



La population du
Bas-Saint-Laurent
desservie par
Huit réseaux locaux
de services de santé et
de services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ET CONTEXTE	3
1. PROCESSUS DE DÉFINITION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES...	4
2. HYPOTHÈSE RETENUE	5
2.1 Le territoire local et les instances locales	5
2.2 Démarches actuelles de mise en réseau.....	7
3. SERVICES ACCESSIBLES LOCALEMENT	9
3.1 Services de 1 ^{ère} ligne accessibles localement	9
3.2 Certains services spécialisés accessibles localement.....	12
3.3 Démarches de consultation en cours sur l'accessibilité et la continuité des services	13
4. MODALITÉS DE COLLABORATION ENTRE LES DISPENSATEURS DES SERVICES DE 1 ^{ÈRE} LIGNE ET CEUX DES SERVICES SPÉCIALISÉS	16
5. CONDITIONS DE SUCCÈS.....	16
6. IMPLANTATION ET SUIVI.....	18
CONCLUSION.....	19
Annexe 1 : Structure des travaux pour la définition des réseaux locaux de services	20
Annexe 2 : Cartes de la région du Bas-Saint-Laurent et de chacun des territoires des réseaux locaux de services	21
Annexe 3 : Grille de mesure du degré de réseautage.....	31

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Le projet de loi 25, sanctionné le 18 décembre 2003 par l'Assemblée nationale, prévoit la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, conçus de manière à assurer à la population locale, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de 1^{ère} ligne, notamment l'accès à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soutien. Ces mêmes réseaux garantiront à la population de leur territoire respectif, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès à des services spécialisés disponibles sur le territoire de l'Agence ainsi que l'accès à des services surspécialisés par la mise en place de mécanismes de référence.

Pour harmoniser les pratiques professionnelles, des protocoles cliniques seront développés. La responsabilité des gestionnaires locaux sera d'y associer les divers groupes de professionnels du territoire dans le but de consolider les liens entre eux pour établir et supporter une offre de services intégrés. Les gestionnaires locaux devront également établir des liens avec les autres secteurs d'activités ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux, pour assurer la cohérence et la coordination des actions afin d'améliorer et de maintenir l'état de santé de la population dont ils ont la responsabilité.

Le réseau local comprend donc, outre l'instance locale, les autres ressources du territoire : cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cabinets dentaires, pharmacies communautaires, entreprises d'économie sociale, organismes communautaires, ressources privées et partenaires de secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux.

Le regroupement d'établissements de différentes missions en une instance locale est déjà largement amorcé au Bas-Saint-Laurent. Le présent document fait état de la situation actuelle et de la poursuite des travaux qui assureront la consolidation et la mise en place de véritables réseaux locaux de services.

Ce document décrit les contours de ce que seront les réseaux locaux de services au Bas-Saint-Laurent. Au terme des travaux entrepris, un second document sur les projets cliniques, déposé d'ici le 30 avril 2004, décrira non seulement les contours, mais les contenus et le fonctionnement de ce que les réseaux locaux de services seront ou seront en voie de devenir.

1. PROCESSUS DE DÉFINITION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

Les directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent sont les principaux partenaires de l'Agence dans la définition des réseaux locaux de services. Plusieurs comités de travail et collaborateurs ont également été impliqués comme en fait mention l'annexe 1 qui présente la structure de la démarche. Les résultats des travaux ont fait l'objet de nombreuses consultations.

Il nous est apparu très important d'obtenir un consensus le plus large possible sur la présente proposition. C'est pourquoi dans cette démarche en cours depuis l'automne 2003, plusieurs groupes ont été consultés ou le seront dans les prochains jours :

- § *les conseils d'administration des établissements,*
- § *les chefs des départements médicaux et l'exécutif de chaque CMDP,*
- § *l'ensemble des médecins omnipraticiens de chaque MRC,*
- § *les organismes communautaires (à venir avec le projet clinique),*
- § *la Commission médicale régionale (CMR),*
- § *la Commission infirmière régionale (CIR),*
- § *la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) (à venir avec le projet clinique),*
- § *le Département régional de médecine générale (DRMG),*
- § *les comités de coordination et de concertation régionaux (programmes),*
- § *les représentants syndicaux,*
- § *le conseil d'administration de l'Agence,*
- § *la population via le Forum de la population,*
- § *les élus;*
- § *les associations de cadres (à venir avec le projet clinique).*

Au terme du processus, tous ont pu donner leur avis sur le contenu de la proposition de définition des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent.

Plusieurs tournées de consultation ont également été réalisées dans chacune des MRC pour bonifier la proposition et préciser les éléments des projets cliniques à venir comme en témoignent les détails présentés en 3.3.

2. HYPOTHÈSE RETENUE

2.1 Le territoire local et les instances locales

Les limites du territoire local que nous proposons, correspondent à celles des municipalités régionales de comté (MRC); il y aura donc huit instances locales au Bas-Saint-Laurent. Des instances locales regroupant différentes missions sont déjà présentes dans cinq MRC du Bas-Saint-Laurent : Basques, Kamouraska, Témiscouata, Matapédia et La Mitis.

Deux de ces territoires, soit ceux de La Mitis et des Basques, ne possèdent pas de Centre Hospitalier de Soins Généraux et Spécialisés (CHSGS). On retrouve toutefois dans le territoire des Basques un service d'urgence 24/7, trois lits de courte durée et des services de laboratoire et de radiologie; dans la Mitis, un service d'urgence 12/7 supporté par un laboratoire et un service de radiologie. Malgré ce fait, nous avons choisi de ne pas fusionner ces territoires avec leurs voisins et pour les raisons suivantes nous décidons de maintenir une instance locale dans chacun de ces deux territoires:

- § la présence sur place des dirigeants de l'instance locale permet à ces derniers d'être plus facilement à l'écoute des besoins de la population et ainsi fournir des services plus adéquats,
- § ces territoires correspondent au découpage actuel des MRC et des CLSC et constituent des lieux d'échanges intersectoriels facilitant les collaborations avec l'instance locale pour la constitution d'un véritable réseau local de services,
- § le maintien de l'instance locale permet une implication plus significative de la population dans son conseil d'administration donc une appropriation plus grande de leur institution,
- § chacun de ces territoires constitue en soi une société établie de longue date et le maintien d'une instance locale contribue à maintenir et renforcer ce tissu social,
- § la population de chacun de ces territoires ne s'identifierait pas à un nouveau territoire créé par une fusion avec les territoires voisins respectifs, qui sont géographiquement relativement distants et plus urbains.

La seule réserve que nous aurions pu avoir est que le faible volume de population desservie dans le territoire des Basques confère peu de marge de manœuvre à l'organisation. Toutefois, l'organisation actuelle a fait montre de créativité et de dynamisme pour bien desservir sa population. Ainsi, la population bénéficie de l'ensemble des services de 1^{ère} ligne en plus de certains services médico-hospitaliers tout en enregistrant un coût per capita parmi les plus faibles du Bas-Saint-Laurent, et ce, contre toute attente compte tenu de la faible masse critique. L'implication de tous les intervenants envers le projet clientèle et la grande polyvalence qu'ils ont développée expliquent en grande partie cette efficience. La vision partagée a conduit à la réalisation d'un projet clinique innovateur. À preuve, on y retrouve le premier GMF du Bas-Saint-Laurent et le premier au Québec ayant développé la formule intra-muros, une urgence de type hospitalier (24/7) offrant des services de stabilisation en traumatologie, une unité de traitements actifs de courte durée de trois lits pour une période n'excédant pas 72 heures, un partenariat établi avec les pharmacies privées de la MRC pour la gestion des services de pharmacie, des soins de longue durée qui ont été récemment restructurés pour favoriser une approche de type "milieu de vie". Ce projet clinique a nécessairement contribué au recrutement et à la rétention des effectifs médicaux. Bien que cela suffise pour nous conforter dans le choix territorial qui a été fait, mentionnons que les dirigeants locaux de cette MRC ont convenu avec ceux de l'instance locale voisine, de modalités de partage permettant de renforcer leur propre organisation.

Les habitudes de consommation de services hospitaliers des citoyens de ces deux MRC (Mitis et Basques) sans centre hospitalier, sont déjà bien établies, soit l'utilisation des services du Centre hospitalier de Rivière-du-Loup (CHRD) pour la clientèle des Basques, et les services du Centre hospitalier régional de Rimouski (CHRR) pour la clientèle de La Mitis. Des ententes formelles de référence entre les instances locales viendront confirmer les habitudes établies et assurer leur pérennité. De plus, des corridors de services sont déjà établis entre le CHRR et les médecins de la MRC de la Mitis qui y hospitalisent et suivent leurs propres patients.

La transformation est donc largement amorcée à l'échelle territoriale des MRC de notre région. Les caractéristiques géographiques de la région témoignent de la dispersion de la population (neuf habitants au km²)¹ et de la nécessité de porter les services en plusieurs endroits pour en assurer la meilleure accessibilité possible. L'analyse des données de consommation de services hospitaliers par la population des MRC du Bas-Saint-Laurent démontre que la population de chaque territoire recourt surtout aux services offerts par le centre hospitalier de son territoire (tableau 1).

