

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN GESTION DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS

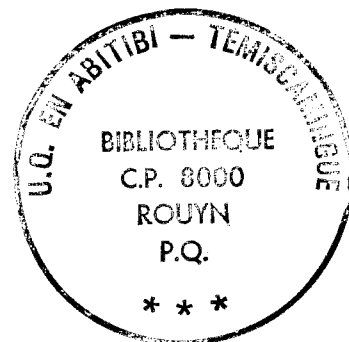
PAR

NICOLE PÉPIN

B.SC(N).

ÉLABORATION D'UN SYSTÈME DE
PLANIFICATION STRATÉGIQUE POUR
LE CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

NOVEMBRE 1987





Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

RÉSUMÉ

La recherche-action menée au Centre Hospitalier Rouyn-Noranda avait pour objet de poser un diagnostic organisationnel afin que l'organisation puisse entreprendre un processus d'activités lui permettant de s'orienter et de se développer de façon rationnelle dans les années à venir.

La méthodologie utilisée a été celle de Peter Checkland, laquelle préconise l'approche des systèmes souples. Une adaptation de cette méthodologie a été développée par Paul Prévost de l'Université du Québec de Chicoutimi afin qu'elle s'applique au diagnostic-intervention. Ce dernier auteur a constitué la ressource de base pour l'utilisation de la dite méthodologie.

L'image riche nous a permis de cerner l'environnement large du système de santé québécois ainsi que la composante régionale particulière de l'Abitibi-Témiscamingue. Nous avons alors pu identifier les dynamique et problématique particulières de la distribution des soins médicaux et hospitaliers en région.

L'étude de l'environnement interne du Centre Hospitalier Rouyn-Noranda nous a permis d'identifier des zones problématiques au niveau des structures, des processus et du climat organisationnel, la plupart étant directement ou indirectement reliées à un problème de planification.

La planification dans un centre hospitalier comporte un haut niveau de complexité vu les rôles de complémentarités que doivent jouer les centres hospitaliers en région périphérique, la dynamique de concurrence inter-centre, la rareté des ressources, les incertitudes des orientations socio-sanitaires et la multitudes des intervenants et intérêts impliqués. Il existe peu de documentation sur la planification hospitalière adaptée au contexte québécois, les ouvrages étant surtout américains.

Nous avons tout de même développé un système de planification stratégique et opérationnelle permettant à l'organisation de prendre en considération les différentes contraintes environnementales et organisationnelles.

A l'étape de l'opérationnalisation, nous avons proposé à l'organisation des étapes avec échéanciers afin de mener à bien un processus de planification stratégique ainsi que des moyens pour faciliter ces étapes.

La réflexion méthodologique nous a finalement permis de faire un retour sur le vécu du chercheur lors de l'intervention, à toutes les étapes de la méthode utilisée. Cette démarche nous a permis de faire ressortir les difficultés particulières rencontrées dans l'application de la méthodologie de Peter Checkland dans un centre hospitalier et également, l'outil précieux qu'elle a constitué, en terme de rigueur, de professionnalisme. La réflexion nous a également permis de dégager les gains personnels procurés par la réalisation de cette présente recherche-action.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier de façon particulière notre directeur de mémoire, monsieur Jean-Pierre Bégin qui a su tout au long du processus assurer un support technique et moral. Nous remercions également madame Tonye Blanchet, qui "cent fois sur le métier", a remanié les différents écrits pour les adapter aux besoins de l'organisation et finalement aux exigences de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	iii
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES FIGURES	xi
LISTE DES CARTES	xiii
LISTE DES ANNEXES	xiv
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I - Le mandat et la méthodologie	17
1. Le mandat	18
2. La méthodologie	18
CHAPITRE II - Le centre hospitalier Rouyn-Noranda (CHRN)	20
1. Historique	21
2. Services offerts	21
CHAPITRE III - L'environnement externe	24
1. Le système de santé au Québec	25
1.1 Description	25
1.2 Les coûts du système	28
1.3 L'accessibilité	31
1.4 La qualité des soins	34
1.5 La continuité	36
1.6 La globalité	36
1.7 La prévention	37
1.8 Les besoins	42

	Page
2. L'environnement externe québécois	45
2.1 Démographique	46
2.2 Économique	46
2.3 Technologique	49
2.4 Social	51
2.5 Politique et législatif	52
3. Région socio-sanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue: ses caractéristiques	52
3.1 Géographique	52
3.2 Démographique	55
3.3 Socio-économique	58
3.4 Socio-sanitaire	65
4. Le Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT)	66
4.1 Mission particulière	66
4.2 Orientations	68
4.3 Les priorités du CRSSSAT	69
5. Les services régionaux de santé	69
5.1 Les services de première ligne	69
5.2 Les services de deuxième ligne	70
5.3 Les services de troisième ligne	72
5.4 Les soins de longue durée	72
5.5 Les services de santé mentale	73

5.6 La réadaptation	74
5.7 La santé communautaire	75
5.8 Autres services	75
6. Concurrence et notion de pôle régional dans la région 08	76
7. Le territoire du CHRN et sa démographie	76
8. Indice d'attraction régionale du CHRN	80
9. Provenance géographique régionale des hospitalisations au CHRN .	82
10. Profil diagnostic des hospitalisations au CHRN	83
11. Hospitalisation hors région	84
11.1 Hospitalisations de la région 08 vers l'extérieur.....	84
11.2 Hospitalisations hors région des résidents de la MRC	
Rouyn-Noranda	85
CHAPITRE IV - La structure du CHRN	87
1. Physique	88
2. Structure organisationnelle	90
2.1 L'organigramme	90
2.2 Constituantes structurelles du CHRN	96
2.3 La Coordination	101
CHAPITRE V - Les processus	103
1. Le système général	104
2. Le sous-système de planification et gestion	106
2.1 Les objectifs	106
2.2 Communication des objectifs	108

	Page
2.3 Stratégies actuelles	109
2.4 Les politiques et procédures	113
2.5 Budgétisation	113
2.6 Contrôle budgétaire	117
3. Le sous-système financier et de comptabilité	117
4. Le sous-système gestion des ressources humaines	120
5. Le sous-système production	125
5.1 Production de soins médicaux	125
5.2 Production des soins infirmiers	128
CHAPITRE VI - Le climat organisationnel	131
CHAPITRE VII - Les indicateurs	136
1. Les ressources humaines	137
2. La qualité des soins	139
3. L'accessibilité	139
4. Les problèmes de santé et les services offerts	139
5. Recherche et technologie	144
6. Productivité	144
CHAPITRE VIII - Les zones problématiques	146
CHAPITRE IX - L'ancrage	149
1. Choix du système pertinent	150
2. Justification du choix	150
3. Définition du système pertinent	151
4. Validation	151

	Page
CHAPITRE X - La conceptualisation	154
1. Notions générales	155
2. La planification stratégique	159
2.1 Étude de l'environnement interne et identification des opportunités et menaces	160
2.2 Étude de l'environnement interne et identification des des forces et faiblesses de l'organisation	161
2.3 Formulation de la mission de l'organisation	162
2.4 Identification du système de valeur et de la philosophie de gestion des dirigeants	163
2.5 Élaboration des objectifs généraux	164
2.6 Élaboration d'options stratégiques et choix d'une stratégie.	165
3. Planification opérationnelle	166
4. Responsabilité de la planification	168
CHAPITRE XI - Comparaison entre le modèle conceptuel et la réalité lité de l'organisation	170
1. Analyse de l'environnement externe	171
2. Analyse de l'environnement interne	171
3. Formulation de la mission	171
4. Définition des systèmes de valeurs et philosophie de gestion....	172
5. Élaboration des objectifs généraux	172
6. La stratégie	172
7. Objectifs fonctionnels et opérationnels	173

	Page
CHAPITRE XII - Recommandations	175
CHAPITRE XIII - Réflexion méthodologique	179
1. La recherche-action	181
2. Méthodologie des systèmes souples de Peter Checkland	182
3. Le mandat	183
4. L'image riche	184
5. Ancrage et conceptualisation	187
6. Comparaison et identification des changements possibles	189
7. Opérationnalisation et implantation	190
8. Le contrôle	190
CONCLUSION	191
BIBLIOGRAPHIE	193
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

	Page
TABLEAU 1 Effectifs médicaux en place en mars 1985, besoins et déficit selon le plan d'effectifs	33
TABLEAU 2 Dépenses consacrées au domaine Santé et adaptation sociale selon le grand secteur, Québec, 1975-76 à 1984-85	41
TABLEAU 3 Données sur la population, les établissements de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue	55
TABLEAU 4 Évolution démographique des régions périphériques	57
TABLEAU 5 Population des bandes indiennes au 31 décembre 1978	60
TABLEAU 6 Comparaison inter-régionales, quelques indicateurs du marché du travail, 2e trimestre 1985	62
TABLEAU 7 Taux de passage au collégial pour l'Abitibi-Témiscamingue 1976 à 1985	63
TABLEAU 8 Répartition de la population selon le sexe et le groupe d'âge - MRC de Rouyn-Noranda, 1981	79
TABLEAU 9 Attraction régionale du CHRN pour les années 1981- 1986 .	80
TABLEAU 10 Provenance géographique des hospitalisations au CHRN pour la période 82-86	82
TABLEAU 11 Profil diagnostic des hospitalisations au CHRN pour 1985-86	83
TABLEAU 12 Diagnostic et nombre d'hospitalisations hors région pour la période 85-86 pour les résidents de la région 08	85
TABLEAU 13 Diagnostics et nombre de résidents de la MRC Rouyn-Noranda hospitalisés hors de la MRC	86

LISTE DES FIGURES

	Page
FIGURE 1 Évolution de la part (%) des dépenses totales de santé dans le PNB (ou PIB), au Québec et dans certains pays industrialisés	29
FIGURE 2 Répartition des dépenses consacrées au domaine Santé et adaptation sociale selon le grand secteur - Québec, 1975-76 et 1984-85	40
FIGURE 3 Évolution des dépenses consacrées au domaine Santé et adaptation sociale selon le grand secteur, Québec, 1975-76 à 1984-85	40
FIGURE 4 Importance des pertes économiques par pathologie, Québec, 1980-81	43
FIGURE 5 Pyramides des âges, Québec, 1961, 1981, 2001	47
FIGURE 6 Population de la région socio-sanitaire 08	56
FIGURE 7 Nations autochtones du Québec	59
FIGURE 8 Évolution comparée des taux de passage au collégial	64
FIGURE 9 MRC de Rouyn-Noranda	78
FIGURE 10 Pyramide d'âge, MRC de Rouyn-Noranda, 1981	79
FIGURE 11 Organigramme du CHRN	92
FIGURE 12 Les cinq parties de base des organisations (Mintzberg) ...	97
FIGURE 13 Configuration structurelle du CHRN	98
FIGURE 14 Organisation départementale et services professionnels ...	100
FIGURE 15 Le système général	105

LISTE DES FIGURES (suite)

	Page
FIGURE 16 Le sous-système de planification et gestion	107
FIGURE 17 Détermination du Budget de fonctionnement	115
FIGURE 18 Sous-système finance et comptabilité	119
FIGURE 19 Sous-système gestion des ressources humaines	121
FIGURE 20 Sous-système production de soins médicaux	126
FIGURE 21 Sous-système production des soins infirmiers	129
FIGURE 22 Modèle conceptuel de planification stratégique et opérationnelle intégrée	158

LISTE DES CARTES

	Page
CARTE 1 La région de l'Abitibi-Témiscamingue	54

LISTE DES ANNEXES

	Page
ANNEXE I Indicateurs régionaux de santé 1974-78	197
ANNEXE II Données du Système MED-ECHO et codes correspondants	204
ANNEXE III Bilan des années 1980-1986	232
ANNEXE IV Plan d'action 1986-87 - Document de Régie interne	239
ANNEXE V Rapport financier annuel 1985-86	246
ANNEXE VI Annexe au rapport du vérificateur externe	258
ANNEXE VII Rapport statistique annuel des centres hospitaliers 1985-86	261
ANNEXE VIII Tableau comparatif des unités de mesure et des coûts uni- taires 1984-85	280

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le réseau des services de santé et des services sociaux est soumis depuis quelques années à de fortes pressions. On peut ainsi mentionner un vieillissement de notre population conjugué à une explosion de la technologie médicale lesquels nécessitent des ajustements aux structures financières et organisationnelles des établissements. D'autre part, il appert que la croissance de l'économie n'est plus en mesure de suivre le rythme de croissance de la demande de services de santé et services sociaux.¹

De telles pressions sur les organisations conduisent à des remises en question sur les façons de faire, sur les relations qu'elles entretiennent entre elles. Il s'en suit inévitablement des tiraillements internes et des luttes inter-établissements. C'est dans ce contexte de renouveau dans la gestion des établissements de santé que notre intervention au CHRN se situe.

1. DUFOUR, A., "La planification stratégique: les établissements ont-ils vraiment le choix de s'en passer.", Administration Hospitalière et Sociale, novembre/décembre 1985, p. 26.

CHAPITRE I

CHAPITRE I

LE MANDAT ET LA MÉTHODOLOGIE

1. LE MANDAT

Notre mandat consiste à réaliser pour le centre hospitalier Rouyn-Noranda l'étude de l'environnement externe et interne et arriver à poser un diagnostic organisationnel. Cette démarche s'inscrit à l'intérieur du processus de questionnement engagé au CHRN devant déboucher sur une planification à long terme.

2. LA MÉTHODOLOGIE

Nous utiliserons la méthodologie de Peter Checkland, laquelle s'est particulièrement montrée efficace dans des situations ou problèmes complexes et mal définis, tels que nous les retrouvons le plus souvent dans les organisations. Cette méthodologie est basée sur une approche systémique, c'est-à-dire une approche qui conçoit l'organisation comme une juxtaposition de sous-systèmes s'interreliant et s'influçant les uns les autres. Checkland suggère sept étapes dans la réalisation du diagnostic organisationnel.

1° Description de l'image riche de l'entreprise

Dans cette étape nous recueillons toutes les informations pertinentes concernant l'organisation dans son environnement interne et externe. L'étude interne de l'organisation se fait notamment au niveau de ses structures, ses processus et son climat organisationnel.

2° Liste des candidats au poste de problème

A ce stade, nous dégagons les zones problématiques ou problèmes détectés et discutons avec les acteurs de l'organisation, de l'importance de chacun des postes et de leur impact sur l'organisation. A la lumière de ces informations, nous établissons la ou les priorités.

3° Choix de la problématique à traiter

Les acteurs principaux et les consultants choisissent par consensus le problème qui fera l'objet de l'intervention des consultants.

4° Conceptualisation

Nous bâtissons à cette étape un système pouvant aider à résoudre la problématique et le comparons avec la réalité et les contraintes de l'organisation.

5° Opérationnalisation

Les acteurs et les consultants discutent et mettent au point les phases d'implantation.

6° Implantation

7° Remise du rapport

Notre mandat avec le CHRN se terminera après la quatrième étape soit après l'étape de la conceptualisation.

CHAPITRE II

CHAPITRE II

LE CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

4. HISTORIQUE

L'Hôpital Youville de Noranda, aujourd'hui connu sous le nom de Pavillon Youville, a été construit en 1929 sous la direction des Soeurs Grises de la Croix. Il peut alors accueillir 80 patients. Au fil des ans, parallèlement à un accroissement de la population, une série de rénovations et d'agrandissements sont effectués et à partir de 1945, l'édifice peut accueillir 225 patients.

En 1969, les travaux pour la construction d'un nouvel hôpital sont entrepris et le déménagement s'effectue en 1973. Le Centre Hospitalier Rouyn-Noranda est aujourd'hui un complexe comprenant trois pavillons: le Pavillon Youville, abritant plusieurs organismes et un centre d'accueil d'hébergement d'une capacité de 75 lits géré par le CHRN, le Pavillon Laramée, loué à plusieurs organismes et finalement, le Pavillon Lemay-Juteau, le centre hospitalier proprement dit.

2. SERVICES OFFERTS

Le CHRN actuel est un établissement offrant des soins généraux et spécialisés de courte durée, des soins prolongés et des services d'hébergement. La loi lui confère également un rôle en santé communautaire, le MSSS l'ayant désigné pour opérer un Département de santé communautaire (DSC). Le DSC du CHRN a la particularité d'avoir été intégré au CRSSSAT en 1983 suite à un protocole d'entente signé par les deux parties.

Le permis d'exploitation du CHRN compte 304 lits répartis comme suit:

36 lits en médecine générale
 36 lits en chirurgie
 26 lits en pédiatrie dont 4 de soins intensifs
 30 lits en gynécologie-obstétrique
 22 lits en psychiatrie
 7 lits en soins intensifs
 72 lits en soins prolongés
 75 lits d'hébergement

De plus, le CHRN compte 32 berceaux en pouponnière dont 7 sont consacrés aux soins intensifs.

Les services ambulatoires comptent pour une part importante des activités du CHRN et sont sans cesse en croissance. Ainsi, pour les deux derniers exercices financiers, les données suivantes ont été recueillies.

	<u>83-84</u>	<u>84-85</u>	<u>85-86</u>
Visites à la salle d'urgence	42 446	47 727	48 628
Service des cliniques externes	32 331	33 479	35 148

Cet accroissement de la demande s'observe de façon évidente à la salle d'urgence, où les heures d'attente font l'objet d'insatisfaction chez les usagers. Cette sur-utilisation de la salle d'urgence par la population

est un symptôme du manque de ressources médicales. Faute de pouvoir rencontrer un médecin en bureau privé dans des délais raisonnables, les patients se présentent à l'urgence et ainsi, en 84-85, la circulation moyenne y est de 130,8 patients par jour, pour augmenter à 133,2 en 85-86.

Par le biais de ses cliniques externes, le CHRN offre à la population des services médicaux spécialisés dispensés par des spécialistes permanents et/ou volants.

CHAPITRE III

CHAPITRE III

L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

Pour effectuer l'étude de l'environnement externe, nous considérerons d'abord le système de santé au Québec pour ensuite passer à l'environnement actuel que représente le Québec sur les plans démographique, économique, technologique, social, politique et législatif. Nous étudierons également l'environnement plus immédiat que constitue la région de l'Abitibi-Témiscamingue, avec les orientations socio-sanitaires et les services régionaux de santé.

Finalement, le CHRN sera situé à l'intérieur du réseau avec ses principales caractéristiques et données environnementales particulières.

1. LE SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC

1.1 Description

Le système actuel de santé et de services sociaux est largement fondé sur les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu débutés en 1966. La réforme proposée par la Commission se concrétise en 1971 par la Loi sur les services de santé et les Services sociaux (ch S.5), entrée en vigueur en juin 1972. Cette loi constitue véritablement le point de départ de l'implantation d'un ensemble intégré et coordonné de services de santé et de services sociaux. Elle sous-tend une politique d'accessibilité pour tous à des soins et à des services complets, continus, complémentaires et de qualité; elle pose comme nécessaire l'accessibilité géographique à ces soins

et services. Elle propose l'intégration des services au niveau local et régional en vue d'appréhender l'ensemble des problèmes économiques, sanitaires et sociaux de l'individu comme du milieu.

Enfin, la Loi sur les services de santé et les services sociaux décrit le cadre de la réorganisation du système de distribution des services de santé et des services sociaux; ce cadre régit l'organisation et le fonctionnement de tous les établissements de santé et de services sociaux. Les nouveaux établissements se répartissent en quatre (4) catégories: les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'accueil (CA) et les centres de services sociaux (CSS).

Dans chacune des 12 régions socio-sanitaires du Québec, la loi institue un conseil de santé et des services sociaux (CRSSS), celui-ci devenant l'organisme de coordination entre les établissements et de liaison entre les établissements et le M.A.S.

En 1973, le M.A.S. crée une autre composante du réseau: les départements de santé communautaire. Trente-deux (32) CH "désignés" répartis dans onze (11) régions socio-sanitaires se chargent de leur administration.

A la fin de 1981, la "Loi 27" modifie diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux. Elle institue entre autre, un nouveau "partnership" entre les administrateurs des centres

hospitaliers et les médecins, ceux-ci devenant impliqués dans la gestion de l'établissement. Elle modifie et précise des nouveaux rôles et responsabilités pour les chefs de départements cliniques, le directeur des services professionnels et le conseil des médecins et dentistes.

Ces modifications introduites à la Loi sur les services de santé et services sociaux précisent également les pouvoirs d'un centre hospitalier en regard des ressources dont il dispose et assure la présence, dans le conseil d'administration des conseils régionaux, d'un médecin nommé par les conseils des médecins et dentistes institués dans les établissements de la région.

D'autre part, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait à l'automne 1985, la formation d'une commission d'enquête, la Commission Rochon, chargée d'évaluer notre système québécois de la santé en ce qui concerne son fonctionnement et son financement. Cette commission devra également étudier les diverses solutions possibles aux différents problèmes que connaît le système et transmettre par la suite ses recommandations au gouvernement.²

Si nous considérons l'établissement visé par la présente étude soit un CH, les indicateurs suivants nous apparaissent pertinents à considérer: les coûts du système de santé, l'accessibilité, la qualité des soins, la prévention et les besoins.

