					Oui	Oui				
➤ Consolider les ressources professionnelles additionnelles lors d'éclosions ou de remplacement.	Confirmation de la consolidation des ressources additionnelles	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non			
➤ Participer aux activités de formation : congrès annuel de l'AIPJ	Confirmation de la participation au congrès annuel de l'AIPJ	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui			
➤ Participer aux activités de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN).	Confirmation de la participation aux activités de la TRPIN	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui			
➤ Assurer la participation de l'infirmière en prévention des infections à la formation de base en prévention et contrôle des infections nosocomiales offerte par l'INSPQ, incluant le stage en milieu de soins.	Confirmation de la participation à la formation de l'INSPQ	31 mars 2007				Oui	Oui	Oui				
➤ Terminer l'installation d'une chambre à pression négative	Confirmation de l'installation d'une chambre à pression négative	31 mars 2007		Oui		Non						
➤ Installation d'une chambre à pression négative	Confirmation de l'installation d'une chambre à pression négative	31 mars 2007					Non	Non	Oui			
Programme : Santé publique - Vaccination												
Sujet												
Réaliser les activités prévues au projet spécial de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque - saison 2006-2007.	Nombre de doses administrées par clientèle cible	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Vacciner 95 % des jeunes selon les recommandations en matière d'immunisation de base et les ajouts au calendrier de vaccination.	Évaluation de la couverture vaccinale des enfants de 2 ans et des jeunes d'âge scolaire (maternelle, 4 ^e année, 3 ^e secondaire)	Juin 2006 (scolaire) Mars 2007 (enfants de 2 ans)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		
Programme : Santé publique - Récupération des seringues usagées												
Sujet												
Implantation d'un service de récupération des seringues usagées	Désignation d'un responsable et accessibilité au service	Désignation : 13 avril 2006 Accessibilité : 1 ^{er} juin 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Programme : Santé publique - Développement social												
Sujet												
Participation aux chantiers locaux en développement social	État de situation	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non			
Programme : Santé publique - Santé dentaire												
Sujet												
Participation aux projets d'application d'agents de scellement en milieu scolaire	Nombre d'heures - technicien consacré à ce projet	31 mars 2007										
Développer un poste d'hygiéniste dentaire à temps complet pour la MRC de Manicouagan.	Confirmation d'embauche	31 mars 2007		Non								

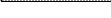
Programme : Santé publique - Approche École en santé	Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
				HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
	Participation à la mise en place et aux travaux du mécanisme local MSSS - MELS	Plan d'action local MSSS - MELS	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
	Révision de l'offre de service préventif en milieu scolaire en fonction de l'approche «École en santé».	Offre de service préventif en milieu scolaire	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non			
	Participation à la formation des accompagnateurs «École en santé»	Nombre d'intervenants formés	30 juin 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
	Participation aux activités du réseau régional d'implantation de l'approche «École en santé».	Nombre d'intervenants ayant participé aux activités	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui			
	Promotion de l'approche «École en santé» auprès des écoles.	Nombre d'écoles rencontrées	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
	Participation à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une planification des activités préventives et de promotion de la santé dans l'école répondant à l'approche «École en santé».	Plan d'action ou planification en prévention et promotion de la santé répondant à l'approche «École en santé»	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non			
	Saisir des données visant à connaître le nombre d'écoles qui intègrent l'approche «École en santé».	Transmission des informations requises	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Programme : Santé publique - Saines habitudes de vie	Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
	Participation à l'élaboration et à l'implantation d'un plan d'action en saines habitudes de vie.	État de situation	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non		
Programme : Santé publique - Chutes chez les aînés	Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
	Collaboration à la saisie des données permettant d'élaborer un plan d'action concernant l'implantation d'un programme de chutes chez les aînés	Transmission des informations requises	31 mars 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non		
Programme : Santé publique - Santé et sécurité au travail	Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
	Produire les rapports périodiques complets selon les échéanciers établis et en tenant compte de l'année financière en santé au travail qui s'établit du 1 ^{er} janvier au 31 décembre :	2 rapports semestriels demandés aux établissements	21 juillet 2006 2 février 2007	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		
		1 rapport couvrant les 8 premières périodes	15 septembre 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		
Programme : Perte d'autonomie liée au vieillissement - mesures de contrôle	Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
	En vertu de l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), tout établissement doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles	Résolution du conseil d'administration et dépôt à l'Agence du protocole	15 décembre 2006	Oui		Oui			Non				
	Développement de ressources intermédiaires (RI) : Maintenir les 9 places supplémentaires autorisées au Centre de convalescence Pie XII	Ne s'applique pas	Continu pour l'année 2006-2007		Oui								
	Développement de ressources intermédiaires (RI) : Transformer une RTF de 9 places en RI à Port-Cartier.	Émission de l'attestation de la reconnaissance de la RI par l'Agence	30 septembre 2006			Non							
	Opérer 5 lits d'hébergement CHSLD excédentaires au permis	Confirmation au rapport d'activité	Continu				Oui						
	Ressources intermédiaires (RI) : Verser à la Résidence Lafontaine les rétributions en raison de l'alourdissement de la clientèle	Confirmation du financement dans le bilan financier 2006-2007	31 mars 2007				Oui						
	Plan d'action régional 2005-2010 : Développer un poste d'organisateur communautaire au CSSS de la Basse-Côte-Nord afin de soutenir la mobilisation du milieu en vue d'accroître la diversité des ressources d'hébergement	Une personne en poste	Continu pour l'année 2006-2007						Oui				
Programme : Déficiência physique	Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
	Collaborer avec le CPRCN à l'intensification des services spécialisés de réadaptation en déficiéce physique pour la clientèle nécessitant normalement des services dispensés en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (Baie-Comeau)	Ouverture du service	31 mai 2006		Oui								
	Collaborer au développement de deux places en ressources de type familiale (RTF) en déficiéce physique dans le secteur de Port-Cartier	Création de deux places	31 décembre 2006			Non						Oui	
	Produire des états de situation au regard des service d'audiologie de première ligne pour l'Est de la région rendant compte de la liste d'attente et des modalités de prestation de services.	Trois états de situation	28 juillet 2006 1 ^{er} décembre 2006 29 mars 2007			Oui		Oui	Oui	Non	Oui		
	Convenir avec l'organisme Répît Richelieu d'une entente de service permettant le développement de 6 places en ressources de type intermédiaires en déficiéce physique (Référence : lettre du 14 juillet 2006)	Entente de service	31 décembre 2006				Non						
	Développer des services de répît pour la clientèle en déficiéce physique qui pourraient aussi servir de lieu de transition (référence lettre du 14 juillet 2006)	Achat de 1 place de répît en DP	31 décembre 2006				Non						
	Collaborer avec le CPRCN à l'intensification des services spécialisés de réadaptation en déficiéce physique pour la clientèle nécessitant normalement des services dispensés en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (Sept-Îles)	Ouverture du service	31 décembre 2006				Oui						Le bien livrable aurait dû être en lien avec la collaboration attendue plutôt que sur l'ouverture du service. Pour cette raison, nous considérons que l'établissement a rencontré son obligation.
	Intensification des services spécialisés de réadaptation en déficiéce physique pour la clientèle nécessitant normalement des services dispensés en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (Sept-Îles)	Ouverture du service	31 décembre 2006									Non	
	Projet d'intensification des services spécialisés de réadaptation en déficiéce physique pour la clientèle nécessitant normalement des services dispensés en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (Baie-Comeau)	Ouverture du service et entente de service	Ouverture : 31 mai 2006 Entente : 30 juin 2006									Oui	
	Actualiser le plan d'action régional en neurotraumatologie 2003-2006	Participation aux travaux du comité	30 septembre 2006									Oui	
Programme : Déficiência intellectuelle	Sujet	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
				HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN

