

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL

2003-2006

- MISSION ...
 - CLIENTÈLES ...
 - PARTENAIRES ...
 - CONTEXTE ...
 - ENJEUX ...
 - ORIENTATIONS ...

@ Régie régionale de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-921799-91-X

TABLE DES MATIÈRES

Page

LA MISSION, LES CLIENTÈLES ET LES PARTENAIRES

1. LA MISSION	5
2. LES CLIENTELES	7
3. LES PARTENAIRES	9

LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

1. LE CONTEXTE	15
2. LES ENJEUX VS LES DEFIS	25

LES ORIENTATIONS

ORIENTATION 1	CHANGER LA FAÇON DONT LES SERVICES SONT ORGANISES, POUR QUE LA POPULATION Y AIT ACCES FACILEMENT ET RAPIDEMENT.....	33
---------------	---	----

ORIENTATION 2	CHANGER LA FAÇON DE GÉRER LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN INTÉGRANT DES OBJECTIFS DE RÉSULTATS AU VOLUME D'ACTIVITÉS	51
---------------	---	----

LA MISSION, LES CLIENTÈLES ET LES PARTENAIRES

1. LA MISSION

La mission de la Régie régionale consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, organismes et professionnels qui les dispensent.

Pour ce faire, les actions de la Régie régionale, telles que définies dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ont principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les orientations et politiques élaborées par le ministre. La Régie a aussi pour objet :

- 4 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;
- 4 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;
- 4 d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services;
- 4 d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées conventionnées;
- 4 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 conventionnées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- 4 de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- 4 d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- 4 de coordonner un système préhospitalier d'urgence comprenant le transport ambulancier;
- 4 d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

2. LES CLIENTÈLES

Le système de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent dessert une population de 200 630 personnes, soit 102 235 femmes et 98 395 hommes. La population est répartie dans 128 municipalités, villes ou villages regroupés en 8 municipalités régionales de comté (MRC) : Kamouraska, Témiscouata, Rivière-du-Loup, Les Basques, Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et Matane. Cette population s'étend sur plus de 300 km sur l'axe est-ouest et sur environ 125 km sur les deux principaux axes nord-sud. On compte 44 personnes par kilomètre de routes nationales, régionales et locales.

La population bas-laurentienne est, davantage qu'hier, formée de personnes de 65 ans et plus qui, en raison de leur âge, sont plus susceptibles de nécessiter des services, et plus particulièrement des services à long terme.

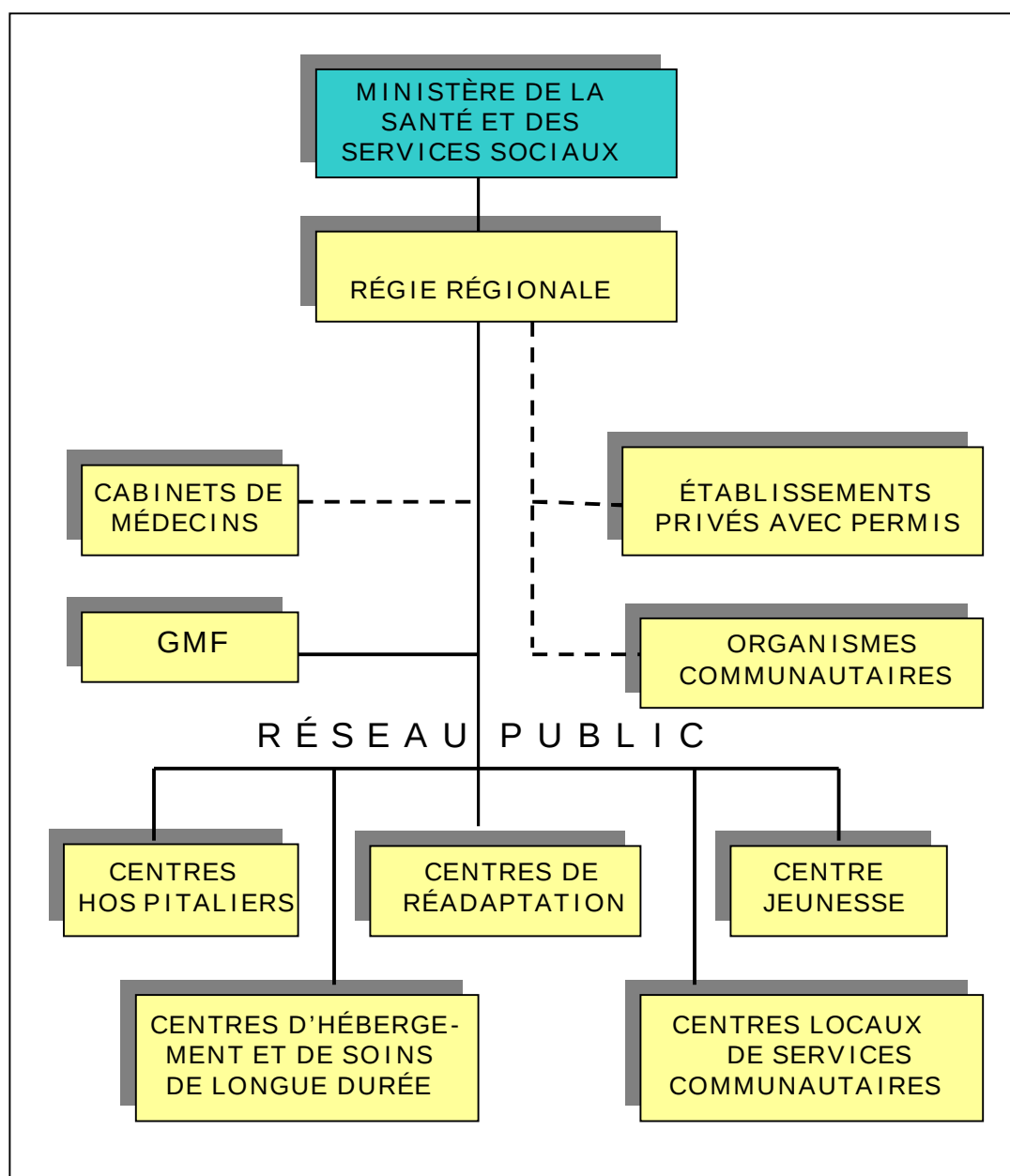
Six grands types de clientèle sont desservis dans le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- 4 les personnes ayant besoin d'une intervention, qu'elle soit ponctuelle ou de plus long terme, pour un problème de santé physique;
- 4 les personnes dont la santé mentale est menacée, celles qui souffrent de troubles transitoires ou encore celles qui présentent des problèmes sévères et persistants;
- 4 les personnes qui ont une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement;
- 4 les personnes en perte d'autonomie;
- 4 les personnes dont l'adaptation sociale est compromise ou risque de l'être en raison de problèmes associés à des comportements sociaux inacceptables pour elles-mêmes ou pour autrui, ou encore provoqués par une situation sociale ou familiale difficile : toxicomanie, jeu pathologique, délinquance, violence;
- 4 enfin, l'ensemble de la population du Bas-Saint-Laurent et, plus particulièrement, des groupes à qui sont destinées des activités de promotion de la santé et du bien-être, de prévention et de protection.

Aperçu de la clientèle des services de santé et des services sociaux

- 4 Plus de 158 000 personnes du Bas-Saint-Laurent (79 %) ont reçu des services médicaux en 2001. Au Québec, cette proportion était de 81 %.
- 4 Plus de 103 000 personnes de la région (51 %) bénéficiaient en 2001 d'une couverture pour leurs médicaments par le régime public. Au Québec, cette proportion était de 43 %.
- 4 Près de 22 000 résidents du Bas-Saint-Laurent (11 %) ont été admis dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du Québec en 2000-2001, en courte durée ou en soins d'un jour. De ces hospitalisations, 7,7 % étaient pour des problèmes de santé mentale. Au Québec, la proportion de la population admise a été de 9,4 % dont 6,1 % pour des problèmes de santé mentale.
- 4 Près de 13 000 chirurgies ont été pratiquées en 2000-2001 dans les centres hospitaliers de la région; 60 % de ces chirurgies ont été faites en chirurgie d'un jour. Au Québec, la proportion de chirurgies d'un jour a été de 55 %.
- 4 Plus de 2 000 personnes en perte d'autonomie étaient hébergées au 4 septembre 2002, soit en CHSLD, dans des ressources intermédiaires ou dans des ressources de type familial.
- 4 Près de 1 800 personnes ont reçu en 2001-2002 des services de réadaptation physique et plus de 1 000 personnes des services de réadaptation intellectuelle.
- 4 Plus de 1 500 personnes alcooliques ou toxicomanes ont reçu en 2001-2002 des services externes de réadaptation.
- 4 Plus de 3 300 demandes de services ont été acheminées au Centre jeunesse en 2001-2002. De ce nombre, 2 025 ont été traitées à titre de signalement et 914 ont été retenues.
- 4 Près de 800 nouveaux patients ont été vus en consultation au département de radio-oncologie du Centre hospitalier régional de Rimouski en 2000-2001; 65 % provenaient du Bas-Saint-Laurent, 21 % de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine et 10 % de la Côte-Nord.
- 4 Plus de 16 500 personnes de 60 ans et plus ont été vaccinées à l'automne 2001 contre l'influenza de même que près de 6 600 personnes de moins de 60 ans atteintes d'une maladie chronique.
- 4 Plus de 15 700 personnes ont été transportées par ambulance.

3. LES PARTENAIRES



La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est associée à un vaste éventail de partenaires pour réaliser sa mission.