2. Santé Société, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des Communications, vol.7, no 4, automne 1985, pp. 45-46.

1.2 Les coûts du système

Au Canada, les dépenses totales pour la santé étaient en 1980-81 de l'ordre de vingt milliards de dollars alors qu'elles s'élevaient à 5,2 milliards de dollars pour le Québec, soit l'équivalent d'une dépense annuelle de 825\$ per capita. Dans les deux cas, environ 80% de ces sommes sont des dépenses publiques.³ Pour l'année 82, les coûts s'élèvent pour le Québec, à 7,5 milliards de dollars et sont toujours financés à 80% par les pouvoirs publics.⁴

D'autre part, il est intéressant de constater qu'aux Etats-Unis, 42% des dépenses totales en santé sont d'ordre publique et que leur niveau par rapport au PNB a beaucoup augmenté depuis 1973 pour atteindre en 1981, un taux près des 10%.⁵ Au Canada et au Québec, ce niveau par rapport au PNB (ou P.I.B.) est en décroissance depuis 1975 et se situe en 1981 aux environs de 7%. (Voir figure 1)

Le maintien de cette stabilité des coûts représente pour le Québec un défi, plusieurs facteurs pouvant les diriger vers la hausse: vieillissement de la population, augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques, exigences accrues des usagers, évolution de la technologie, rémunération à l'acte. Le financement du système de santé s'inscrit

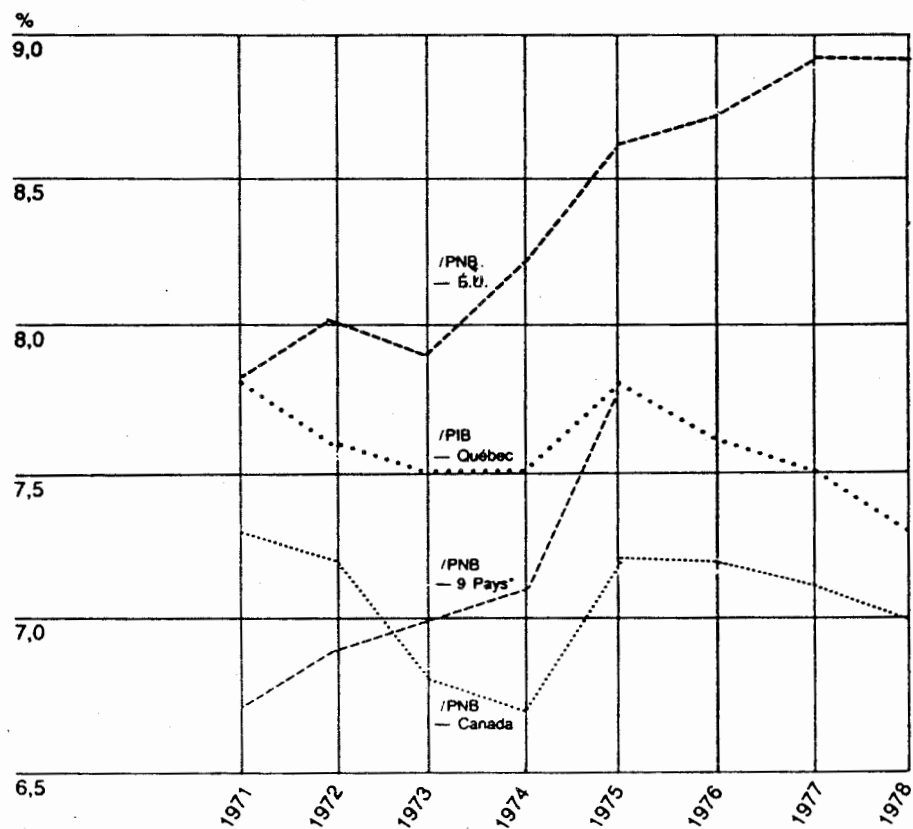
3. Contandriopoulos, A.P., Le niveau de financement des services de santé: quelques critères d'appréciation. Département d'Administration de la santé, Université de Montréal, janvier 1983 p. 3. Ouvrage non publié.

4. Objectif santé, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la Santé, Conseil des Affaires Sociales et de la famille, Août 1983, Editeur officiel du Québec, p. 112.

5. Contandriopoulos, *ibid*, réf. no 3.

FIGURE 1

Évolution de la part (%) des dépenses de santé dans le PNB (ou PIB),
au Québec et dans certains pays industrialisés, de 1971 à 1978



* Les neuf pays industrialisés sont: l'Allemagne de l'Ouest, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Finlande, la France, les Pays-Bas, le Royaume Uni et la Suède.

Tiré de: Les coûts de la maladie, collection: La Santé des Québécois, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 3e trimestre, 1983, p. 6.

donc à l'intérieur d'une problématique particulière que le Conseil des Affaires sociales et de la Famille, par le biais du rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé énonçait de la manière suivante:

L'importance du financement public place le système de soins, et notamment tout le secteur hospitalier, dans une situation de forte dépendance vis-à-vis la conjoncture politico-économique. Et l'équipement du secteur hospitalier risque d'être davantage le fruit de l'évolution des contraintes budgétaires du gouvernement que d'une réelle évolution des besoins et de son efficacité à y répondre.⁶

Le niveau, le mode et le processus de financement du système sont et demeureront au cours des prochaines années des questions à l'étude.⁷ D'autant plus que lors de la conférence fédérale provinciale des ministres de la santé en mai 1982, la Ministre de la santé et du bien-être social, annonçait que son gouvernement préparait un projet de loi qui devrait "clarifier et définir les conditions sous lesquelles le parlement du Canada peut dispenser des transferts de paiement aux provinces pour les programmes d'assurance-santé".⁸

Ce nouveau projet de loi intégrera et remplacera la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostics de 1958, la loi sur

6. Objectif Santé ... p.115.

7. Santé Société, "Déclaration ministérielle annonçant la formation de la Commission d'enquête sur la Santé et les Services sociaux", Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des Communications, vol. 7, no 4, automne 1983, p.46.

8. Discours d'ouverture du Ministre de la Santé et du Bien-être social, Madame M. Bégin lors de la conférence-provinciale des ministres de la Santé à Ottawa, le 26 mai 1982, traduction libre.

l'assurance-maladie de 1968 et la loi sur les accords fiscaux de 1977. La contribution actuelle du gouvernement fédéral est importante et se situe aux environs du 10 milliards de dollars en 1981, soit 14% de son budget, et ceci, en période de mauvaise conjoncture économique.⁹

Une diminution ou un retrait de la participation du gouvernement fédéral dans le partage des dépenses de la santé poserait une pression additionnelle sur les provinces dont les capacités de payer sont le plus souvent exploitées à leur maximum actuellement. Cette diminution de la participation du fédéral renforcerait aussi les pressions qui existent pour qu'on laisse au Canada se développer un secteur privé dans le système de soins.¹⁰

1.3 L'accessibilité

La gratuité des services a permis d'atteindre un niveau élevé d'accessibilité et les contraintes financières directes sur les usagers sont pratiquement disparues.

Par contre, il subsiste toujours des disparités régionales pour l'accès aux médecins spécialistes et même des omnipraticiens. En dehors des grands centres urbaines et universitaires, il existe des déficits importants de médecins spécialistes, quelques fois même, de généralistes. Cette

9. Contandriopoulos, *ibid* p. 2.

10. *Ibid*, p.2

situation risque d'influencer négativement la performance du système en regard des indicateurs de santé reconnus et entraîner des dépenses indirectes pour les usagers: temps et frais de déplacements, temps de travail perdu, ce dernier facteur d'autant plus dommageable pour les classes de revenus faibles puisque celles-ci ont moins accès aux régimes d'assurance-salaire ou aux congés de maladie payés.

Pour illustrer l'inégalité de la distribution des ressources entre les comtés de recensement, Contandriopoulos nous fournit les données qui suivent:

En 1976, le nombre de lits d'hôpitaux de courte durée par 1 000 de population variait de zéro à huit entre les comtés (moyenne: 2, écart-type = 1,69). Ceci peut être expliqué par la taille des comtés et par le volume de population nécessaire pour justifier l'ouverture d'un hôpital. Il est aussi intéressant de constater qu'à la même période, le nombre de spécialistes par 10 000 de population variait de zéro à neuf (moyenne = 1,60, écart-type = 1,79) et le nombre total de médecins spécialistes et omnipraticiens par 10 000 de population variait de deux à dix-neuf (moyenne = 7,69, écart-type = 3,36).¹¹

Cette situation peut être à l'origine de grandes disparités dans l'utilisation de services médicaux per capita entre les différents comtés et entraîner des déplacements importants des patients des comtés dépourvus en ressources vers les comtés plus favorisés. Ainsi, pour la région socio-sanitaire 08, l'Abitibi-Témiscamingue, un bilan des effectifs médicaux donne les résultats suivants en mars 1985, tel qu'illustré au tableau 1.

TABLEAU 1

Effectifs médicaux en place en mars 1985,
besoins et déficit selon le plan d'effectifs.

CHAMP DE PRATIQUE	EFFECTIFS EN PLACE	BESOINS	DEFICIT
Anesthésie	9 t.c. (3 omnis t.p.)	12 t.c. (4 omnis t.p.)	3
Médecine interne	3	12	9
Dermatologie	-	1	1
Hémato-oncologie	-	2	2
Neurologie	-	2	2
Pédiatrie	5	10	5
Psychiatrie	3	14	11
Obstétrique-gynécologie	3	7	4
Orthopédie	5	7	2
Chirurgie plastique	-	1	1
Ophthalmologie	2	4	2
Chirurgie générale	11	14	3
Oto-rhino-laryngologie	-	3	3
Urologie	2	3	1
Radiologie	1	8	7
Pathologie	3	4	1
Santé communautaire	2	7	5
Microbiologie	-	1	1
TOTAL spécialistes	49	112	63
TOTAL omnipraticiens	102	140	38
TOTAL	151	252	101

Tiré de: Rapport annuel 1984-85 - CRSSSAT, Annexe 3, Les effectifs médicaux en Abitibi-Témiscamingue.

Fait également à noter, sur 21 plaintes reçues et traitées en 1984-85, dans cette même région, plus de la moitié, soit onze, concernent l'accessibilité des soins. De plus, ces plaintes visent plus particulièrement les centres hospitaliers dans neuf (9) cas sur 21.¹²

L'accessibilité des soins représente donc pour cette région périphérique un problème criant que les diverses mesures gouvernementales ou stratégies régionales n'ont à ce jour pas encore réussi à régler.

1.4 La qualité des soins

La qualité des soins est un concept pouvant être étudié selon une multitude de critères. Pour maintenir l'unité de pensée avec les principes de la réforme Castonguay-Nepveu, nous en considérons trois: la technologie, la continuité et la globalité des services.

La technologie

Pour notre société contemporaine occidentale, le statut technologique est perçu comme un facteur déterminant de la qualité des services offerts.

Dans le cas d'un centre hospitalier spécialisé, la question se pose avec beaucoup d'acuité surtout dans les régions à faible densité démographique. La notion de complémentarité joue également un rôle important vu les coûts exorbitants impliqués dans le développement technologique. La

12. CRSSSAT, Rapport annuel 1984-1985. p. 32.

faible disponibilité des spécialistes en régions périphériques et le fait qu'un centre hospitalier possède une vocation régionale sont également des facteurs déterminants dans la direction que devra prendre son développement technologique.

La technologie de l'informatique et des communications se diffuse dans le système de santé avec une ampleur probablement insoupçonnée en 1970. Le Conseil des sciences du Canada prévoit que l'aide informatisée au diagnostic sera un phénomène répandu d'ici l'an 2 000.¹³ La gestion hospitalière se verra transformée et des effets positifs sur la productivité sont à prévoir au rythme du développement des logiciels. Ces outils permettront d'améliorer les communications inter-établissements et intra-établissements, de rehausser la qualité des interventions hospitalières, de faciliter la planification et la gestion des ressources humaines et la planification des services par le traitement d'informations concernant les besoins de la population et des usagers. L'analyse des services rendus sera également facilitée.

Un centre hospitalier constituant un pôle régional se doit donc de maintenir une expertise technologique afin de favoriser la concertation et la complémentarité dans la distribution des soins de santé dans la région et également, afin de maintenir et rehausser la collaboration avec les centres des autres régions.

13. Préparons la Société informatisée, Conseil des sciences du Canada, Mars 1982, p. 17.

1.5 La continuité

La continuité peut être envisagée à deux niveaux: inter-établissements et intra-établissements.

Pour qu'il y ait continuité des services entre les établissements, certains préalables sont requis: une accessibilité adéquate, l'existence d'un procédé de référence systématique, un processus de transmission de données inter-établissements et la collaboration de l'utilisateur. Les rôles des établissements du réseau s'étant précisés avec la Loi sur les services de santé et les Services sociaux (ch S-5) et plus récemment avec la Loi 27 et ses Règlements, le principe de la continuité peut être facilité, compte tenu des impératifs reliés au libre choix par l'utilisateur concernant l'établissement qui lui dispensera des soins de santé et de son médecin traitant.

La continuité intra-établissement pour sa part, requiert une organisation interne efficace qui englobera une gestion optimale de l'offre et de la demande, des mécanismes d'ordonnancement et de priorisation de la demande, des systèmes de rendez-vous, de suivi des cas et de relance, un système de référence interne, des outils efficaces de communication et d'acheminement de l'information.

1.6 La globalité

La réforme de 1970 préconise une approche intégrée de la santé par opposition à une action axée sur la maladie. Cette nouvelle conception d'ap-

proche globale de l'individu dans le recouvrement ou le maintien de sa santé implique la dimension bio-psycho-sociale.

Parallèlement s'est développée toute une gamme de spécialités au détriment du généraliste. Ceci a pour conséquence de morceler l'approche, le facteur d'intégration demeurant déficient. La rémunération à l'acte, la disparition du médecin de famille, le type de formation reçue par les professionnels, l'augmentation de la pratique institutionnelle figurent parmi les facteurs nuisant à une approche intégrée.

Le vieillissement général de la population et l'accroissement des maladies chroniques témoignent pourtant du besoin d'une approche multidisciplinaire dans une perspective de réadaptation.

Pour le centre hospitalier le défi de la globalité est important surtout dans une région où le déficit en ressources médicales tant spécialisées que généralistes est si important (voir tableau 1). Les structures et la philosophie doivent favoriser l'intégration des différents intervenants dans le continuum diagnostic, traitement, réadaptation et prévention. Le principe de la continuité supporté par la technologie informatique peut contribuer à véhiculer toute l'information nécessaire pour un tel continuum.

1.7 La prévention

Le concept de prévention a beaucoup évolué depuis le début du siècle.

Il était alors axé vers l'hygiène publique pour ensuite se diriger vers le dépistage précoce de la maladie dans la période de l'après guerre.¹⁴ Depuis les années 1970, parallèlement avec le concept de santé globale, l'individu s'est vu décerner une part plus grande de responsabilités, par ses habitudes de vie et ses relations avec son environnement. Il s'est amorcé à la suite une nouvelle réflexion qui vient compléter l'approche préventive axée sur l'individu. On assiste au développement d'une médecine communautaire, caractérisée par la conjonction de deux concepts: l'importance croissante d'impliquer les collectivités et les usagers dans l'élaboration des actions sanitaires et la nécessité de développer des approches qui intègrent les actions curatives et préventives.

A l'heure actuelle, les politiques de prévention cherchent donc davantage à tenir compte des déterminants de l'environnement sur la santé et particulièrement de l'environnement socio-économique. L'importance de ces déterminants est apparue à la conscience des chercheurs, donnant naissance à l'épidémiologie sociale.¹⁵

Les interventions de prévention sont maintenant facilitées par le modèle d'organisation désormais centré autour d'un bassin de population à desservir, par opposition au concept de l'offre et de la demande, traditionnellement la base de l'organisation des services.

Les DSC implantés vers 1974 se sont vu confier un rôle de planification, programmation et de recherche évaluative et épidémiologique de leurs bassins respectifs.

14. Objectif Santé ... p. 137.

15. Objectif Santé ... p. 137.

Avec le parachèvement du réseau des CLSC, les ressources sociales et sanitaires de première ligne sont rapatriées vers les CLSC afin qu'ils puissent assumer leur mandat de soins primaires en santé physique, mentale et sociale.

La dimension de prévention dans les soins de santé demeure quand même l'enfant pauvre du ministère des services de santé et des services sociaux si nous considérons la part du budget qui lui est allouée. En effet, encore en 84-85, cette allocation représentait seulement 4.7% des dépenses totales (voir figure 2).

Ce pourcentage n'a pas présenté d'augmentation depuis 1971 sauf pour accuser une baisse importante dans les années 79-80 pour finalement remonter aux taux actuels. (voir figure 3) Le tableau 2 qui suit nous permet également d'observer l'évolution des dépenses selon le secteur, dans le domaine de la santé et adaptation sociale au Québec, depuis les années 1975-76.

FIGURE 2

Répartition des dépenses consacrées au domaine Santé
et adaptation sociale selon le grand secteur,
Québec, 1975-76 et 1984-85

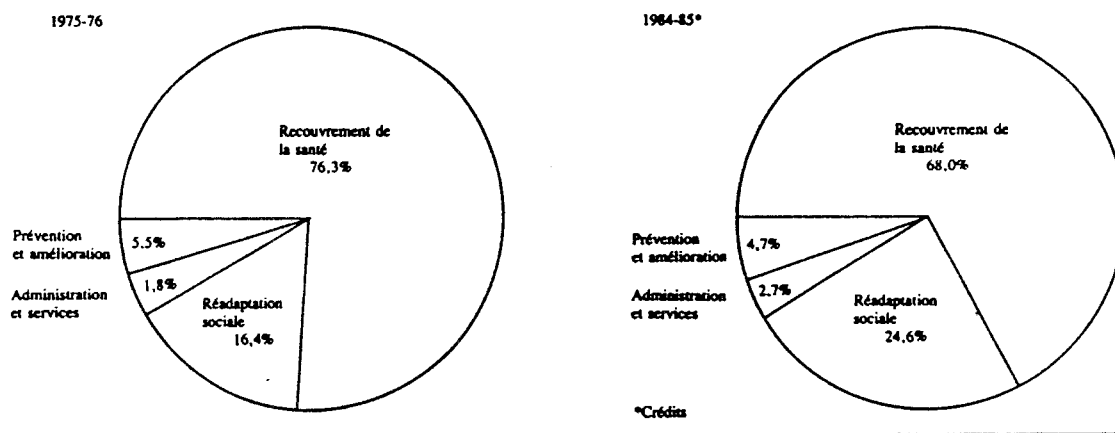
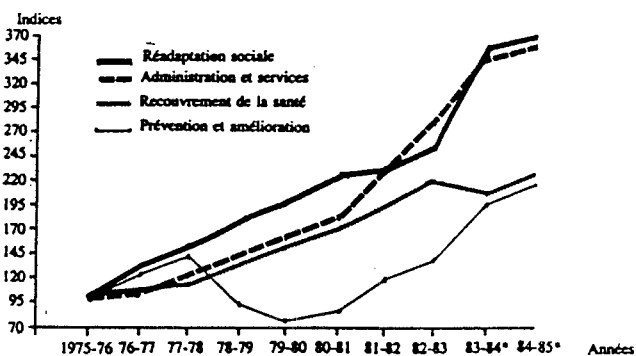


FIGURE 3

Évolution des dépenses consacrées au domaine Santé
et adaptation sociale selon le grand secteur,
Québec, 1975-76 à 1984-85



Tiré de: Le système de santé et de services sociaux au Québec, Annexes
statistiques, Bibliothèque nationale du Québec, 2e trimestre 1985,
p. 71.