¹ Institut de la statistique du Québec. Profil régional du Bas-Saint-Laurent. 2002. adresse url : stat.gouv.qc.ca

Tableau 1 : Répartition des épisodes d'hospitalisation de courte durée pour soins aigus des citoyens de chaque MRC selon les différents fournisseurs de services, en 2002-2003*

	<i>Rimouski-Neigette</i>	<i>Mitis</i>	<i>Matane</i>	<i>Matapédia</i>	<i>Basques</i>	<i>Riv-du-Loup</i>	<i>Témis-couata</i>	<i>Kamou-raska</i>
CHRD	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	65,8%	84,5%	33,4%	25,3%
CH Matane	0,2%	0,7%	68,0%	0,9%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
CHNDF	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	51,2%
CHNDL	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,2%	50,2%	0,0%
CH Amqui	0,0%	1,1%	0,0%	65,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CHRR	87,6%	86,6%	18,0%	21,7%	18,1%	1,1%	3,7%	0,3%
Autres	11,7%	11,3%	13,9%	11,5%	15,1%	14,2%	12,5%	23,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* Source : Med-Echo par la DAMSP du Bas-Saint-Laurent

Compte tenu du taux de dispersion et des habitudes de consommation de services de la population, il s'avère pertinent de continuer la transformation en maintenant comme choix territorial celui de la MRC. Ce choix est d'ailleurs supporté par l'ensemble des instances consultées.

Les cartes de la région et de chacun des territoires, annexées au présent document (annexe 2), illustrent les caractéristiques populationnelles, certains indicateurs de l'état de santé et les principales ressources privées et publiques dont dispose chaque instance locale pour constituer un réseau de services intégrés.

2.2 Démarches actuelles de mise en réseau

Comme il existe déjà des instances locales regroupant différentes missions dans cinq MRC de notre région, les démarches visant à compléter cette transformation s'actualisent dans trois MRC, soit Rimouski-Neigette, Rivière-du-Loup et Matane. Pour cette dernière MRC, les lettres patentes confirmant l'existence d'une instance locale sont demandées. Dans la MRC de Rivière-du-Loup, les deux établissements devant se regrouper ont adopté une résolution créant un Comité d'Alliance mandaté d'effectuer les démarches de rapprochement et de donner suite aux orientations ministérielles de former une instance locale. Parallèlement, les deux établissements de la MRC de Rimouski-Neigette ont adopté des résolutions créant un comité conjoint dont le mandat est de regrouper les établissements en une seule entité légale. Un établissement régional (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle) constitué de deux corporations, est aussi présentement en démarche de fusion. Ces démarches seront finalisées au 31 mars 2004.

La transformation est donc résolument entreprise et les regroupements d'établissements devraient être réalisés sous peu pour finaliser la constitution des huit instances locales.

La mise en place d'une seule instance locale de santé par MRC n'assure cependant pas de facto la constitution d'un réseau de santé. Pour cela, il faut que le panier de services offerts à la communauté réponde le plus adéquatement possible aux besoins de cette communauté, que le plus de services possibles soient offerts localement, que les services y soient dispensés selon les caractéristiques d'un véritable réseau de services intégrés et qu'il y ait un arrimage entre les services locaux et les services spécialisés et surspécialisés offerts hors territoire.

Un exercice perceptuel, mené en novembre 2003, auprès de professionnels et de responsables de programmes (jeunes, personnes âgées en perte d'autonomie, santé mentale, cancer du sein et maladies chroniques) de la Régie régionale nous a permis d'estimer le degré de réseautage présent dans chacune des MRC, entre les établissements ou entre les missions. La grille de mesure, adaptée de travaux de l'OMS², dont les critères sont détaillés à l'annexe 3, échelonne le degré de réseautage de 1 (indépendance) à 3 (coordination) et 5 (intégration) dans quatre dimensions : informations de santé, utilisation des ressources, processus décisionnel et nature du partenariat.

Les résultats globaux démontrent que le degré de réseautage entre les établissements ou entre les missions d'un même établissement, dans un territoire de MRC, varie de 2,7 à 4,0 et que la moyenne (3,3) est légèrement plus élevée que le score « 3 » correspondant à la coordination. Alors que pour le degré de réseautage intersectoriel, la mesure globale (2,9) se situe légèrement en-deçà de la coordination. Ces résultats témoignent des acquis mais également des gains à réaliser.

C'est la responsabilité des dirigeants de l'instance locale d'établir les liens avec ses partenaires pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins de santé des citoyens de son territoire. À cet effet, les instances locales définissent ou consolident les ententes avec leurs partenaires locaux, de même qu'avec les instances régionales et suprarégionales, en collaboration avec l'Agence.

² Boelen, Charles. Vers l'unité pour la santé. Défi et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. OMS. Genève. 2001. p.23

Cette dernière établit avec les instances locales, les conditions requises pour leur permettre de constituer des réseaux locaux efficaces : conditions facilitantes de gestion, accès aux données sur l'état de santé des populations locales, suivi des programmes, support professionnel, ce qui amènera une adaptation des rôles exercés par l'Agence.

3. SERVICES ACCESSIBLES LOCALEMENT

3.1 Services de 1^{ère} ligne accessibles localement

Les services de 1^{ère} ligne répondent à la très grande majorité des besoins de santé et de services sociaux de la population³. Ces services de 1^{ère} ligne sont pratiquement tous offerts dans chaque territoire local. Certains le sont par l'instance locale et d'autres par les partenaires avec lesquels l'instance locale constitue un réseau local de services.

Parmi les services offerts par l'instance locale, on distingue des services généraux s'adressant à l'ensemble de la population et des services spécifiques s'adressant à des clientèles dites « vulnérables » et à des clientèles dites « particulières ». Par clientèle vulnérable, le MSSS entend les groupes de la population qui, en raison de différents facteurs de risques, sont plus susceptibles d'éprouver divers problèmes psychosociaux et de santé; certaines activités spécifiques de santé publique visent ces clientèles. Les clientèles particulières sont celles qui, en raison de la complexité ou de la chronicité de leur situation, nécessitent une action coordonnée de différents producteurs de services pour leur assurer l'accès aux services et une prise en charge en fonction de leurs besoins; les services spécifiques d'activités cliniques et d'aide concernent ces clientèles⁴. Bien que l'on fasse une distinction entre ces deux clientèles, selon qu'on les relie aux activités de santé publique (clientèles vulnérables) ou aux activités cliniques et d'aide (clientèles particulières), il faut y voir un continuum de services comprenant des activités de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soutien.

³ Starfield Barbara. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994. 344 : 1129-33.

⁴ MSSS. L'intégration des services de santé et des services sociaux. p.2.

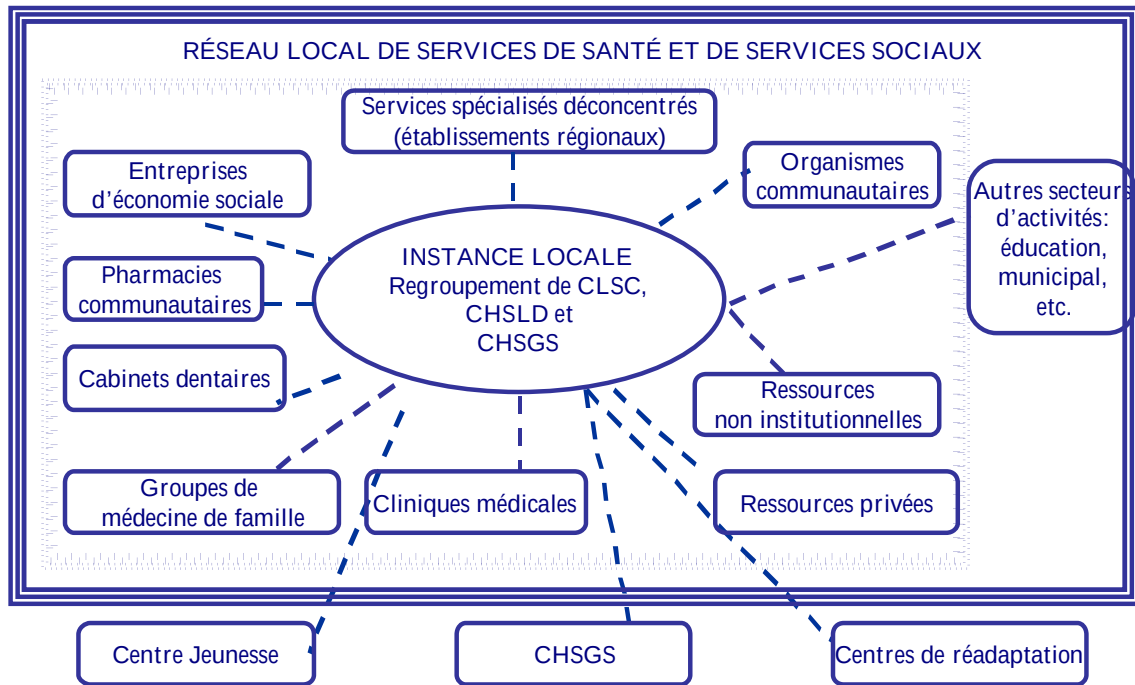
Les services de 1^{ère} ligne offerts et à consolider par l'instance locale sont énumérés au tableau 2.