Collaborer au développement de deux places en ressources de type familiale (RTF) en déficience intellectuelle dans le secteur de Port-Cartier.	Création de deux places	31 décembre 2006			Non						Oui	
--	-------------------------	------------------	--	--	-----	--	--	--	--	--	-----	--

Programme : <i>Déficience physique, Déficience intellectuelle, Troubles envahissants du développement, Perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale, santé physique : Allocation directe pour les personnes handicapées</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								Commentaire	
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Sujet	Majoration du tarif horaire du chèque-emploi-service	1 ^{er} décembre 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Porter le tarif horaire du chèque emploi service dans le cadre du programme d'allocation directe pour les personnes handicapées de 7,75 \$ à 8,06 \$ pour une augmentation de 0,31 \$ de l'heure.												
Programme : <i>Projet clinique</i>	Rapport d'étape	15 décembre 2006	Réalisation								Commentaire	
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Assurer l'avancement du projet clinique selon les commentaires formulés dans la lettre de Madame Nicole Demers du 14 février 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui				
Programme : <i>Gestion des bâtiments et des équipements</i>	Participation à la démarche	31 mars 2007	Réalisation								Commentaire	
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Participer activement à la démarche relative à l'identification des projets générateurs d'économies.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui				
Programme : <i>Ressources humaines</i>	Suivi permanent des dossiers d'absentéisme. Production des données (PRASAT) en respect des échéances fixées	31 mars 2007	Réalisation								Commentaire	
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Diminuer le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			
Programme : <i>Sécurité informatique</i>	Résolution du conseil d'administration	31 mars 2007	Réalisation								Commentaire	
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Adopter une politique de sécurité des actifs informationnels	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		
Nommer un responsable de la sécurité des actifs informationnels	Résolution du conseil d'administration	30 septembre 2006	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		
Programme : <i>Informatique</i>	I-CLSC fonctionnel (système, pilotage, saisie)	31 mars 2007	Réalisation								Commentaire	
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Amorcer le projet d'implantation du Système d'information sur la clientèle des services des CLSC (I-CLSC).								Oui				
Programme : <i>Suivi de gestion des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2006-2007</i>	Suivi de gestion pour les indicateurs concernés selon la périodicité déterminée	Selon la périodicité des indicateurs	Réalisation								Commentaire	
Sujet			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi		CPRCN
Distinguer, dans les résultats en lien avec les suivis de gestion, la contribution respective des jeunes Montagnais vivant sur une réserve par rapport aux autres jeunes de la Côte-Nord.										Oui		
Colliger et analyser les données en lien avec les indicateurs des ententes de gestion selon la périodicité prévue pour chacun.	Suivi GESTRED pour les indicateurs ministériels et suivi requis en lien avec les particularités locales, sous-régionales et régionales	Selon la périodicité des indicateurs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		

Légende :

 Situation ne s'applique pas pour l'établissement

 Démarche reportée

**RÉPARTITION DES MALADIES
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
DÉCLARÉES EN 2006
SELON LES TERRITOIRES DE CSSS
ET LA RÉGION CÔTE-NORD**

A

N

N

E

X

E

C

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2006 SELON LES TERRITOIRES DE CSSS ET LA RÉGION CÔTE-NORD

MALADIE	CSSS de la Haute-Côte-Nord	CSSS de Manicouagan	CSSS de Port-Cartier	CSSS de Sept-Îles	CSSS de la Minganie	CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de l'Hémathite	CLSC NASKAPI	TOTAL CÔTE-NORD	
									2006	2005
Maladies entériques										
Amibiase		2							2	1
Cyclospore									0	1
Fièvre paratyphoïde B									0	0
Gastro-entérite épidémique									0	0
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>									0	4
Giardiase	1	3	1			1			6	12
Hépatite A			2						2	
Infection à campylobacter	1	14		1					16	19(1)
Infection à <i>E. coli</i> producteur de vérocytoxone									0	0
Listériose		1		1					2	
Salmonellose	1	5		9		3(1)			18(1)	16
Shigellose		2							2	1
Toxi-infection alimentaire (mollusques)									0	0
Infections transmissibles sexuellement et par le sang										
Hépatite B (porteur chronique)				2	1				3	5
Hépatite C	2	4	2	8		1			17	10(2)
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	12(3)	60(25)	15	78(31)	38(33)	33(26)	20(8)	5(5)	261(131)	315(155)
Infection gonococcique									0	1(1)
Sida/infection par le VIH									0	0
Syphilis latente précoce									0	1(1)
Syphilis latente tardive				1					1	1
Maladies évitables par l'immunisation										
Coqueluche				2					2	1
Infection invasive à méningocoque	1	1							2	0
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>									0	
Infection invasive à <i>Streptocoque pneumoniae</i>	2	2		2(1)		1			7(1)	25(12)
Autres										
Infection à plasmodium (paludisme)									0	0
Infection invasive à streptocoque du groupe A		2		4(2)					3(1)	6(2)
Tuberculose		2(2)							5(2)	2(2)
Tularémie			1				1		0	2
TOTAL	20 (3)	96 (27)	20	106 (34)	39 (33)	39 (27)	20 (8)	8 (5)	345 (137)	423 (176)

() Nombre de cas déclarés dans les communautés autochtones (ce nombre est inclus dans le total)

Source : Laboratoire de santé publique du Québec, sommaire des MADDO, période se terminant le 31 décembre 2006

**LA SANTÉ ET LES SERVICES
SOCIAUX EN CÔTE-NORD DE
2002 À 2006**

**A
N
N
E
E
X
E
D**

LA SANTÉ
ET
LES SERVICES SOCIAUX EN CÔTE-NORD
de 2002 à 2006

Audition devant la
Commission des affaires sociales

Septembre 2006

PORTRAIT DE LA RÉGION ET DE LA POPULATION NORD-CÔTIÈRE

Le territoire desservi par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence) s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon (soit près de 1 200 km de littoral) en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. Avec une superficie d'environ 270 000 km², la Côte-Nord compte cinq municipalités régionales de comté en plus de la Basse-Côte-Nord. À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent près de la moitié de la population régionale. L'autre moitié est répartie dans une quarantaine de municipalités dont certaines ne sont pas reliées par la route. En 2006, selon les plus récentes projections fournies par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la région compte 94 813 personnes.