TABLEAU 2

Dépenses consacrées au domaine Santé et adaptation sociale
selon le grand secteur, Québec, 1975-76 à 1984-85

GRANDS SECTEURS Indicateurs	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84*	1984-85*
PRÉVENTION ET AMÉLIORATION²										
Dépenses (.000 \$)	159 689	203 902	231 746	151 420	118 109	140 647	186 997	216 209	313 309	340 718
Per capita (\$)	25,79	32,64	36,85	23,99	18,60	21,98	29,01	33,37	48,08	52,01
% PIB	0,38	0,42	0,44	0,26	0,18	0,19	0,23	0,25	0,34	0,34
RECOUVREMENT DE LA SANTÉ³										
Dépenses (.000 \$)	2 216 172	2 493 053	2 634 114	3 005 835	3 377 732	3 788 961	4 347 519	4 872 086	4 613 794	4 908 354
Per capita (\$)	357,86	399,10	418,87	476,21	531,87	592,10	674,44	752,01	708,09	749,21
% PIB	5,21	5,18	5,03	5,14	5,18	5,11	5,28	5,69	4,98	4,88
RÉADAPTATION SOCIALE⁴										
Dépenses (.000 \$)	475 312	611 257	734 815	850 067	929 970	1 065 534	1 115 920	1 190 739	1 675 286	1 773 504
Per capita (\$)	76,75	97,85	116,85	134,67	146,44	166,51	173,11	183,79	257,11	270,71
% PIB	1,12	1,27	1,40	1,45	1,43	1,44	1,35	1,39	1,81	1,76
ADMINISTRATION ET SERVICES⁵										
Dépenses (.000 \$)	53 333	57 481	64 326	76 450	82 330	95 254	127 309	150 726	184 992	197 862
Per capita (\$)	8,61	9,20	10,23	12,11	12,96	14,89	19,75	23,26	28,39	30,20
% PIB	0,13	0,12	0,12	0,13	0,13	0,13	0,15	0,18	0,20	0,20

Tiré de: Le système de santé et de services sociaux au Québec, Annexes statistiques. Bibliothèque nationale du Québec, 2e trimestre 1985, p.7.

Les centres hospitaliers ont certainement un rôle important à jouer au niveau de la prévention. Qu'on pense à la réadaptation, la prévention des rechutes, les cliniques externes et les salles d'urgence, où circulent un nombre imposant de bénéficiaires. Il doit également exister des liens étroits entre les CH et leur DSC et les CLSC pour assurer la continuité des soins, élément fondamental de la qualité des services.

1.8 Les besoins

La santé des Québécois a beaucoup évolué depuis les années 70. Nous observons en effet un recul spectaculaire de la mortalité chez les Québécois de tous les âges, et particulièrement chez les enfants. Cependant, "il n'est pas du tout évident que l'espérance de vie en bonne santé des Québécois ait évolué comme l'espérance de vie ordinaire".¹⁶

Les stratégies d'intervention du système de soins, bien qu'elles aient eu comme conséquence d'allonger la durée de la vie, se sont par contre trop rarement accompagnées de stratégies destinées à améliorer la qualité de cette vie. La prévalence des maladies chroniques a augmenté conséquemment au recul de la mortalité, obtenu grâce aux progrès dans la qualité des soins et à l'application de modes de traitements de plus en plus efficaces.

De nouvelles priorités émergent de ces résultats:

...une préoccupation de qualité de vie et d'autonomie, notamment pour les personnes âgées, l'importance à accorder à certaines maladies chroniques dont l'issue n'est pas forcément fatale, mais qui compromettent sérieusement la qualité de vie des Québécois, et qui sont à l'origine de coûts humains, sociaux et économiques parfois considérables, comme par exemple, tout le cortège des problèmes ostéo-articulaires (arthrite, rhumatismes, maux de dos) et des problèmes de santé mentale.¹⁷

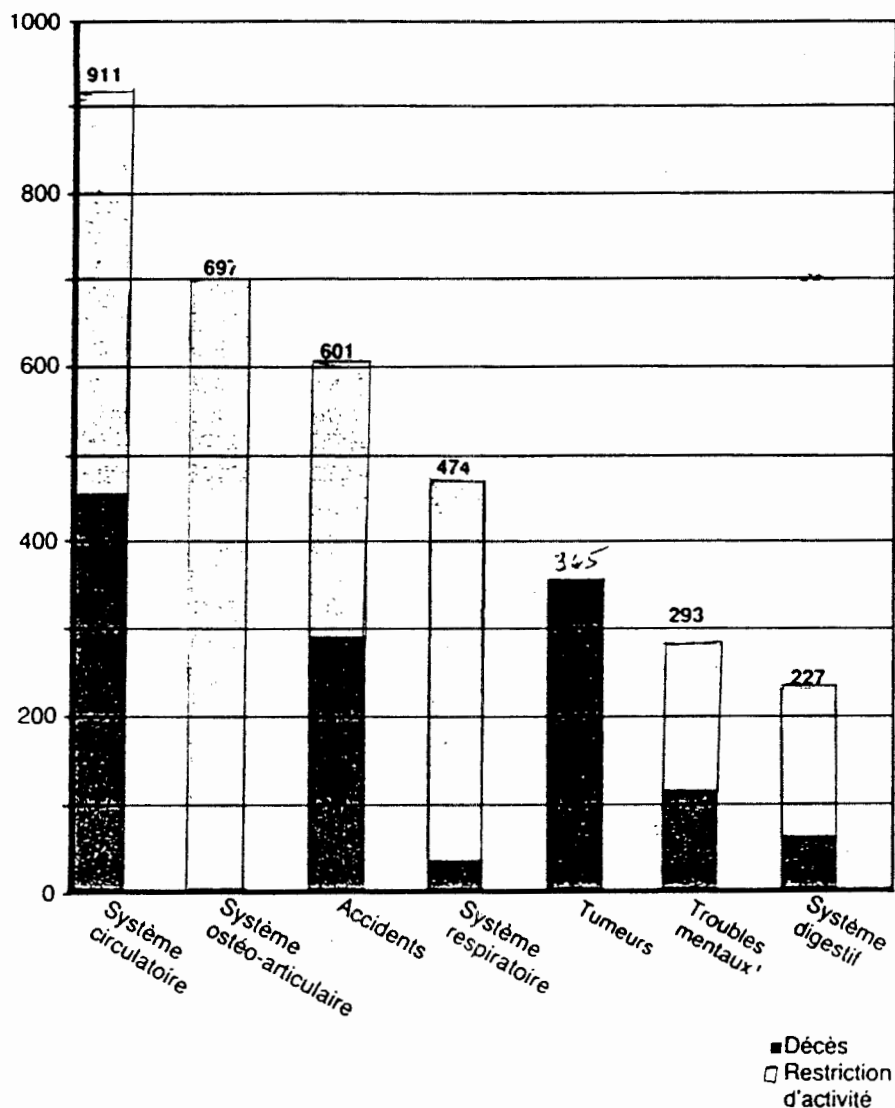
Le graphique qui suit (figure 4) illustre l'importance des pertes économiques entraînées par les principales pathologies au Québec en 1980-81.

16. Objectif santé ... p. 13.
17. Objectif santé ... p. 19.

Figure 4

Importance des pertes économiques par pathologie,
Québec, 1980-1981

MILLIONS DE \$



Source: F. Camirand, L'impact économique de la maladie, Conseil des affaires sociales et de la famille (à paraître).

Tiré de: Objectif santé, p. 57.

D'autre part, en 1974 le Ministre de la Santé et du Bien-être social proposait avec Nouvelle Perspective de la santé des Canadiens une conception globale de la santé, en identifiant les quatre principaux éléments susceptibles d'influencer la maladie et la mortalité: la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Plus récemment, les facteurs culturels, sociaux et économiques sont généralement reconnus comme étant également des facteurs déterminants. Tous ces facteurs combinés avec l'état actuel de la santé des Québécois ont permis au Comité d'étude sur la promotion de la santé, de proposer en août 1984 les objectifs prioritaires suivant d'amélioration de la santé:¹⁸

Pour les enfants de 0 à 5 ans

- . Diminuer le nombre de naissances présentant de graves anomalies ainsi que l'impact de ces anomalies pour l'enfant et sa famille.
- . Favoriser le développement affectif et social des enfants de 0 à 5 ans.

Pour les jeunes de 6 à 24 ans

- . Diminuer les morts par accidents de la route chez les jeunes de 6 à 24 ans.
- . Diminuer le nombre de grossesses non désirées et leur impact chez les adolescentes.
- . Diminuer l'incidence et la gravité des problèmes de santé mentale chez les jeunes de 15 à 24 ans.

18. Objectif santé ... p. 19.

Pour les adultes de 25 à 64 ans

- . Diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des problèmes de santé-physique et mentale en milieu de travail.
- . Diminuer l'incidence et l'impact des problèmes ostéo-articulaires.
- . Diminuer l'incidence et l'impact des cancers.

Pour les adultes âgés de 65 ans et plus

- . Favoriser l'autonomie des personnes âgées.

2. L'ENVIRONNEMENT EXTERNE QUÉBÉCOIS

Notre environnement évolue constamment à un rythme et dans des directions souvent imprévisibles et aléatoires, en particulier depuis les années '80. Nonobstant ce contexte d'incertitudes, nous pouvons quand même observer des états de faits ou des tendances susceptibles de se réaliser à court ou moyen terme. Il devient par conséquent important de prendre conscience des changements qui pourront affecter notre avenir et nos orientations au cours des cinq prochaines années.

Nous considérons dans un premier temps notre environnement plus large du Québec que nous examinerons selon les thèmes suivants: la démographie, l'économie, la technologie, la dimension sociale, politique et législative.

Dans un deuxième temps, nous examinerons certaines particularités régionales.

2.1 Démographique

Tel qu'illustré par la figure 5, nous observons que le vieillissement de la population amorcé depuis plusieurs années se poursuivra et la structure démographique provinciale se rapprochera de celle actuellement observée dans plusieurs pays d'Europe.

L'augmentation des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus, et surtout celles de soixante-quinze ans et plus provoquera un accroissement de la demande de services hospitaliers et d'hébergement en centre d'accueil, exerçant ainsi une pression accrue sur le système de santé.

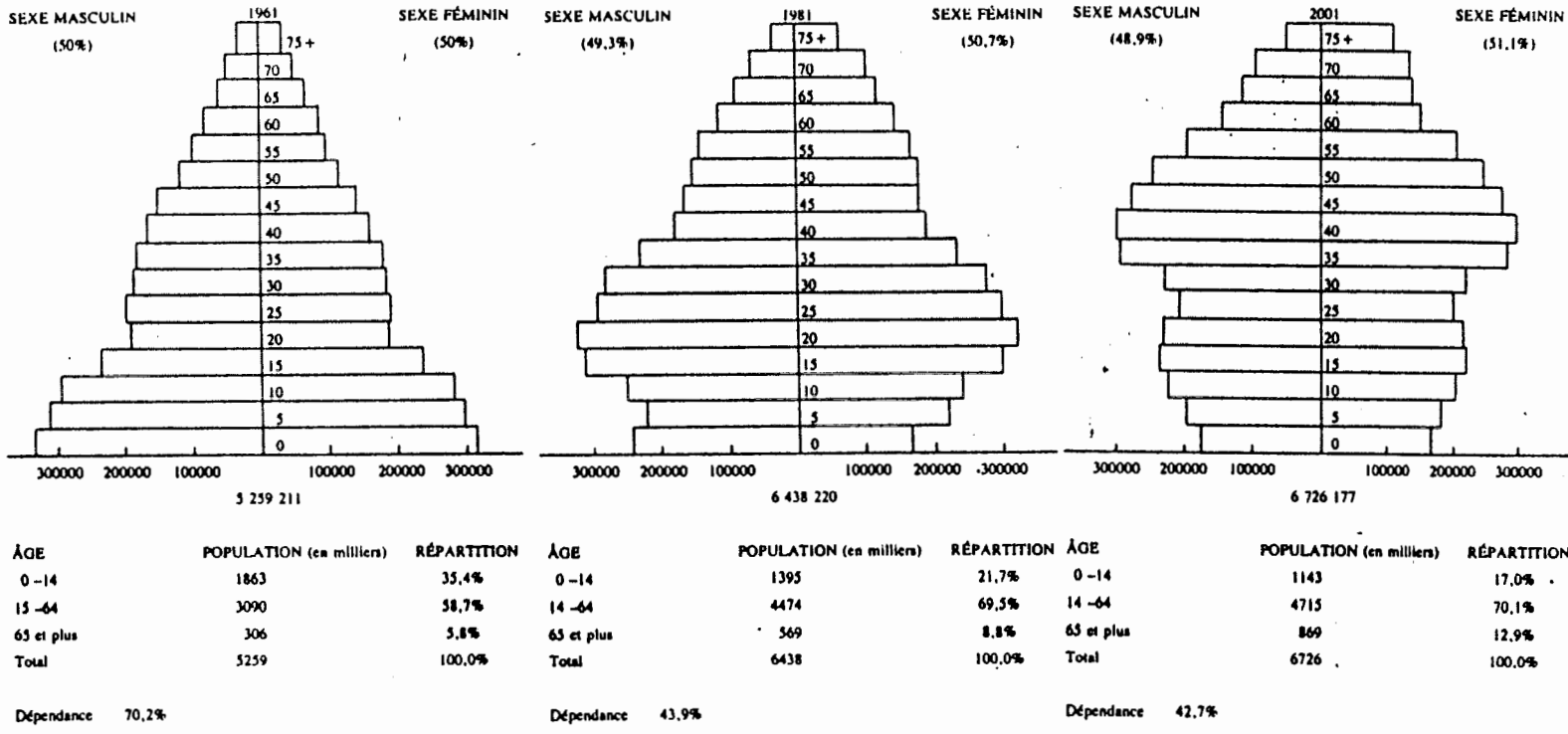
2.2 Economique

L'économie canadienne connaît, depuis le début de 1985, une période de croissance modérée. Le produit national brut réel a augmenté de 0,9% pendant le premier trimestre de 1985. Cette progression marque le ralentissement léger de la reprise observée pendant le quatrième trimestre de 1984.¹⁹

Pour le Québec, le taux de croissance, bien qu'il ait augmenté de 4,4% en avril '85 par rapport à la même date en 84, demeure inférieur à celui du Canada (9,7%) et à la plupart des autres provinces.²⁰

19. Bulletin régional sur le marché du travail, Région de l'Abitibi-Témiscamingue. Gouvernement du Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, Direction de la recherche, Vol. 5, no 2, Août 1985, p.3.

20. Ibid.



Pyramide des âges, Québec, 1961, 1981, 2001

FIGURE 5

Source: Données du recensement de Statistique Canada, 1961, 1981 et des résultats d'une projection de population à partir du modèle SUPER-POP.

Ce contexte économique difficile et incertain entraîne comme nous l'avons remarqué au cours des dernières années, des contraintes financières pour les hôpitaux; les pouvoirs publics accusent des déficits jugés déjà trop importants par plusieurs et la levée de nouvelles taxes et de nouveaux impôts ne sont pas favorisés par le courant économique actuel.

La période de contraintes budgétaires amorcée depuis un certain temps risque de se poursuivre pendant au moins la prochaine décennie. L'accroissement des besoins observé actuellement et prévu pour les prochaines années entraînera nécessairement des besoins accrus de financement pour les centres hospitaliers. Cette situation peut forcer les intervenants du système à faire preuve de créativité et amener une remise en question constante des procédés en usage notamment en ce qui concerne l'allocation et la répartition des ressources et effectifs. Ainsi, dans le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (6 juin 84), l'article 17 confie au comité consultatif à la direction générale dans les centres hospitaliers le mandat d'analyser et de recommander les

...moyens à mettre en oeuvre pour que les services dispensés dans le centre hospitalier le soient en **complémentarité** avec ceux dispensés dans les autres établissements de la région, et répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats.²¹

21. Règlements sur l'organisation et l'administration des établissements, Décret 1320-84, 6 juin 1984, Extrait de la Gazette officielle du Québec, 12 juillet 1984, p. 2749.

La recherche de complémentarité accrue et de rationalisation des rôles et des vocations de l'ensemble des établissements représente un défi important pour les prochaines années, la santé publique demeurant la principale et véritable préoccupation devant la rareté des ressources.

Les discours actuels nous permettent également de déceler une tendance ou du moins un questionnement relativement à une implication accrue du secteur privé dans le secteur de la santé. On pense ainsi plus particulièrement à certains services hospitaliers tels la buanderie, l'entretien ménager et l'alimentation ou à des services cliniques tels la radiologie, les laboratoires, etc.

Pour maintenir le principe d'accessibilité dans le contexte économique actuel, les pouvoirs publics seront donc appelés à démontrer beaucoup de créativité et de flexibilité quant à l'organisation des systèmes de distribution des services.

2.3 Technologique

L'environnement technologique évolue très rapidement, la compétition sur le marché étant très forte, en particulier pour l'informatique. Certaines tendances se manifestent quand même: diminution des coûts des équipements et augmentation de la puissance pour un coût équivalent, désuétude rapide, augmentation de l'accessibilité vu la diminution des coûts, augmentation de la complexité, et augmentation de la gamme des outils.

Les moyens technologiques se diffuseront probablement plus rapidement dans les prochains cinq ans dans l'ensemble du système de santé, le mouvement étant déjà largement amorcé.

Une planification adéquate d'acquisition de matériel technologique pour les hôpitaux doit se faire à l'intérieur des objectifs généraux que se sera fixé l'établissement dans l'optique de toujours mieux servir la population. Egalement, le développement technologique doit tenir compte des possibilités actuelles et futures du ou des outils adoptés, et prévoir dès le départ des modalités de financement lorsque la mise à jour ou le remplacement du matériel sera devenu nécessaire.

Pour ce qui est de la technologie bio-médicale et sa diffusion, nous assistons depuis quelques années à une poussée fulgurante du développement technologique dans les secteurs de l'équipement, des médicaments et des méthodes d'intervention; dans les domaines très spécialisés, la distribution de ces technologies se fera à partir d'une conception d'un réseau de services plutôt que d'une volonté à doter chaque établissement de toute la gamme de services.

D'autant plus que l'utilisation de tout le potentiel de la technologie exige le maintien, sur une base continue, de spécialistes et d'expertises rares, surtout en régions périphériques. Des précautions doivent donc être prises à ce niveau pour que le centre hospitalier ne deviennent pas dépendant outre mesure de ces expertises internes potentiellement insuffisantes.

Dans une région où le recrutement des médecins généralistes et spécialistes représente un problème chronique, la disponibilité d'une technologie adéquate peut représenter un atout intéressant d'attraction et de rétention du corps médical.

2.4 Social

Le contexte économique difficile a des répercussions importantes sur le tissu social et en particulier chez les jeunes, pour qui le niveau de chômage atteint des records historiques.

Si nous rapprochons cette situation déplorable avec l'érosion graduelle de la famille comme molécule sociale, nous pouvons prévoir un accroissement des problèmes de santé mentale dans notre société étant donné la désaffiliation des individus par rapport au milieu, la solitude et le stress vécus par les citoyens de notre société moderne.

Les valeurs en regard du travail se transforment et de plus en plus, la maximisation du revenu est supplantée par la qualité de vie au travail. Le phénomène du travail à temps partiel se répand, notamment chez les médecins et employés d'hôpitaux.

Le sentiment d'appartenance semble plus difficile à susciter chez les jeunes. Dans presque tous les secteurs d'emploi, l'explosion des connaissances nécessite un recyclage et un perfectionnement constant, alors que d'autres s'orientent vers une deuxième carrière.

L'évolution du travail comme phénomène social doit être suivie de près afin que des mesures organisationnelles, visant à assurer la qualité et la continuité des soins en centre hospitalier, puissent être entreprises au moment opportun, au fur et à mesure des besoins entraînés par les changements.

2.5 Politique et législatif

Notre environnement politique subit lui aussi des changements et le courant actuel est orienté vers le secteur privé, la décentralisation, l'économie et l'assainissement des finances publiques.

Comme le témoigne la formation récente de la Commission Rochon, la commission d'enquête chargée d'évaluer le système québécois actuel de santé et de services sociaux, les législateurs et principaux acteurs du système ressentent le besoin de refaire le point à la lumière de l'évolution des connaissances sur le concept santé et également compte tenu de l'évolution socio-économique du Québec. Le rapport et les recommandations de cette Commission devront être soumis au Ministre d'ici trente mois. Nous pouvons nous attendre à ce que des modifications législatives surviennent de façon plus importante après le dépôt du rapport.

3. RÉGION SOCIO-SANITAIRE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE: SES CARACTÉRISTIQUES

3.1 Géographique

La région socio-sanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue (08) comprend l'Abitibi, le Témiscamingue et le Territoire de la Baie James. Ce vaste

territoire, avec ses 116 500 kilomètres carrés, occupe le quatrième rang des plus grandes régions du Québec après le Nouveau-Québec, la Côte Nord et le Saguenay-Lac-Saint-Jean.²² Elle est bornée à l'ouest par la province de l'Ontario, au nord, par la région du Nouveau-Québec, à l'est par la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, et au sud, par la région de l'Outaouais.

La carte qui suit (voir carte 1) représente la région 08 avec son réseau routier principal la reliant aux autres régions et également reliant ses principaux centres entre eux.