UN VASTE RÉSEAU DE SERVICES

- 4 Le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est composé de 18 établissements (décembre 2002) dont 15 sont publics et 3 privés, ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (2 privés conventionnés et 1 privé auto-financé).
- 4 Plusieurs établissements du réseau ont plus d'une mission, c'est-à-dire qu'ils remplissent à la fois, par exemple, le rôle d'un CLSC, d'un centre hospitalier et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou encore le rôle d'un CLSC et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ainsi, sous l'angle des missions, le réseau public regroupe :
 - 8 centres locaux de services communautaires (CLSC);
 - 6 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
 - 1 centre jeunesse avec une mission en protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et une mission pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA);
 - 8 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - 4 centres de réadaptation : en alcoolisme et toxicomanie (1), en déficience intellectuelle (2) et en déficience physique (1).
- 4 Plusieurs ressources intermédiaires et ressources de type familial viennent compléter et soutenir les services offerts par les établissements (2001-2002) :
 - 162 familles d'accueil pour les enfants;
 - 205 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie ;
 - 57 ressources intermédiaires : 45 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 10 en santé mentale, 1 en déficience physique, 1 en déficience intellectuelle.
- 4 Le Bas-Saint-Laurent comptait en l'an 2000, 47 cliniques médicales d'omnipratique (24 cliniques d'omnipratique de groupe et 23 omnipraticiens ayant une pratique solo).
- 4 Un groupe de médecine de famille est implanté dans un établissement du réseau.
- 4 Les entreprises ambulancières desservant la population sont au nombre de douze (2001-2002); actuellement, six municipalités ont un service de premiers répondants accrédité.
- 4 128 organismes communautaires subventionnés oeuvrent également dans le secteur et offrent une variété de services et d'activités. En 2001-2002, le soutien financier aux organismes communautaires a été de 9,9 M \$. Parmi ces organismes, les entreprises d'économie sociale jouent désormais un rôle majeur dans les services de soutien à domicile au Bas-Saint-Laurent. Huit entreprises d'économie sociale, réparties également dans chacune des MRC du territoire, offrent des services d'entretien ménager, principalement à des personnes en perte d'autonomie (personnes âgées ou familles). En 2001-2002, quelque 4 808 personnes ont reçu des services de ces entreprises.

LA MAIN-D'ŒUVRE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- 4 La région du Bas-Saint-Laurent compte sur quelque 366 médecins (2 décembre 2002) dont 216 médecins omnipraticiens et 150 médecins spécialistes.
- 4 Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 37 pharmaciens, soit 28,3 personnes équivalent temps complet (31 mars 2002).
- 4 La région du Bas-Saint-Laurent compte 21 dentistes avec des privilèges en milieu hospitalier dont 11 membres actifs et 10 membres associés (décembre 2002).
- 4 Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 5 481 personnes équivalent temps complet (2001-2002), dont 279 cadres équivalent temps complet et 5 202 syndiqués et non syndiqués équivalent temps complet. Ces personnes travaillent soit dans le domaine des soins infirmiers, dans diverses sphères professionnelles et techniques ou dans les secteurs administratifs et de soutien.
- 4 La main-d'œuvre du secteur d'activité économique des soins de santé et assistance sociale ⁽¹⁾ représente pas moins de 10 % de la main-d'œuvre du Bas-Saint-Laurent.

Note (1) : Gouvernement du Québec. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Direction régionale Bas-Saint-Laurent. Bulletin régional sur le marché du travail Bas-Saint-Laurent, Vol. 22, Numéro 4 ; Volume 23, Numéros 1 & 2. (Estimation dont la source est : Enquête sur la population active. Compilations spéciales, Statistique Canada).

DES PARTENAIRES ET DES ORGANISATIONS ACTIVES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- 4 Les services préhospitaliers d'urgence comptent 160 techniciens ambulanciers et 79 premiers répondants.
- 4 Les pharmaciens communautaires sont répartis dans 57 pharmacies (2001).
- 4 La région compte 57 dentistes généralistes et 7 dentistes spécialistes dont 2 sont à temps partiel (novembre 2002).

La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent collabore avec plusieurs partenaires pour réaliser des actions visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population bas-laurentienne. Les principaux partenaires sont les organismes communautaires, les différents établissements d'enseignement, les ministères de l'Éducation, de l'Environnement, de la Justice, de la Famille et de l'Enfance, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, de la Sécurité publique, de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. Les municipalités, les municipalités régionales de comté, les organismes et les groupes socio-économiques dont le CRCD du Bas-Saint-Laurent figurent également parmi les partenaires de la Régie régionale.

La Régie régionale collabore également avec divers organismes gouvernementaux pour l'avancement de certains dossiers, tels la condition féminine, la santé et la sécurité au travail, etc.

CINQ INSTANCES RELÈVENT DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- 4 La Commission multidisciplinaire régionale, la Commission infirmière régionale et la Commission médicale régionale ont pour mandat de fournir des avis au conseil d'administration de la Régie régionale dans leurs champs de compétence respectifs.
- 4 Le Département régional de médecine générale a pour mandat de faire des recommandations au président-directeur général de la Régie régionale sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique, de formuler des propositions et de donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.
- 4 Le Forum de la population a pour mandat d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être et de formuler des recommandations au conseil d'administration de la Régie régionale.

LEXIQUE

§ SERVICES DE BASE

Les services de santé et les services sociaux de base sont des soins et des services s'appuyant sur une structure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques, ne requérant généralement pas de structure hospitalière et permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes sociaux et de santé communs de la population.¹ Ils comprennent les services sociaux et de santé courants (information, services médicaux, soins infirmiers, services nutritionnels, services de réadaptation physique, services psychosociaux, services communautaires et de soutien à domicile), les programmes promotionnels et préventifs et les services d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie.² Ils répondent à environ 80 % des besoins de la population et sont communément appelés « services de 1^{re} ligne ».

§ SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Les services médicaux spécialisés correspondent à des services plus complexes qui s'appuient sur une infrastructure hospitalière et une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue et sont communément appelés « services de 2^e ligne ». En raison de la dispersion de la population du Bas-Saint-Laurent sur un immense territoire et de la faible densité de la population, il est apparu évident qu'il est impossible de maintenir en permanence dans chacun des sites l'ensemble des services de 2^e ligne. Il a donc été convenu de subdiviser ces services de 2^e ligne en deux niveaux.

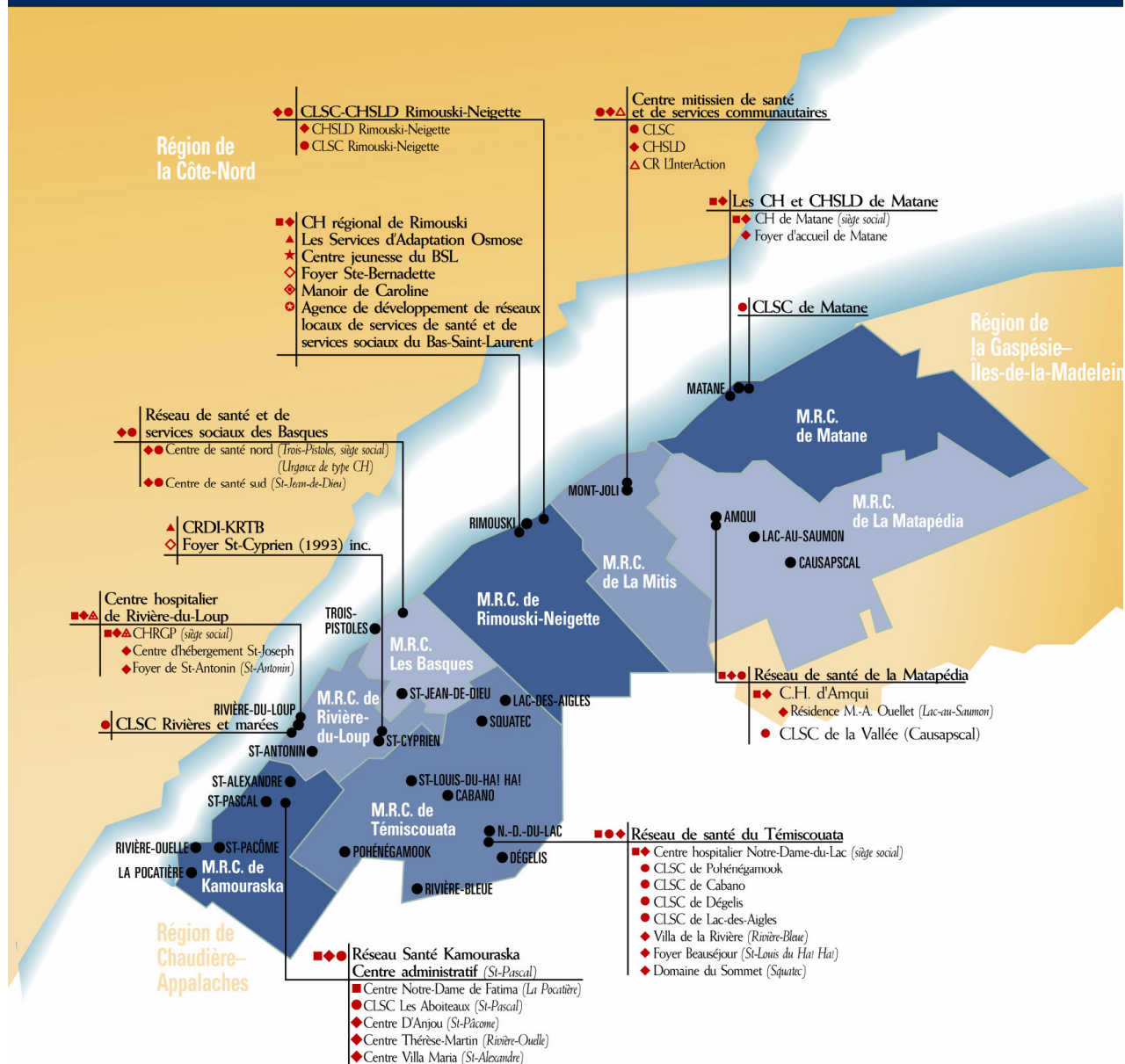
Ainsi, un centre est considéré de niveau 1 s'il offre en permanence des services d'omnipraticque, de chirurgie générale, d'anesthésie, de radiologie diagnostique, de médecine interne et d'obstétrique. De la même façon, un centre est de niveau 2 s'il offre des services permanents dans les autres sphères médicales ou chirurgicales à l'exception des services de 3^e ligne.