Tableau 2 : Services de 1^{ère} ligne offerts par chaque instance locale

Services généraux		Services spécifiques	
Activités de santé publique	Activités cliniques et d'aide	Activités de santé publique	Activités cliniques et d'aide
Activités de promotion et de prévention visant : - un environnement sain, - de bonnes habitudes de vie, - l'application de mesures de protection.	- Information. - Orientation. - Services de consultation médicale en CLSC. - Soutien diagnostique. - Services infirmiers. - Services de nutrition. - Services de réadaptation physique. - Services psychosociaux. - Services à domicile pour les post-opérés ou post-hospitalisés. - Services en organisation communautaire. - Services en milieu scolaire et en centre de la petite enfance (consultations professionnelles). - Services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre.	Activités de promotion et de prévention auprès : - des jeunes et de leur famille, - des adultes, - des travailleurs, - des personnes âgées.	Services aux : - jeunes en difficulté et leur famille, - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, - personnes ayant des problèmes de santé mentale et personnes suicidaires, - personnes atteintes de cancer, - personnes victimes de violence conjugale ou sexuelle, enfants exposés et conjoints violents, - personnes atteintes de maladie chronique, - personnes en fin de vie, - personnes présentant une déficience physique, - personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED), - personnes ayant une dépendance.
Destinés à toute la population		Destinés à des problématiques particulières	

D'autres services relèvent de partenaires privés : des services de consultation médicale en cabinet ou GMF, des services dentaires, des services de pharmacies communautaires. La figure 1 illustre l'articulation de l'instance locale avec ses partenaires pour constituer un réseau local de services. Les services offerts localement se situent à l'intérieur du cadre.

Figure 1 Schéma du réseau local de services de santé et de services sociaux



Bien que les services de 1^{ère} ligne soient actuellement disponibles, ils le sont à des degrés d'accessibilité et de continuité variables. La continuité des services devrait être assurée dans les volets relationnel, informationnel et d'approche clinique. Dans le contexte actuel, la continuité relationnelle réfère à un contact suivi avec le même professionnel ou le même groupe de professionnels à travers un même épisode de soins et d'un épisode à l'autre. La continuité informationnelle suppose que l'information sur le client soit accessible, en temps opportun, à tous les professionnels concernés. La continuité d'approche suppose une cohérence clinique dans les modes de traitement et de suivi d'un client ⁵. Ces caractéristiques de la continuité des services sont d'ailleurs reprises dans un avis du Conseil médical du Québec⁶.

Pour assurer ces trois types de continuité, les principaux moyens actuellement à notre portée qui sont à mettre en place ou à consolider à court terme sont :

- § l'utilisation des mêmes outils d'évaluation des besoins des clients,
- § l'utilisation de plans de services individualisés,
- § l'utilisation de gestionnaires de cas,
- § des mécanismes de transmission d'information entre professionnels,

⁵ Lamarche Paul et coll. Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Rapport de recherche. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. Novembre 2003.

⁶ Conseil médical du Québec. Avis sur la continuité des soins et services médicaux. Juin 2003. p.26-28.

- § des mécanismes de fonctionnement en équipe,
- § le fonctionnement par programme pour les clientèles particulières,
- § des comités « programmes » locaux regroupant les partenaires intersectoriels,
- § des formations cliniques interdisciplinaires.

Bien que généralement les gens utilisent les services de 1^{ère} ligne disponibles dans leur territoire de résidence, une partie de la population consomme des services dans un territoire voisin. Il faudra donc prévoir des modalités de collaboration entre les différentes instances locales pour assurer la continuité des services.

La mise en place ou la consolidation de l'ensemble de ces moyens fera donc partie intégrante du plan d'implantation des réseaux locaux de services.

Les gestionnaires de chaque instance locale ayant la responsabilité d'implanter un réseau de services sur leur territoire seront invités à préciser et formaliser des ententes (souvent déjà fonctionnelles) avec différents partenaires (publics et privés) et organismes communautaires engagés dans des services à la population, et ce, dans le but d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services.

3.2 Certains services spécialisés accessibles localement

En plus des services de 1^{ère} ligne offerts dans le territoire de chaque MRC, certains services spécialisés sont aussi offerts localement lorsque le volume de clientèle le justifie et que le plateau technique et le degré de spécialisation requis le permettent.

Les services aux personnes ayant des dépendances (alcool, drogues) sont actuellement déconcentrés dans chaque territoire local, à partir de l'établissement responsable régionalement, soit le Centre hospitalier de Rivière-du-Loup qui opère le Centre régional en toxicomanie L'Estran.

Les services aux personnes adultes ayant des problèmes sévères de santé mentale sont également déconcentrés dans chaque territoire local à partir de deux établissements responsables, soit le Centre hospitalier régional de Rimouski et le Centre hospitalier de Rivière-du-Loup.

Dans le secteur social, certains services du Centre jeunesse sont déconcentrés dans chaque territoire. Ainsi, des services d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse, des services psychosociaux et de réadaptation et des services d'hébergement par un réseau de ressources de type familial et intermédiaire sont accessibles localement.

Il en va de même de certains services du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle alors que d'autres services du Centre de réadaptation en déficience physique sont déconcentrés sous-régionalement.

Des services de consultation médicale en spécialité sont offerts localement mais de façon inégale sur le territoire.

3.3 Démarches de consultation en cours sur l'accessibilité et la continuité des services

Plusieurs tournées simultanées de consultation auprès des acteurs locaux ont été réalisées dans la région pour mieux intégrer les services de santé et les services sociaux.

Les instances qui ont été consultés sont :

- § le Centre Jeunesse,
- § le Centre régional en déficience physique L'Interaction,
- § le Centre régional en déficience intellectuelle, le CRDI et les services d'adaptation Osmose,
- § le Centre régional en toxicomanie L'Estran,
- § le Département régional de médecine générale (DRMG),
- § la Direction des affaires médicales et de la santé physique (DAMSP) de l'Agence,
- § la Direction de la santé publique de la planification et de l'évaluation (DSPPE) de l'Agence.

Chaque instance consultante s'est déplacée dans chacun des territoires de MRC pour y rencontrer les instances locales. Les directrices générales et directeurs généraux des instances locales étaient présents à chacune des rencontres, accompagnés de gestionnaires de services et intervenants concernés.

Actuellement, les directrices générales du Centre jeunesse, du Centre régional en déficience physique L'Interaction, du Centre régional en déficience intellectuelle du KRTB et des Services

d'adaptation Osmose, et le responsable du Centre régional en toxicomanie L'Estran, accompagnés de représentants de l'Agence, identifient, avec les instances locales, les services pouvant être portés ou intégrés dans chaque territoire local de même que les problèmes de continuité, afin de mettre en place des mesures correctives qui se traduiront dans des ententes formelles de services.

Les président et vice-président du DRMG, accompagnés de la présidente-directrice générale de l'Agence, ont aussi effectué une tournée des médecins omnipraticiens de chaque territoire, visant à préciser leur engagement dans l'optique de la mise en place de réseaux locaux, y compris la prise en charge des clientèles particulières. Cette démarche qui, actuellement, a permis de rencontrer la majorité des omnipraticiens des territoires visités, est un préalable à la définition d'ententes entre les médecins omnipraticiens et l'instance locale de chaque territoire. Le DRMG recueille également, lors de cette tournée, le support requis par les omnipraticiens, pour garantir une accessibilité optimale de services et la prise en charge des clientèles particulières.

L'accessibilité des services médicaux spécialisés est aussi mise en examen par une tournée de la Direction des affaires médicales et de la santé physique de l'Agence et de la présidente-directrice générale auprès des acteurs locaux pour identifier, soit les services dont il serait pertinent de bénéficier localement, soit les services qu'il faut offrir sur une base régionale ou sous-régionale. Par cette démarche, sont rencontrés les membres de l'exécutif de chaque Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP), de même que les chefs de départements et directeur des services professionnels (DSP) de chaque territoire. Les échanges actuellement terminés ont permis de tracer un portrait des besoins des MRC plus petites au regard des services médico-hospitaliers spécialisés. Les gens ont distingué ce qu'ils désirent recevoir sur place et ce qui peut, selon eux, n'être accessible qu'à distance (tableau 3). Ces rencontres sont les prémisses à l'établissement de corridors de services confirmés par des ententes signées.