La population est majoritairement francophone, sauf en Basse-Côte-Nord où plus de 60 % des résidents déclarent l'anglais comme langue maternelle. Les autochtones constituent quelque 8 % de la population régionale. La Côte-Nord compte une communauté naskapie à Kawawachikamach et huit communautés innues (montagnaises) : Essipit, Betsiamites, Uashat/Maliothenam, Mingan, Natashquan, Pakuashipi, La Romaine et Matimekossh.

Il va sans dire que l'immensité du territoire nord-côtier et la faible densité de population constituent un défi dans la prestation de services de santé et de services sociaux, notamment au plan des ressources, tant humaines que financières.

La population nord-côtère vieillit et ses effectifs diminuent

La région nord-côtère se caractérise par une population actuellement plus jeune que celle du Québec. En effet, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent, en 2006, 12 % de la population régionale comparativement à 14 % pour le Québec. Cette situation cache toutefois un phénomène particulier : un vieillissement accéléré comparativement au Québec.

En effet, sur la Côte-Nord, le nombre de personnes âgées s'est accru de 160 % environ de 1981 à 2006, tandis qu'au Québec, la hausse fut de 87 % durant la même période. Toujours pour la période 1981-2006, la proportion de personnes de 65 ans et plus est passée de 3,6 % à 12 % sur la Côte-Nord. Au Québec, cette proportion a augmenté de 9 % à 14 %. L'indice de vieillissement, c'est-à-dire le rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de jeunes âgés de 0 à 14 ans, est passé de 13,1 % en 1981 à 65,3 % en 2005. Pendant ce temps, au Québec, cet indice est passé de 40,7 % à 83,1 %.

Autre phénomène marquant : la Côte-Nord connaît un déclin démographique important pendant que le Québec enregistre un accroissement de sa population. Les données de 2006 montrent que la population nord-côtère a diminué d'environ 21 % depuis 1981 (94 813 personnes comparativement à 119 591). Durant la même période, la population québécoise est passée de 6,54 millions à 7,60 millions (+ 16 %).

Toutefois, il est intéressant de mentionner qu'entre 1996 et 2004, la population autochtone de la Côte-Nord a augmenté de 17 %, passant de 7 317 à 8 559 personnes. Beaucoup plus jeune que le reste de la population nord-côtère, la moitié de la population autochtone est âgée de moins de 25 ans (50 %), alors que cette proportion est de moins de 30 % pour le reste de la population, tant nord-côtère que

québécoise (29,1 % et 29,7 %). À l'opposé, les personnes âgées de 45 ans et plus constituent 22,1 % de la population autochtone nord-côtière, contre 41,6 % chez la population allochtone régionale.

La migration de la population nord-côtière

Selon les données les plus récentes de l'ISQ, la Côte-Nord affiche un déficit migratoire constant au profit des autres régions de la province.

Pour l'année 2004-2005, la région nord-côtière enregistre un solde migratoire négatif de 827 personnes. Quelque 2 294 personnes sont venues s'installer dans la région durant cette année, mais 3 121 sont parties vivre ailleurs au Québec. Ce déficit s'observe dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 25 à 34 ans, où on note un gain net de 81 personnes. Lors des années antérieures pour lesquelles les données sont disponibles, ce groupe d'âge avait toujours subi une perte nette d'effectifs. Les soldes migratoires négatifs que connaît la région tendent toutefois à diminuer depuis les dernières années. En pourcentage, la perte nette de population s'établissait à 1,87 % en 2001-2002 comparativement à 0,86 % en 2004-2005.

Par ailleurs, dans le cadre des deux dernières enquêtes de santé régionales (Enquête Santé Côte-Nord 2000 et 2005), on a sondé l'intention des Nord-Côtiers de quitter définitivement la Côte-Nord pour aller habiter dans une autre région.

L'enquête de 2005 révèle que, au cours des cinq prochaines années, 13,4 % de la population nord-côtière âgée de 18 à 74 ans a l'intention de quitter définitivement la région. En fait, près de un jeune sur cinq âgé de 18 à 29 ans parle de déménager de la Côte-Nord d'ici cinq ans (19,8 %). Chez les gens âgés de 65 à 74 ans, cette proportion descend à 7,2 %.

Par rapport aux résultats de l'enquête précédente, l'intention de quitter la région a diminué de façon assez importante en cinq ans chez les jeunes âgés de 18 à 29 ans (27,8 % contre 19,8 %). Durant cet intervalle, le désir de mobilité a également perdu de la vigueur chez les gens âgés de 30 à 49 ans (13,7 % contre 10,4 %).

La santé de la population nord-côtière

Le cancer constitue la première cause de mortalité sur la Côte-Nord avec un peu plus du tiers des décès entre 1984 et 1999. Au deuxième rang, on retrouve les maladies de l'appareil circulatoire (29 %) suivies des traumatismes non intentionnels (14 %). Au Québec, les maladies de l'appareil circulatoire devancent les cancers comme première cause de mortalité entre 1984 et 1999, mais tombent au second rang à partir de l'an 2000. Les cancers les plus fréquents dans la région sont ceux du poumon et du sein.

La population nord-côtière a, comparativement au Québec, des comportements défavorables au regard de divers facteurs de risque du cancer : tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et de légumes, consommation d'alcool et sédentarité.

Le taux de mortalité par suicide affecte davantage les résidents de la Côte-Nord que ceux de la province. Durant la période 2000-2003, la Côte-Nord enregistre un taux de suicide de 24,7 pour 100 000 habitants contre 17,8 par 100 000 ailleurs au Québec.

Pour la période 1993-1994 à 2005-2006, le taux de signalements traités par la Direction de la Protection de la jeunesse de la Côte-Nord est passé de 46,0 à 107,8 pour 1 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans. Au Québec, ce taux a augmenté de 30,1 à 41,2 pour 1 000 jeunes. La région nord-côtière a vu son taux de signalements retenus passer de 23,0 à 51,6 pour 1 000 jeunes durant cette période. Dans l'ensemble de la province, celui-ci se chiffrait à 14,0 pour 1 000 en 1993-1994, comparativement à 18,8 pour 1 000 en 2004-2005.

PORTRAIT DU RÉSEAU NORD-CÔTIER DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

À l'instar de toutes les régions du Québec, au printemps 2003, l'Agence a piloté une opération de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Composé de dix établissements en 2002, le réseau nord-côtier est passé à neuf lors de la création des réseaux locaux de services.

Quatre centres de santé ont maintenu leur vocation telle quelle dans les MRC de la Haute-Côte-Nord, de la Minganie, de Caniapiscau et du territoire de la Basse-Côte-Nord, puisqu'un seul établissement dispensait déjà l'ensemble des services au niveau local. Ils ont adopté l'appellation de centre de santé et de services sociaux (CSSS).

Des fusions ont été effectuées dans les MRC de Manicouagan et de Sept-Rivières pour donner lieu à la création de trois centres de santé et de services sociaux : le CSSS de Manicouagan, le CSSS de Port-Cartier et le CSSS de Sept-Îles. À Baie-Comeau et Sept-Îles, en plus des services de première ligne, les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles offrent des services médicaux spécialisés à une population d'environ 50 000 habitants chacun.