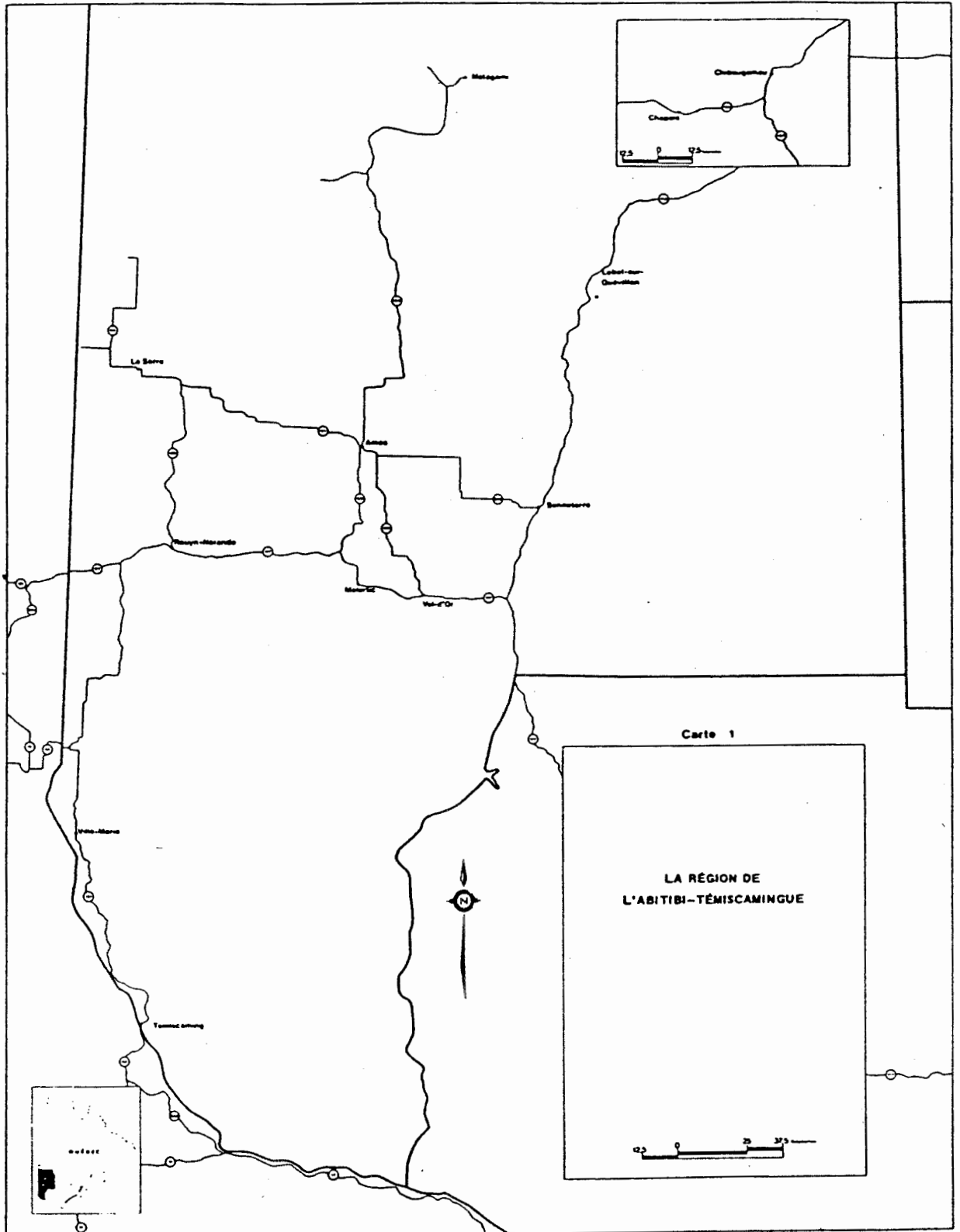
Il est à noter que dans la région 08, le Département de Santé Communautaire (DSC) couvre le même territoire que le Conseil Régional de Santé et de Services Sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT).

La région se subdivise en 9 districts de CLSC: Amos, La Sarre, Lebel-sur-Quevillon, Matagami, Rouyn-Noranda, Témiscaming, Val d'Or, Senneterre, Ville-Marie, Baie-James.

22. L'express sillonne la région de l'Abitibi-Témiscamingue, Productions Abitibi-Témiscamingue Inc. p.3.

CARTE 1

La région de l'Abitibi-Témiscamingue



3.2 Démographique

La densité relative de la population en Abitibi-Témiscamingue est très faible par rapport au reste de la province: 1,3 habitants au kilomètre carré comparativement à 4,0 pour l'ensemble du Québec, en 1976.²³ Évaluée à 157 400 en 1981, cette population se répartit, tel que représenté au tableau 3, en 9 districts de CLSC. La figure 6 représente la population totale de la région 08 en 1982 répartie par tranches d'âge. Cet histogramme nous révèle qu'en 1982, la région comptait 5.7% de personnes âgées de 65 ans et alors que les 0-14 ans comptent pour 26,6%.

TABLEAU 3

Données sur la population, les établissements de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue.

<u>DISTRICT DE CLSC</u>	<u>POPULATION TOTALE</u>	<u>REPARTITION PAR GROUPE D'AGE (%)</u>		
		<u>0-14 ans</u>	<u>15-64 ans</u>	<u>65 ans</u>
Amos	25 035	27	67	6
La Sarre	26 085	27	66	7
Lebel-sur-Quevillon	4 080	33	67	-
Matagami	4 440	31	69	-
Rouyn-Noranda	38 510	25	68	7
Temiscaming	3 295	24	69	7
Val d'Or-Senneterre	38 900	25	69	6
Ville-Marie	14 525	27	65	8
Baie-James ¹	2 530	32	68	-
Région				

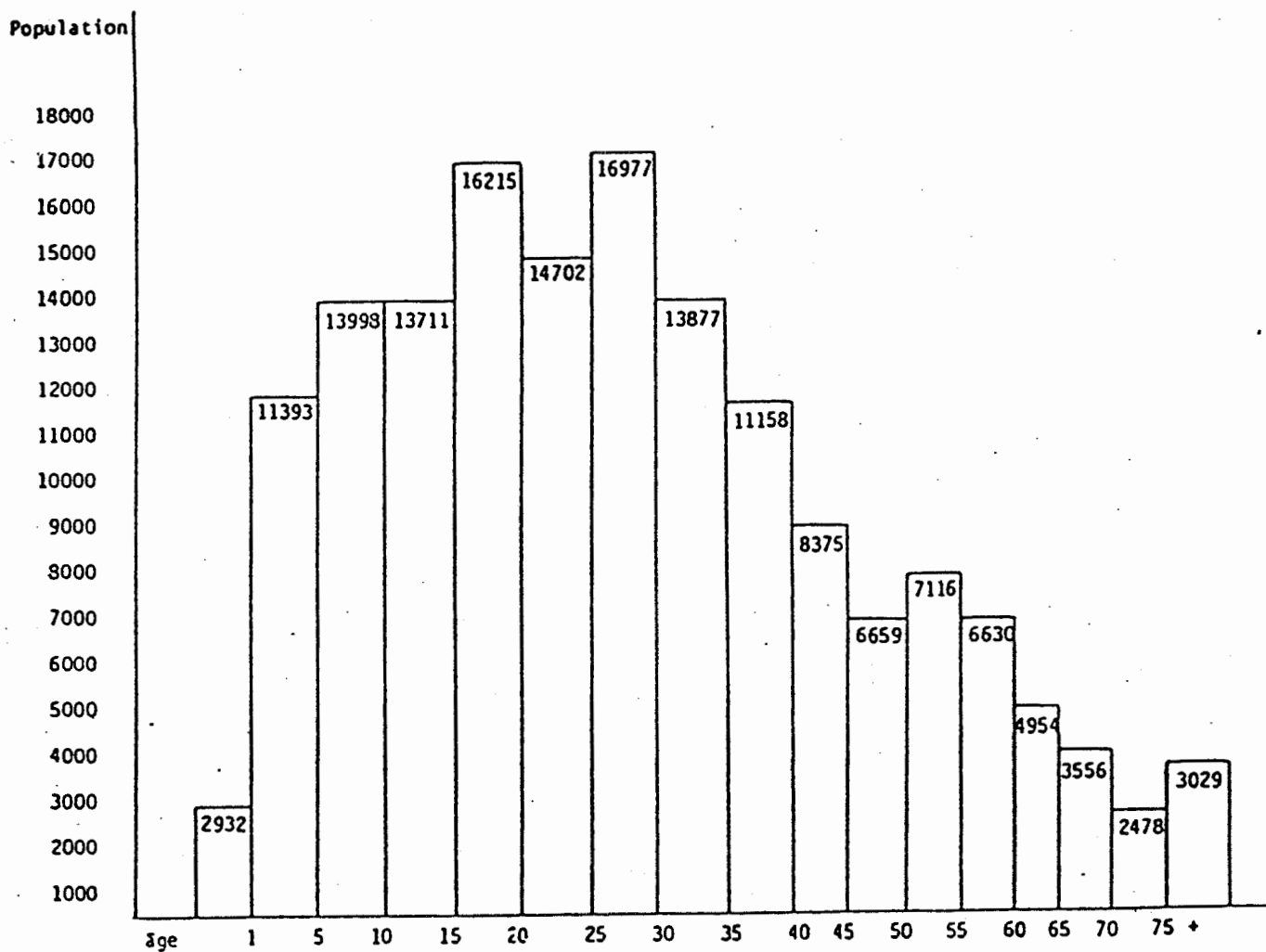
¹ Comprend les populations des localités situées au-dessus du 49e parallèle à l'exclusion de Lebel-sur-Quevillon et Matagami.

Source: CRSSSAT, Rapport annuel 1984-85

23. La problématique de l'Abitibi-Témiscamingue, région 08, O.P.D.Q., Collection Les Schémas régionaux, Bibliothèque Nationale du Québec, 1978 p. 121.

FIGURE 6

Population de la région socio-sanitaire 08



Source: Données recueillies dans les Statistiques annuelles de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec.

Par rapport à la province, la région 08 est donc relativement jeune (voir figure 5) bien que le taux de natalité suive un mouvement à la baisse comme au niveau provincial.

D'autre part, de 1971 à 1976, la région a présenté un bilan migratoire négatif que la natalité réussit à pein à combler.

Ce mouvement émigratoire ralentit cependant pour la période 1976-1981. (Voir tableau 4)

TABLEAU 4

Evolution démographique des régions périphériques *

	1961	1966	1971	1976	1981
Est-du-Québec	349 718	338 164	325 806	318 659	326 873
Saguenay-Lac-Saint-Jean	271 537	280 727	280 967	282 656	299 135
Nord-Ouest	159 129	161 147	150 290	150 469	153 574
Côte-Nord	81 900	97 859	101 270	119 165	117 878
Baie James				8 343	10 452

* Source: Statistique Canada, Recensement de 1981, O.P.D.Q., Problématique et Orientation.

La population de la région 08 comprend aussi certaines populations autochtones dont quelques informations peuvent être retrouvées dans une publication du gouvernementale: Nations autochtones du Québec.²⁴

24. Nations autochtones du Québec, Gouvernement du Québec, 1984, réalisé par le secrétariat des Activités Gouvernementales en milieu Amérindien-et Inuit.

La région 08 comprend principalement des Algonquins qui se répartissent ainsi au Nord: Grand Lac Victoria, Lac Simon, Winneway, Pikogan et Temiscaming. Nous pouvons également retrouver les Cris à Obedjewan et Waswanipi. (voir figure 7)

Les Algonquins, dont la langue maternelle est l'algonquin, font partie de la grande famille linguistique algonquienne. Le tableau 5 fournit les données démographiques de ces bandes algonquines en date du 31 décembre 1978.

Les populations du Grand Lac Victoria et Lac Dozois ont particulièrement retenu l'attention du CRSSSAT ces dernières années en raison des problèmes de santé présents dans ces régions. Des services socio-sanitaires sont depuis en bonne voie d'implantation ainsi que la construction d'installations sanitaires et d'approvisionnement en eau potable.

3.3 Socio-économique

L'Abitibi-Témiscamingue est toujours présentée comme une région-ressource. Ainsi, en 1981, le secteur primaire fournit 16.2% de l'emploi régional contre 4.5% pour l'ensemble du Québec. Parmi les principales activités du secteur primaire nous retrouvons l'agriculture, l'exploitation forestière et minière. Le secteur secondaire gravite autour de ces ressources primaires et contribue pour 19.6% de l'emploi régional. C'est cependant le secteur tertiaire qui offre le plus d'emplois avec un taux de 64.2% de l'occupation régionale. Dans ce dernier secteur, les principales

FIGURE 7

Nations autochtones du Québec

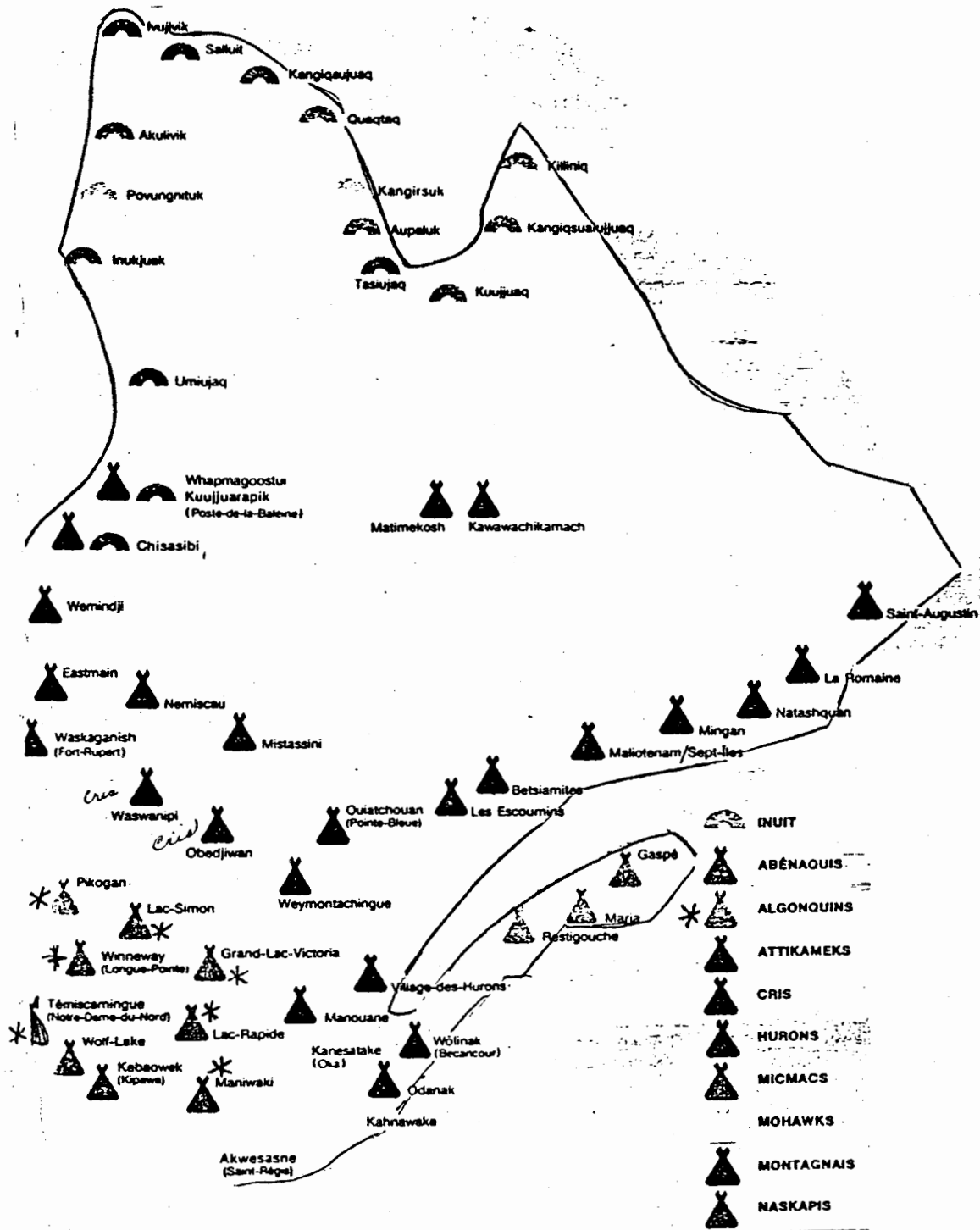


TABLEAU 5

Population des bandes indiennes, par groupe d'âge,
Québec, au 31 décembre 1978

District et bande	Groupe d'âge											Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70 et +	
nombre												
Abitibi-Cris												
Eastmain	44	49	42	34	32	38	28	29	24	12	7	339
Fort-George	238	269	221	200	144	217	148	91	85	32	45	1 690
Mistassini	242	330	283	207	190	237	149	92	79	32	34	1 875
Nemaska	6	14	17	10	14	20	10	3	12	—	3	109
Old-Factory	123	92	90	72	61	99	62	45	33	14	17	707
Rupert-House	126	182	158	156	99	143	85	62	40	18	34	1 103
Waswanipi	118	110	144	92	71	83	76	50	33	8	22	807
Poste-de-la-Baleine	37	69	61	48	30	40	39	32	13	7	11	387
Total	834	1 115	1 018	819	640	877	597	404	319	123	173	7 017
Abitibi-Algonquins												
Pikogan	63	57	47	42	47	78	27	27	9	8	7	412
Grand-Lac-Victoria	40	40	43	30	14	17	22	11	9	2	3	231
Kipawa	15	30	26	12	15	38	24	16	14	2	5	197
Lac-Simon	57	83	72	60	40	57	39	23	12	13	10	466
Long-Point	36	39	34	54	40	37	24	21	17	4	5	311
Timiscaming	39	49	61	53	46	59	39	31	21	7	22	427
Wolf-Lake	1	3	2	5	4	4	3	7	6	1	4	40
Total	251	301	285	256	206	290	178	136	88	37	56	2 084
Montréal												
Kahnawake	298	395	485	567	543	781	629	546	446	146	269	5 105
Oka	13	60	72	94	85	132	116	102	80	36	75	865
River Desert	63	110	133	118	97	207	129	86	72	28	55	1 098
Liste générale	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	1	5
Total	374	565	690	779	727	1 120	875	735	598	210	400	7 073
Bureau régional de Québec												
Gaspé	5	18	24	24	15	25	21	12	5	2	3	154
Hurons de Lorette	77	88	92	118	124	214	138	137	109	43	65	1 205
Restigouche	97	178	212	205	168	239	208	156	81	20	44	1 608
Maria	39	55	48	50	54	81	63	36	22	9	16	473
Viger	—	1	2	4	3	8	12	18	11	4	38	101
Odanak	8	19	25	46	56	91	66	99	86	21	115	632
Bécancour	4	4	5	3	6	22	9	4	3	1	1	62
Barrière Lake	20	53	43	25	33	40	37	15	11	3	9	289
Total	250	418	451	475	459	720	554	477	328	103	291	4 524
Pointe-Bleue												
Manouane	140	197	163	141	88	96	68	47	23	8	13	984
Montagnais du Lac-Saint-Jean	145	153	204	199	194	295	223	142	107	43	76	1 781
Obedjwan	152	192	184	145	108	120	78	39	29	8	14	1 069
Weymontachie	80	114	100	78	49	73	37	25	18	8	13	595
Total	517	656	651	563	439	584	406	253	177	67	116	4 429
Sept-Îles												
Bersimis	248	238	239	236	224	297	129	105	91	29	65	1 901
Mingan	40	32	44	39	23	43	37	16	10	6	8	298
Les Escoumins	12	9	11	9	12	41	18	13	8	—	4	135
Montagnais de Schefferville	16	54	73	63	32	48	45	27	13	6	15	392
Naskapis de Schefferville	35	61	75	69	34	37	27	22	14	2	13	389
Natashquan	26	61	77	55	38	48	32	21	12	4	16	390
La Romaine	13	92	95	68	49	70	51	26	22	5	20	511
Sept-Îles	172	199	210	187	148	207	140	110	42	28	40	1 483
Saint-Augustin	9	21	10	10	8	18	8	5	1	1	5	96
Liste générale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Total	571	767	834	736	568	809	487	345	211	81	187	5 596
Total général	2 897	3 820	3 927	3 628	3 039	4 400	3 097	2 350	1 721	621	1 223	30 723

Source: Ministère des Affaires indiennes et du Nord, Canada.

activités sont par ordre décroissant, le commerce, les transports, communications et services publics, les services médicaux et sociaux et l'enseignement.²⁵

Outre ces données concernant les secteurs d'emploi, un taux de chômage chroniquement élevé caractérise la région de l'Abitibi-Témiscamingue; ce taux régional se situe à 14.9% pour le deuxième trimestre 1985, dépassé uniquement par ceux de la Gaspésie, du Bas St-Laurent et du Saguenay-Lac-St-Jean²⁶ (voir tableau 6). A noter que, à partir de janvier 1985, une modification des méthodes d'échantillonnage de l'Enquête sur la population active a causé une coupure dans la série chronologique des indicateurs globaux du marché régional du travail²⁷ rendant ainsi impossible la comparaison avec les données antérieures à cette date.

Parallèlement à cette situation de chômage élevé, les revenus personnels disponibles per capita sont inférieurs à la moyenne provinciale. Ainsi, en 1980, ils se situaient à 6 405\$ en Abitibi-Témiscamingue comparativement à 7 343\$ pour la province.²⁸ Il existe cependant des grandes disparités au niveau des rémunérations selon les secteurs et catégories d'emploi.