Tableau 3 : Besoins exprimés de services médico-hospitaliers sur place ou à distance

SERVICES M-H	AMQUI	MATANE	MITIS	LES BASQUES	TÉMIS-COUATA	KAMOU-RASKA
Anesthésiologie	24/7	24/7	-	-	24/7	24/7
Ch. générale	24/7	24/7	-	-	24/7	24/7
Méd. interne	24/7	24/7	-	P	24/7	24/7
Radiologie	24/7	24/7	12/7	24/7	24/7	24/7
Anatomo-pathol.	D	D	D	-	D	D
Cardiologie	P	P	D	D	D	P
Ch. orthopédique	P	P + Ch	P	P	P + Ch	P + Ch
Dermatologie	D	D	P	P	D	P
Endocrinologie	-	-	-	-	-	-
Gastro-entérol.	P	D	D	-	-	-
Hémato/Oncologie	D	P	D	P	P	-
Microbiologie	D	P	D	P	-	P
Néphrologie	D	D	-	D	D	-
Neurologie	P	D	P	P	D	-
Obst./gynécologie	P + Ch	P + Ch	P	P	P + Ch	P + Ch
Ophtalmologie	P	P	P	D	P	P
O.R.L.	P + Ch	P + Ch	P	D	P + Ch	P + Ch
Pédiatrie	P	P	P	P	P	P
Physiatrie	P	P	24/7	P	-	-
Pneumologie	P	P	P	D	D	P
Psychiatrie	P	P	P	P	P	P
Radio-oncologie	P	-	D	-	-	-
Rhumatologie	P	P	P	P	-	-
Urologie	P + Ch	P + Ch	D	D	P + Ch	P + Ch

Légende : P = sur place avec fréquence à déterminer

P + Ch = sur place avec facilités opératoires

D = à distance

24/7 = services disponibles 24/7 avec besoins occasionnels de dépannage

- = non considéré ou non exprimé

Dans la même foulée, le directeur de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, accompagné de professionnels de sa direction, valide auprès des acteurs de chaque territoire, le Plan d'Action Régional (PAR) en santé publique et précise avec ces derniers les actions locales devant être consolidées ou entreprises en santé publique. Ces actions de santé publique feront partie du continuum de services et s'inscriront dans le projet clinique de services intégrés de chaque territoire de MRC.

4. MODALITÉS DE COLLABORATION ENTRE LES DISPENSATEURS DES SERVICES DE 1^{ÈRE} LIGNE ET CEUX DES SERVICES SPÉCIALISÉS

Pour qu'une personne puisse recevoir des services spécialisés, elle doit généralement être référée.

Les modalités de référence seront revues et les corridors de services seront définis ou consolidés pour assurer le plus de fluidité possible entre la 1^{ère} ligne et les services spécialisés et surspécialisés.

Le plan de services individualisés est l'outil de base permettant d'assurer la continuité dans les services dispensés aux clientèles particulières, tant parmi les intervenants de 1^{ère} ligne qu'entre ces derniers et ceux des services spécialisés.

On doit nécessairement prévoir un lieu commun d'échanges, facilement accessible aux différents professionnels concernés par un même client. La disponibilité restreinte des professionnels rend difficile les échanges en personne ou par communication téléphonique. À cet effet, l'utilisation de communications par un réseau intranet, partagé par les principaux partenaires, permettrait des échanges rapides sur la situation d'un client commun.

Des services de liaison doivent également faciliter le passage entre les services spécialisés et les services de 1^{ère} ligne, non seulement pour assurer une meilleure continuité des services mais également pour supporter le personnel en 1^{ère} ligne.

Les tournées de consultation auprès des instances locales, actuellement en cours et mentionnées précédemment, contribueront entre autres, à mieux définir les liens entre la 1^{ère} ligne et les services spécialisés.

5. CONDITIONS DE SUCCÈS

Les stratégies d'intégration des services à l'intérieur d'un même territoire et les modalités d'arrimage entre les services de 1^{ère} ligne et les services spécialisés sont au cœur du fonctionnement des réseaux locaux de services. Elles constituent des conditions essentielles

mais non suffisantes au succès de l'implantation des réseaux. Plusieurs autres conditions administratives et financières sont garantes de ce succès.

Ainsi, des modalités de gestion favorisant la créativité, la compétence et le dynamisme du personnel seront préconisées. Les approches basées sur la transparence, la participation et la consultation seront fortement encouragées et supportées.

Un plan de communication s'adressant tant au personnel du réseau et aux partenaires qu'à l'ensemble de la population sera déployé pour favoriser l'adhésion aux réseaux locaux de services.

D'autres conditions, qui ne sont pas entièrement à notre portée, favoriseraient également la mise en place des réseaux locaux. L'Agence devrait avoir la possibilité de participer aux négociations entre le MSSS et les fédérations médicales, pour adapter les conditions de rémunération à une nouvelle façon de travailler. Comme selon toute probabilité, les plans d'effectifs seront particulièrement difficiles à combler au cours des dix prochaines années, la possibilité de bénéficier d'une marge de manœuvre dans l'utilisation des budgets réservés à cet effet nous permettrait de compenser le manque de main-d'œuvre médicale par d'autres types de services, lorsque cette solution s'avère appropriée.

De plus, puisque les changements proposés sont importants et que la tâche est considérable, une enveloppe de transition à l'usage des réseaux locaux faciliterait la réorganisation. Dans cette même logique, une protection statutaire des budgets des services de 1^{ère} ligne serait une protection contre des glissements au profit des services de spécialisés. Cela nous semble particulièrement important, dans le contexte de l'augmentation de notre population âgée entraînant une hausse du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, pour lesquelles les services de 1^{ère} ligne sont fortement mis à contribution.

D'autres mesures visant le partage d'une même information sont, à notre point de vue, incontournables pour la réussite de la mise en place des réseaux locaux de services. L'actuelle tournée de consultation du DRMG fait ressortir le besoin d'accès rapide à de l'information à jour sur la condition de la personne qui consulte. C'est en effet l'avis de nombreux cliniciens que l'accès rapide aux informations concernant les examens de laboratoire, la médication, l'imagerie médicale et l'ensemble des informations concernant l'état de leurs patients, leur permettrait d'offrir de meilleurs soins.

Le réseautage informatique de l'instance locale avec les cabinets médicaux et les pharmacies communautaires est un lien essentiel pour que l'information sur les différents résultats d'examen et sur le profil pharmaceutique circule, en temps réel, entre les différents professionnels fournissant des services à un même client. Le besoin d'informatisation de l'ensemble du dossier patient s'inscrit dans une même logique.

Finalement, à cause de l'étendue et de la géographie du territoire, la mise en place d'outils de télésurveillance et de télésoins permettrait d'offrir de meilleurs services aux citoyens, en limitant la croissance des coûts.

6. IMPLANTATION ET SUIVI

Un plan d'implantation des projets cliniques, comprenant des objectifs bien définis de réseautage de services et un calendrier de réalisation, sera dressé par les dirigeants de l'instance locale de chaque MRC, en collaboration avec l'Agence. La vitesse d'implantation pour chacun des territoires sera variable selon l'état actuel des travaux.

L'Agence supportera de façon particulière les gestionnaires locaux dans l'implantation ou la consolidation des différentes composantes des réseaux locaux. La Table régionale des directeurs généraux, composée des directeurs généraux des établissements, de la présidente-directrice générale et de l'équipe de direction de l'Agence régionale agira comme catalyseur des travaux et en assurera l'harmonisation.

En collaboration avec les instances locales, des indicateurs de rendement ciblant principalement l'accessibilité et la continuité des services et des indicateurs de résultats d'état de santé seront identifiés et monitorés par l'Agence. Ce monitoring sera fait dans l'optique d'une responsabilité populationnelle des réseaux locaux de services et en lien avec les modalités de reddition de comptes du MSSS.

CONCLUSION

Notre région a identifié huit territoires de réseaux locaux de services à l'intérieur desquels les établissements doivent être regroupés sous une même instance locale. Dans cinq territoires, c'est déjà chose faite et des résolutions des établissements des trois autres territoires nous informent de leur fusion prochaine. La constitution de ces huit instances locales fera passer le nombre des établissements de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent de quatorze à dix.

Les travaux en cours nous permettront de définir de façon plus précise le contenu des services offerts par chaque réseau local et les modalités d'arrimage avec les services spécialisés et surspécialisés à l'intérieur et à l'extérieur de la région.

La responsabilité populationnelle de chaque réseau local donnera lieu à l'élaboration d'un « Projet clinique » pour chacun des territoires, sous la responsabilité du gestionnaire de l'instance locale. Il ne s'agit pas d'un exercice administratif mais plutôt de faire en sorte que les réseaux locaux soient véritablement orientés vers la réponse aux besoins des citoyens en matière de services de santé et de services sociaux. Ces services seront offerts le plus près possible des milieux de vie, lorsque le volume de clientèle le justifie et que le plateau technique et le degré de spécialisation requis le permettent.

Dans le Bas-Saint-Laurent, le véritable défi sera pour l'Agence et tous les partenaires privés et publics, de mettre en place les conditions qui supporteront des projets cliniques dans chaque MRC et assureront ainsi aux citoyens des services de santé et des services sociaux bien intégrés.

Les bons services, à la bonne personne, au bon endroit, par les bonnes personnes et au meilleur coût possible.