Enfin, deux établissements ont maintenu leur statut et leur appellation. Il s'agit du CLSC Naskapi et du Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord. Ce dernier regroupe toutes les missions de protection et de réadaptation pour l'ensemble du territoire nord-côtier (jeunesse, déficience physique, dépendances, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement).

Les services aux communautés autochtones

La nation naskapie de Kawawachikamach reçoit tous ses services du système québécois de santé et de services sociaux en vertu de la Convention du Nord-Est québécois. Le CLSC Naskapi a été créé en juin 2001 et la population a accès à tous les services dispensés par le réseau nord-côtier.

Les communautés innues, quant à elles, assument les services de première ligne offerts dans les réserves, aux personnes qui y résident, à même des budgets décentralisés aux communautés par le gouvernement fédéral. Elles ont des ententes avec le réseau québécois pour les services de protection et de réadaptation de la jeunesse. Hors réserve, les Innus ont accès aux mêmes services que l'ensemble de la population.

LES SERVICES À LA POPULATION

Les ententes de gestion et d'imputabilité

L'Agence a pour rôle central de s'assurer de l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour toute la population nord-côtière. À cette fin, elle est responsable de la planification de l'offre de service dans la région, de l'allocation des ressources et du suivi qui découle de ces deux opérations.

Depuis 2003-2004, l'Agence conclut annuellement une entente de gestion et d'imputabilité avec le ministre de la Santé et des Services sociaux visant à améliorer l'offre de service à la population en fonction des crédits qui sont consentis à la région. Les cibles de l'entente de gestion s'appuient sur les objectifs ministériels, les objectifs régionaux, les budgets régionaux et les réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

Afin de rencontrer les objectifs régionaux convenus, l'Agence conclut, à son tour, une entente de gestion et d'imputabilité avec les établissements. La planification des objectifs régionaux et locaux, de même que les modalités de répartition des ressources se réalisent en consultation avec les établissements.

En ce qui a trait au suivi des ententes de gestion et d'imputabilité, l'Agence a établi un processus et s'assure de la formation des personnes qui y sont affectées. Chaque année, en collaboration avec les établissements, on raffine l'analyse des résultats obtenus au chapitre de l'offre de service. Cette nouvelle approche de gestion permet d'apprécier la progression des services d'une année à l'autre et de juger de la pertinence des orientations convenues. Nous présentons ici les faits marquants de l'évolution des services depuis 2002-2003.

Les jeunes en difficulté et leurs familles

L'amélioration la plus remarquable de l'offre de service à la population nord-côtière dans les quatre dernières années concerne les jeunes en difficulté et leur famille. À l'automne 2002, la Côte-Nord présentait le pire portrait du Québec en ce qui a trait à cette clientèle. Avec des taux de signalements trois fois plus élevés que la moyenne provinciale et des listes d'attente inacceptables, le Centre jeunesse présentait un déficit d'opération de 2 036 899 \$. Deux mesures ont été prises pour remédier à cet état de fait : la consolidation de la base budgétaire du Centre jeunesse et l'actualisation d'un Plan d'action jeunesse régional impliquant le renforcement des services de prévention et de première ligne.

Après quatre ans, l'Agence est fière de témoigner des résultats positifs de cette stratégie. Au total, au cours des trois dernières années, nous aurons investi 1 835 686 \$ afin de consolider les services de base à la jeunesse. Ainsi, en 2003-2004, nos services psychosociaux de première ligne rejoignaient 1 808 jeunes, alors qu'en 2005-2006 nous avons offert des services à 2 025 jeunes, ce qui représente 11,8 % de la population des jeunes âgés entre 0 et 17 ans, par rapport à la cible ministérielle de 7,5 % des jeunes pour 2010. Nous attribuons à ces jeunes en moyenne 5,56 interventions, se rapprochant progressivement de la cible de sept interventions en moyenne d'ici 2010. Dans cette même foulée, au 31 mars 2006, la région avait investi 823 594 \$ pour les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), ce qui nous a permis de rejoindre

78 nouvelles familles, soit 47,8 % de celles qui sont ciblées par le programme. Les investissements consentis en 2006-2007 devraient nous permettre d'atteindre 69,8 % de la clientèle visée.

Malgré un nombre de signalements qui est demeuré stable dans notre région, nous avons amélioré les délais d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse passant de 48,31 jours, en 2003-2004, à 31,30 jours en 2005-2006. Il en est ainsi pour le délai d'attente à l'application des mesures, qui est passé de 49 jours à 32,65 jours.

Mentionnons les efforts que nous avons consentis à consolider le travail préventif assuré par les travailleurs de rue et les maisons de jeunes implantés dans plusieurs localités de la Côte-Nord. D'autres mesures tels l'implantation des services d'intervention de crise, l'équipe d'intervention jeunesse (EIJ) et le développement de programmes spécifiques à l'endroit de familles négligentes nous auront permis de recadrer l'offre de service pour les jeunes en difficulté et leur famille en mettant davantage à contribution les services de première ligne.

Une attention particulière est également accordée à la situation des jeunes mères qui doivent quitter leur milieu pour se rendre dans un centre accoucheur. Cette situation concerne les futures mamans de la Basse-Côte-Nord, de la Minganie et de Caniapiscau. À même les crédits régionaux, nous avons accru les subventions liées aux déplacements des usagers (42 465 \$) afin de permettre au conjoint, ou à une autre personne significative, d'être présent à l'arrivée de l'enfant, ce qui favorise la création d'un meilleur lien d'attachement avec le nouveau-né.

Les personnes en perte d'autonomie

Par ailleurs, soulignons les efforts déployés par notre Agence au regard du soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie où nous rencontrons dans les différents programmes concernés des taux de couverture se rapprochant des cibles ministérielles de 2010. À titre d'exemple, les services de répit et d'allocation directe en déficience physique et déficience intellectuelle nous permettent de joindre environ 332 familles, alors que les attentes ministérielles nous fixent comme cible minimale 233 familles d'ici 2010.

Les aînés

Les investissements consentis chaque année au rehaussement des services aux aînés en perte d'autonomie représentent plus de 20 % de l'enveloppe régionale de développement.

Du total des investissements consentis à l'amélioration des services aux aînés, nous avons attribué 775 000 \$ (60 %) spécifiquement aux activités de soutien à domicile. Ceci nous permet donc de joindre 12 % des aînés de plus de 65 ans. À ce rythme, nous serons en mesure de joindre la cible ministérielle de 16 % d'ici 2010. En ce qui a trait à l'intensité d'intervention avec une moyenne de 24,82 interventions, par client, par année, nous dépassons l'objectif de 2010 qui est de 24.

En centre d'hébergement de soins et de longue durée (CHSLD), les établissements affichent un nombre moyen d'heures travaillées de 2,72 par client, quotidiennement, par rapport à 3 heures travaillées par client attendu pour 2010. Toutefois, le taux de réponse aux besoins est de 77,5 % si l'on compare le profil de la clientèle en fonction des ressources disponibles dans les établissements.

Au niveau des autres ressources d'hébergement, selon le plan d'action régional adopté en 2001, notre région prévoyait développer une centaine de nouvelles places en ressources intermédiaires ou en résidences d'accueil. C'est plus de 400 000 \$ qui ont été investis pour la mise à niveau des rétributions allouées aux ressources intermédiaires et pour le développement de 43 nouvelles places.