Sur le plan de la scolarité, notre région affiche une sous-scolarisation que nous pouvons illustrer entre autres, par le taux de passage au collé-

25. L'express p. 24.

26. Bulletin régional sur le marché du Travail, Ministère de la Main d'Oeuvre et de la Sécurité du revenu, Vol. 5, no 2, Août 1985, Région de l'Abitibi-Témiscamingue (08) p.6.

27. Ibid p. 5.

28. Statistiques Canada, recensement 1981.

TABLEAU 6

Comparaisons intr-régionales
 Quelques indicateurs du marché du travail
 Données non désaisonnalisées
 2e trimestre 1985

Régions économiques, agglomérations métropolitaines et ensemble du Québec	Taux d'activité (%)	Taux de chômage (%)	Rapport emploi/ population (%)
<u>Régions économiques</u>			
Gaspésie	52,0	17,2	43,0
Bas St-Laurent	57,9	17,8	47,6
Saguenay-Lac St-Jean	55,6	16,0	46,8
Québec	60,2	9,4	54,6
Mauricie-Bois-Francs	59,3	12,0	52,4
Estrie	62,3	11,8	55,1
Montérégie	67,8	10,4	60,7
Montréal	64,0	12,6	56,0
Laurentides	61,7	14,4	52,9
De Lanaudière	62,6	11,4	55,3
Outaouais	67,4	10,8	60,2
Abitibi-Témiscamingue	58,2	14,9	49,2
Côte-Nord et Nouveau-Québec	61,5	14,6	52,8
<u>Agglomérations métropolitaines</u>			
Chicoutimi/Jonquière	56,5	14,1	48,5
Québec	64,4	9,1	58,6
Trois-Rivières	62,5	12,1	55,3
Montréal	65,9	12,0	58,0
Ottawa/Hull	72,5	7,8	66,8
<u>Ensemble du Québec</u>	62,7	12,1	55,1

Source: CANSIM, marque déposée de la base de données ordinales de Statistique Canada, compilation spéciale, M.M.S.R.

gial par rapport à l'ensemble du Québec (figure 8). Pour la période couvrant 1971 à 1979, ce taux s'est maintenu nettement en-dessous de la moyenne provinciale. Cependant, le rapport annuel 84-85 du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue avance des taux beaucoup plus élevés pour les mêmes années (tableau 7).

Outre ces discordances de données, cette situation de sous-scolarisation semble être en voie d'amélioration, si nous considérons l'augmentation constante depuis les années 80 du taux de passage au collégial.

TABLEAU 7

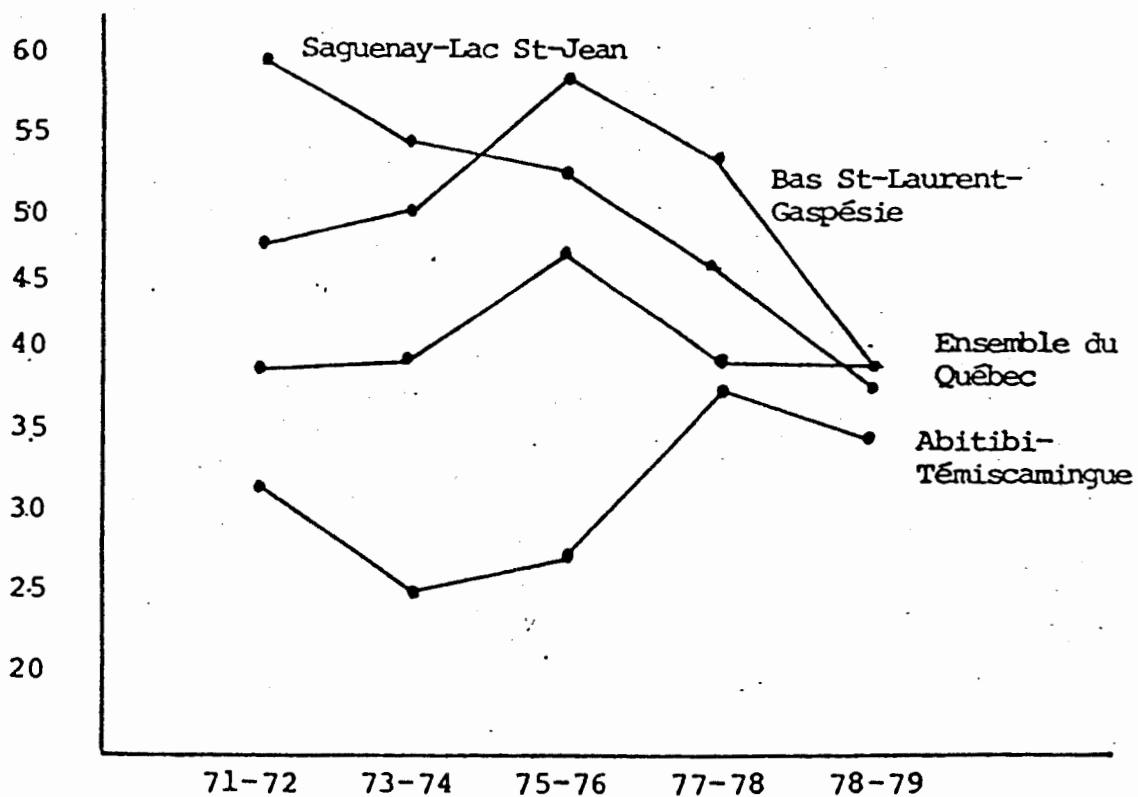
Taux de passage au collégial en Abitibi-Témiscamingue

ENSEMBLE DU TERRITOIRE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	53,1	58,0	58,5	57,0	56,3	62,2	66,8	68,5	68,8
	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	82-83	83-84	84-85

Source: Rapport annuel 84-85, C.A.T.

Figure 8

Evolution comparée des taux de passage au collégial.



*En fonction de tous les étudiants de secondaire V en juin de l'année précédente.

Source: 1971-72 à 1975-76: Ministère de l'Éducation

3.4 Socio-sanitaire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue, ainsi que nous venons de le voir, se présente comme une région défavorisée sur le plan économique. Or, des études épidémiologiques réalisées en milieu industrialisé démontrent pour la plupart, que les personnes défavorisées économiquement le sont également au niveau de leur santé.

Le statut socio-économique exerce une influence déterminante sur la santé et ce, à tous les points de vue, de la mortalité générale au léger malaise spécifique. Inversement, un piètre état de santé peut favoriser le processus d'appauvrissement et renforcer l'existence d'un cycle pathogène.²⁹

Une étude effectuée par Pompalon³⁰ sur la situation sanitaire de la région 08 semble confirmer ces dires. Ainsi, sans faire une revue exhaustive des données qu'il a recueillies, (voir annexe 1, page 1 et 2), la population de l'Abitibi-Témiscamingue présente un bilan de santé peu enviable. Ses espérances de vie à la naissance (69,88 ans) et à 35 ans (37,94 ans) et sa mortalité générale (1,14) comptent parmi les pires au Québec. Cette situation est généralisée à la grandeur du territoire et concerne plus particulièrement les hommes âgés entre 15 et 34 ans.

Parmi les problèmes de santé significativement élevés par rapport aux taux provinciaux, nous retrouvons les décès par traumatismes (en particulier les accidents de la route et les suicides), les maladies respiratoi-

29. Pompalon, Robert, Environnement et Santé, Ministère des Affaires Sociales, Québec, Juillet 1980.

30. Pompalon, Robert, Géographie de la Santé au Québec, Service des études-épidémiologiques, Direction des politiques de la santé, Ministère des Affaires Sociales, 1983, p. 123.

res, l'hypertension, l'artériosclérose, les troubles mentaux et l'alcoolisme. En ce qui concerne l'alcoolisme, la consommation d'alcool dans la région 08 recueille les plus fortes valeurs de consommation au Québec soit 13,96 litres d'alcool absolu par capita, par an. La consommation de cigarettes pour sa part se situe à un niveau moyen allant de 8,3 à 10,3 cigarettes par capita, par jour.

Témoignant d'une détérioration au niveau social également, le taux d'incarcération se situe pour les années 1977-79 au deuxième rang des taux provinciaux, selon le rapport 1979 du ministère de la Justice du Québec.

Les quelques caractéristiques qui précèdent concernant la région socio-sanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue, bien que non exhaustives nous permettent tout de même de se représenter un peu mieux cette grande région qu'est la région 08 ainsi que les gens qui l'habitent. Nous traiterons maintenant du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue en ce qui concerne sa mission particulière, ses orientations et ses priorités actuelles.

4. LE CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ E DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (CRSSSAT)

4.1 Mission particulière

En plus de la mission et des fonctions que lui confère la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. ch S-5), le CRSSSAT assume également le mandat d'exercer pour et au nom du Centre hospitalier Rouyn-Noranda les fonctions de recherche, planification, coordination et

évaluation des programmes de santé communautaire. Ce mandat fait suite à un protocole d'entente conclu entre les deux parties le 23 septembre 1983.

Ce regroupement CRSSSAT-DSC implique non seulement l'unification de la fonction de planification socio-sanitaire au palier régional, mais également un élargissement de la mission du CRSSSAT. Compte tenu de la nécessité d'adopter une approche globale des problématiques socio-sanitaires dans l'accomplissement des fonctions qu'il assume, le CRSSSAT définit ainsi sa mission.

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont confiées par le gouvernement et le Ministre des Affaires sociales, en collaboration avec les instances concernées et avec la participation de la population de la région pour laquelle il est institué, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT) a pour mission de voir au maintien et à l'amélioration de la santé globale de cette population et des groupes qui la composent en lui assurant, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui les dispensent, des services sociaux et de santé accessibles, continus, efficaces et adaptés à ses besoins.³¹

Le CRSSSAT assume donc également les fonctions confiées aux centres hospitaliers opérant un D.S.C. en ce qui concerne notamment:

- l'établissement et la mise à jour du profil de l'état de santé de la population de la région;

31. Rapport annuel 1984-1985, CRSSSAT, p. 2.

- l'identification des problèmes de santé de la population et l'élaboration, l'évaluation et la mise à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé pour la région;
- la prévention et le contrôle des épidémies dans la région;
- la santé au travail et la santé environnementale.

4.2 Orientation

Dans un document interne de travail,³² le CRSSSAT établit ainsi les orientations et les démarches qui doivent guider son action:

- l'approche globale
- l'approche communautaire
- la primauté de la gestion des besoins sur la gestion des ressources

Le CRSSSAT entend opérationnaliser l'approche globale par une approche communautaire et cette dernière est associée à la sectorisation. Les zones de MRC deviennent la base d'intégration des services et milieu de vie des citoyens. Le CRSSS identifie ainsi les fonctions que devraient assumer les secteurs géographiques.

1. Coordonner les ressources en vue de la prise en charge collective des besoins de la population.
2. Evaluer l'impact des services et les ajuster aux besoins des communautés sectorielles.
3. Promouvoir la participation de la communauté.

32. Rapport au comité consultatif sur la réorganisation au CRSSSAT, 16 mai 1984, (Document interne de travail).

L'approche de gestion des besoins constituant pour le CRSSSAT la traduction opératoire du concept de santé globale, des clientèles et services prioritaires sont retenus.

4.3 Les priorités du CRSSSAT

Compte tenu des problématiques socio-sanitaires, de l'organisation du réseau d'établissements et des caractéristiques géographiques et démographiques régionales, le CRSSSAT a retenu les clientèles et services prioritaires qui suivent:

- les services aux autochtones
- les services aux jeunes
- les services aux personnes âgées
- les services aux personnes handicapées
- les services communautaires de première ligne
- les services de santé mentale
- les services médicaux et hospitaliers spécialisés³³

5. LES SERVICES RÉGIONAUX DE SANTÉ —

5.1 Les services de première ligne

Avec le parachèvement du réseau régional de C.L.S.C., les services de première ligne sont principalement assurés par ces établissements. Dans d'autres cas, les urgences et les cliniques externes de certaines hopitaux et les Centres de santé assument également ce rôle.

33. CRSSSAT, Rapport annuel 84-85, p. 16.

CLSC

Le réseau des CLSC est formé de cinq établissements ainsi répartis:

- C.L.S.C. de Senneterre (desservant également la région de Val d'Or par un point de service)
- C.L.S.C. de Temiscaming
- C.L.S.C. Partage des Eaux de Noranda
- C.L.S.C. Des Aurores Boréales de La Sarre
- C.L.S.C. du District D'Amos (en voie d'implantation)

Les Centres de Santé (Centre hospitalier et Centre local de services communautaires)

- Centre de santé Isle-Dieu de Matagami
- Centre de santé Lebel-sur-Quevillon
- Centre de santé Ste-Famille de Ville-Marie

Urgence et Cliniques hospitalières

Des services de première ligne sont assumés par les hôpitaux étant donné que les CLSC n'offrent pas de services 24 heures par jour et les fins de semaine. De plus les cliniques externes des hôpitaux jouent un rôle de première ligne pour la population avoisinante des hôpitaux.

5.2 Les services de deuxième ligne

En termes de lits de courte durée, les soins de deuxième ligne sont dispensés par les établissements suivants:

- Centre hospitalier Hotel-Dieu d'Amos	110 lits C.D.
- Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre	73 lits C.D.
- Centre hospitalier Rouyn-Noranda de Noranda	135 lits C.D.
- Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'or	115 lits C.D.
- Centre de santé Isle-Dieu de Matagami	15 lits C.D.
- Centre de santé Lebel de Lebel-sur-Quevillon	14 lits C.D.
- Centre de santé Ste-Famille de Ville-Marie	<u>61 lits C.D.</u>
	523 lits C.D.

Conformément aux dispositions de la Loi 27, le CRSSSAT a le mandat d'approuver les plans d'organisation clinique des centres hospitaliers qui portent sur la formation des départements et des services cliniques et sur le nombre de médecins et dentistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services. En octobre 84, le CRSSSAT adoptait un cadre de référence qui précise ces derniers éléments et également, identifiait les établissements dispensateurs pour certaines spécialités régionales. Ainsi, les centres hospitaliers qui suivent se sont vu décerner récemment ou sont en voie d'obtenir des spécialités suivantes:³⁴

Centre hospitalier Rouyn-Noranda

- chirurgie vasculaire périphérique
- service régional de neurologie par jumelage avec le Centre hospitalier Hotel-Dieu de Montréal

34. Ibid, p. 26.

Centre hospitalier Saint-Sauveur de Val d'Or

- service régional de néphrologie-dialyse
- service régional de cytologie

Centre hospitalier Hotel-Dieu d'Amos

- service régional de chirurgie buccale et maxillo-faciale

5.3 Les services de troisième ligne

Ces services ultra-spécialisées ne sont pas offerts en région à l'exception d'un service de néonatalogie au C.H.R.N., avec une capacité de sept lits. Les autres catégories de bénéficiaires nécessitant des services de troisième ligne sont orientés vers les établissements universitaires métropolitains.

5.4 Les soins de longue durée

Dans le cadre du mandat de coordination des admissions en Centre d'Accueil d'hébergement - Centre hospitalier soins de longue durée, le CRSSSAT a procédé à l'implantation de la formule CTMSP, à laquelle une annexe a été ajoutée pour compléter l'évaluation psycho-sociale des bénéficiaires. Depuis mars 1985, toute la clientèle hébergée dans les établissements de l'Abitibi-Témiscamingue a été évaluée à partir de cet instrument unique d'évaluation.³⁵

35. Ibid, p. 25.

En terme de soins de longue durée les ressources en région se détaillent ainsi:

Centre hospitalier St-Jean de Macamic:	205 lits LD
CHRN	72 lits LD
CH Saint-Sauveur de Val d'Or	58 lits LD
Centre de santé Sainte-Famille de Ville-Marie	<u>26 lits LD</u>
	380 lits LD

Par ailleurs, les places en Centre d'accueil d'hébergement sont actuellement au nombre de 530 dont 156 à Rouyn-Noranda.

5.5 Les services en santé mentale

Les services en santé mentale en Abitibi-Témiscamingue sont dispensés par un hôpital régional pour malades mentaux et par les hôpitaux de sous-secteurs. Deux d'entre eux offrent des services internes de psychiatrie interne et la plupart, des services externes.

CH Hôtel-Dieu d'Amos (interne) clinique externe	16 lits
CHRN (interne) clinique externe	22 lits
Malartic interne clinique externe	49 lits
	<hr/>
	87 lits

Les Centres hospitaliers qui suivent offrent également des services en externe:

C.H. Saint-François de La Sarre

Centre de santé Sainte-Famille de Ville-Marie

La région est caractérisée par un déficit important en psychiatres. (voir tableau 1) En effet, pour répondre aux besoins illustrés par le plan d'effectifs médicaux, 11 psychiatres devraient s'ajouter au nombre actuel.

5.6 La réadaptation

Les services de réadaptation sont dispensés par des centres d'accueil ainsi répartis dans la région:

Clair-Foyer d'Amos

Vocation unique:

handicapés mentaux
(adultes et enfants)

Centre d'orientation

Vocation unique:

L'Etape de Val d'Or

mésadaptés socio-affectifs

Centre d'accueil Normand

Vocation unique:

alcoolisme et autres toxico-
manies.

Maison Rouyn-Noranda

Vocation multiple:

-handicapés physiques
(adultes et enfants)

-mésadaptés socio-affectifs

-autistiques (enfants)

L'implication des centres hospitaliers est plutôt orientée vers les handicapés physiques par leurs services de physiothérapie. D'autre part, au cours de l'exercice 1984-85, le CRSSSAT a effectué des opérations ponctuelles visant à améliorer l'accessibilité des services pour les personnes handicapées; il est ainsi intervenu au niveau du transport, du maintien à domicile, de la scolarisation et de l'embauche des personnes handicapées.

5.7 La santé communautaire

La situation particulière du CHRN-DSC-CRSSSAT a été vue précédemment, ainsi que ses orientations. Comme les autres DSC, un transfert des ressources a eu lieu vers les CLSC. Il est caractérisé par un fonctionnement par programmes et détient deux mandats légaux qu'il doit assumer quant aux maladies infectieuses et en santé au travail.

5.8 Autres services

Neuf filiales du Centre des Services Sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CSSAT) dispensent des services sociaux de deuxième ligne dans notre région: Amos, Rouyn-Noranda, Val d'Or, La Sarre, Lebel-sur-Quevillon, Senneterre, Ville-Marie, Temiscaming Sud et Matagami. Ce type d'établissement est également responsable de la Protection de la Jeunesse, de l'adoption et des ressources familiales pour enfants et adultes (familles d'accueil).

D'autres services, cette fois-ci pour personnes âgées, sont également offerts. Ainsi des Pavillons peuvent accommoder environ cent (100) personnes âgées en région, dont 30 dans le secteur Rouyn-Noranda.

Également, un nouveau service est actuellement offert par le C.A.H. Maison Pie XII de Rouyn. Des logis adéquats et bien situés sont loués par le C.A.H. pour être ensuite sous-loués à des personnes âgées. Actuellement, 22 personnes bénéficient de ce service, lequel s'avère à date une expérience positive.

6. CONCURRENCE ET NOTION DE PÔLE RÉGIONAL

Bien que le système de santé au Québec ne soit pas conçu dans un système de concurrence franc, la situation en région périphérique est particulière. Dans la région 08, cette situation de concurrence se vit surtout entre les trois centres d'Amos, de Val d'Or et de Rouyn, et elle s'est clairement manifestée lors des audiences publiques tenues en mars 86 sur la question d'implanter un hôpital à vocation régionale dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Une opposition farouche s'est exprimée, surtout par Amos et Val d'Or, qui voient leur survie menacée par le développement potentiel de Rouyn-Noranda en tant que centre régional.

Cette obstruction ou concurrence se manifeste également au niveau de l'acquisition du personnel spécialisé, le développement de spécialités et l'acquisition d'équipements médicaux spécialisés susceptibles de conférer un rôle régional au CHRN.

7. LE TERRITOIRE DU CHRN ET SA DÉMOGRAPHIE

De par sa vocation régionale, le CHRN dessert toute la population de l'Abitibi-Témiscamingue, notamment en ce qui concerne la périnatalogie, les

grossesses à risque, la neurologie, la chirurgie vasculaire périphérique et ses cliniques externes spécialisées. Egalement, sa vocation de CH "désigné" lui confère une vocation régionale en matière de santé communautaire. Les caractéristiques socio-démographiques de la population 08 s'appliquent donc dans la description d'une partie de la clientèle du CHRN.