Certains centres sont considérés de niveau 3 pour des services de 3^e ligne en raison de leur complexité, de leur lourdeur et de leur faible volume. Ces services sont la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la dialyse rénale, la radiothérapie et certains services de néonatalogie.

Note : (1) Starfield Barbara. Is primary care essential? The Lancet. 1994. 344 : 1129-33.
(2) RRSSS du Bas-Saint-Laurent. Définition d'un réseau local de services de base intégrés. Document de travail. Décembre 2001, p. 8-10.

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

Missions des établissements et leurs principales installations



LEXIQUE ET LÉGENDE

- **CHSGS** : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- **CLSC** : Centre local de services communautaires
- ◆ **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

1. LE CONTEXTE

Population vieillissante et en décroissance

L'évolution démographique de la population du Bas-Saint-Laurent selon les principaux groupes d'âge, devance les tendances observées au Québec. Ainsi, en 2001, les personnes de 65 ans et plus représentent 15,3 % de la population de la région comparativement à 13 % à l'échelle du Québec. La proportion actuelle de personnes de 65 ans et plus au Bas-Saint-Laurent se rapproche des prévisions faites pour le Québec en 2011 (15,9 %). On estime à plus de 18 % cette proportion en 2011 dans le Bas-Saint-Laurent. De plus, au sein du groupe de personnes de 65 ans et plus, la proportion de personnes de 75 à 84 ans et celle de 85 ans et plus sont supérieures à celles du Québec. Cette évolution est attribuable principalement à deux facteurs : la mortalité est plus faible avant l'âge de 75 ans dans la région qu'au Québec et l'exode de jeunes adultes vers d'autres régions est plus importante en raison, notamment, du contexte économique.

Par ailleurs, la diminution des naissances et de la fécondité est plus marquée dans la région qu'au Québec. Entre 1982 et 1998, le nombre de naissances a chuté de 45 % dans la région comparativement à 16 % au Québec. L'indice synthétique régional de fécondité est également l'un des plus faibles au Québec. Conséquemment, on observe une baisse significative des familles avec enfants de moins de 18 ans de l'ordre de 9 % entre 1991 et 1996, soit une diminution de plus de 2 700 familles dans la région.

Entre 1996 et 2001, la population de la majorité des municipalités de la région a enregistré une baisse, aussi bien dans les centres de services que dans les municipalités rurales, accusant une diminution totale de 2,7 %. En 2001, pour la première fois, tous les centres de services de la région ont connu une diminution de leur population.

Bilan de santé favorable, mais reflétant l'évolution démographique

Le bilan de santé de la population régionale est globalement aussi favorable que celui du Québec pour les hommes comme pour les femmes si l'on en juge par une espérance de vie à la naissance comparable et un taux plus faible de mortalité entre 45 et 74 ans. Toutefois, les principaux problèmes de santé qui requièrent des services sont tout aussi présents, sinon davantage, compte tenu que le nombre d'années d'espérance de vie avec des incapacités est plus élevé qu'au Québec, et ce, plus particulièrement chez les femmes. On peut donc faire l'hypothèse, à la lumière de ces données, que les problèmes se présentent à des âges moins avancés et que la durée de la maladie est plus longue avant d'entraîner le décès.

La région se distingue du Québec pour certains problèmes de santé qui requièrent davantage de services ou d'interventions spécifiques. Parmi ceux-ci, les accidents de la route sont ceux qui démarquent le plus la région de l'ensemble du Québec, puisqu'ils entraînent davantage de décès et de blessés graves. En outre, les hommes du Bas-Saint-Laurent présentent des taux de suicide et de limitation d'activités à long terme plus élevés. Quant aux femmes du Bas-Saint-Laurent, elles présentent un plus haut taux d'incidence de cancer du sein. Le cancer de l'estomac est davantage prévalant dans la région, et ce, autant chez les femmes que chez les hommes. Chez les personnes de 65 ans et plus, on observe un taux de mortalité supérieur par accident vasculaire cérébral, par insuffisance cardiaque et par maladie pulmonaire obstructive chronique.

Certaines caractéristiques socio-économiques associées à l'état de santé désavantagent la population du Bas-Saint-Laurent à un point tel que l'on devrait s'attendre à un bilan de santé moins favorable que celui du Québec. Ainsi, la région figure-t-elle parmi les moins avantagées en ce qui a trait au revenu moyen, au taux de chômage et de prestataires d'assistance-emploi ou du supplément de revenu garanti ainsi qu'à la proportion de personnes ayant une faible scolarité. Cependant, la majorité des indicateurs portant sur les habitudes de vie et les comportements, sur l'environnement social et physique de même que sur la pertinence des services de santé présentent un portrait plus favorable ou à tout le moins comparable. Il semble que, jusqu'à maintenant, ces paramètres aient compensé l'influence négative des conditions socio-économiques sur l'état de santé puisque celui-ci demeure à tout le moins comparable au Québec. À titre indicatif, dans la région on observe moins de familles monoparentales, moins de personnes vivant seules, plus de personnes satisfaites de leur vie sociale dans ses différentes composantes, un taux de naissance à l'adolescence plus faible, une criminalité plus faible, un taux plus faible de mortalité évitable par des services de santé appropriés et un taux plus élevé d'interventions dites pertinentes pour la qualité de vie.

Parmi les autres déterminants de l'état de santé qui présentent un portrait moins favorable pour les résidents du Bas-Saint-Laurent, figure un profil de consommation de médicaments plus élevée que celui observé au Québec, particulièrement chez les personnes de 65 ans et plus. Ces dernières sont au premier rang quant au nombre d'ordonnances qu'elles consomment sur une base annuelle. Ainsi, en 2002, les personnes de 65 ans et plus non hébergées de la région ont consommé 67,9 médicaments obtenus sur ordonnance, créant un écart d'environ 11 ordonnances de plus en moyenne par personne comparativement à la population québécoise du même groupe d'âge (57,2)³. De plus, selon une étude publiée en 2001, cette même population de 65 ans et plus figure au second rang quant à la proportion de personnes consommant au moins cinq médicaments prescrits sur une base quotidienne, soit 18,2 % au Bas-Saint-Laurent comparativement à 16,4 % au Québec⁴.

³ RAMQ. Statistiques – programmes administrés par la RAMQ, 2002.

⁴ RAMQ. Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées. 2001.

Organisation et offre de service sur un vaste territoire ayant une faible densité de population

A) L'évolution de la configuration des services

Au cours des dernières années, la région a connu une révision importante de la manière dont les services sont configurés. Sans mettre de côté les efforts réalisés dans tous les établissements, les éléments majeurs de cette transformation ont touché le nombre d'établissements et leur structure de gestion, le nombre de lits en santé physique et les alternatives à l'hospitalisation, le nombre de lits en CHSLD et la mise en place de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel ainsi que le nombre de lits en santé mentale et la mise en place de soins et de services dans la communauté.

Le regroupement des établissements par territoire de MRC a fait passer leur nombre de 25 en 1996 à 15 en 2002. Ainsi, en 2002-2003, suite au processus de regroupement administratif, les établissements de six des huit MRC sont gérés par un conseil d'administration unique ou par une direction unique. Dans ces MRC, les établissements regroupent l'une ou l'autre des missions de CLSC, de centre hospitalier ou de centre d'hébergement et de soins de longue durée. Outre ces missions locales, un de ces établissements exploite un centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie et un autre, un centre de réadaptation en déficience physique.

La région compte également trois établissements régionaux soit un centre jeunesse (exploitant un centre de réadaptation de l'enfance et de la jeunesse et un centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation) et deux CRDI.

La mise en place d'alternatives à l'hospitalisation et la révision des services hospitaliers a entraîné une diminution du nombre de lits en santé physique dans les centres hospitaliers, passant de 796 lits au 31 mars 1996 à 458 lits au 31 mars 2002.

La mise en place d'alternatives à l'hébergement institutionnel des personnes en perte d'autonomie a fait en sorte que le nombre de lits de CHSLD est passé de 1 951 en 1996 à 1 332 en 2002. Cette diminution de lits a été compensée par le déploiement de ressources plus légères faisant en sorte que la région dispose maintenant de 545 places en ressources intermédiaires et de 154 places en ressources de type familial.

Ces efforts de rationalisation, réalisés dans un contexte d'assainissement des finances publiques, avaient pour objectif de maintenir l'accessibilité locale à des services de base, répondant à la majorité des besoins de la population, et de rendre disponibles des services spécialisés en appui aux services de base. À cette fin, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux disposent de plusieurs points de service sur leur territoire de desserte. Ainsi, on compte 27 points de service et 11 points de chute des CLSC; le Centre jeunesse dispose de 12 points de service, dont 8 pour les services psychosociaux courants et 4 pour les services de réadaptation; l'hébergement et les soins de longue durée sont répartis dans 17 installations; en déficience intellectuelle, on compte 8 centres de jour, 9 points de service, 11 ateliers de travail, 6 plateaux de stages, 3 ressources de type familial et 1 ressource d'assistance continue;

en déficience physique, on dénombre 3 points de service et 2 points de chute; les entreprises ambulancières opèrent 17 points de service.