Nous avons aussi procédé à l'implantation d'une nouvelle ressource d'hébergement pour les aînés en perte d'autonomie dans le cadre des projets novateurs promus par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au cours des dernières années. Ce projet permet à la personne âgée en perte d'autonomie de demeurer en milieu naturel, non seulement plus longtemps, mais jusqu'à la fin de sa vie de façon sécuritaire, parmi les siens (conjoint, famille), en recevant les soins et les services correspondant à sa condition.

En 2004, l'Office municipal d'habitation (OMH) de Sept-Îles a complété la construction d'un édifice, « Vents et Marées », de 40 logements adaptés. Cette ressource est destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces nouveaux logements correspondent à des critères élevés d'accessibilité. Tous les logements sont adaptés pour les personnes en fauteuil roulant. Une salle de bain avec baignoire thérapeutique est aménagée et permet de recevoir des personnes requérant l'utilisation d'équipements lourds pour les soins d'hygiène corporelle. Des espaces communs sont disponibles pour réaliser des activités de groupe. L'OMH offre le service de cafétéria ainsi qu'un service de buanderie sur chaque étage. Le projet novateur de 14 logements a bénéficié d'un financement de 407 839 \$ pour la prestation de services de santé et de services sociaux.

Enfin, tel que demandé, nous avons adopté notre Plan d'action 2006-2010, intitulé « Le vieillissement de la population nord-côtière ». Par la consolidation des activités de soutien à domicile, l'amélioration des installations et des services en CHSLD, le développement de nouvelles ressources d'hébergement intégrées dans la communauté et des investissements récurrents d'environ 7,5 millions de dollars d'ici les prochaines années, nous sommes convaincus que nous serons en mesure de faire face à ce défi de solidarité au profit de nos aînés.

Les personnes atteintes de troubles envahissants du développement

De nouveaux services ont été développés pour répondre à la clientèle présentant un trouble envahissant du développement, notamment par l'implantation d'une ressource spécialisée de réadaptation et la mise en place du Programme intervention comportementale intensive (ICI), qui permet d'attribuer des activités de stimulation jusqu'à 20 heures par semaine aux jeunes enfants avant l'âge de 5 ans. Des services de soutien en milieu scolaire ont aussi été développés. À ce jour, nous n'avons aucun jeune en attente pour ce type de service en Côte-Nord.

Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale ou de nature sociale

En 2004, notre région a implanté un modèle régional d'intervention de crise dont l'accès repose sur le service Info-Social, qui fut ajouté à la centrale régionale Info-Santé. Des intervenants psychosociaux sont donc en mesure de répondre aux différentes demandes de la population et plus particulièrement d'accompagner les personnes qui rencontrent des difficultés d'ordre psychologique ou social. Des intervenants de garde peuvent prendre le relais dans les différents territoires locaux et, au besoin, des

services d'hébergement de crise sont utilisés pour les accueillir, ce qui permet d'apporter une réponse mieux adaptée aux besoins des personnes et dans plusieurs situations, d'éviter le recours indu aux services de l'urgence des hôpitaux.

L'accès aux services médicaux

Malgré les difficultés rencontrées dans certains secteurs, la Côte-Nord a vu la réalisation de projets ayant une influence déterminante sur l'organisation des services médicaux de première ligne. Ainsi, l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) dont le processus a débuté dans les milieux urbains de Baie-Comeau et de Sept-Îles, pour ensuite s'étendre dans les localités de Port-Cartier et de Havre-Saint-Pierre, est l'un de ces projets. En effet, l'engagement des médecins œuvrant en GMF de prendre en charge la clientèle inscrite, en collaboration avec le personnel infirmier, constitue une avancée indéniable. L'avènement des groupes de médecine de famille s'inscrit en concordance avec la création des CSSS, lesquels sont responsables de la population d'un territoire et doivent ainsi établir des liens avec leurs partenaires, dont font partie les cabinets privés de médecins et les GMF.

Des travaux redémarrent à l'automne afin d'actualiser un nouveau GMF en Haute-Côte-Nord. Ce GMF en établissement se veut un projet intégrateur des services de première ligne sur ce territoire. La mise en place de ce GMF vient compléter la mise en place de cinq GMF, un par réseau local de service, à l'exception des territoires isolés de Fermont, de la Basse-Côte-Nord et du CLSC Naskapi. Deux d'entre eux sont en clinique privée, deux autres en établissement et un est considéré comme étant mixte.

L'Agence a redoublé d'efforts pour la mise en place des GMF, dans les milieux à faible densité de population. Cela a nécessité des modifications aux barèmes initiaux, exigés par le MSSS lors de la création de GMF, afin de tenir compte des caractéristiques spécifiques des milieux éloignés ayant à prendre en charge une population à petit volume. Ainsi, le MSSS soutient le développement de ce modèle dans des milieux qui, auparavant, n'y auraient pas eu accès.

Nous remarquons, au sein des GMF existants, une volonté ferme de prendre en charge la clientèle vulnérable et de s'inscrire comme partenaire privilégié dans l'organisation des services de première ligne. Les GMF intègrent dans leurs activités certains volets ayant trait à la prévention-promotion et aux maladies chroniques permettant ainsi, de concert avec le CSSS et l'Agence, d'augmenter le nombre d'heures en soins infirmiers, particulièrement dans les GMF avec moins de 9 000 inscriptions.

Un autre projet fait la fierté de la Côte-Nord et plus particulièrement du CSSS de Manicouagan. Il s'agit de l'implantation d'une unité de médecine familiale (UMF) à Baie-Comeau. Ainsi, à la suite d'un appel d'offres de l'Université Laval, visant à augmenter le nombre de milieux de stages pour les résidents en médecine familiale, la candidature du CSSS de Manicouagan a été retenue. Ce projet s'est actualisé dans un très court délai, et une première cohorte de trois étudiants a été accueillie à Baie-Comeau à l'automne 2005. Ce groupe s'inscrit cette année dans sa deuxième année de résidence, et une deuxième cohorte de cinq étudiants débute à l'automne 2006 leur première année de formation à Baie-Comeau. Lorsque l'UMF aura atteint son rythme de croisière, 12 étudiants pourront bénéficier d'une formation en médecine familiale en région.

Rappelons que la formation médicale décentralisée constitue un excellent outil de recrutement médical. Dans une région où le recrutement d'effectifs est une activité permanente, cet élément favorise l'émergence d'un dynamisme nourri par les enseignants, les résidents et les professionnels œuvrant sur le territoire du réseau local de services, lequel a un rayonnement au niveau de la région.

Au regard des effectifs médicaux et de l'organisation des services médicaux, la création des réseaux universitaires intégrés de santé a permis d'initier un virage important quant aux liens formels à établir entre les régions et les différents CSSS, pour la prestation de services médicaux spécialisés. À titre d'exemple, une entente de service conclue entre le CSSS de Manicouagan et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) assure une prestation de services en anatomopathologie au CSSS Manicouagan par des médecins du département de pathologie de l'Hôtel-Dieu du CHUQ, selon des modalités convenues entre les deux établissements. Ainsi, en attente d'un recrutement au CSSS de Manicouagan dans cette spécialité, une telle entente permet de répondre aux besoins de ce milieu.