Sur le plan local, le CHRN dessert la population de la Municipalité régionale de Comté (MRC) de Rouyn-Noranda. Cette MRC regroupe 17 municipalités dont trois villes et 14 municipalités rurales couvrant 4 540,13 km²; les territoires non organisés totalisent une superficie de 1 648,39 km². (voir figure 9)

La MRC de Rouyn-Noranda regroupait en 1981 une population totale de 38 376 habitants concentrés à 83% dans l'agglomération de Rouyn-Noranda. Cette agglomération inclut les municipalités de McWatters, de St-Guillaume-de-Granada, d'Evain et de Lac Dufault.³⁶

La pyramide des âges illustre une population jeune, près de 65% étant âgée de moins de 35 ans. (voir tableau 8 et figure 10).

Sur le plan socio-économique, le revenu moyen par famille atteignait en 1981, 21 240\$, ce qui était à ce moment inférieur à la moyenne québécoise (25 105\$).³⁷

36. Municipalité régionale de comté de Rouyn-Noranda, Bilan-synthèse, Service de l'aménagement, Novembre 1985, p.2.

37. Ibid, p. 10.

EFFECTIF DE LA POPULATION SELON LE NOMBRE D'HABITANTS.
MRC DE ROUYN-NORANDA. 1981

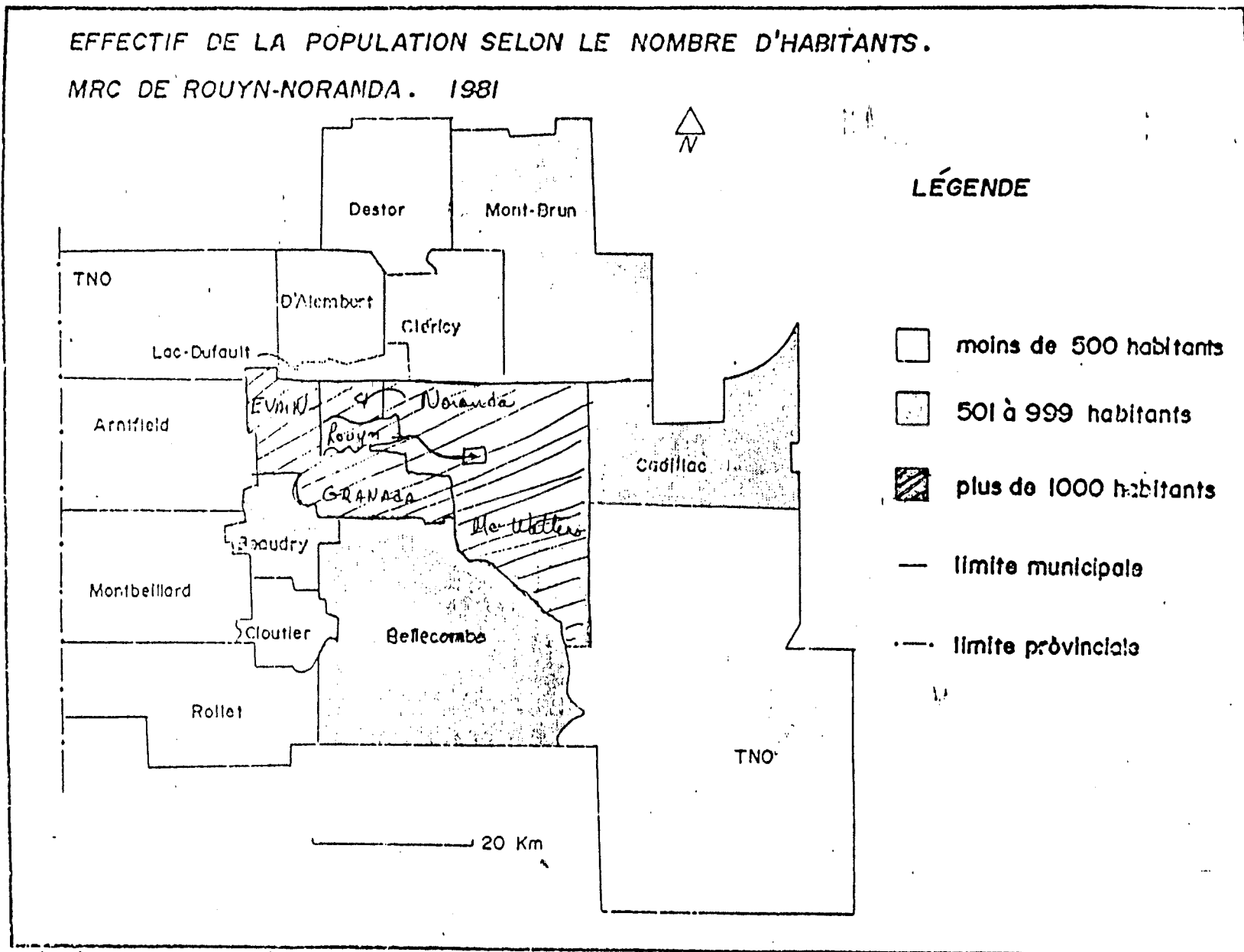


FIGURE 9

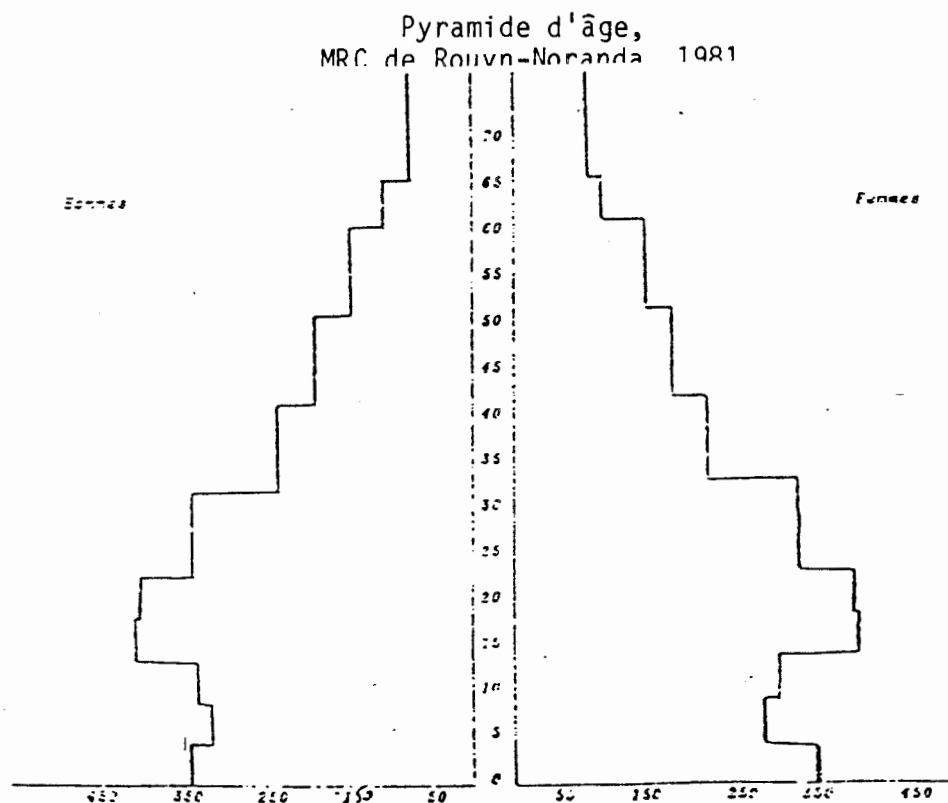
TABLEAU 8

Répartition de la population selon le sexe et le groupe d'âge
MRC de Rouyn-Noranda, 1981

Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Total
0 - 4 ans	1675	1780	3455
5 - 9 ans	1570	1470	3040
10 - 14 ans	1630	1545	3175
15 - 19 ans	2020	2030	4050
20 - 24 ans	1975	2010	3985
25 - 34 ans	3430	3405	6835
35 - 44 ans	2300	2215	4515
45 - 54 ans	1815	1850	3665
55 - 64 ans	1420	1530	2950
65 - 69 ans	525	515	1040
70 ans +	750	855	1605

Source: Statistique Canada, 1981.

FIGURE 10



Tiré de: MRC de Rouyn-Noranda, Bilan-synthèse, nov. 1985, p.8.

Dans l'ensemble, les caractéristiques socio-économiques de la MRC de Rouyn-Noranda sont fondées sur la vocation de capitale régionale de Rouyn et de Noranda, ce qui amène une tertiarisation des activités économiques par la prolifération des secteurs commerciaux et de services.

8. INDICE D'ATTRACTION RÉGIONALE DU CHRN

A partir des données fournies par MED-Echo (Annexe II), il nous est possible de tracer le profil d'attraction du CHRN par rapport aux hospitalisations totales pour la région 08, et d'obtenir d'autres données concernant l'activité du CHRN pour les cinq (5) dernières années.

TABLEAU 9

Attraction régionale du CHRN pour les années 1981-1986

Période	Total des cas Région 08	Total des cas CHRN	Pourcentage par rapport à la région 08 (%)	Séjour moyen au CHRN (jours)	Jours/hosp. au CHRN
81-82	20 149	5 766	28,6	12,3	70 921,8
82-83	20 974	6 282	30,0	11,6	72 871,2
83-84	23 312	7 572	32,5	10,0	75 720,0
84-85	24 766	8 858	35,8	8,7	77 064,6
85-86	30 651	10 182	33,2	6,8	69 237,6

Les données qui précèdent nous révèlent une augmentation de 52% des hospitalisations dans la région 08 alors qu'au CHRN, le nombre de bénéficiaires qui y sont hospitalisés a augmenté de 76%. La part du marché du CHRN dans la région s'accroît donc plus rapidement que le marché régional.

D'autre part, nous observons que pour ces mêmes périodes, le séjour moyen au CHRN a presque diminué de moitié: il est passé de 12,3 jours en 81-82 à 6,8 jours en 85-86. Ceci nous indique qu'en dépit d'une augmentation de 76% du nombre des hospitalisations, la production en 1985-86 (69 237,6 jours-hosp.) est légèrement inférieure à celle de 81-82 (70 921,8 jours-hosp).

Parmi les spécialistes auxquelles ont recours au CHRN les autres MRC, nous retrouvons prioritairement la gynécologie, la chirurgie générale, l'urologie, la pédiatrie, l'ORL, l'ophtalmologie. Les secteurs du Témiscamingue et de l'Abitibi-Ouest utilisent également le CHRN pour des cas d'omnipraticien. Ces données sont disponibles en Annexe II.

Une partie des bénéficiaires sont hospitalisés au CHRN suite à un transfert inter-hospitalier. Ainsi, pour l'année 84-85, nous obtenons les données qui suivent:

CH St-Sauveur de Val d'Or	51 transferts
CH Hotel Dieu d'Amos	27 transferts
CH St-François d'Assise de La Sarre	91 transferts
Centre de Santé Lebel de Lebel-sur-Quevillon	21 transferts
Centre de Santé Sainte-Famille de Ville-Marie	63 transferts
Centre de Santé Isle-Dieu de Matagami	14 transferts
C.H. St-Jean de Macamic	<u>5</u> transferts
	272 transferts

9. PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE RÉGIONALE DES HOSPITALISATIONS DU CHRN

TABLEAU 10

Provenance géographique des hospitalisations
au CHRN pour la période 82-86

MRC	82-83 cas = %	83-84 cas = %	84-85 cas = %	85-86 cas = %
Témiscamingue	372 = 5,92	455 = 6,0	481 = 5,43	486 = 4,77
Rouyn-Noranda	4 564 = 72,65	5 450 = 71,97	6 531 = 73,72	7 645 = 75,08
Vallée de l'Or	204 = 3,24	241 = 3,18	237 = 2,67	167 = 1,64
Abitibi	122 = 1,94	162 = 2,13	219 = 2,47	302 = 2,96
Abitibi-Ouest	678 = 10,79	918 = 12,12	1 102 = 12,44	1 252 = 12,29
Autre	342 = 5,44	346 = 4,56	288 = 3,25	330 = 3,24
N =	6 282	7 572	8 858	10 182

Source: Med-Echo

Nous observons une variation sensible au cours des quatre dernières années quand à la provenance géographique des bénéficiaires hospitalisés au CHRN. Alors que les portions provenant de Rouyn-Noranda, de l'Abitibi et de l'Abitibi-Ouest ont augmenté légèrement, le nombre de bénéficiaires provenant du Témiscamingue, de la Vallée de l'Or a par contre diminué. D'autre part, c'est la MRC de l'Abitibi-Ouest qui utilise le plus les services du CHRN (12,29%) après la MRC de Rouyn-Noranda (75,08%).

Les secteurs qui utilisent le moins le CHRN sont les secteurs est, soient la Vallée de l'Or (1,64%) et l'Abitibi (2,96%).

10. PROFIL DIAGNOSTIC DES HOSPITALISATIONS AU CHRN

Pendant la période 1985-1986, les diagnostics principaux suivants ont été posés au CHRN:

TABLEAU 11

Profil diagnostique des hospitalisations au CHRN pour 85-86

Diagnostic selon classification D19	Nombre de cas	Fréquence du diagnostic (%)
Maladies de l'appareil digestif	1 340	13,16
Maladies des organes génito urinaires	1 258	12,35
Complications de grossesse, accouchement et suites des couches	1 133	11,12
Classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé	1 011	9,92
Maladies de l'appareil respiratoire	796	7,81
Maladies de l'appareil circulatoire	763	7,49
Enfants nés vivants en bonne santé	744	7,30
Maladies du système nerveux et organes des sens	636	6,24
Tumeurs	552	5,42
Etats morbides mal définis	478	4,69
Troubles mentaux	357	3,50
Lésions, traumatismes et empoisonnements	286	2,80
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	250	2,45
Maladies endocriniennes, de la nutrition, du métabolisme et troubles immunitaires	129	1,26
Maladies infectieuses et parasitaires	125	1,22
Maladies ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif	107	1,05
Anomalies congénitales	100	0,98
Maladies du sang et organes hématopoïétiques	75	0,73
Affections d'origine périnatale	42	0,41

Source: Med-Echo

Un survol des cinq (cinq) dernières années du profil diagnostique nous permet de relever une hausse relative pour les diagnostics suivants. (Voir annexe II).

- Tumeurs
- Maladies du système nerveux et organes des sens
- Maladies de l'appareil digestif
- Maladies des organes génito-urinaires
- Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

Par contre, certains diagnostics sont à la baisse et parmi eux:

- Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche
- Lésions traumatiques et empoisonnements
- Enfants nés vivants en bonne santé

11. HOSPITALISATIONS HORS RÉGION

11.1 Hospitalisations des résidents de la région 08 à l'extérieur

Pour la période 85-86, 3 456 bénéficiaires ont été hospitalisés hors de la région, ce qui représente plus de 10% des hospitalisations totales pour les résidents de la région 08. Nous retrouvons dans le tableau qui suit les principales causes, par ordre décroissant, des hospitalisations hors région.

TABLEAU 12

Diagnostic et nombre d'hospitalisations hors région
pour la période 85-86 pour les résidents de la région 08

Diagnostic principal	Nombre de cas	Fréquence (%)
Maladies de l'appareil circulatoire	599	17,33
Tumeurs	476	13,77
Maladies du système nerveux et organes des sens	354	10,24
Maladies du système génito-urinaire	320	9,25
Lésions traumatiques et empoisonnements	255	7,37
Maladies de l'appareil digestif	218	6,30
Système ostéo-articulaire, muscles et tissu-conjonctif	192	5,55
Malaises mal définis	162	4,68
Anomalies congénitales	158	4,57
Système endocrinien, nutrition, métabolisme, immunitaire	119	3,44
Autres	119	3,44
Complications grossesses, accouchements et suite de couches	92	2,66
Troubles mentaux	60	1,73
Peau, tissu cellulaire et sous-cutané	48	1,38
Maladies infectieuses et parasitaires	47	1,35
Enfants nés vivants	43	1,24
Sang et organes hématopoïétique	26	0,75
Affections origine péri-natale	11	0,31

Source: Med-Echo

11.2 Hospitalisations hors région des résidents de la MRC Rouyn-Noranda

Pour l'année 85-86, 7 645 bénéficiaires provenant de la MRC Rouyn-Noranda ont été hospitalisés au CHRN et 525 autres l'ont été en dehors de la région. Ces derniers représentent 6,4% des hospitalisations totales pour la MRC.

Les diagnostics principaux établis pour les services reçus hors région figurent au tableau qui suit:

TALBEAU 13

Diagnostic et nombre de résidents de la MRC Rouyn-Noranda hospitalisés hors de la MRC

Diagnostic principal	Nombre de cas N = 525	Fréquence (%)
Lésions traumatiques et empoisonnements	144	27,0
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	136	25,95
Classification supplémentaire (dont les examens et investigations)	54	10,30
Maladies des organes génito-urinaires	31	5,91
Maladies de l'appareil digestif	24	4,58
Tumeurs	19	3,62
Complications de grossesse, accouchement et suites des couches	18	3,43
Maladies de l'appareil circulatoire	15	2,86
Enfants nés en bonne santé	14	2,67
Maladies de la peau, tissu cellulaire sous-cutané	13	2,48
Maladies de l'appareil respiratoire	12	2,29
Problèmes mal définis	9	1,71
Troubles mentaux	8	1,52
Maladies du système nerveux, organes des sens	6	1,14
Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme et troubles immunitaires	2	0,38

CHAPITRE IV

CHAPITRE IV

LA STRUCTURE DU CHRN

1. PHYSIQUE

LE CHRN est un complexe physique constitué de quatre (4) bâtiments à la fois séparés et interreliés (155 253 pieds cubes):

- Le Pavillon Lemay-Juteau constituant le centre hospitalier comme tel(304 lits).
- Le Pavillon Youville abritant plusieurs organismes et services dont le Centre d'accueil de 75 lits, le CLSC, la clinique externe et centre de jour du département de psychiatrie du CHRN, le service de planification des naissances, l'Unité de Médecine familiale et autres.
- Le Pavillon Laramée dont les principaux locataires sont la Société immobilière du Québec et l'ex-Cité de Noranda (complexe sportif).
- La Centrale thermique alimentant les édifices ci-haut mentionnés.

Les aires réservées aux opérations du centre hospitalier ainsi qu'à l'administration du complexe sont actuellement suffisantes, bien qu'une augmentation de ses opérations ou des services offerts nécessitera le développement de nouveaux espaces. A cet effet, la partie nord du cinquième étage pourrait être utilisée; cette zone est actuellement utilisée pour des bureaux ou pour loger des médecins provenant de l'extérieur. Les autres pavillons, Youville et Laramée, constituent également des ressources très appréciables dans l'éventualité de besoins futurs.

Des rénovations majeures doivent être effectuées au rez-de-chaussée du centre hospitalier dans les parties abritant particulièrement la salle d'urgence, la centrale téléphonique et les cliniques spécialisées. Ces zones seront réaménagées de façon à y rendre plus fonctionnel le mouvement des travailleurs et patients.

Le système d'ascenseurs du centre hospitalier fait également l'objet d'insatisfactions chez les usagers. Ces ascenseurs sont réputés être trop souvent hors d'usage, les rendant ainsi non fonctionnels.

Des rénovations importantes doivent aussi être effectuées au Pavillon Youville et ces deux dernières situations particulières ont motivé une demande d'investissement de plus de deux millions de dollars au CRSSS, demande qui n'a reçu aucune réponse officielle à date. Cet état de vétusté entraîne parfois des dépenses d'urgence que le CHRN doit absorber.

Au Centre d'Accueil du Pavillon Youville, bien que ce centre ait été conçu pour recevoir 75 résidents, les pièces à usage commun sont considérées trop étroites. D'autre part, selon des intervenants du C.A., les résidents actuels ont connu cet édifice en tant qu'hôpital et les aménagements et décors actuels ne réussissent pas toujours à leur enlever de l'esprit qu'ils ne sont pas à l'hôpital mais plutôt chez eux.

Les ascenseurs du Pavillon Youville sont également considérés inadéquats pour les résidents à cause de leur lenteur et parce qu'ils desservent aussi les employés des organismes abrités par le Pavillon. Les rési-

dents ont eu à l'occasion à essayer des commentaires désagréables à leur égard, de la part de certains de ces employés.

D'autre part, les aires de stationnement du CHRN, bien que suffisantes pour les employés, ne peuvent accommoder en tout temps les usagers de la salle d'urgence et des cliniques externes ainsi que les visiteurs, faute d'espace.

Il est à souligner qu'en dépit des recommandations du ministère, le conseil d'administration a convenu de maintenir le stationnement gratuit pour tous. La direction est sensibilisée au problème soulevé par le manque d'espace mais n'entrevoit pas de solution à court et moyen terme.

2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Un centre hospitalier est une organisation fort complexe regroupant des individus dont les intérêts, la formation et les objectifs diffèrent de façon notable. La structure formalisant les liens et rapports qu'entretiennent ces individus revêt une grande importance et la Loi détermine plusieurs éléments de cette structure en précisant des rôles et responsabilités. La loi 27 est venue compléter cette réglementation et a institué entre autres un nouveau comité, le comité consultatif à la direction générale.