De plus, en raison de l'étendue du territoire et de la dispersion de la population, la région compte six centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés parmi lesquels figurent, notamment, deux centres hospitaliers offrant des services médicaux de 2^e ligne dont l'un offre également des services médicaux de 3^e ligne. Au total, pour les huit MRC du territoire, on dénombre : huit services d'urgence dans 7 MRC, neuf laboratoires, neuf services d'imagerie médicale, six blocs opératoires et une clinique de santé ouverte sept jours par semaine.

Les services spécialisés en réadaptation physique et intellectuelle, en alcoolisme et toxicomanie et les services sociaux spécialisés pour les jeunes sont centralisés dans cinq établissements qui desservent l'ensemble de la région. L'offre de service est déconcentrée dans les huit MRC, à l'exception des services de réadaptation physique dont le déploiement n'est pas complété.

Ainsi, pour desservir une population de 200 000 habitants, répartie dans 128 municipalités, la région compte 119 points de service. Ces points de service sont regroupés dans 103 installations, dont 40 appartiennent au réseau public et 63 sont en location. De ces installations, 19 comptent plus d'un point de service.

B) L'accessibilité aux services

§ Services en santé publique

La réalisation des activités de santé publique diffère selon les fonctions. En surveillance et en protection, les activités sont réalisées exclusivement par le personnel de la direction de santé publique. En prévention, les activités sont réalisées principalement par le personnel des CLSC et des centres hospitaliers et, en promotion de la santé, la réalisation des activités se partage entre les établissements, la direction de santé publique et les médecins en cabinet.

Les interventions de santé publique dans la région se distinguent principalement par :

- La vaccination des enfants et des jeunes réalisée exclusivement par les infirmières du CLSC avec un taux de couverture supérieur à 90 %;
- L'implantation d'un programme de support éducatif dont les activités sont réalisées conjointement par les CLSC et les centres de la petite enfance et du programme Naître Égaux et Grandir en Santé visant le développement des enfants de milieux vulnérables;
- L'intégration systématique d'activités de prévention dans les services aux personnes atteintes d'une maladie chronique;
- La promotion d'activités physiques de loisir et l'implication, notamment, dans la réalisation de pistes cyclables avec le milieu municipal;
- La prévention des accidents de la route, des blessures chez les jeunes enfants et des chutes à domicile chez les personnes âgées;
- La planification des naissances et la prévention des maladies transmises sexuellement avec la mise en place de cliniques spécialisées en milieu hospitalier ou en CLSC.

§ Services généraux infirmiers et psychosociaux

Les services généraux infirmiers et psychosociaux offerts dans les CLSC ne sont généralement accessibles qu'en journée, du lundi au vendredi. Seuls les services de soutien à domicile déjà planifiés sont disponibles en dehors des heures d'ouverture. De ce fait, en dehors des heures d'ouverture des CLSC, les personnes doivent faire appel à des services plus lourds (urgence des centres hospitaliers) ou plus légers (organismes communautaires) que ce que leur condition nécessite.

§ Services médicaux

Le ratio omnipraticien / population pour la région se situe sous la moyenne québécoise. Au déficit global des effectifs médicaux s'ajoutent les difficultés de recrutement et de rétention qui sont variables d'une MRC à l'autre avec comme conséquence un accès inégal aux services médicaux.

Les effectifs actuels de médecins spécialistes sont globalement insuffisants compte tenu des caractéristiques de la population à desservir et du territoire à couvrir. Certaines spécialités médicales de premier niveau sont en situation précaire et l'accessibilité aux services médicaux de base dans certaines MRC est variable selon l'arrivée ou le départ souvent d'un seul médecin. La précarité des équipes ou des services est attribuable principalement au nombre restreint de médecins requis en fonction du bassin de population ou à des difficultés de recrutement. Enfin, les conditions de travail se caractérisent par une charge de travail importante autant pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes et une grande mobilité, notamment pour les médecins spécialistes.

De plus, même si le nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes dans la région demeure relativement stable, le taux de roulement des médecins au cours des dernières années est élevé. Sur une période de 10 ans, le nombre d'arrivées et de départs est pratiquement équivalent, soit 129 arrivées et 115 départs pour les médecins omnipraticiens et 96 arrivées et 80 départs pour les médecins spécialistes.

L'accessibilité à certains services spécialisés régionaux ou extrarégionaux entraîne des déplacements et des dépenses qui doivent être assumés en grande partie par les personnes.

On constate que la consommation réelle des services médicaux est supérieure à la consommation attendue par les résidents de la région pour des services médicaux dispensés par des médecins omnipraticiens alors qu'elle est moindre pour les services dispensés par des médecins spécialistes. Au total, la consommation réelle de services médicaux par la population du Bas-Saint-Laurent est inférieure à la consommation attendue.

§ Services hospitaliers

L'accès aux services de radiothérapie est compromis en raison d'une liste d'attente due principalement à une pénurie de techniciens. Le service de dialyse a atteint un niveau de saturation en raison des équipements disponibles. Les difficultés de recrutement de pharmaciens en

établissements entraînent de plus un problème de disponibilité de ces services dans certaines MRC.

On relève également des listes et des délais d'attente pour les interventions en bloc opératoire et dans certains services médicaux spécialisés à représentation unique.

Les services d'urgence de certains centres hospitaliers connaissent des problèmes d'engorgement. Ces problèmes sont associés principalement à l'absence de ressources alternatives pour répondre aux demandes de service de la clientèle nécessitant des services de longue durée ou à l'absence de lits disponibles sur les départements due notamment à des durées moyennes de séjour plus élevées que la moyenne québécoise.

Le taux d'hospitalisation des résidents de la région est supérieur au taux de l'ensemble de la population québécoise. On constate que le taux d'hospitalisations jugées évitables par le recours à d'autres services pour certaines conditions de santé est plus élevé. Dans certains centres hospitaliers, des personnes demeurent hospitalisées pour le seul motif d'attente d'hébergement ou de services médicaux spécialisés qui ne sont pas disponibles localement ou dans la région.

§ Services d'hébergement et de soins de longue durée

La région dispose de 1 332 lits en CHSLD, ce qui représente un ratio de 4,31 lits en CHSLD par 100 personnes âgées de 65 ans et plus alors que le ratio de lits prévus en 2008 dans les orientations ministérielles sur les services aux personnes de 65 ans et plus se situe, respectivement au niveau national et régional, à 3,5 et 3,7 places par 100 personnes de 65 ans et plus.

De plus, la région compte actuellement 736 places reconnues en ressources intermédiaires représentant près de 8 % de la totalité des places reconnues de l'ensemble du Québec pour moins de 3 % de la population totale. La très grande majorité de ces 736 places, soit 545 places (74 %), font partie du programme des personnes âgées en perte d'autonomie.

Malgré le volume de ressources d'hébergement et de soins de longue durée dont dispose la région, 87 personnes étaient en attente d'hébergement au 31 mars 2002, pour un délai moyen d'attente de 82 jours.

§ Services de santé mentale

- pour les enfants et les jeunes

L'accessibilité locale à des services en santé mentale pour les enfants et les jeunes n'est pas assurée. Les services spécialisés de santé mentale s'adressant aux enfants et aux jeunes sont offerts sur une base sous-régionale par les centres hospitaliers de Rivière-du-Loup et Rimouski. Ces services sont inégalement développés dans ces deux centres et ne peuvent compter au total que sur 1,5 équivalent temps complet d'effectifs médicaux spécialisés, ce qui entraînent une liste d'attente à ces services.

- pour les adultes

La transformation des services de santé mentale visant le maintien des personnes dans la communauté a accentué une demande de services de première ligne de même qu'auprès des services externes spécialisés. Ainsi, les services s'adressant aux personnes présentant des troubles graves et persistants sont accessibles mais devront être consolidés afin de maintenir le niveau actuel d'accessibilité. Les services destinés aux personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée présentent une liste d'attente dont le nombre de personnes et le délai d'attente sont en augmentation constante. De plus, les services d'urgence psychosociale ne sont pas uniformément développés sur le territoire, ce qui entraîne des disparités intrarégionales d'accessibilité à ces services.

§ Services sociaux spécialisés pour les enfants et les jeunes

Le nombre de signalements reçus au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2003 représente 4 % des signalements de l'ensemble du Québec. La proportion de signalements retenus se situe à 4,3 %. La liste d'attente à l'évaluation représente 6,1 % des situations en attente d'évaluation à l'échelle du Québec.

Occasionnellement, des situations d'engorgement des services internes de réadaptation se présentent, ce qui rend nécessaire des placements hors région ou l'ouverture de places ou d'unités temporaires.

Les services spécialisés en toxicomanie pour les jeunes dont l'intervention nécessite l'hébergement ne sont disponibles qu'à l'extérieur de la région, ce qui en réduit l'accessibilité et l'efficacité.

§ Services spécialisés en réadaptation physique

L'accessibilité à des services spécialisés en réadaptation physique et de soutien à la participation sociale des personnes présentant une déficience physique est compromise par la présence d'une liste d'attente et de délais d'attente qui peuvent aller jusqu'à deux ans. Ces délais sont attribuables à plusieurs facteurs dont le déploiement du programme de réadaptation physique qui n'est pas complété dans la région ainsi que la non-récurrence de certaines sources de financement qui rend difficile le recrutement. L'accessibilité est également compromise pour les services en orthophonie, en audiologie et pour les problèmes de basse vision en raison de l'absence ou de la pénurie de professionnels dans ces disciplines.