Ce sont les objectifs que nous sommes en mesure d'atteindre par la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Annexe 1 : Structure des travaux pour la définition des réseaux locaux de services

Comité stratégique

PDG de l'Agence
Comité de direction
Chargée de projet
Représentant de la Direction des affaires
médicales et de la santé physique
Table des directeurs généraux d'établissements

Chargée de projet

Jocelyne Pelletier

Responsables opérationnels

PDG de l'Agence
DG d'établissements

Groupes de travail internes

Services médicaux et hospitaliers	Jacques Levasseur Michel Y Pelletier	Guy Rossignol Jacques Girard
Services de 1 ^{ère} ligne : généraux et spécifiques	René Dumont Nicole Bernier Marc St-Laurent Claude Gauthier Sylvie Laliberté Hélène Villeneuve	Michèle Plourde Diane Collin Solange Lévesque Marguerite Fournet Danielle Roy Nelson Charette
Modèle d'organisation des ressources humaines	Michel Plante Eléna Leclerc	
Systèmes d'information	Laval Demers Yolande Hould	
Modalités d'allocation des ressources	Laval Demers Romain Lavoie	

Groupe de travail externe

Décentralisation et ou déconcentration de certains services régionaux spécialisés	DG de L'Interaction DG du CRDI DG du Centre Jeunesse Responsable du CR L'Estran
---	--

Collaborateurs

Portrait démographique et de santé	Lucie Chénard, Jean-Pierre St-Cyr, Dominique Potvin
Portrait des structures et ressources	Michel Plante, Eléna Leclerc, René Lavoie, Romain Lavoie, Marguerite Fournet
Indicateurs de résultats	Josée Gauthier

Annexe 2 :

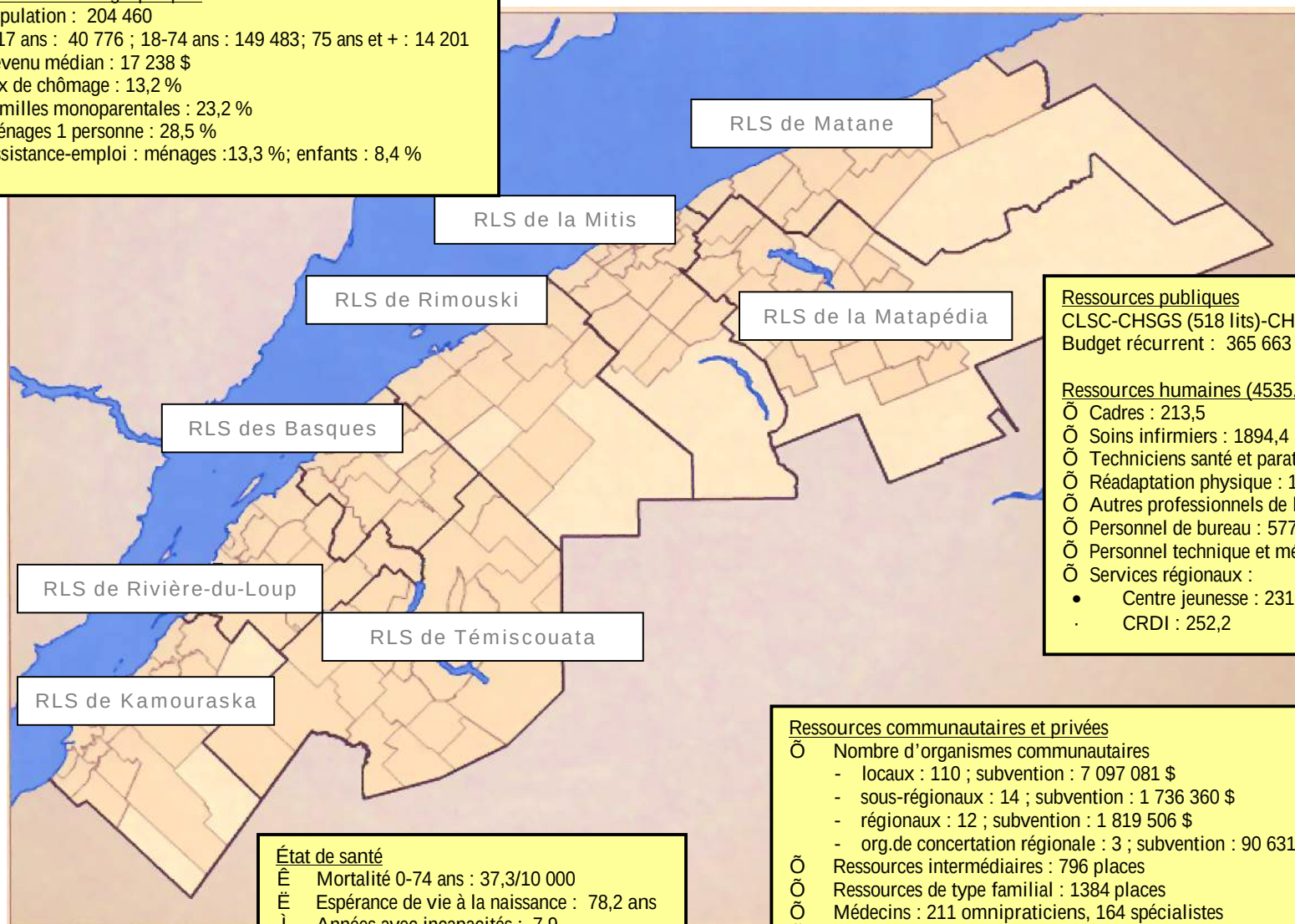
**Cartes de la région du Bas-Saint-Laurent
et de chacun des territoires des réseaux locaux de services ⁷**

⁷ Source des données démographiques et d'état de santé : Jean-Pierre St-Cyr et Lucie Chénard. Recueil de données socio-sanitaires, Bas-Saint-Laurent et territoires de services. DSPPE. à paraître en 2004.

TERRITOIRE DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Données socio-démographiques

É Population : 204 460
 È 0-17 ans : 40 776 ; 18-74 ans : 149 483 ; 75 ans et + : 14 201
 Ì Revenu médian : 17 238 \$
 Í aux de chômage : 13,2 %
 Î Familles monoparentales : 23,2 %
 Ï Ménages 1 personne : 28,5 %
 Ð Assistance-emploi : ménages :13,3 % ; enfants : 8,4 %



RLS de Matane

RLS de la Mitis

RLS de Rimouski

RLS de la Matapédia

RLS des Basques

RLS de Rivière-du-Loup

RLS de Témiscouata

RLS de Kamouraska

Ressources publiques

CLSC-CHSGS (518 lits)-CHSLD (1346 lits)
 Budget récurrent : 365 663 720 \$

Ressources humaines (4535,9 ETC)

Ō Cadres : 213,5
 Ō Soins infirmiers : 1894,4
 Ō Techniciens santé et paratechnique : 479,1
 Ō Réadaptation physique : 169,6
 Ō Autres professionnels de la santé : 242,0
 Ō Personnel de bureau : 577,6
 Ō Personnel technique et métiers : 475,6
 Ō Services régionaux :
 • Centre jeunesse : 231,9
 · CRDI : 252,2

Ressources communautaires et privées

Ō Nombre d'organismes communautaires
 - locaux : 110 ; subvention : 7 097 081 \$
 - sous-régionaux : 14 ; subvention : 1 736 360 \$
 - régionaux : 12 ; subvention : 1 819 506 \$
 - org.de concertation régionale : 3 ; subvention : 90 631 \$
 Ō Ressources intermédiaires : 796 places
 Ō Ressources de type familial : 1384 places
 Ō Médecins : 211 omnipraticiens, 164 spécialistes
 Ō Pharmacies : 53

État de santé

É Mortalité 0-74 ans : 37,3/10 000
 È Espérance de vie à la naissance : 78,2 ans
 Ì Années avec incapacités : 7,9
 Í Incidence du cancer : 42,4/10 000
 Î Blessés graves de la route : 11,0/10 000

TERRITOIRE DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MATANE

Données socio-démographiques

Ê Population : 23 179
 È 0-17 ans : 4 323; 18-74 ans : 17 306; 75 ans et + : 1 550
 Ì Revenu médian : 16 002 \$
 Í Taux de chômage : 18,0 %
 Î Familles monoparentales : 26,6 %
 Ï Ménages 1 personne : 30,2 %
 Ð Assistance-emploi : ménages :15,6 %; enfants : 11,6 %

Matane

Les Méchins

Baie-des-Sables

Ressources publiques

CLSC-CHSGS (40 lits)-CHSLD (152 lits)
 Budget récurrent : 31 750 894 \$

Ressources humaines (402,26 ETC)

Õ Cadres : 18,50
 Õ Soins infirmiers : 190,97
 Õ Techniciens santé et paratechnique : 41,13
 Õ Réadaptation physique : 12,37
 Õ Autres professionnels de la santé : 23,30
 Õ Personnel de bureau : 59,49
 Õ Personnel technique et métiers : 56,50
 Õ Services régionaux :
 • Centre jeunesse : 23,27
 · CRDI : 10,77