2.1 L'organigramme

L'organigramme spécifique à un centre hospitalier est compris dans le plan d'organisation dont la responsabilité d'élaboration est décernée au

comité consultatif et au directeur général. L'organigramme présenté (figure 11) est le dernier à avoir été produit par la direction et est celui en vigueur lors de cette présente étude en été 1986.

. Le Conseil d'administration

La formation et le rôle du conseil d'administration d'un centre hospitalier sont déterminés par la Loi. Ainsi il doit être constitué à partir des différents collèges électoraux qui suivent: deux représentants des groupes socio-économiques, un des bénéficiaires, un des organismes bénévoles, un du personnel clinique, un du personnel non clinique, un des CLSC, un des CSS, un des Centres d'accueil, un du Conseil des médecins-dentistes-pharmaciens du CHRN et finalement du Directeur général.

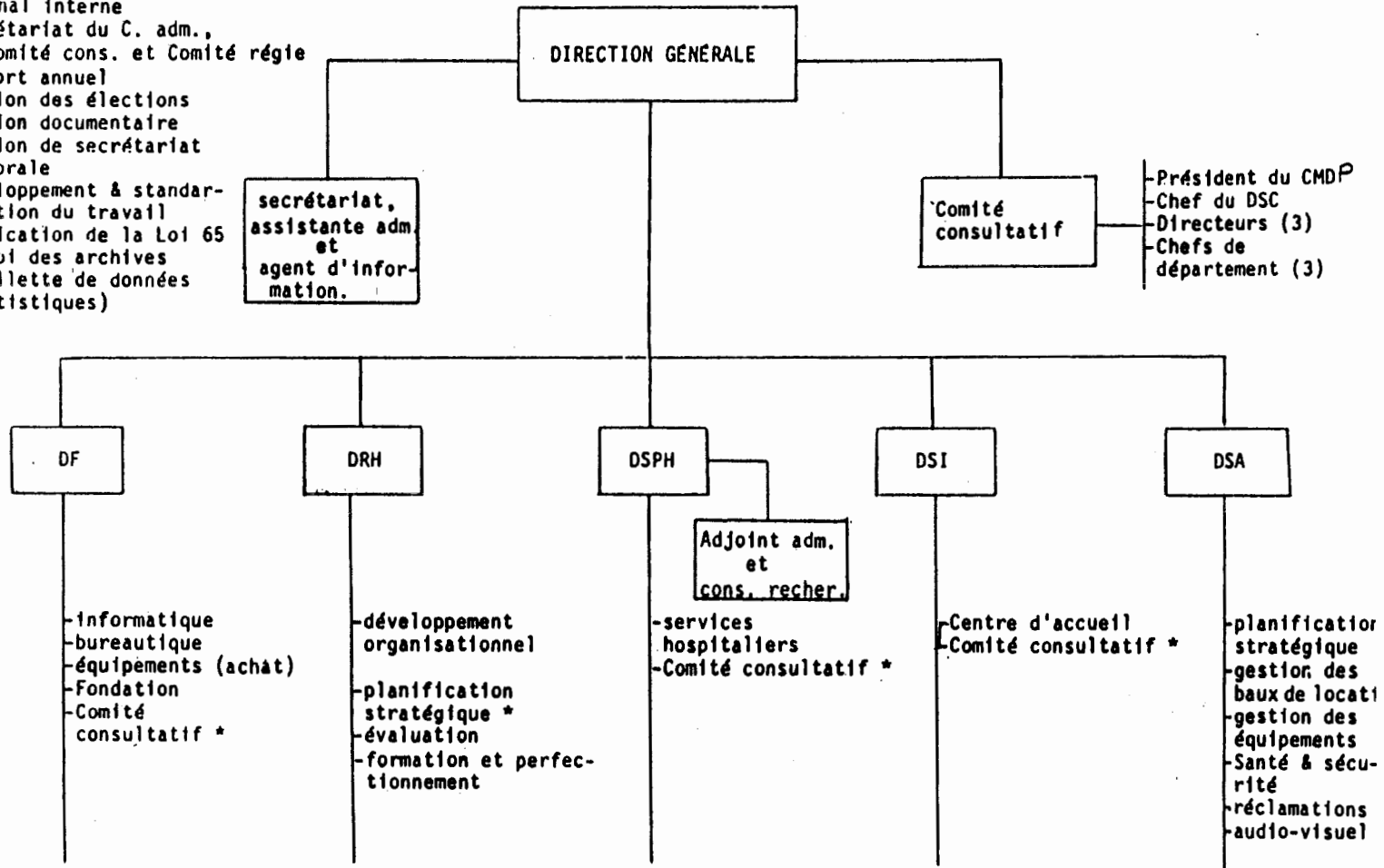
En vertu de la loi, un conseil d'administration doit assumer cinq grandes fonctions³⁸: il doit être le centre de décision finale, le conseiller, le mandataire, le responsable de la continuité des activités de l'établissement, la figure de proue et le centre d'informations.

. Pouvoir ultime de décision touchant les questions

- de planification
- de contrôle
- du plan d'organisation
- du choix du personnel cadre et des professionnels
- des règles de régie interne
- charge le Conseil des médecins et dentistes des questions touchant les actes médicaux et dentaires effectués au sein de l'institution.

38. COTÉ, M., "Le Conseil d'Administration d'un établissement de santé: organe normal ou atrophié", Administration Hospitalière et Sociale, novembre/décembre 1985, p. 35.

- communications
- liens avec la communauté
- journal interne
- secrétariat du C. adm., du Comité cons. et Comité régie
- rapport annuel
- gestion des élections
- gestion documentaire
- gestion de secrétariat
- pastorale
- développement & standardisation du travail
- application de la Loi 65 et Loi des archives
- cueillette de données (statistiques)



Organigramme du CHRN

FIGURE 11

*Participation

. Conseiller auprès:

- du directeur général de l'établissement
- du conseil régional
- du M.S.S.S. et MEQ (enseignement et recherche).

. Mandataire et quasi-fiduciaire en assumant:

- la responsabilité d'une saine utilisation des ressources
- le respect des lois et règlements
- la mise en oeuvre du plan d'organisation approuvé par le Ministre.

. Assure la pérennité de l'établissement

. Figure de proue et centre d'information

- informe
- est informé.

Selon M. Côté, cité précédemment, les problèmes le plus souvent rencontrés au sein des conseils d'administration touchent l'ambiguïté au niveau du rôle du conseil, le manque de connaissances et d'expérience en gestion de plusieurs de ses membres, une information déficiente, inadéquate et mal présentée au moment de la prise de décision, des relations interpersonnelles conflictuelles au sein du conseil ainsi qu'entre des membres du conseil et des représentants de la permanence.

Les membres du C.A. du CHRN doivent pour leur part vivre avec certaines de ces difficultés. Ainsi, à l'automne 84, des membres manifestaient leur insatisfaction quant à leur rôle joué au sein de l'organisation; une

fin de semaine de réflexion a été organisée au cours de laquelle ce rôle a été étudié et précisé et pendant laquelle s'est manifesté le besoin d'une planification stratégique pour le CHRN.

Depuis janvier 86, le C.A. s'est également donné un nouveau mode de fonctionnement en ajoutant le comité administratif au comité de vérification déjà opérant. Ces derniers contribuent à alléger les réunions régulières tout en assurant une continuité dans la gestion du CHRN. Certains dossiers y sont étudiés pour être ensuite présentés en réunion générale tandis que l'urgence de la situation dictera une prise de décision immédiate dans d'autres cas. Le comité de vérification voit entre autres à ce que le CHRN fonctionne à l'intérieur de ses budgets et prend les mesures appropriées au besoin.

En dépit des activités de réflexion et de questionnement pré-citées, il subsiste toujours auprès de certains membres du C.A. une certaine ambiguïté quant à leur rôle et le rôle des autres paliers administratifs, de même qu'une compréhension incertaine du processus de planification stratégique engagé, de même que de sa rationalité.

. La direction générale

La Loi définit à l'article 105 les fonctions du directeur général de l'établissement et ce dernier est nommé par le conseil d'administration. Le directeur général du CHRN, bien qu'en poste depuis moins de deux ans connaît bien l'organisation pour y avoir travaillé depuis plus de 8 ans dans diverses fonctions dont celle de directeur général par intérim.

. Autres directions

Le règlement d'application de la Loi détermine les fonctions des directeurs compris dans l'organigramme: le directeur des finances, le directeur des ressources humaines, le directeur des services professionnels et hospitaliers, le directeur des soins infirmiers, le directeur des services auxiliaires. Les directeurs rencontrés possèdent une définition de tâche et un organigramme de leur direction, bien que ce dernier élément prenne des formes variant d'une direction à l'autre et qu'il ne soit pas toujours à jour. Ainsi, celui de la direction des soins infirmiers est en voie d'être modifié.

Par ailleurs, bien que le Centre d'Accueil Youville ait été intégré à cette même direction depuis plus de deux ans, il ne figure toujours pas à son organigramme. Nous remarquons que cette intégration organisationnelle s'est réalisée en dépit d'une mission et d'une philosophie distinctes entre la direction des soins infirmiers du CHRN et celle du Centre d'Accueil dont la dimension soins infirmiers ne constitue qu'une partie à l'intérieur de la vocation que lui confère la Loi. Les relations entre le Centre d'Accueil et les cadres supérieurs doivent s'effectuer par le biais de la direction des soins infirmiers et il n'y a pas de représentation directe du Centre d'Accueil au comité de Régie du CHRN. Le vécu du Centre d'Accueil fait que les structures officielles sont parfois court-circuitées par un réseau plus direct de communications ou intervenants concernés et ceci pour une plus grande fonctionnalité et efficacité.

2.2 Constituantes structurelles du CHRN

L'organisation qu'est le centre hospitalier regroupe comme nous l'avons noté antérieurement des travailleurs dont le degré de spécialisation est souvent élevé: médecins, professionnels des soins infirmiers, professionnels para-médicaux et autres. Les tâches de ces différents spécialistes sont étroitement inter-reliées et chacun joue un rôle important; il importe donc que les rôles et fonctions de chacun soient bien coordonnés si l'équipe de production veut réaliser son objectif.³⁹

Dans le but de se représenter la structure actuelle du noyau opérationnel et ses mécanismes de coordination, nous le représenterons à partir du modèle de configuration élaboré par M. Henry Mintzberg et l'expliquerons à partir d'éléments de sa théorie.⁴⁰

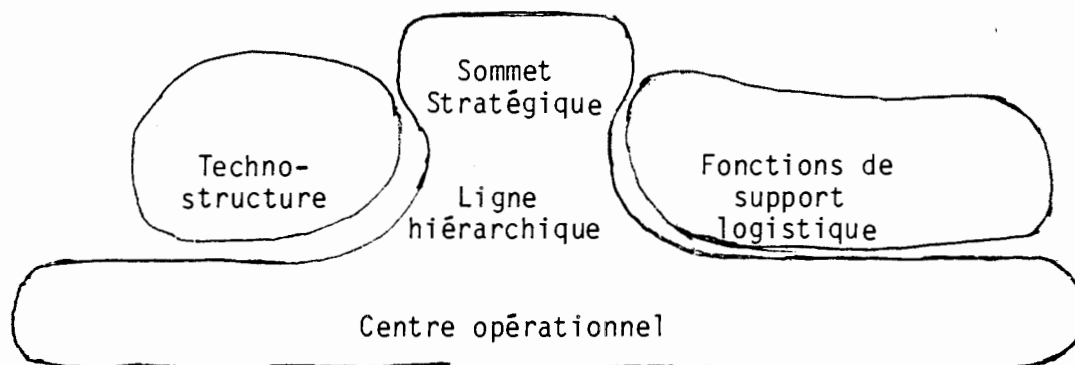
Mintzberg conçoit l'organisation comme ayant cinq parties de base dont les formes se modifient selon la nature particulière de l'organisation concernée ou les différents flux qui la parcourent: le centre opérationnel, la technostructure, les fonctions de support logistique, la ligne hiérarchique et le sommet stratégique. (Voir figure 12)

39. BERGERON, P.-G., La gestion moderne, théorie et cas, Édition Gaëtan Morin, 1983, p. 152.

40. MINTZBERG, H., Structure et dynamique des organisations, Les éditions Agence D'Arc Inc., Mtl, 1984.

FIGURE 12

Les cinq parties de base des organisations. (Mintzberg)

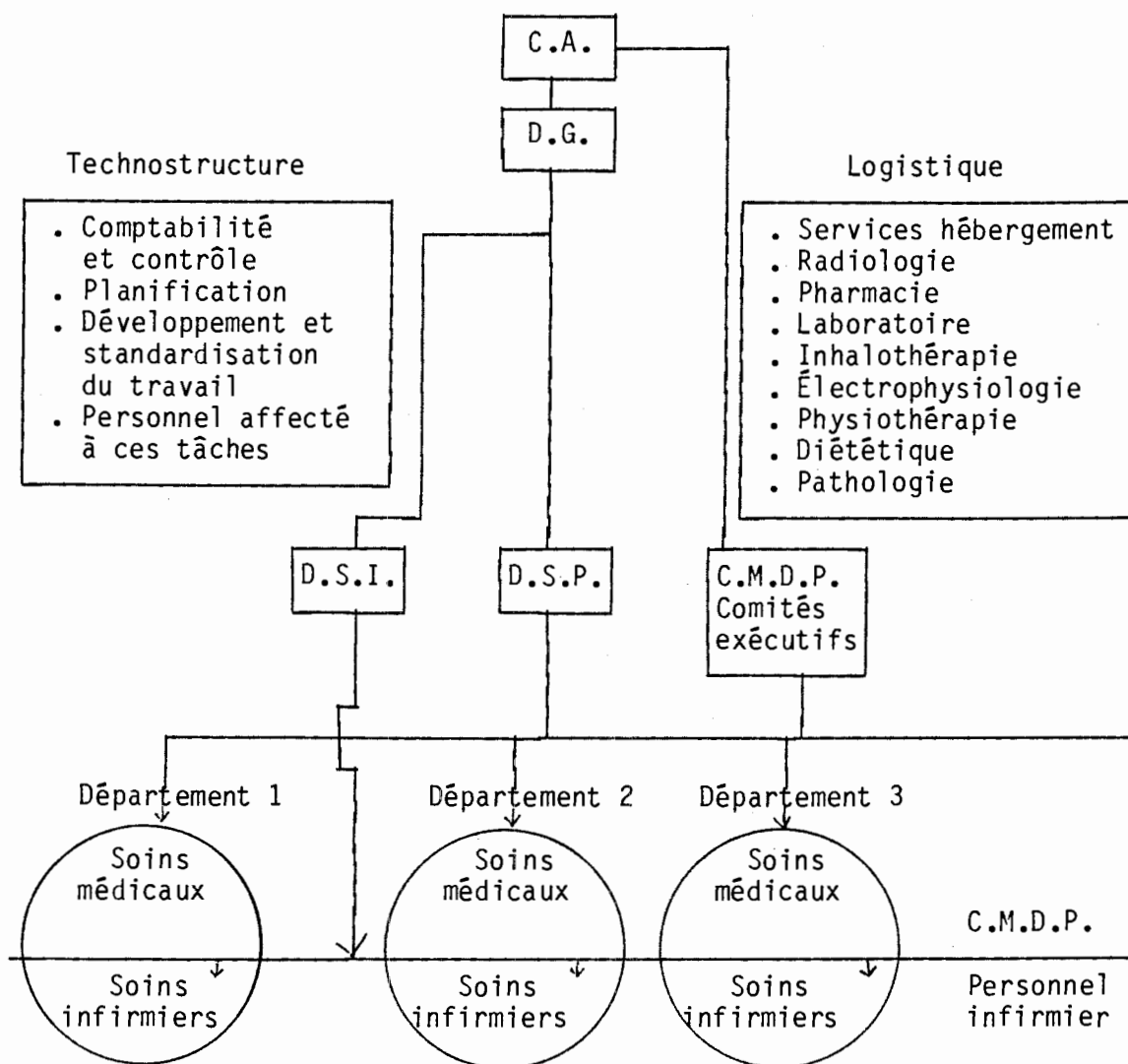


Si nous lisons la figure de bas en haut, nous voyons d'abord le centre opérationnel où les opérateurs accomplissent le travail qui est la raison d'être de l'organisation; leur travail est directement lié à la production des services. Au-dessus d'eux, nous avons la partie administrative de l'organisation que Mintzberg divise en trois parties. D'abord les managers, ceux du sommet stratégique et ceux de la ligne hiérarchique. A leur gauche, nous avons la technostructure; ce sont les analystes qui standardisent le travail des autres et qui, grâce à leurs techniques, aident l'organisation à s'adapter à son environnement. A la droite des managers, nous retrouvons le cinquième groupe, celui des fonctions logistiques, lequel intervient indirectement et de façon extérieure dans le flux du travail. Ce dernier groupe prend une dimension relativement importante dans une organisation comme un centre hospitalier.

Si nous appliquons ce modèle structurel au CHRN, nous obtenons la configuration qui suit. (figure 13)

FIGURE 13

Configuration structurelle du CHRN



. Le centre opérationnel

Le centre opérationnel se divise dans un premier temps par fonctions mais également, dans un deuxième temps, par clientèle à desservir. C'est ainsi que nous retrouvons d'une part une direction des soins infirmiers et le corps médical dispensant des services à une clientèle dispersée sur différents services. Et ces services sont à leur tour regroupés par départements. (Voir figure 14 pour l'organisation des départements et services professionnels telle que produite par le D.S.P.).

Le centre opérationnel regroupe des travailleurs dont la nature et le degré de spécialisation et d'expertise varient d'une catégorie à l'autre mais également à l'intérieur d'une même catégorie.

Ce sont les ressources humaines du centre opérationnel qui sont en contact direct avec la clientèle et sont en grande partie responsables de la satisfaction et de la qualité des soins et traitements reçus.

. La technostructure

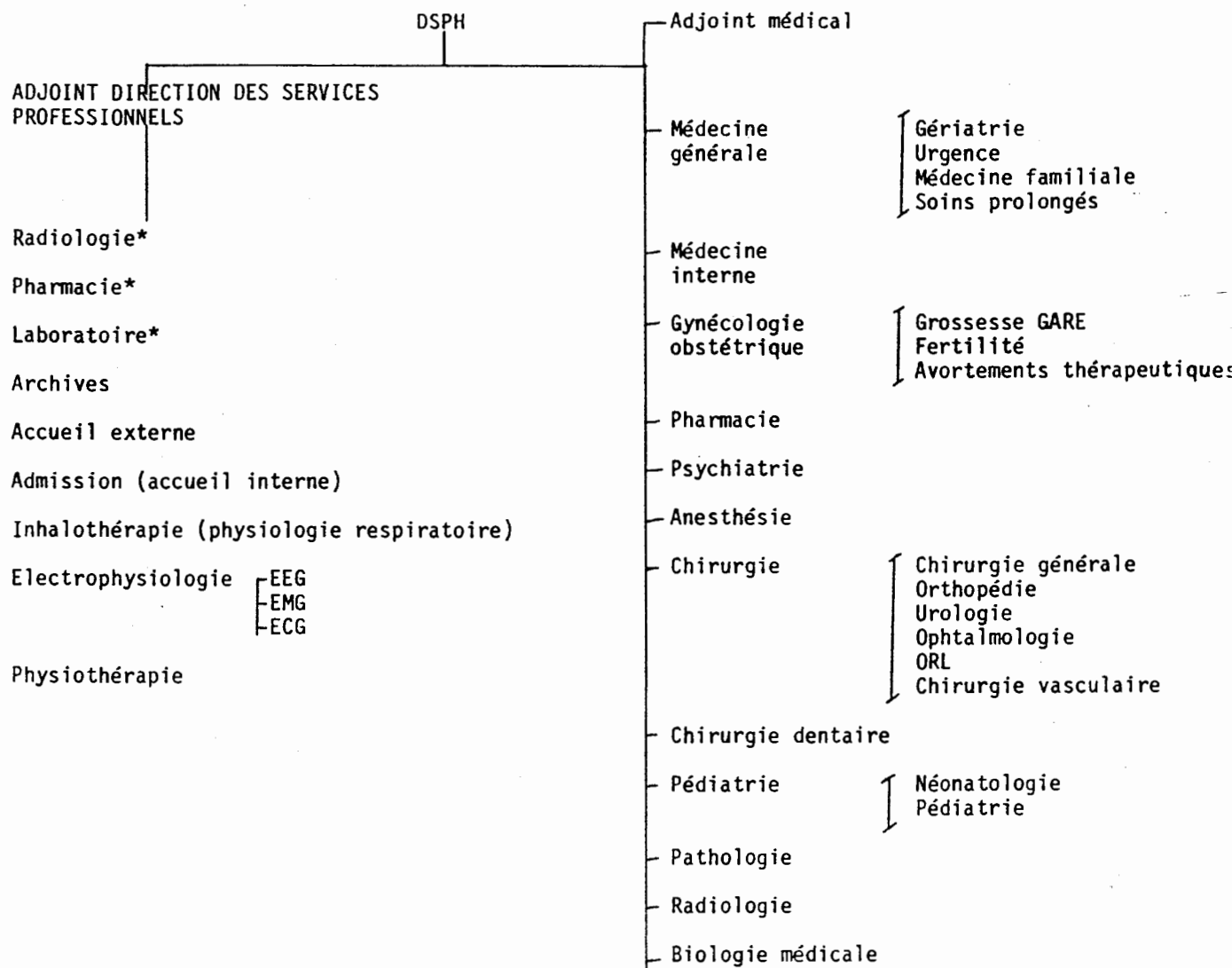
Nous avons vu que la technostructure est cette partie de l'organisation qui impose certaines normes ou méthodes de travail à l'organisation du CHRN. Cette composante regroupe la comptabilité et contrôles financiers et la fonction personnel par le développement et la standardisation du travail.