On constate également une iniquité au niveau de l'accessibilité et de l'intensité des services entre les clientèles bénéficiant d'un régime d'assurance publique complémentaire (CSST, SAAQ) et celles couvertes par le régime universel.

De plus, les personnes âgées en perte d'autonomie, qu'elles résident à domicile ou dans un milieu de vie substitut, ne reçoivent pas tous les services de réadaptation qui leur permettraient de maintenir ou d'améliorer leur niveau d'autonomie.

§ Services spécialisés en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

Les orientations préconisées par la nouvelle politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle ainsi qu'à leur famille et leurs proches, viennent modifier l'organisation des services ainsi que les pratiques professionnelles. L'intervention systémique et communautaire est privilégiée afin de maximiser la participation sociale des personnes. La large majorité des ressources d'hébergement requises sont de type non institutionnel. Dans la région, le processus d'intégration sociale des personnes hébergées en institution est complété.

Par ailleurs, les personnes présentant une double problématique, telles que déficience/trouble de santé mentale, déficience/troubles sévères de comportement, déficience associée à des déficiences physiques et déficience/problématique de judiciarisation, ne reçoivent pas l'ensemble des services qui sont requis. Il faut également considérer le processus de vieillissement de ces personnes qui rend nécessaire le développement d'interventions spécifiques.

Le mandat récent octroyé au centre de réadaptation en déficience intellectuelle pour les problématiques de troubles envahissants du développement rend nécessaire le développement d'une formation spécialisée pour le personnel afin d'être en mesure d'offrir les services requis, notamment, en ce qui a trait à l'intervention intensive comportementale.

§ Soins palliatifs

L'analyse de la situation des soins palliatifs dans la région⁵ fait le constat de ruptures dans le continuum de services, de la perte d'expertise organisationnelle en soins palliatifs au cours des dernières années et d'une organisation de service axée sur les ressources disponibles plutôt que sur les services qui sont requis.

C) La continuité et l'intégration des services

Les fusions ou les alliances administratives réalisées au cours des dernières années par les établissements dispensant des services de base dans sept des huit MRC de la région ont permis de faciliter la mise en place d'une offre de service mieux intégrée.

Ces fusions ont mené à une définition du panier des services de base dans une MRC et à une réorganisation du mode de distribution des services favorisant une meilleure continuité et globalité des services offerts.

L'implantation, dans la majorité des MRC, d'intervenant pivot auprès des clientèles atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), d'asthme ou d'insuffisance cardiaque a permis d'améliorer la continuité des services pour ces personnes.

⁵ Projet de cadre de référence régional en soins palliatifs de fin de vie, document de consultation, mars 2002, page 33.

La mise en place d'un réseau de services de crise psychosociale qui tend vers une gamme de services intégrés incluant la réponse téléphonique, les services psychosociaux face à face, l'hébergement de crise et l'hospitalisation favorise le recours à des services moins lourds et plus adaptés. Cependant, malgré les efforts consentis, la continuité et la complémentarité des services demeurent incomplètes et nécessitent une consolidation des services, notamment, en ce qui concerne les services de consultation individuelle.

Dans certains territoires de MRC, des efforts sont consentis pour améliorer la continuité et la complémentarité des services. À titre d'exemple, mentionnons la mise en place de guichets uniques pour les services de maintien à domicile dans les CLSC ainsi que la mise en place d'un agent de liaison entre le CLSC et le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent.

Nécessaire mise à niveau des ressources matérielles et informationnelles

Un certain nombre des installations sur le territoire présentent des carences majeures. Parmi les plus importantes, figurent la situation en hébergement où on observe un taux élevé de chambres en occupation double et multiple avec des superficies réduites, un taux réduit de toilettes mitoyennes et des problèmes généralisés de fonctionnement, tels que le manque d'espaces communautaires ou utilitaires et la non-fonctionnalité des postes de garde.

Les problèmes reliés à la vétusté du parc d'équipements médicaux ne sont pas différents de ceux des autres régions éloignées.

Le réseau de télécommunication RTSS maintenu par le GTQ ne permet pas de soutenir sur tout le territoire une vitesse de transmission aussi performante que celle des centres urbains.

Situation financière difficile et marge de manœuvre pratiquement inexistante

La situation financière du réseau est difficile. Dix établissements ont terminé l'exercice financier 2002-2003 avec des déficits d'exploitation totalisant près de 3,7 M\$, alors que les déficits accumulés totaux de la région représentaient 7,8 M\$ au 31 mars 2003. Ces déficits étaient très largement concentrés dans quatre établissements.

Les résultats obtenus de l'évaluation de la performance des six centres hospitaliers de la région par le Comité Bédard situent la non-performance régionale pour ces établissements globalement à 715 000 \$. Régionalement, un monitoring annuel de la performance des six centres hospitaliers de courte durée, en référence à un groupe d'établissements comparables au Québec, indique pour 2001-2002, une performance de 1,5 M\$. Malgré cette performance globale, certains centres d'activités se démarquent par leur non-performance, notamment les soins infirmiers de courte durée, le bloc opératoire ainsi que les laboratoires.

La région doit faire face à des coûts importants de stabilité et de sécurité d'emploi. En 2002-2003, 5,2 % des dépenses totales du Québec à ce titre étaient enregistrées dans les établissements du Bas-Saint-Laurent pour des revenus d'exploitation qui ne représentaient que 3,1 % de ceux de l'ensemble du Québec. Les coûts de stabilité d'emploi étant pris en charge par la Régie régionale, une partie importante des marges de manœuvre régionales est consacrée à cette fin plutôt qu'aux services directs à la population.

2. LES ENJEUX VS LES DÉFIS

Accessibilité locale aux services continus de base requis par la population de chaque MRC

L'accessibilité et la continuité des services, qu'ils s'agissent des services courants et généraux ou des services spécialisés, sont tributaires à la fois de la présence des professionnels de la santé, de l'organisation des services, des caractéristiques de la population et de l'état des équipements. Tous ces éléments sont susceptibles de présenter des défis ou des opportunités pour rendre accessibles les services requis et en assurer la continuité.

- § Le premier défi consiste à garantir la stabilité du panier de service en consolidant les équipes dans chacune des MRC. Ce défi réfère à la capacité effective de recruter et de retenir les professionnels dont la pénurie entraîne des délais d'attente ou l'absence de service.
- § Le deuxième défi consiste à concevoir une organisation de service efficiente dont l'offre permet un accès rapide et facile aux services tout en offrant les meilleures garanties de continuité et d'intégration. Compte tenu des faibles bassins de population à desservir dans les centres de service de la région, l'organisation des services généraux devrait se concrétiser autour d'un point central, impliquant une unique porte d'entrée à ces services pour l'ensemble des missions du réseau public. Ce défi est important dans la mesure où il peut signifier, pour les établissements et le personnel des MRC où les établissements ne sont pas fusionnés ou lorsque l'unification n'est pas complétée, la perte de leur identité corporative dans l'affichage et la localisation.
- § Le troisième défi consiste à assurer l'accès à des services continus et intégrés par la mise en place de mécanismes de liaison, tels que les gestionnaires de cas, des corridors de service et un système d'échange d'information convivial et utile. Le fait que les établissements de santé soient gérés par un conseil d'administration unique ou par une direction unique dans sept des huit MRC de la région constitue une opportunité. En effet, la consolidation du fonctionnement et de l'offre de service de base en réseau intégré devrait faciliter l'atteinte du critère de continuité des services et des interventions, tout particulièrement pour les personnes ayant des problèmes de santé chroniques.
- § Le quatrième défi consiste à ajuster l'offre de service en fonction des caractéristiques de la population, et plus particulièrement en fonction des problèmes qui sont associés à l'âge. Le vieillissement plus prononcé de la population du Bas-Saint-Laurent comparativement à celle du Québec fait en sorte que la région est déjà confrontée au défi souligné dans les orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées. Ce défi se concrétise par une demande de service axée principalement sur des maladies chroniques. En conséquence, l'offre de service devra tenir compte de cette réalité en mettant l'accent sur la mise en place de réseaux intégrés de service, en adaptant les pratiques professionnelles, en accentuant le recrutement, notamment, de professionnels en réadaptation physique, de médecins et de pharmaciens et en rehaussant l'offre de service d'assistance et de soutien à domicile.

- § Le cinquième défi réfère à la vétusté du parc d'équipements médicaux et consiste à maintenir, avec les ressources allouées dans chacun des établissements, les équipements nécessaires pour conserver les services près de la population. De plus, le plateau technique devra être suffisamment intéressant et complet pour permettre aux spécialistes d'offrir les services, de maintenir les effectifs en place ou de favoriser le recrutement. Les projets de téléradiologie régionale et de réorganisation des laboratoires constituent à cet égard des opportunités.

L'adéquation entre le financement et les caractéristiques démographiques, socio-économiques et territoriales

Au cœur de cet enjeu se situe l'engagement du Ministère d'établir l'équité interrégionale sur la base des besoins et des caractéristiques de la population tout en tenant compte des coûts reliés à l'accessibilité aux services. Le défi consiste à faire valoir auprès du Ministère l'impact financier des caractéristiques démographiques, socio-économiques et territoriales de la région. La Régie régionale devra également appliquer ces mêmes paramètres pour l'allocation intrarégionale des ressources financières.

Ainsi, les allocations budgétaires du MSSS doivent permettre de répondre aux demandes de services de la population selon des niveaux d'accessibilité, de continuité et de complémentarité dans la région qui sont comparables à l'ensemble du Québec.