Tant en omnipratique qu'en spécialité, le recrutement médical constitue toujours un défi pour les établissements nord-côtiers. Le bilan des 10 dernières années montre que le simple maintien du niveau d'effectifs en poste nécessite des efforts importants de la part des CSSS. En effet, force est de constater qu'il y a une certaine constance au niveau des mouvements d'effectifs et que, bon an mal an, des médecins quittent la Côte-Nord pour poursuivre leurs activités professionnelles dans une autre région, alors que de nouveaux arrivants viennent prendre la relève. Cependant, il s'avère difficile de rehausser le niveau d'effectifs pour se rapprocher du plan de besoins. Notons ici que la situation est différente pour les territoires isolés de la Côte-Nord, soit le CSSS de la Basse-Côte-Nord, le CSSS de l'Hématite à Fermont ainsi que le CLSC Naskapi à Kawawachikamach, où les effectifs médicaux sont complets.

Les médecins de famille installés, dans les secteurs non isolés, permettent un niveau d'atteinte du plan de besoins, qui varie entre 55 % et 80 %. Ainsi, le CSSS de Manicouagan se situe à plus de 80 % de son plan de besoins alors que le CSSS de Sept-Îles ne peut compter que sur 60 % des effectifs requis.

L'utilisation du mécanisme de dépannage constitue un indicateur du manque de médecins de famille sur la Côte-Nord, puisque les CSSS doivent faire appel à des médecins de l'extérieur pour assurer une présence médicale dans les secteurs prioritaires de l'urgence et de l'hospitalisation. Les plus récentes données, colligées par le MSSS, indiquent que la Côte-Nord est la région qui a le plus utilisé le mécanisme de dépannage en 2004, avec 2 727 jours de dépannage, ce qui correspond à 15 % du volume de l'ensemble du Québec.

Quant aux effectifs médicaux en spécialité au CSSS de Manicouagan et au CSSS de Sept-Îles, ils se situent respectivement à 34 % et 82 % du plan d'effectifs autorisé. Au CSSS de Manicouagan, 12 spécialistes sont installés sur un plan autorisé de 38. Au CSSS de Sept-Îles, 37 spécialistes sont installés sur un plan autorisé de 44.

La fluctuation des effectifs médicaux, au cours des années, est évidemment tributaire des ajouts d'effectifs au niveau de la province. Il s'avère primordial de souligner l'impact de la mise en place, en 2004, des nouvelles modalités de gestion des plans d'effectifs médicaux, précisant les ajouts de ressources autorisées à chaque région, tant pour les nouveaux facturants que pour les médecins déjà en pratique. On observe pour l'année 2004, l'arrivée de sept nouveaux médecins sur la Côte-Nord, comparativement à deux en 2003,

alors que le nombre de nouveaux facturants avait diminué de 2003 à 2004. Ce changement aux modalités de gestion a eu un impact majeur, puisqu'il a été possible d'infléchir la courbe descendante du nombre de médecins omnipraticiens installés dans les établissements nord-côtiers. Ce n'est qu'en maintenant rigoureusement cette répartition interrégionale des ressources médicales que notre région pourra, à long terme, voir les effets combinés des activités accrues de recrutement, de la formation médicale en région et de ces nouvelles modalités de gestion des plans régionaux des effectifs médicaux (PREM).

L'accès à l'urgence

Au cours de l'année 2005-2006, les établissements de Sept-Îles et de Manicouagan ont reçu la visite du Centre de coordination national des urgences afin d'évaluer l'organisation des services de l'urgence et proposer les recommandations appropriées.

Pour ce qui est des indicateurs de gestion, on remarque que la situation s'est améliorée au CSSS de Sept-Îles : les séjours moyens sur civières sont passés de 9,84 heures (2004-2005) à 9,71 heures (2005-2006) et les séjours de 48 heures et plus de 3,32 % à 2,97 %. Au CSSS de Manicouagan, la situation est préoccupante : les séjours moyens sur civières ont atteint 15,86 heures en 2005-2006 comparativement à 14,97 en 2004-2005, alors que le pourcentage de séjours de 48 heures et plus est passé de 5,38 % à 5,6 %.

Une approche concertée des responsables des différents programmes nous permettra de mettre en place les mesures appropriées à cette situation, entre autres pour les personnes âgées en attente d'hébergement et la clientèle en santé mentale.

L'accès aux services chirurgicaux

Dans une région comme la Côte-Nord, le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs en médecine spécialisée influence directement les résultats obtenus en termes de volume de chirurgies effectuées et de délai d'attente. La rareté des ressources est au premier rang des préoccupations contrairement à d'autres régions où la disponibilité du temps opératoire est un enjeu de taille.

Au CSSS de Sept-Îles, le plan d'effectifs en spécialité est complet au regard de la chirurgie générale (4/4), de la chirurgie orthopédique (3/3) et de l'ophtalmologie (2/2). Les années 2001-2002 et 2002-2003 ont été marquées par le développement graduel d'une troisième salle d'opération. En 2003-2004, on confirmait la récurrence du budget pour les activités de fonctionnement. À ce moment, la liste d'attente en chirurgie avec hospitalisation comptait 60 personnes qui attendaient depuis au moins six mois. Cette année, après quatre périodes, seulement deux personnes sont dans la même situation. En orthopédie, 16 patients nécessitant une prothèse du genou ou de la hanche excédaient les délais d'attente établis à trois mois à l'époque, aujourd'hui, trois personnes sont en liste d'attente.

Le CSSS de Manicouagan, pour sa part, est aux prises avec un problème important de ressources en médecine spécialisée. Le plan d'effectifs est incomplet au regard de la chirurgie générale (2/4), de la chirurgie orthopédique (1/2) et de l'ophtalmologie (0/2). Afin de contrer cette situation, des discussions sont entamées avec l'Agence du Saguenay—Lac-Saint-Jean au regard d'ententes à établir, afin d'assurer l'accessibilité à la population lorsque les effectifs sont insuffisants ou inexistantes.

Malgré ces difficultés, la compilation du volume d'activités en chirurgie nous permet d'affirmer que tous les secteurs d'activité ont connu une croissance depuis 2002-2003, et ce, dans les deux établissements.

L'accès aux services médicaux spécialisés et le déplacement des usagers

L'absence de services de troisième ligne et la pénurie d'effectifs médicaux spécialisés ont pour conséquence le fait que l'accès aux services spécialisés pour la population nord-côtière s'apparente très souvent à des déplacements importants, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire. En 2005-2006, on comptait 29 424 déplacements pour un coût total de 9,8 millions de dollars. De 2002 à 2006, les déplacements électifs comptaient pour 75 % des transports effectués et 49 % des coûts, alors que les transferts interétablissements qui représentaient 14 % des événements, totalisaient 33 % des coûts.