État de santé

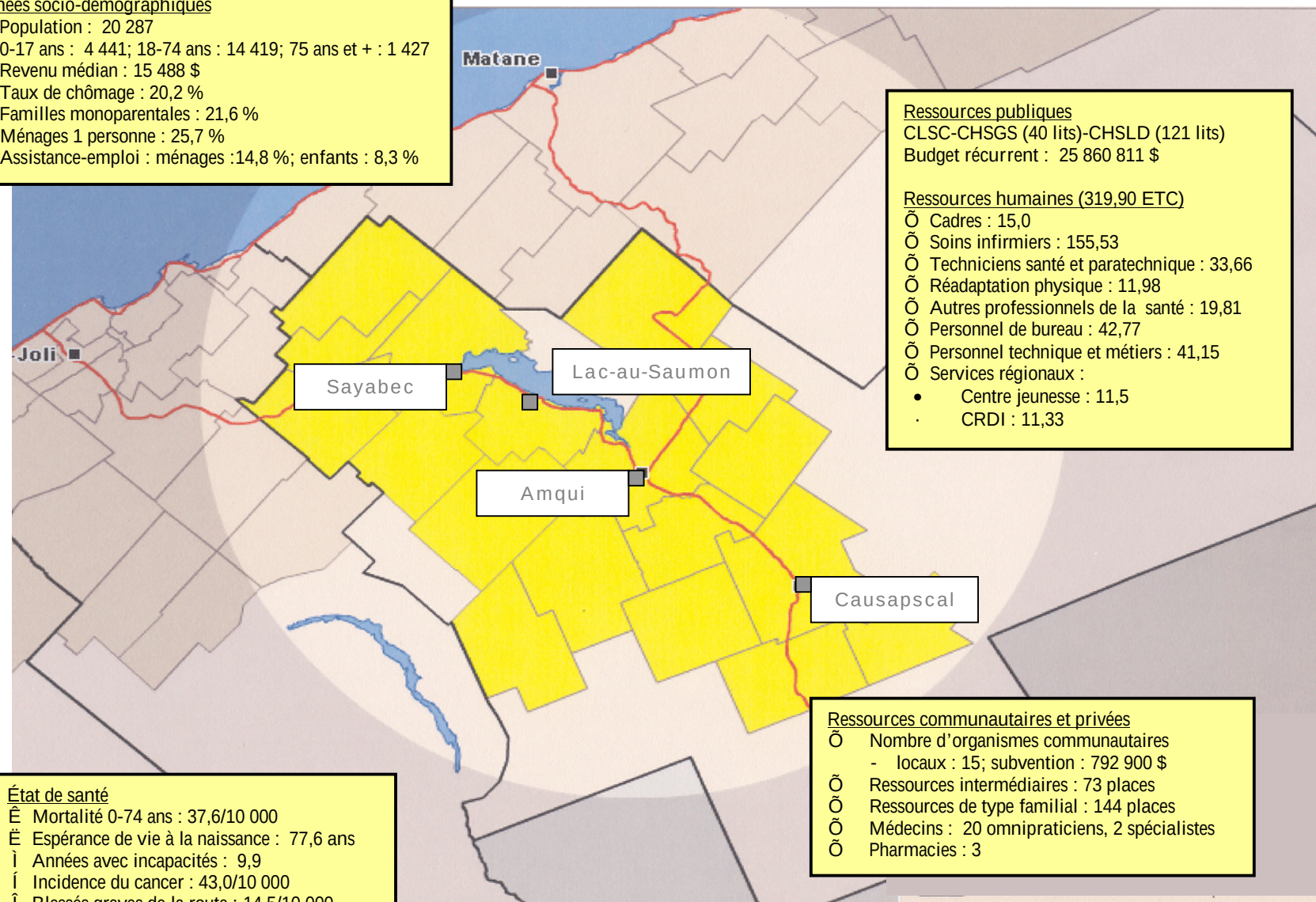
Ê Mortalité 0-74 ans : 43,9/10 000
 È Espérance de vie à la naissance : 77,3 ans
 Ì Années avec incapacités : 10,4
 Í Incidence du cancer : 45,1/10 000
 Î Blessés graves de la route : 11,5/10 000

Ressources communautaires et privées

Õ Nombre d'organismes communautaires
 - locaux : 13; subvention : 834 981 \$
 - régionaux : 3; subvention : 501 933 \$
 Õ Ressources intermédiaires : 69 places
 Õ Ressources de type familial : 151 places
 Õ Unité de vie C. jeunesse : 12 places
 Õ Médecins : 22 omnipraticiens, 4 spécialistes
 Õ Pharmacies : 5

Données socio-démographiques

Ê Population : 20 287
 È 0-17 ans : 4 441; 18-74 ans : 14 419; 75 ans et + : 1 427
 Ì Revenu médian : 15 488 \$
 Í Taux de chômage : 20,2 %
 Î Familles monoparentales : 21,6 %
 Ï Ménages 1 personne : 25,7 %
 Ð Assistance-emploi : ménages :14,8 %; enfants : 8,3 %



Ressources publiques

CLSC-CHSGS (40 lits)-CHSLD (121 lits)
 Budget récurrent : 25 860 811 \$

Ressources humaines (319,90 ETC)

Õ Cadres : 15,0
 Õ Soins infirmiers : 155,53
 Õ Techniciens santé et paratechnique : 33,66
 Õ Réadaptation physique : 11,98
 Õ Autres professionnels de la santé : 19,81
 Õ Personnel de bureau : 42,77
 Õ Personnel technique et métiers : 41,15
 Õ Services régionaux :
 • Centre jeunesse : 11,5
 • CRDI : 11,33

État de santé

Ê Mortalité 0-74 ans : 37,6/10 000
 È Espérance de vie à la naissance : 77,6 ans
 Ì Années avec incapacités : 9,9
 Í Incidence du cancer : 43,0/10 000
 Î Blessés graves de la route : 14,5/10 000

Ressources communautaires et privées

Õ Nombre d'organismes communautaires
 - locaux : 15; subvention : 792 900 \$
 Õ Ressources intermédiaires : 73 places
 Õ Ressources de type familial : 144 places
 Õ Médecins : 20 omnipraticiens, 2 spécialistes
 Õ Pharmacies : 3

TERRITOIRE DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MITIS

Données socio-démographiques

Ê Population : 19 669
 Ê 0-17 ans : 4 032; 18-74 ans : 14 130; 75 ans et + : 1 507
 ì Revenu médian : 16 151 \$
 í Taux de chômage : 15,6 %
 î Familles monoparentales : 23,6 %
 ï Ménages 1 personne : 30,3 %
 Ð Assistance-emploi : ménages : 18,7 %; enfants : 10,1 %

Mont-Joli

Les Hauteurs

Ressources publiques

CLSC-CHSLD (175 lits)
 CRDP (mission régionale)
 Service Info-Santé (mission régionale)
 Maison des naissances
 Budget récurrent : 31 379 141 \$

Ressources humaines (395,39 ETC)

Õ Cadres : 22,30
 Õ Soins infirmiers : 158,84
 Õ Techniciens santé et paratechnique : 27,00
 Õ Réadaptation physique : 55,92
 Õ Autres professionnels de la santé : 23,80
 Õ Personnel de bureau : 57,98
 Õ Personnel technique et métiers : 49,55
 Õ Services régionaux :

- Centre jeunesse : 10,60
- CRDI : 50,64
- CR physique : 101,48

État de santé

Ê Mortalité 0-74 ans : 46,7/10 000
 Ê Espérance de vie à la naissance : 77,0 ans
 ì Années avec incapacités : 9,8
 í Incidence du cancer : 44,6/10 000
 î Blessés graves de la route : 14,4/10 000

Ressources communautaires et privées

Õ Nombre d'organismes communautaires

- locaux : 14; subvention : 878 646 \$
- sous-régionaux : 1; subvention : 155 702 \$

 Õ Ressources intermédiaires : 203 places
 Õ Ressources de type familial : 227 places
 Õ Médecins : 20 omnipraticiens, 2 spécialistes
 Õ Pharmacies : 4

TERRITOIRE DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIMOUSKI

État de santé

Ê Mortalité 0-74 ans : 31,7/10 000
 Ê Espérance de vie à la naissance : 78,6 ans
 Ì Années avec incapacités : 9,4
 Í Incidence du cancer : 40,1/10 000
 Î Blessés graves de la route : 5,6/10 000

Rimouski

Mont-Joli

Ressources publiques

CLSC-CHSGS (219 lits)-CHSLD (274 lits)
 Budget récurrent : 106 555 157 \$

C. jeunesse (mission régionale) : 20 535 407 \$
 CRDI (mission régionale) : 22 652 364 \$

Ressources humaines (1324,24 ETC)

Õ Cadres : 64,80
 Õ Soins infirmiers : 637,90
 Õ Techniciens santé et paratechnique : 192,04
 Õ Réadaptation physique : 33,30
 Õ Autres professionnels de la santé : 75,26
 Õ Personnel de bureau : 198,09
 Õ Personnel technique et métiers : 122,85
 Õ Services régionaux :
 • Centre jeunesse : 114,19
 · CRDI : 71,11

Données socio-démographiques

Ê Population : 53 096
 Ê 0-17 ans : 10 272; 18-74 ans : 39 798; 75 ans et + : 3 026
 Ì Revenu médian : 19 530 \$
 Í Taux de chômage : 11,0 %
 Î Familles monoparentales : 26,1 %
 Ï Ménages 1 personne : 30,0 %
 Ð Assistance-emploi : ménages : 11,3 %; enfants : 5,6 %