D'une part, des efforts importants devront être consentis afin d'obtenir des gains d'efficience en révisant la gestion et l'organisation actuelle des services et du travail. Cependant, à eux seuls, ces gains d'efficience ne suffiront pas à atteindre ou à maintenir l'équilibre budgétaire. En effet, l'augmentation de la proportion et du nombre de personnes de 65 ans et plus dans la région, la pression sur la demande de certains services de base (soutien à domicile) ou spécialisés (hémodialyse, oncologie, etc.) et la hausse des coûts des médicaments figurent parmi les facteurs créant une pression sur la situation financière des établissements.

D'autre part, dans un contexte où les déficits budgétaires des établissements s'accumulent et le financement du réseau régional est perçu comme étant sur-budgétisé, le défi consiste à maintenir l'offre actuelle de service à la population. De plus, aucune marge de manœuvre suffisante à même l'enveloppe régionale ne pourra être dégagée en vue d'adapter l'offre de service à l'évolution des demandes prévisibles à court terme dans un contexte de vieillissement de la population.

La pression sur les services due au vieillissement de la population, alliée au fait que les établissements tendent à restreindre leur offre de service pour atteindre l'équilibre budgétaire, a des impacts sur l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services et met en péril, notamment, le déploiement de réseaux intégrés de service.

§ Allocations budgétaires en fonction des caractéristiques socio-économiques

- Personnes âgées

Dans la région, la majorité des personnes de 65 ans et plus sont dans une situation économique précaire puisque au-delà de 70 % de celles-ci bénéficient d'un supplément de revenu garanti.

Ainsi, une proportion moindre de personnes de 65 ans et plus dans la région comparativement au Québec ont les ressources financières pour assumer les frais d'une résidence collective privée offrant une gamme de services d'aide et de soins à domicile. En conséquence, celles-ci doivent compter sur les services d'aide et de soins dispensés par le réseau public.

Le défi à rencontrer pour offrir des services publics équivalant à ceux de l'ensemble de la population de 65 ans et plus du Québec consiste à maintenir l'accessibilité à des services d'aide et de soins à une proportion plus importante de personnes.

§ Allocations budgétaires en fonction des caractéristiques territoriales et populationnelles

En ce qui concerne les caractéristiques territoriales, le défi consiste à faire valoir auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux l'importance de la part des coûts de système des établissements qui diffère en fonction du volume d'activités ou de la taille des établissements.

Le fait de desservir un vaste territoire, dont la densité de la population est faible, soulève un défi d'équité interrégionale et intrarégionale dans la répartition des ressources financières lorsque celle-ci est basée uniquement sur l'approche populationnelle.

D'une part, les coûts unitaires reliés aux services (ex. plateau technique) et les coûts administratifs accaparent une partie plus importante des budgets alloués aux établissements de petite taille ayant un faible volume d'activités qu'à ceux de taille supérieure dont le volume d'activité est plus important. D'autre part, les coûts reliés au maintien de services accessibles, continus et de qualité sont plus élevés par unité lorsque le volume d'activités est plus faible. Ces constats s'appliquent aussi bien au niveau régional qu'au niveau local et montrent l'importance de considérer les coûts reliés au maintien d'équipes minimales de base lors des calculs du per capita de même que certains indicateurs se rapportant à la taille du territoire, à la densité de la population et à sa dispersion.

LES ORIENTATIONS

Les orientations du plan stratégique régional correspondent globalement aux défis identifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'aux défis régionaux identifiés à la section précédente.

- Orientation 1 – Changer la façon dont les services sont organisés, pour que la population ait accès facilement et rapidement à des services continus et intégrés.
- Orientation 2 – Changer la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux en intégrant des objectifs de résultats au volume d'activités.

ORIENTATION 1 –

Changer la façon dont les services sont organisés, pour que la population y ait accès facilement et rapidement

PRIORITÉ 1.1 : Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne et de proximité

Objectif 1.1.1

Planter au moins un groupe de médecine de famille dans chacun des territoires de CLSC

Cibles	Indicateurs
♦ Mettre en place, en 2003-2004, 3 nouveaux GMF avec une responsabilité quant à l'accès aux services 24/7, à la disponibilité des services médicaux généraux et au suivi approprié aux clientèles inscrites.	- Nombre de groupes de médecine implantés - Population rejointe - Nombre de médecins participants
♦ Planter d'ici 2006 au moins un GMF avec une responsabilité quant à l'accès aux services 24/7, à la disponibilité des services médicaux généraux et au suivi approprié aux clientèles inscrites dans chacune des huit territoires de CLSC.	- Nombre de territoires de CLSC ayant un GMF - Population rejointe - Nombre de médecins participants

Objectif 1.1.2

Offrir des services généraux uniformes et plus complets dans les 8 territoires de CLSC

Cibles	Indicateurs
♦ Augmenter l'accessibilité d'ici 2006 dans tous les territoires de CLSC par : § Des services infirmiers avec et sans rendez-vous § Des services psychosociaux courants avec et sans rendez-vous § Des services de nutrition, de physiothérapie, d'audiologie et d'orthophonie § Des services psychosociaux courants offerts aux jeunes § Des services de santé mentale pour les personnes présentant des troubles transitoires ou situationnels § Des services de prélèvements ♦ Garantir un accès en tout temps aux services conseil, de référence et d'orientation d'Info-Santé ♦ Implanter un Info-Social 24/7	- Nombre d'heures/semaine Nombre de jours/semaine Nombre d'interventions (+ points de services) - Nombre d'heures/semaine Nombre de jours/semaine Nombre d'interventions (+ points de services) - Disponibilité des services - Disponibilité des services - Disponibilité des services - Plan d'accès aux services de prélèvement - Délai de traitement des appels Pertes d'appel - Degré d'implantation du service

Objectif 1.1.3

Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Cibles	Indicateurs
Personnes ayant une déficience physique	
§ Rehausser l'offre globale de services à domicile (clientèle desservie et intensité des services)	Nombre de personnes desservies Nombre moyen d'interventions à domicile Nombre moyen d'heures de services à domicile
◆ Offrir la même gamme de services dans tous les territoires de CLSC :	
§ Services spécialisés de réadaptation en :	
§ Déficience motrice	Disponibilité des services spécialisés
§ Déficience visuelle	Disponibilité des services spécialisés
§ Déficience auditive	Disponibilité des services spécialisés
§ Déficience de la parole et du langage	Disponibilité des services spécialisés
◆ Consolider les mesures de soutien aux familles :	
§ Services d'aide à domicile (aide domestique et assistance personnelle)	Nombre de personnes desservies Volume moyen d'interventions
§ Services aux proches-aidants (gardiennage, répit, dépannage, etc.)	Nombre de personnes desservies Montants moyens versés
◆ Améliorer l'accès aux aides techniques	Budget consacré
◆ Assurer l'intégration et la coordination des services :	
§ Outil d'évaluation multiclientèle	Nombre de personnes prises en charge
§ Gestion de cas	Nombre de PSI
◆ Créer de nouvelles places en ressources résidentielles	Nombre de places en ressources résidentielles

Objectif 1.1.3

Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Cibles	Indicateurs
Personnes ayant une déficience intellectuelle	
◆ Rehausser l'offre globale de services à domicile (clientèle desservie et intensité des services)	Nombre de personnes desservies Nombre moyen d'intervention à domicile Nombre moyen d'heures de services à domicile
◆ Améliorer l'accès aux services spécialisés : § Adaptation-réadaptation § Intégration socio-résidentielle § Intégration socioprofessionnelle	Nombre de personnes desservies – (délai d'attente) Nombre de personnes desservies Nombre de personnes desservies
◆ Consolider les mesures de soutien aux familles (gardiennage, répit, dépannage, etc.)	Nombre de personnes desservies Montants moyens versés
◆ Augmenter le nombre de places en milieu résidentiel substitut	Évolution du nombre de places en milieu résidentiel substitut
◆ Augmenter le nombre de personnes qui bénéficient de services professionnels	Évolution du nombre de personnes qui bénéficient de services professionnels
◆ Assurer l'intégration et la coordination des services : § Outil d'évaluation multiclientèle § Gestion de cas	Nombre de personnes prises en charge Nombre de PSI
◆ Compléter la réinsertion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle	Nombre de personnes en institution

Objectif 1.1.3

Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Cibles	Indicateurs
Personnes atteintes de maladies chroniques ◆ Rehausser l'offre globale de services intégrés (clientèle desservie) § Diabète § Maladies pulmonaires obstructives chroniques § Problèmes cardiovasculaires § Cancer ◆ Assurer un accès dans tous les territoires de CLSC à des services intégrés : § Enseignement aux patients § Autogestion de la maladie § Suivi clinique, pharmaceutique, nutritionnel, psychosocial et de réadaptation ◆ Assurer l'intégration et la coordination des services : § Gestion de cas ◆ Réaliser un plan régional d'intervention et de services intégrés de lutte contre le cancer	Nombre de personnes desservies (par pathologie) Degré d'implantation des programmes en : • Diabète • MPOC • Problèmes cardiovasculaires • Cancer Nombre de personnes suivies Nombre de clients atteints d'une maladie chronique admis en CH via l'urgence Nombre de personnes prises en charge Adoption d'un plan régional d'intervention et de services intégrés de lutte contre le cancer