La comparaison des années 2002-2003 et 2003-2004 indique que les dépenses au chapitre des déplacements par route ont doublé, alors que le nombre de déplacements n'a cru que de 12 %; la bonification de la politique de déplacement des usagers électifs par des mesures comme le rehaussement du coût kilométrique, l'ajout de montants forfaitaires pour l'hébergement, les repas de l'utilisateur et de l'accompagnateur a permis de mieux compenser les frais engagés par les Nord-Côtiers et les Nord-Côtières pour avoir accès aux services de deuxième et de troisième ligne.

Le transport ambulancier

La population nord-côtière a bénéficié d'une amélioration notable du transport ambulancier au cours de la période 2002-2006. Avec une hausse de 15 % du nombre de transports, le budget a cru de près de 60 % passant de 4,7 millions de dollars à 7,5 millions de dollars. L'ajout de véhicules ambulanciers à Baie-Comeau, Port-Cartier, Sept-Îles et Havre-Saint-Pierre, de même que l'amélioration des conditions de travail des techniciens par la modification des horaires de faction, représentent une partie des investissements consentis. Aussi, des sommes significatives ont été consacrées à la mise en place d'un programme d'assurance-qualité visant l'amélioration des interventions faites par les ambulanciers. Finalement, on a développé des services de premiers répondants dans certaines municipalités, assuré leur formation et consolidé les services de premiers répondants élargis en Basse-Côte-Nord.

La santé publique

La publication du Programme national de santé publique en 2003, à la suite de l'adoption de la Loi sur la santé publique, a permis d'entreprendre un processus de consolidation de l'offre de service en santé publique. Sur la Côte-Nord, le Plan d'action régional de santé publique s'est articulé autour de trois principes, la qualité, l'accessibilité et la continuité des services et, ceci, avec le souci de maintenir nos acquis et de l'adapter aux problématiques en émergence.

En ce qui concerne la consolidation, le programme « Naître égaux, grandir en santé » (NEGS), la lutte au tabagisme, la promotion de saines habitudes de vie, le soutien au développement social et la prévention et le contrôle des maladies infectieuses ont bénéficié d'investissements supplémentaires.

En plus d'accroître les budgets consentis à la santé publique, nous avons maintenu notre orientation en ce qui concerne la concertation intersectorielle, notamment, en participant à la Table régionale en sécurité routière du ministère des Transports du Québec, et en jouant un rôle majeur à la Table de concertation régionale soutenant le déploiement des ententes MSSS-MELS. Nous avons également convenu d'une entente de partenariat avec la Conférence régionale des élus pour soutenir le développement social et continuons d'assurer un suivi régulier de nos dossiers communs avec les bureaux régionaux de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et du ministère de l'Environnement.

*** Développement social**

L'entente de partenariat, qui lie la Conférence régionale des élus et l'Agence, a permis l'embauche d'une ressource permanente, entraînant ainsi la création d'un réseau des partenaires qui regroupe une trentaine d'organismes œuvrant pour le développement social. De plus, cette ressource soutient et anime des chantiers locaux dans chacune des MRC, ce qui favorise la participation des CSSS. L'Agence a inscrit les activités entourant le développement social dans les ententes de gestion. Les impacts sont nombreux :

- * Deux colloques régionaux (2003 et 2005) qui ont réunis près de 350 participants;
- * Cinq réunions des membres du réseau des partenaires, qui ont adopté un plan d'action pour soutenir la réalisation de projets en développement social;
- * Des activités de mobilisation dans les MRC :
 - * Minganie (2004), plus de 100 participants;
 - * Sept-Rivières (2005), participation des deux villes (Port-Cartier et Sept-Îles) et de la communauté autochtone;
 - * Manicouagan (2005 et 2006), deux talk-shows regroupant des acteurs du développement social.

À ces exemples s'ajoute la création d'un guide pour bien comprendre le développement social et maintenir un langage commun.

*** École en santé**

La Côte-Nord s'est toujours inscrite comme avant-gardiste dans sa volonté de concerter l'ensemble des partenaires œuvrant en milieu scolaire. C'est ainsi que le réseau de la santé et des services sociaux, celui de l'éducation et la Sûreté du Québec sont des partenaires de longue date dans une action commune et coordonnée visant la santé, le bien-être et la réussite des jeunes. Notre particularité est d'avoir mis en place des assises solides de partenariat ayant pris racine dans le milieu et qui produisent maintenant de nombreux succès. Les résultats sont percutants : 75 % des écoles primaires intègrent un programme global et concerté et sont sur le chemin de devenir des écoles en santé, 50 % des écoles secondaires sont en voie d'implantation de l'approche « École en santé » et la région compte 35 intervenants de la santé et de l'éducation formés pour accompagner les écoles dans leur démarche préventive.

× Prévention des infections

L'épisode du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 et celui du *Clostridium difficile* en 2004 ont fait ressortir l'importance de se préparer aux maladies infectieuses en émergence, particulièrement par la prévention des infections nosocomiales. La Direction de santé publique a donc obtenu une ressource professionnelle en 2004 pour faire face à cette nouvelle responsabilité. Des professionnels en prévention des infections ont aussi été nommés dans chacun des établissements de soins de courte durée de la région. Notre défi est accentué par le fait que nous comptons sur la présence et le dynamisme d'un seul médecin microbiologiste-infectiologue sur la Côte-Nord. Ce dernier préside actuellement la Table régionale de prévention des infections dont les travaux ont débuté en décembre 2005.

× Vaccination

Sur la Côte-Nord, 100 % des vaccins utilisés pour l'application des programmes d'immunisation sont administrés par les infirmières et les infirmiers œuvrant dans les CSSS et CLSC, libérant ainsi les ressources médicales. Ce service public est accessible plusieurs heures par semaine, sur rendez-vous ou à l'occasion de campagnes annuelles de vaccination (ex. : Influenza, Hépatite B), ce qui représente plus de 50 000 visites effectuées dans les CSSS, en milieu scolaire ou autres. Soulignons qu'en 2005-2006, plus de 95 % des enfants de 2 ans et des jeunes d'âge scolaire ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation. De plus, au cours de la campagne de vaccination contre l'Influenza 2005-2006, les CSSS ont donné 94 % de toutes les doses administrées dans la région, soit 23 800 sur un total de 25 333 doses (6 % des doses ont été administrées par les centres de santé montagnais), alors qu'ils avaient administré 68 % des doses en 2004-2005.

LES RESSOURCES HUMAINES

Outre les difficultés au chapitre des ressources médicales, la Côte-Nord fait face à un défi croissant quant à la disponibilité des professionnels de la santé et des services sociaux.

Le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre qualifiée constituent une lourde et constante difficulté pour le réseau nord-côtier. À cette situation, qui n'offre aucun répit aux établissements et à l'Agence, s'ajoutent la pénurie de main-d'œuvre que connaît présentement la province et les opportunités d'emploi souvent plus avantageuses qu'offrent les milieux urbains.

Notre milieu de travail se compose de plus en plus, en bonne partie, d'une main-d'œuvre jeune et peu expérimentée. Beaucoup de nos professionnels sont seuls dans leur service créant ainsi un isolement professionnel et fragilisant l'accessibilité aux services en cas d'absence. Les établissements, plus spécialement en secteur isolé et éloigné, doivent recourir aux agences privées pour assurer le maintien et la continuité des soins. Cela implique des déboursés annuels très importants et ne permet pas de constituer des équipes professionnelles permanentes, et bien au fait de la culture et des réalités de nos communautés locales.