Ressources communautaires et privées

Õ Nombre d'organismes communautaires
 - locaux : 18; subvention : 1 849 589 \$
 - sous-régionaux : 5; subvention : 563 861 \$
 - régionaux : 9; subvention : 1 317 573 \$
 Õ Ressources intermédiaires : 147 places
 Õ Ressources de type familial : 339 places
 Õ Unité de vie C. jeunesse : 31 places
 Õ Médecins : 63 omnipraticiens, 95 spécialistes
 Õ Pharmacies : 15

TERRITOIRE DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES BASQUES

Données socio-démographiques

Ê Population : 9 926
 Ê 0-17 ans : 1 847; 18-74 ans : 7 129; 75 ans et + : 950
 Ì Revenu médian : 15 252 \$
 Í Taux de chômage : 15,3 %
 Î Familles monoparentales : 20,8 %
 Ï Ménages 1 personne : 29,2 %
 Ð Assistance-emploi : ménages :13,5 %; enfants : 6,5 %

Ressources publiques

CLSC-CHSLD (86 lits)
 Budget récurrent : 10 126 925 \$

Ressources humaines (127,20 ETC)

Õ Cadres : 11,20
 Õ Soins infirmiers : 60,34
 Õ Techniciens santé et paratechnique : 11,79
 Õ Réadaptation physique : 4,40
 Õ Autres professionnels de la santé : 5,42
 Õ Personnel de bureau : 16,73
 Õ Personnel technique et métiers : 17,32
 Õ Services régionaux :

- Centre jeunesse : 15,12
- CRDI : 6,00

Trois-Pistoles

St-Jean-de-Dieu

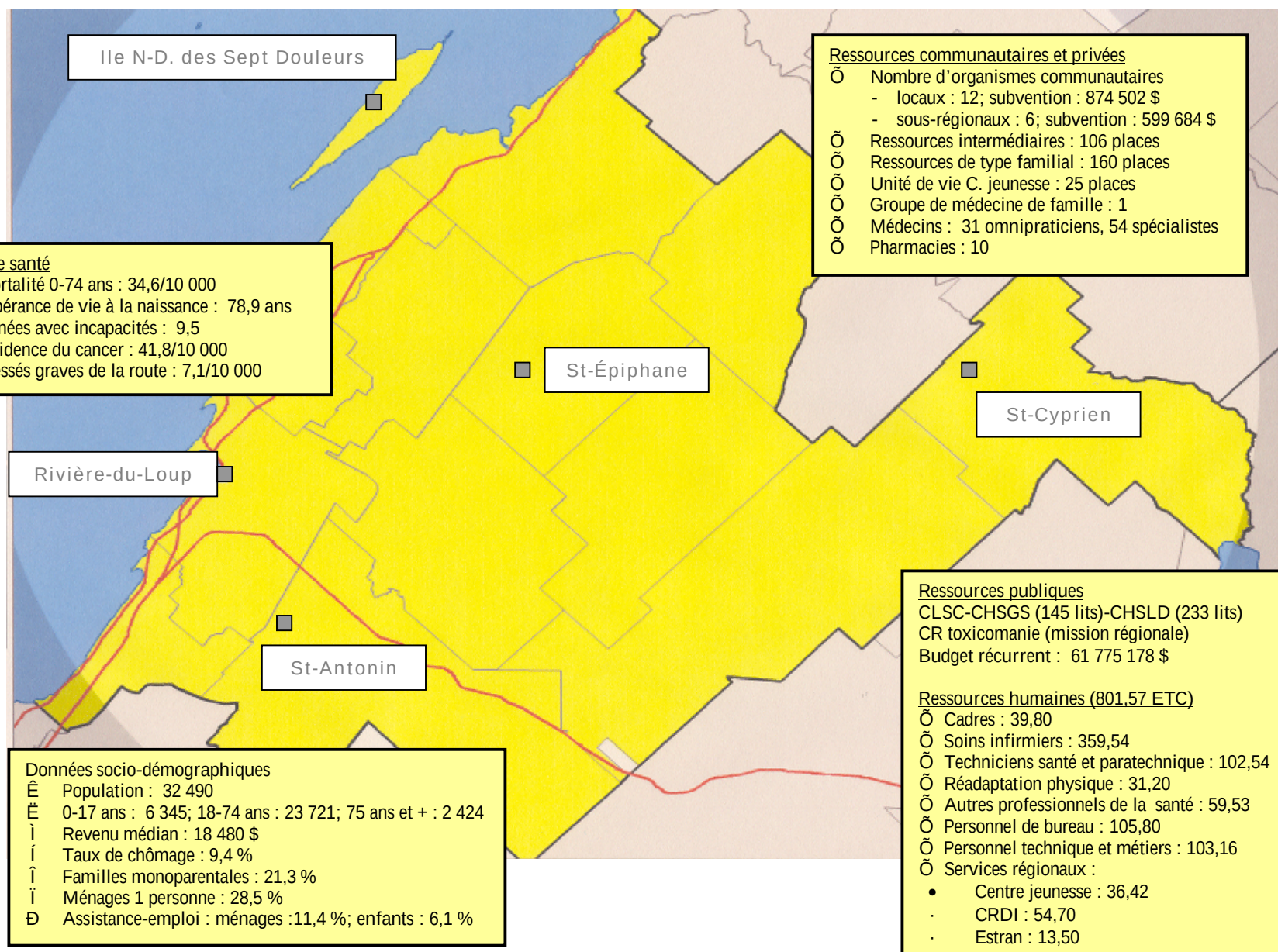
État de santé

Ê Mortalité 0-74 ans : 40,0/10 000
 Ê Espérance de vie à la naissance : 78,6 ans
 Ì Années avec incapacités : 10,1
 Í Incidence du cancer : 40,3/10 000
 Î Blessés graves de la route : 15,7/10 000

Ressources communautaires et privées

Õ Nombre d'organismes communautaires
 - locaux : 6; subvention : 452 492 \$
 Õ Ressources intermédiaires : 60 places
 Õ Ressources de type familial : 75 places
 Õ Unité de vie du Centre jeunesse : 10 places
 Õ Groupe de médecine familiale : 1
 Õ Médecins : 13 omnipraticiens
 Õ Pharmacie : 1

TERRITOIRE DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP



Données socio-démographiques

Ê Population : 22 922
 Ë 0-17 ans : 4 701; 18-74 ans : 16 446; 75 ans et + : 1 775
 Ì Revenu médian : 16 692 \$
 Í Taux de chômage : 9,3 %
 Î Familles monoparentales : 20,2 %
 Ï Ménages 1 personne : 25,6 %
 Ð Assistance-emploi : ménages :11,4 %; enfants : 6,1 %

Ressources publiques

CLSC-CHSGS (49 lits)-CHSLD (154 lits)
 Budget récurrent : 29 870 592 \$

Ressources humaines (376,62 ETC)

Ò Cadres : 22,20
 Ò Soins infirmiers : 189,40
 Ò Techniciens santé et paratechnique : 38,91
 Ò Réadaptation physique : 10,00
 Ò Autres professionnels de la santé : 17,20
 Ò Personnel de bureau : 51,42
 Ò Personnel technique et métiers : 47,49
 Ò Services régionaux :