Objectif 1.1.3

Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Cibles	Indicateurs
Personnes ayant des troubles envahissants du développement ◆ Rehausser l'offre globale de services : § Enfants de 0-5 ans – stimulation § Enfants en milieu scolaire – soutien § Adultes – activités de jours et de soutien ◆ Rendre accessibles sur une base locale des services : § Généraux § Spécialisés d'intervention et de soutien à l'intégration sociale § Suivis clinique, pharmaceutique, nutritionnel, psychosocial et de réadaptation § Services aux proches-aidants (gardiennage, répit, dépannage, etc.) ◆ Assurer l'intégration et la coordination des services : § Outil d'évaluation multiclientèle § Gestion de cas ◆ Développer de nouvelles places résidentielles	Nombre de personnes desservies Nombre d'heures/client (par clientèle) Disponibilité des services Nombre d'heures/client (par clientèle) Nombre de personnes prises en charge Nombre de PSI Nombre de places résidentielles

Objectif 1.1.3

Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Cibles	Indicateurs
Jeunes en difficulté - Assurer la disponibilité et l'intensité des services psychosociaux courants destinés à soutenir et à accompagner les jeunes et les familles en difficulté - Mettre en place des mécanismes de liaison entre les CLSC et les services spécialisés en santé mentale des jeunes - Assurer un suivi de l'évaluation de l'équipe d'intervention jeunesse de la MRC de Rivière-du-Loup et partager les résultats pour bonifier l'organisation des services aux jeunes - Rendre disponibles des services spécifiques et adaptés aux jeunes exposés à la violence conjugale dans les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale - Garantir l'accès dans les délais prescrits aux services d'évaluation de la DPJ pour les signalements retenus - Assurer une gamme de services de réadaptation adaptés aux besoins des jeunes en difficultés	Liste d'attente Délai d'attente Nombre de signalements Nombre de signalements retenus Nombre d'enfants et de jeunes retenus après évaluation Nombre d'usagers rejoints Nombre d'interventions / usagers Proportion de MRC où un mécanisme de liaison est présent Nombre de PSI coordonnés par l'équipe d'intervention jeunesse Nombre de jeunes suivis Nombre de maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale desservies par des intervenants jeunesse Délai moyen d'attente pour évaluation Taux d'engorgement Nombre de places occupées / Nombre de places au permis (centre de réadaptation)

Objectif 1.1.3

Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Cibles	Indicateurs
Personnes qui souffrent de troubles mentaux graves et personnes suicidaires	
♦ Compléter la mise en place de réseaux locaux de services sous la responsabilité d'une entité désignée, s'adressant prioritairement aux personnes atteintes de troubles mentaux graves	Nombre d'entités responsables désignées
♦ Mettre en place et consolider les services de soutien dans la communauté pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves : § Soutien intensif § Soutien dans la communauté (suivi aux 15 jours) § Soutien au logement § Intégration socioprofessionnelle	Disponibilité du service Personnes desservies Par type de services Délai d'attente
♦ Assurer l'accès à des services de réponse aux situations de crise : § Problèmes de santé mentale § Personnes suicidaires	Disponibilité de services d'intervention de crise 24/7 Personnes rejointes par ces services en : § Santé mentale § Suicide

Objectif 1.1.3

Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Cibles	Indicateurs
Personnes ayant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ♦ Accroître l'accès aux services spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, incluant : § Services de désintoxication externe § Services de dégrisement § Services externes de réadaptation § Services internes de réadaptation § Services de réinsertion sociale ♦ Garantir la qualité d'un nombre accru de places dans les organismes privés et communautaires d'hébergement en augmentant le nombre de places certifiées	Disponibilité des services Nombre de personnes desservies Délai d'attente selon les services Nombre de places certifiées § Organismes communautaires § Organismes privés

Objectif 1.1.3

Offrir aux personnes qui ont des besoins multiples ou plus spécifiques des services leur permettant de rester dans leur milieu de vie

Cibles	Indicateurs
Personnes nécessitant des soins palliatifs ♦ Accroître l'accès aux services de prise en charge à domicile pour les personnes nécessitant des soins palliatifs, sur une base de 24/7, avec l'intensité et la diversité nécessaires	Nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile Nombre moyen d'interventions en soins palliatifs à domicile Nombre moyen d'heures de services en soins palliatifs à domicile

PRIORITÉ 1.2 : Offrir aux personnes âgées des services à domicile et des services en centre d'hébergement

Objectif 1.2.1

Offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie plus de services dans leur milieu de vie

Objectif 1.2.2

S'assurer que les personnes en perte d'autonomie sévère qui sont en résidence privée d'hébergement reçoivent les services dont elles ont besoin

Cibles	Indicateurs
♦ Rehausser l'offre globale de services à domicile : § Desservir plus de personnes § Offrir une réponse plus complète aux besoins : § Soins infirmiers § Soins d'assistance § Services de réadaptation § Services de nutrition § Services de pharmacie ♦ Accroître les services de soutien aux proches-aidants (répit, dépannage, accompagnement, présence-surveillance, services communautaires, etc.) ♦ Assurer l'intégration et la coordination des services : § Guichet unique § Outil d'évaluation multiclientèle § Gestion de cas ♦ Accroître l'accès aux services : § Centre de jour § Hôpital de jour § Unité de réadaptation fonctionnelle intensive § Gériatrie et psychogériatrie (équipe multidisciplinaire ou téléconsultation) ♦ Implanter un programme de prévention des chutes à domicile ♦ Poursuivre l'implantation du programme Viactive à domicile	Nombre de personnes desservies Selon le lieu de résidence Au total et par type de services : § Nombre moyen d'interventions par personne (annuel) § Nombre moyen d'heures de services par personne Au total et par type de services : § Disponibilité § Nombre de personnes desservies § Volume d'interventions Disponibilité des services Niveau d'implantation Niveau d'implantation Nombre de personnes prises en charge Par type de services : § Disponibilité § Nombre de personnes desservies § Nombre moyen d'interventions Nombre de personnes évaluées Nombre de personnes participant au programme

Objectif 1.2.3

Améliorer les services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut

Cibles	Indicateurs
♦ Améliorer la qualité des soins et des services pour les personnes actuellement hébergées en CHSLD : § Soins infirmiers et d'assistance § Services professionnels en nutrition clinique § Services professionnels en pharmacie § Services professionnels en physiothérapie § Services professionnels en ergothérapie ♦ Améliorer l'accès aux services d'hébergement institutionnel, non institutionnel et principalement à différentes formules de logement dans la communauté	§ Au total et par personne hébergée : § Nombre d'heures travaillées en soins, en services professionnels et en services d'assistance - Nombre de nouvelles places créées : § Institutionnel § Non-institutionnel § Logement dans la communauté - Taux d'hébergement : § Institutionnel § Non-institutionnel § Logement dans la communauté - Délai d'attente § Institutionnel § Non-institutionnel § Logement dans la communauté

PRIORITÉ 1.3 : Prendre le virage de la prévention

Objectif 1.3.1

Informar la population sur les moyens à prendre pour rester en santé

Cibles	Indicateurs
♦ Mettre de l'avant des interventions destinées à l'ensemble de la population : § Réalisation de trois campagnes de promotion de la santé et du bien-être qui portent sur les habitudes de vie, le développement et l'adaptation sociale et sur les maladies transmises sexuellement (national) § Réalisation d'activités régionales et locales reliées à ces campagnes de promotion	Nombre de campagnes de promotion où des actions locales et régionales ont été réalisées Nombre et nature des actions réalisées : § Régional § Local Nombre et type de milieux rejoints par ces activités : § Régional § Local

Objectif 1.3.2

Offrir plus de services préventifs dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux

Cibles	Indicateurs
♦ Mettre en œuvre le Programme national de santé publique : § Élaborer un plan d'action régional et des plans d'actions locaux découlant du PNSP (2003-2004) § Déployer progressivement le programme national § Prévoir les ajustements nécessaires au niveau de l'offre de service ♦ Déployer des services intégrés de promotion et de prévention visant à rejoindre (local) : § Femmes enceintes § Parents et enfants vivant en contexte de vulnérabilité (NEGS, PSJP, soutien éducatif précoce) § Jeunes en milieu scolaire, jeunes adultes et adultes (prévention des troubles de comportement, de l'alcoolisme et autres toxicomanies, de la violence, des problèmes de santé mentale et le suicide) ♦ Déployer des services de prévention de l'alcoolisme auprès des buveurs à risque (local) ♦ Déployer des services intégrés de prévention du jeu pathologique auprès des jeunes, des adultes et des personnes âgées (local)	Disponibilité des services intégrés mère-enfant Femmes enceintes et mères < 20 ans rejointes Femmes enceintes et mères > 20 ans vulnérables Disponibilité des services intégrés en milieu scolaire Écoles rejointes par ces services Disponibilité des services intégrés en suicide Personnes rejointes par ces services Disponibilité des services Personnes desservies par ces services Disponibilité des services Personnes desservies par ces services

Cibles	Indicateurs
2003-2004 : Jeunes en difficulté et leurs parents ♦ Concevoir et faire connaître des guides d'intervention ou différents outils qui soutiennent les pratiques cliniques préventives chez les praticiens de première ligne médicale et sociale (développement des enfants et la prévention des maladies chroniques) ♦ Introduire dans le programme d'immunisation de nouveaux vaccins contre la varicelle, la coqueluche à l'adolescence, le méningocoque du sérogroupe C et le pneumocoque ♦ Déployer des activités qui visent l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires pour prévenir les infections au VIH et les autres infections transmissibles sexuellement et l'hépatite C	Nombre de guides d'intervention ou d'outils produits Nombre de cliniciens rejoints Taux de couverture vaccinale Nombre et type d'activités réalisées

Objectif 1.3.3

Soutenir les autres secteurs d'activité afin de prendre collectivement le virage prévention