La région nord-côtière est aux premières loges de la rareté des effectifs en pharmacie. D'autres emplois vulnérables s'ajoutent, à savoir : personnel infirmier, inhalothérapeute, ergothérapeute, éducateur spécialisé, orthophoniste, psychologue et physiothérapeute. La difficulté de recruter et de retenir les gestionnaires s'accroît de façon significative. Malgré les efforts remarquables de nos organisations pour

gérer la présence au travail, nous observons une grande volatilité du ratio en assurance salaire causé, notamment, par l'épuisement professionnel de plusieurs employés tenus de multiplier leur présence au travail pour compenser le manque d'effectifs.

Au cours des cinq dernières années, les établissements se sont orientés vers une réorganisation du travail et la révision des pratiques professionnelles en vue de mieux répartir et utiliser plus efficacement les ressources humaines disponibles. Des investissements locaux et régionaux auront permis d'augmenter sensiblement les activités de formation visant plus précisément l'autonomie professionnelle.

Grâce à la disponibilité des outils informatisés de plan de main-d'œuvre (PMO), les établissements et l'Agence sont à développer une méthode d'analyse de main-d'œuvre en vue d'être plus proactifs en matière d'action de planification de la relève en tout genre.

Pour affronter les défis qui sont devant nous, il est impératif que la région dispose des outils nécessaires au recrutement et à la rétention de la main-d'œuvre. Les décennies passées témoignent de cette incontournable obligation de mettre en place des façons de faire adaptées à la réalité et aux particularités de la région. Bien que soient louables les interventions et les moyens mis en place sur l'ensemble du territoire québécois, les résultats sont à un niveau nettement insuffisant pour répondre aux besoins sans cesse accrus des établissements nord-côtiers.

Il s'impose que l'on donne à la région Côte-Nord les moyens de mettre en place des outils qui lui soient propres, afin de diminuer sensiblement les impacts de la pénurie de main-d'œuvre sur son territoire. La possible réussite dans ce dossier est conditionnelle à la capacité d'adapter toutes nos interventions aux conditions particulières d'un établissement isolé, d'un autre éloigné et aux particularités géographiques, linguistiques et culturelles des différents secteurs ou MRC de la grande région nord-côtière.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

La nouvelle méthode d'allocation des ressources visant l'équité interrégionale a permis à la Côte-Nord d'effectuer un rattrapage financier d'importance ces trois dernières années. Le budget régional s'est effectivement accru de 24 %, passant de 179 millions de dollars à 211 millions de dollars.

Les travaux de la Table de concertation sur l'allocation des ressources et du comité sur les dimensions régionales ont permis de reconnaître les coûts de production de services dans les régions qui présentent un grand territoire avec une faible densité de population. Ainsi, la Côte-Nord accuse un déficit de ressources de 16 millions de dollars lorsqu'on la compare aux autres régions du Québec.

Il est crucial pour la région que le rythme de rehaussement des ressources soit maintenu pour atteindre une offre de service comparable avec celle des autres régions. Malgré ce sous-financement reconnu, les établissements nord-côtiers ont maintenu l'équilibre budgétaire depuis 2002-2003.

Par ailleurs, le rehaussement des budgets d'immobilisation de 2,7 millions de dollars en 2002-2003 à 6,1 millions de dollars en 2005-2006, ainsi que l'introduction de la planification immobilière triennale ces deux dernières années, ont permis de mettre en place des conditions favorables au maintien des actifs et à des rénovations propices à une meilleure offre de service.

Les organismes communautaires

Partenaires de premier plan du réseau de la santé et des services sociaux dans la prestation de services à la population, les organismes communautaires ont vu leur situation s'améliorer de façon marquée au cours des quatre dernières années. De 86, leur nombre est passé à 102 et leur financement de 5,3 millions de dollars à 8 millions de dollars. Outre les indexations annuelles, l'Agence a consenti annuellement plus de 10 % de son enveloppe de développement à ce chapitre. Une attention particulière a été apportée au fait de rehausser le budget des organismes qui présentaient un écart important avec la cible de financement identifiée au cadre régional de financement des organismes communautaires.

LES DÉFIS ET LES ENJEUX

Ce regard rétrospectif sur les quatre dernières années permet à l'Agence de conclure à des résultats positifs quant à l'amélioration de l'offre de service à la population nord-côtière. Toutefois, nous voulons sensibiliser la Commission des affaires sociales aux défis et enjeux qui confrontent le réseau nord-côtier.

Améliorer l'accès aux services

Les services reliés à la déficience physique demandent un rehaussement significatif, puisque plusieurs d'entre eux ne sont accessibles qu'à l'extérieur de la région. Des investissements devront être consentis pour l'implantation de services de réadaptation fonctionnelle intensive ainsi que pour des services spécialisés à l'intention des personnes atteintes de déficience auditive. D'autre part, le vieillissement accéléré de la population nord-côtière nécessitera également des rehaussements notables de l'offre de service aux aînés en perte d'autonomie.

Enfin, pour que les Nord-Côtiers et les Nord-Côtières bénéficient d'un accès aux services comparable à celui des autres citoyens du Québec, un nouveau rehaussement de la compensation des frais relatifs au transport pour l'accès aux services spécialisés est une condition essentielle.

Maintenir et développer les éléments structurants de l'équité d'accès

Au-delà de l'ajout de services spécifiques, l'amélioration de l'accès aux services pour la population nord-côtière repose sur trois éléments structurants, dont le maintien ou le développement est capital pour notre région : les leviers relatifs à la répartition des effectifs médicaux, l'amélioration des conditions consenties aux ressources humaines en région éloignée et l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources.

Même si la Côte-Nord ne présente pas un bilan positif indéniable quant à l'évolution des effectifs médicaux, nous jugeons crucial de maintenir les leviers mis en place pour la répartition des effectifs médicaux, à savoir les PREM et la rigueur établie quant à leurs modalités de gestion. La création des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) commence à porter ses fruits pour la formation en région et la création de corridors de services. Pour ce qui est de l'implantation des GMF, nous constatons déjà des bénéfices sur le suivi des clientèles vulnérables. Tous ces éléments sont porteurs d'espoir dans la stabilisation des services médicaux.

Ainsi que nous l'avons mentionné précédemment, le travail en région pose plusieurs défis aux professionnels et aux gestionnaires : multiplicité des responsabilités, isolement professionnel, isolement géographique et social, nombreux déplacements, etc. Ces particularités demandent de doter la région de moyens qui lui permettent de performer au chapitre du recrutement et de la rétention de la main-d'œuvre.

Enfin, il est vital pour le réseau nord-côtier de maintenir et même accélérer l'atteinte de l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources. Les crédits consentis ces trois dernières années ont permis d'améliorer sensiblement les services. Ce travail, à l'évidence, n'est pas terminé!

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord**

Québec



691, rue Jalbert

Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1

Téléphone: (418) 589-9845

Télécopieur: (418) 589-8574