- Centre jeunesse : 9,8
- CRDI : 34,32

État de santé

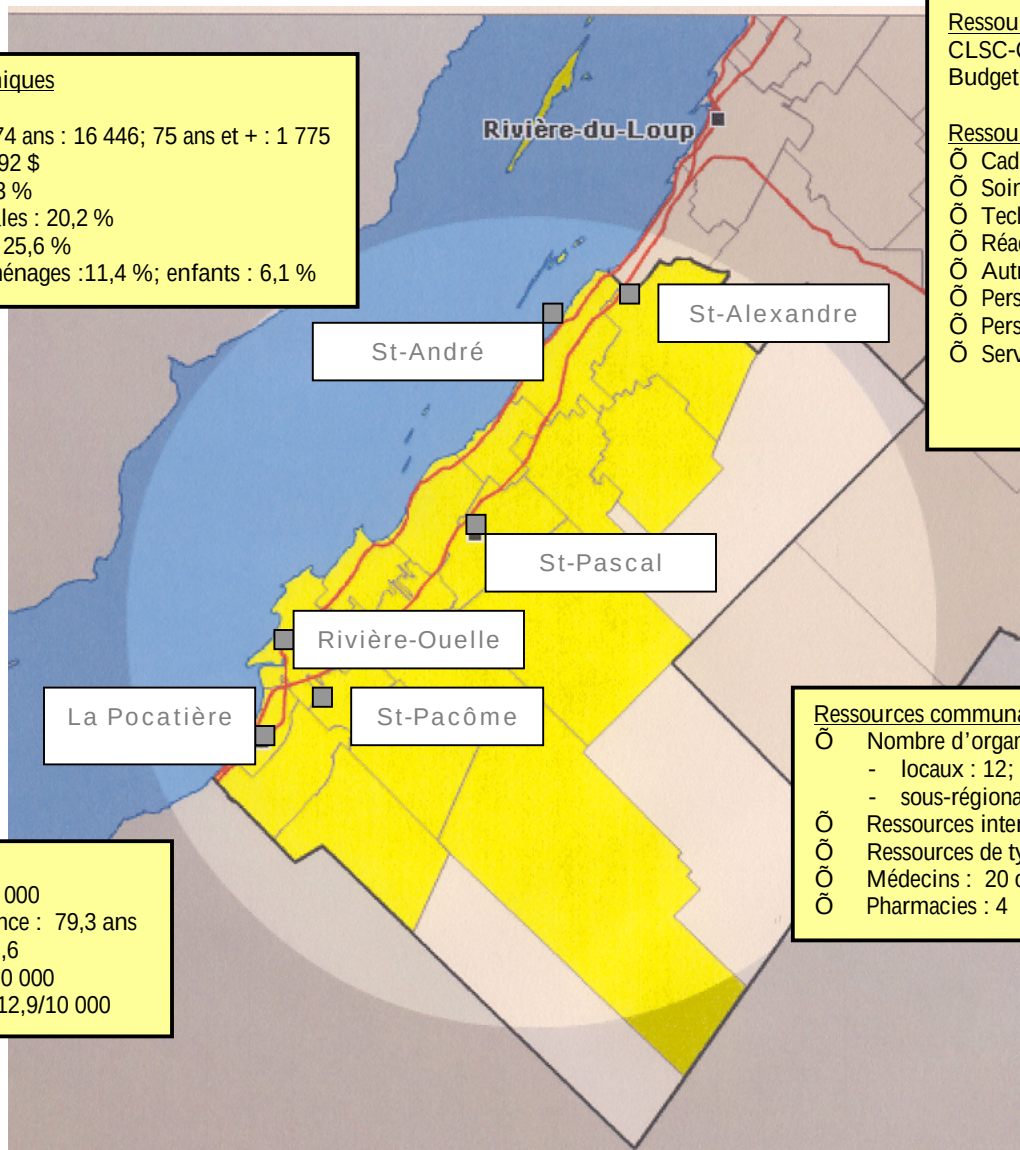
Ê Mortalité 0-74 ans : 34,8/10 000
 Ë Espérance de vie à la naissance : 79,3 ans
 Ì Années avec incapacités : 9,6
 Í Incidence du cancer : 43,9/10 000
 Î Blessés graves de la route : 12,9/10 000

Ressources communautaires et privées

Ò Nombre d'organismes communautaires

- locaux : 12; subvention : 602 477 \$
- sous-régionaux : 2; subvention : 417 113 \$

 Ò Ressources intermédiaires : 93 places
 Ò Ressources de type familial : 143 places
 Ò Médecins : 20 omnipraticiens, 4 spécialistes
 Ò Pharmacies : 4



TERRITOIRE DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TÉMISCOUATA

Données socio-démographiques

Ê Population : 22 891
 Ê 0-17 ans : 4 815; 18-74 ans : 16 534; 75 ans et + : 1 542
 Ì Revenu médian : 15 066 \$
 Í Taux de chômage : 15,7 %
 Î Familles monoparentales : 21,4 %
 Ï Ménages 1 personne : 26,1 %
 Ð Assistance-emploi : ménages :12,7 % ; enfants : 7,9 %

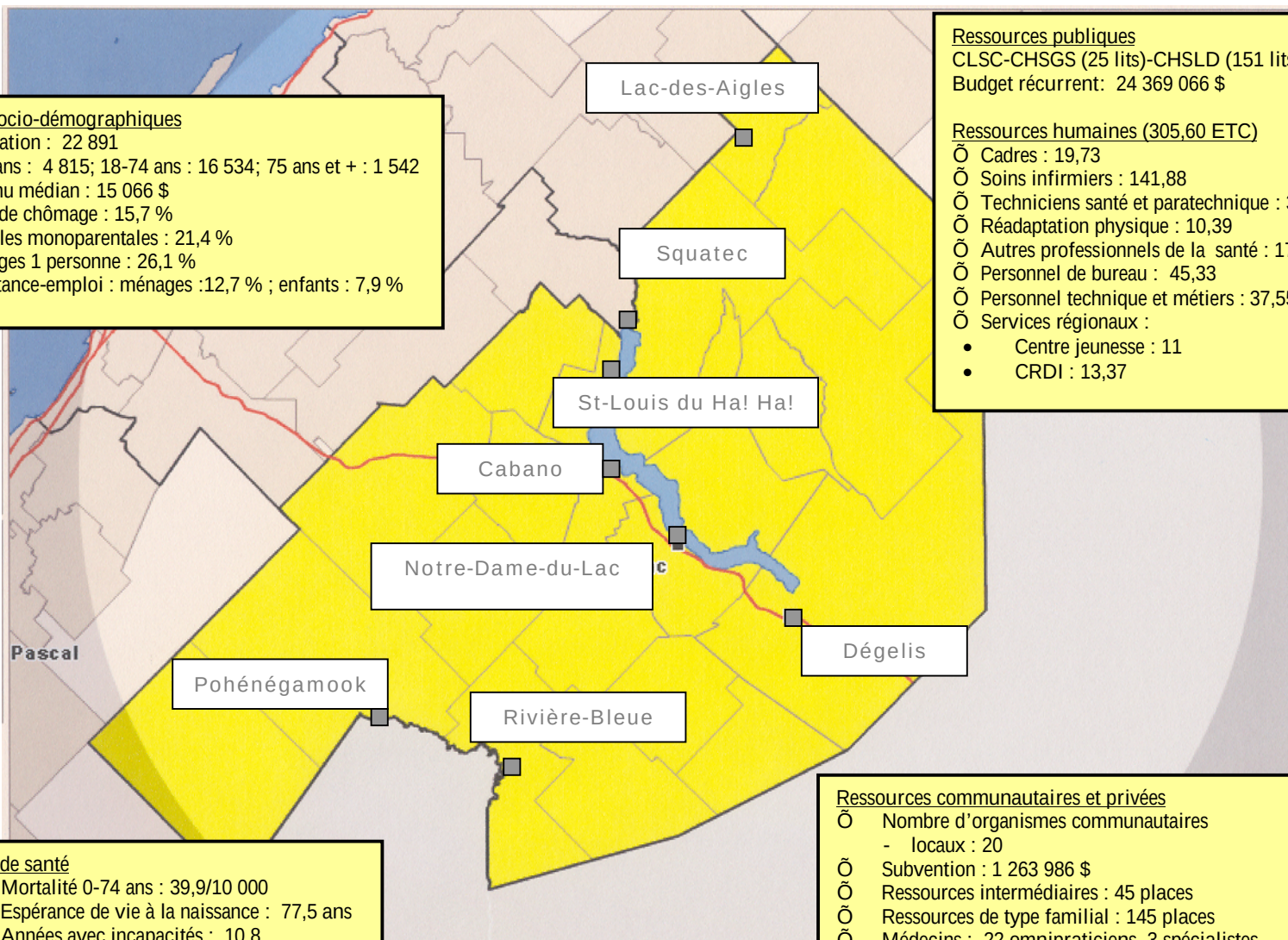
Ressources publiques

CLSC-CHSGS (25 lits)-CHSLD (151 lits)
 Budget récurrent: 24 369 066 \$

Ressources humaines (305,60 ETC)

Õ Cadres : 19,73
 Õ Soins infirmiers : 141,88
 Õ Techniciens santé et paratechnique : 33,09
 Õ Réadaptation physique : 10,39
 Õ Autres professionnels de la santé : 17,63
 Õ Personnel de bureau : 45,33
 Õ Personnel technique et métiers : 37,55
 Õ Services régionaux :

- Centre jeunesse : 11
- CRDI : 13,37



État de santé

Ê Mortalité 0-74 ans : 39,9/10 000
 Ê Espérance de vie à la naissance : 77,5 ans
 Ì Années avec incapacités : 10,8
 Í Incidence du cancer : 39,1/10 000
 Î Blessés graves de la route : 18,1/10 000

Ressources communautaires et privées

Õ Nombre d'organismes communautaires
 - locaux : 20
 Õ Subvention : 1 263 986 \$
 Õ Ressources intermédiaires : 45 places
 Õ Ressources de type familial : 145 places
 Õ Médecins : 22 omnipraticiens, 3 spécialistes
 Õ Pharmacies : 8

Annexe 3 : Grille de mesure du degré de réseautage

	Indépendance (1)	(2)	Coordination (3)	(4)	Intégration (5)
Informations de santé	Circulent principalement au sein d'un groupe de partenaires identiques		Circulent activement entre groupes de partenaires différents		Orientent le travail des différents partenaires pour répondre à des besoins consensuels
Utilisation des ressources	Essentiellement pour atteindre des objectifs déterminés par eux-mêmes		Souvent pour assurer la complémentarité et le renforcement mutuel		Conformément à un cadre de référence commun, pour la planification, l'organisation et l'évaluation des activités
Processus décisionnel	Co-existence indépendante de modes de prise de décision		Processus de consultation dans la prise de décision		Les partenaires délèguent certains pouvoirs à une instance unique de décision
Nature du partenariat	Chaque groupe a ses règles et peut à l'occasion chercher un partenariat		Des initiatives de coopération existent pour des projets limités dans le temps		Le partenariat institutionnalisé est soutenu par des déclarations de mission ou des textes législatifs