Cibles	Indicateurs
♦ Développer des liens plus étroits avec les acteurs du : § Milieu des services de garde § Milieu scolaire § Milieu du travail § Milieu communautaire § Milieu municipal ♦ Soutenir des projets intersectoriels qui favorisent la santé et le bien-être et qui préviennent les problèmes psychosociaux et de santé	Soutien à des projets intersectoriels Nombre et type de projets intersectoriels développés

PRIORITÉ 1.4 : Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés

Objectif 1.4.1

Respecter les délais d'attente des services médicaux spécialisés sur lesquels les médecins s'entendent

Cibles	Indicateurs
♦ Garantir l'accès au traitement spécialisé des cas urgents ♦ Maintenir et accroître la capacité d'intervention de services spécialisés et surspécialisés en fonction des délais d'accès suivants pour les cas électifs et semi-électifs : § 1 mois : chirurgie oncologique § 3 mois : Électrophysiologie, radio-oncologie, remplacement de la hanche et du genou (orthopédie) § 6 mois : Chirurgie pour les cataractes (ophtalmologie), autres chirurgies de jour et avec hospitalisation ♦ Développer des services de pré dialyse ♦ Rapprocher les services de dialyse du lieu de résidence des personnes ♦ Déployer la télésanté pour faciliter l'accès aux services spécialisés et surspécialisés ♦ Améliorer l'accès en diminuant les coûts reliés au déplacement des personnes qui en ont besoin	Cas en attente au-delà des délais médicalement prescrits Nombre de cas totaux sur liste d'attente Évolution du nombre de cas traités Taux d'attraction Taux de fuites Personnes suivies en pré dialyse Personnes traitées en dialyse selon le type de traitement (hémodialyse traditionnelle, semi-autonome, dialyse péritonéale) Sites opérationnels en télésanté Disciplines concernées Évolution des coûts moyens de déplacement assumés par les personnes

Objectif 1.4.2

Réduire les délais d'attente et les séjours moyens sur civières à l'urgence

Cibles	Indicateurs
♦ Réaliser le plan d'action national sur les urgences : § Implanter un plan d'action dans chaque établissement de façon à ce que le séjour moyen n'excède pas 12 heures et qu'il n'y ait pas de séjour sur civière de plus de 48 heures § Accompagner les établissements qui éprouvent des difficultés à régler leurs problèmes de congestion, notamment pour les raisons suivantes : - Fonctionnement de l'urgence - Accès aux plateaux techniques - Accès aux services spécialisés - Organisation du travail - Accès aux lits de courte durée ♦ Implanter un système d'information de gestion dans toutes les urgences ♦ Compléter l'implantation de l'outil «échelle de triage» dans toutes les urgences ♦ Revoir l'organisation fonctionnelle par le réaménagement des urgences jugées les plus vétustes	- Nombre d'établissements ayant implanté un plan d'action - Séjour moyen sur civière à l'urgence (heures) - Séjour sur civière de plus de 48 heures - Nombre d'établissements ayant éprouvé des difficultés - Nombre d'établissements accompagnés selon les raisons - Système d'information implanté - Nombre d'urgences ayant implanté l'échelle de triage - Nombre d'urgences ayant subi des réaménagements

Objectif 1.4.3

Compter sur une chaîne d'intervention efficace de services préhospitaliers d'urgence

Cibles	Indicateurs
◆ Compléter le déploiement de la chaîne d'intervention des services préhospitaliers d'urgence d'ici 5 ans, en tenant compte des particularités régionales : - Centres d'urgence 911 - Centres de communication santé - Services de premiers répondants - Services ambulatoires - Établissements receveurs	Niveau de déploiement des différents services
§ Mettre en place 1 centre de communication santé multi-régionaux	Niveau d'implantation du centre de communication
§ Conclure des ententes avec les municipalités pour le déploiement de premiers répondants	Nombre d'équipes de premiers répondants déployés
◆ Réaliser un plan triennal définissant les priorités en matière de services préhospitaliers d'urgence, en fonction des orientations nationales	Production d'un plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence

ORIENTATION 2 –

Changer la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux en intégrant des objectifs de résultats au volume d'activités

PRIORITÉ 2.1 : Assurer une main-d'œuvre plus disponible

Objectif 2.1.1

Assurer la disponibilité des infirmières, des autres professionnels et des cadres

Cibles	Indicateurs
♦ Mettre en œuvre des plans d'action en vue d'assurer la disponibilité des infirmières et des autres professionnels : § Pour les soins infirmiers § Pour les autres titres d'emploi ♦ Développer un programme de relève pour les emplois de cadres supérieurs et de cadres intermédiaires	Nombre de plans d'action Évolution des ressources disponibles par titre d'emploi Indicateur de pénurie Nombre de personnes ayant participé à un programme Nombre de personnes nommées sur un emploi cadre

Objectif 2.1.2

Soutenir le développement des compétences en fonction des priorités nationales

Cible	Indicateur
♦ Assurer la réalisation de programmes de développement et la disponibilité des ressources	Nombre de programmes de développement réalisés

Objectif 2.1.3

Améliorer l'organisation du travail et la qualité de vie au travail dans le réseau de la santé et des services sociaux

Cibles	Indicateurs
♦ Soutenir des projets de révision de l'organisation du travail afin de réduire l'impact des pénuries de main-d'œuvre et valoriser la satisfaction au travail	Nombre de projets d'organisation du travail subventionnés
♦ Favoriser un nouveau partage des responsabilités (Loi 90)	Évolution du poids relatif des heures travaillées du personnel clinique par mission Nombre d'infirmières réalisant de la pratique avancée
♦ Améliorer la gestion de la présence au travail par la poursuite de la mise en œuvre du Plan d'action triennal	Nombre d'heures en assurance salaire / nombre d'heures travaillées au total

PRIORITÉ 2.2 : Assurer une répartition équitable des effectifs médicaux

Objectif 2.2.1

Assurer une meilleure répartition des effectifs médicaux entre les territoires de MRC ainsi qu'entre les établissements et selon les priorités

Cibles	Indicateurs
♦ Élaborer un plan régional d'effectifs médicaux 2004-2007 pour : § Les omnipraticiens § Les médecins spécialistes	Évolution de l'effectif médical pour la région et par MRC Niveau d'atteinte du PREM en % Proportion de nouveaux médecins installés dans la région et par MRC en : § Omnipratique § Spécialité de base
♦ Favoriser le développement d'ententes de services entre les établissements de la région ou entre les régions pour assurer un accès équitable aux services spécialisés	Nombre d'ententes de services conclues entre : § Établissements de la région § Autres régions
♦ Assurer la participation des médecins omnipraticiens aux activités médicales particulières, en s'assurant que les services d'urgence soient couverts	Nombre de médecins omnipraticiens participants selon les activités médicales particulières et à l'urgence

PRIORITÉ 2.3 : Assurer une meilleure utilisation des technologies de l'information et des communications

Objectif 2.3.1

Développer et mettre en place des projets en matière de technologies de l'information qui supportent l'organisation des services et la prise de décision

Cible	Indicateur
♦ Compléter le déploiement et développer des systèmes d'information clinique et d'aide à la décision pour les secteurs suivants : § Informatisation des GMF § Informatisation des laboratoires § Jeunes en difficulté (PIJ) § Personnes âgées (SICHELD) § Gestion du sang (SIIATH) § Gestion des accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés (SGAS) § Gestion des urgences (SIGDU)	Évolution du développement et du déploiement des systèmes d'information

Objectif 2.3.2

Maximiser l'utilisation des infrastructures technologiques du réseau

Cibles	Indicateurs
♦ Assurer l'optimisation de la bande passante du réseau régional de télécommunication socio-sanitaire (RTSS)	Évolution de la bande passante et des périphériques associés
♦ Concentrer les activités des établissements en regard des services corporatifs (services communs) dans le technocentre régional	Niveau de réalisation
♦ Rationaliser et consolider l'utilisation des plates-formes (OS) et des ordinateurs	Niveau de réalisation

PRIORITÉ 2.4 : Assurer un financement équitable des services

Objectif 2.4.1

Répartir, entre les territoires de CLSC, le financement par programme et service selon les critères d'équité du MSSS

Cible	Indicateur
♦ Appliquer des méthodes d'allocation des budgets régionaux s'inspirant des critères ministériels	Critères d'allocation retenus selon les programmes et les services

PRIORITÉ 2.5 : Assurer le contrôle de la croissance des dépenses

Objectif 2.5.1

Assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements en déficit

Cible	Indicateur
♦ Réaliser le suivi des ententes de retour à l'équilibre budgétaire signées par les établissements	Nombre d'établissements qui ont respecté les ententes de retour à l'équilibre

PRIORITÉ 2.6 : Assurer l'évaluation des résultats

Objectif 2.6.1

Instaurer une culture de gestion par résultats

Cibles	Indicateurs
◆ Conclure des ententes de gestion entre la Régie régionale et les établissements du territoire, qui constituent les engagements au regard des cibles nationales et régionales prioritaires ◆ Produire un rapport annuel de gestion faisant état de l'atteinte des résultats pour chaque cible identifiée au plan stratégique régional	Proportion d'établissements ayant conclu des ententes de gestion à chaque année Nombre de cibles traitées dans le rapport annuel de gestion

PRIORITÉ 2.7 : S'assurer de la satisfaction de la clientèle

Objectif 2.7.1

Optimiser la satisfaction de la clientèle

Cibles	Indicateurs
◆ Implanter un système d'information et de gestion des plaintes	Évolution des plaintes selon les services et les établissements
◆ Mesurer la satisfaction de la clientèle	Évolution du taux de satisfaction de la clientèle pour les différents services et les établissements