. Les fonctions de support

L'évaluation, le traitement et le séjour en centre hospitalier néces-

FIGURE 14

Organisation départementale et services professionnels



* Contrôle budgétaire, relation de travail

citent un nombre important de services. Au CHRN, ces fonctions de support peuvent s'énumérer ainsi: la buanderie, la cuisine, l'entretien ménager, l'entretien de l'équipement et des bâtiments, l'accueil interne. D'autres services plus spécialisés contribuent au diagnostic ou au traitement des bénéficiaires: laboratoires, radiologie, électrophysiologie, diététique, inhalothérapie, physiothérapie, archives, pharmacie, biologie médicale et pathologie. Les travailleurs affectés à ces fonctions possèdent des niveaux variés d'expertise et de spécialisation et il existe une standardisation des qualifications extérieure à l'organisation en ce qui concerne les services plus spécialisés.

2.3 La coordination

Nous avons constaté, à partir des données précédentes qu'il existe au CHRN un fort degré de spécialisation dans certains secteurs d'activité et cette condition amène des mécanismes de coordination particuliers. En fait, nous retrouvons trois mécanismes principaux de coordination: l'ajustement mutuel, la supervision directe et la standardisation des qualifications.

L'ajustement mutuel est supporté par des réunions de secteurs et la présence de cadres intégrateurs. A d'autres paliers plus proches de la production et même dans les secteurs spécialisés il existe un autre mécanisme de coordination: la supervision directe. Cette dernière est facilitée par les définitions de tâche et les limites d'interventions.

Le noyau opérationnel ayant pour particularité d'être divisé par clientèles pour les activités principales de production et par fonctions pour les fonctions de support, la coordination pose parfois des problèmes en ce sens qu'un chef de service peut avoir des employés affectés à son service sans qu'il ait autorité sur le travail exécuté ou l'emploi du temps de l'employé concerné. L'employé affecté à l'entretien ménager d'un service particulier en est l'exemple. Il existe d'autre part un certain niveau d'insatisfaction dans certains services concernant notamment l'entretien ménager et, à un niveau moindre, les services de buanderie. Il est à noter que la supervision directe des fonctions concernées doit se faire sur des grandes surfaces, (trois pavillons dans le cas de l'entretien ménager) et que la décentralisation des budgets, bien qu'elle comporte des avantages, peut également entraîner des pratiques ou politiques exerçant des pressions sur la qualité et la quantité des services offerts aux différents services. Ceci peut entraîner des frictions entre les parties concernées et donc possiblement perturber le climat de travail.

Un autre mécanisme important de coordination mentionné antérieurement se concrétise par la standardisation des qualifications pour les professionnels.

L'organisation déjà complexe qu'est le CHRN s'est enrichi d'un centre d'accueil d'hébergement entraînant ainsi des réaménagements au niveau de la structure et nous avons abordé précédemment les particularités vécues au niveau de la coordination des activités reliées aux lits d'hébergement à l'intérieur du centre hospitalier.

CHAPITRE V

CHAPITRE V

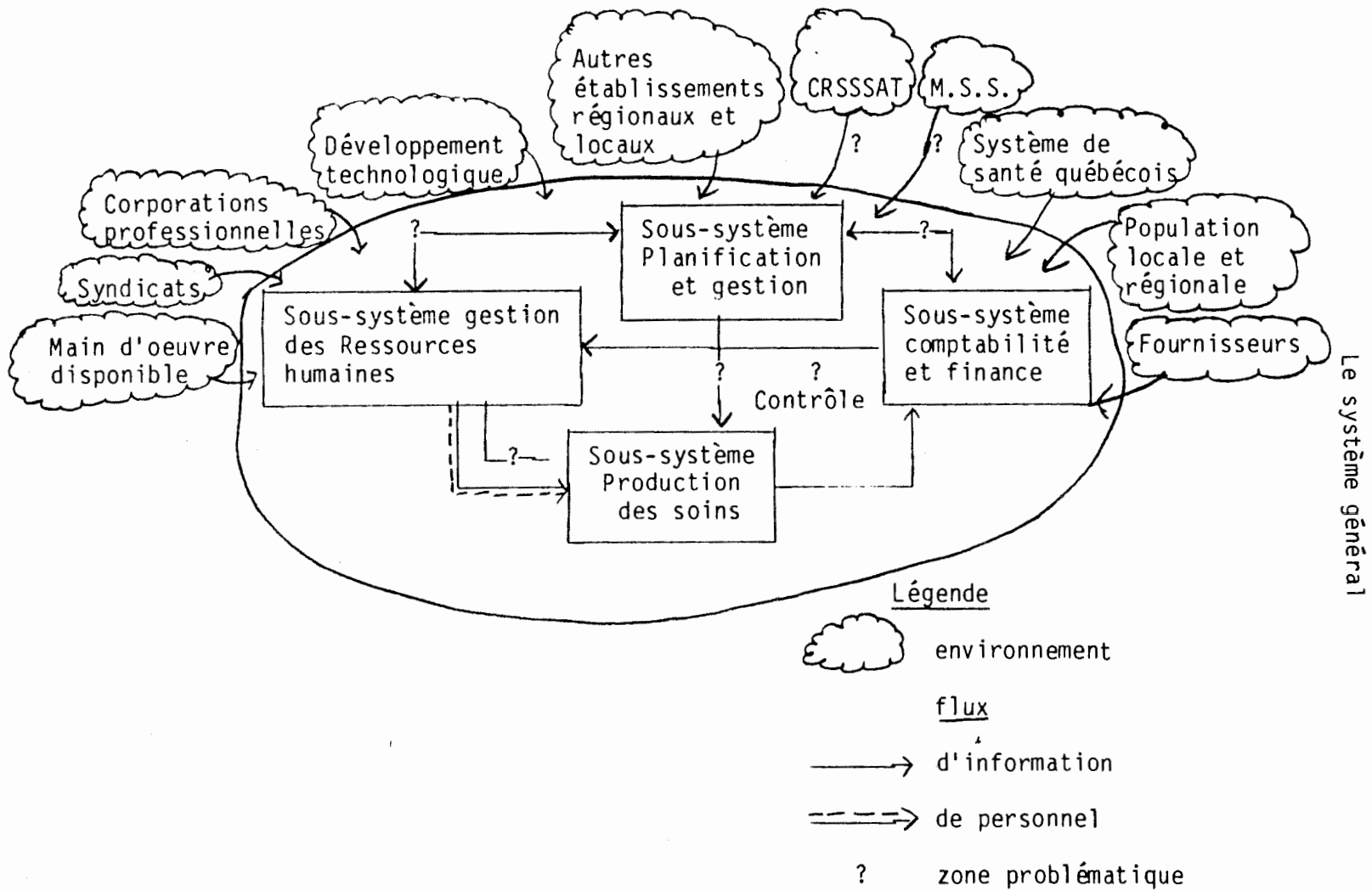
LES PROCESSUS

Les structures du CHRN ont été explorées au point précédant et nous y avons décelé quelques difficultés. Nous passons maintenant aux processus, c'est-à-dire les principales activités impliquées dans le fonctionnement du CHRN. Pour illustrer ces activités, nous concevons l'organisation comme un système général composé de sous-systèmes représentant les principales activités et les rapports que ces sous-systèmes entretiennent entre eux. Chacun des systèmes est présenté par un diagramme relié par des flux: flux d'information et flux de personnel.

1. LE SYSTÈME GÉNÉRAL (voir figure 15)

Le Centre hospitalier Rouyn-Noranda comprend quatre principaux sous-systèmes: les sous-systèmes de planification et gestion, de gestion des ressources humaines, de finance et comptabilité et finalement de production.

C'est à dessein que nous omettons un cinquième système d'activités que nous pourrions nommer le sous-système marketing. En effet, nous avons choisi d'aborder les activités concernées à travers les activités de la gestion et planification au CHRN. Certaines activités marketing existent donc mais elles sont encore à l'état embryonnaire et pas assez structurées et concertées pour figurer au rang des activités principales du centre hospitalier. Nous procédons maintenant à une revue des sous-



Le système général

FIGURE 15

systèmes mentionnés précédemment en commençant par le sous-système constituant la pierre angulaire du système général: le sous-système de planification et gestion.

2. LE SOUS-SYSTÈME DE PLANIFICATION ET GESTION (voir figure 16)

"Planifier c'est concevoir un futur désiré et les moyens d'y parvenir."⁴¹ Peter Drucker dit pour sa part que: "la planification est un instrument de motivation: elle engendre une telle circulation d'informations que chacun se sent motivé par la réussite de l'ensemble."⁴²

2.1 Les objectifs

. Objectifs généraux

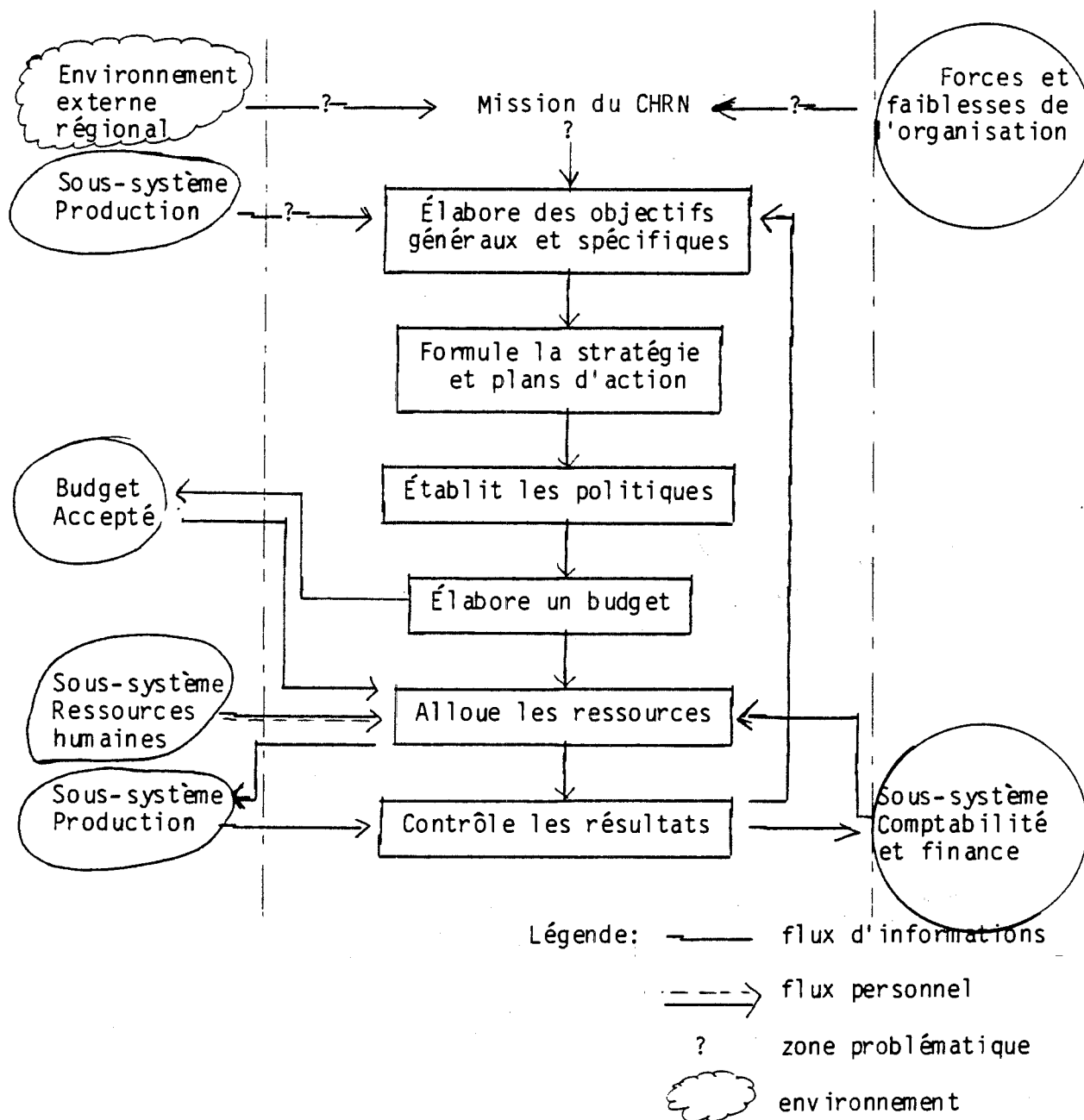
La planification au centre hospitalier se limite actuellement à une planification à court terme, parfois tacite. Il n'y a pas de ligne directrice tracée et la mission du CHRN n'est pas clairement définie même s'il se produit depuis quelques années des changements importants au sein de l'organisation: intégration de son DSC au CRSSS, création et intégration d'un Centre d'Accueil, développement de spécialités et acquisition d'équipements spécialisés. Et tous ces changements sont baignés dans la volonté des administrateurs de donner une envergure régionale au CHRN et ceci, dans un environnement concurrentiel récalcitrant à cette orientation.

41. ACKOFF, R., Méthodes de planification dans l'entreprise, traduction française, Les éditions d'organisation, 1973.

42. BARANGER, HELFER et al, Gestion, les fonctions de l'entreprise, Les Éditions Vuibert, Paris, 1985, p. 64.

FIGURE 16

Sous-système planification et gestion



En fait, la direction du CHRN considère difficile de planifier alors que des manques de planification s'observent aux palliers régional et provincial. Il devient alors impossible de se rattacher à une planification plus globale. Les développements locaux se font conséquemment souvent en fonction des opportunités.

Les bilans des années 1980-85, fournis en Annexe III, illustrent bien cette planification à court terme du CHRN et l'absence d'une ligne directrice.

. Objectifs opérationnels

Au niveau des objectifs opérationnels, une pratique nouvelle est introduite pour l'année 86-87. En effet, chaque direction a dû produire ses objectifs, desquels le directeur général a dégagé ou formulé des priorités. (Voir annexe IV) Des plans d'action précis devaient être produits par la suite par chacun des directeurs et servir pour fin d'évaluation du rendement. Cette nouvelle pratique de planification et évaluation par objectifs doit également être étendue à tous les cadres intermédiaires.

2.2 Communications des objectifs

Les objectifs et orientations privilégiés par la direction ne sont pas communiqués aux ressources humaines affectées au noyau opérationnel de façon systématique et très peu d'informations sont véhiculées dans l'organisation.

D'autre part, les objectifs des professionnels impliqués dans la production des soins de santé ainsi que les informations concernant des événements et situations entourant la production de soins cheminent de façon très mitigée vers la direction et souvent avec des distortions importantes: des faits positifs bénins peuvent alors être amplifiés de façon exagérée tandis que l'inverse peut se produire également au sujet de faits indésirables. Ce manque de communication, accentué par une bureaucratie prive la direction d'informations importantes provenant de la base et également de la mobilisation de ses ressources pour l'atteinte des objectifs organisationnels. Il est à noter que dans un système d'activité comme un centre hospitalier, les objectifs managériaux et les objectifs (professionnels) de production sont différents et peuvent même entrer en contradiction; lorsque les mécanismes de concertation, comme par exemple la communication des objectifs, ne sont pas mis en place, nous obtenons des systèmes parallèles; l'efficacité et l'efficience de l'organisation risquent alors d'en souffrir.

2.3 Stratégies actuelles

. Sur le plan régional

Le CHRN entend développer une gamme étendue et variée de services et développer des spécialités régionales dans les domaines qui ne sont pas déjà exploités par les autres centres hospitaliers de la région. Ce développement se fait dans une perspective d'autonomie à répondre aux besoins de santé de la population locale et régionale.

. Sur le plan politique

Le CHRN vise à occuper une place plus importante au sein de la communauté locale et régionale et sensibiliser la population et ses organismes sur sa problématique. La population étant informée, elle est plus susceptible de se mobiliser pour appuyer les revendications du CHRN auprès des instances concernées. Le CHRN vise à projeter l'image d'un centre hospitalier offrant une gamme variée de services généraux et spécialisés et des soins de qualité. On insiste d'ailleurs beaucoup sur la qualité à associer au nom du CHRN. Un agent d'information récemment embauché est chargé d'orchestrer cette représentation sur la place publique.

. Sur le plan clinique

Des développements sont en voie de réalisation en psychiatrie et en gériatrie. Pour la psychiatrie, des ententes sont conclues avec l'Université McGill pour que le CHRN fournisse un milieu clinique d'enseignement et de recherche pour des médecins résidents. Cinq d'entre eux sont sous contrat et seront sur place dans deux ans. Cette mesure devrait favoriser le maintien des ressources médicales au CHRN.

Pour ce qui est de la gériatrie, 50% des lits du CHRN y sont consacrés et nous savons que ce domaine fait partie des priorités du Ministère. Le CHRN veut développer une approche multidisciplinaire et globale, pour offrir des services complets et de qualité.

. Recrutement des médecins

On vise de plus en plus des contrats à long terme et les efforts de

recrutement ont uniquement visé les spécialistes pour l'exercice passé. Le plan des effectifs doit être révisé à la hausse pour les omnipraticiens, à cause notamment des habitudes de pratique des médecins sur place. On veut remplacer les départs et ajouter deux (2) à trois (3) omnipraticiens pour l'année en cours. On vise à recruter des médecins polyvalents, capables de s'adapter à la pratique en région périphérique.

. Sur le plan technologique

Le développement technologique se fait, en ce qui concerne les équipements spécialisés, au fil des opportunités et des besoins ou exigences des spécialistes sur place. Cette façon de procéder entraîne parfois des acquisitions d'appareils fort coûteux qui deviennent inutiles lors du départ des spécialistes concernés. Au niveau de la direction, il n'y a pas consensus quant à la stratégie à adopter sur ce plan: soit continuer de la façon actuelle et risquer de se retrouver avec des équipements sans utilisateur ou bâtir un plan de développement des services offerts et donc des équipements requis et recruter les ressources médicales en conséquence.

En ce qui concerne l'informatique, il existe un plan quinquenal à demi-réalisé. Alors que la phase I concernait tout le système administratif, la phase II touchant le domaine médico-administratif est en voie de réalisation. Ce domaine regroupe le côté administration, archives et pharmacie. La phase III à venir concerne le médico-administratif plus spécialisé, tel laboratoires, clinique de rendez-vous, radiologie. La dernière phase comprendra finalement tout le nursing.

Parallèlement, il se produit un développement de bureautique en support aux activités administratives.

Un comité a été formé pour coordonner les activités d'implantation de l'informatique et de la bureautique.

. Sur le plan financier

Le déficit 85-86 a largement été attribué à l'accroissement des activités et au recrutement des spécialistes. On entend donc obtenir un mandat clair du Ministre, soit de poursuivre dans l'accroissement des services à la population dans une perspective d'autonomie régionale ou de maintenir le niveau actuel des activités et ainsi possiblement parvenir à un équilibre budgétaire.

. Informations et relations publiques

Le CHRN vise une présence accrue dans son milieu afin de se rapprocher de sa population. Ce désir de rapprochement s'est matérialisé par la création récente d'un poste d'agent d'information. Bien qu'il n'existe pas encore de politique concernant les communications, ceci devant être fait à l'automne, le mandat de l'agent d'information consiste à promouvoir l'image d'un centre hospitalier offrant une gamme étendue de services et surtout des services de qualité. La notion de qualité prend beaucoup d'importance pour la direction.

Les canaux utilisés sont la presse écrite ainsi que la radio et télédiffusion. Des conférences de presse et communiqués de presse couvrent di-

vers événements positifs pour l'image du CHRN, par exemple, l'offre d'un nouveau service ou la Fondation hospitalière récemment en campagne de financement.

Par le biais du journal interne, on vise également à informer les employés sur les ressources et les services offerts par le CHRN, dans l'optique que ces employés deviennent en quelque sorte des ambassadeurs dans leur milieu.

2.4 Les politiques et procédures

Les politiques générales et opérationnelles font l'objet de documents écrits généralement accessibles et communiqués aux intervenants concernés. Cependant, plusieurs d'entre elles sont maintenant désuètes et devraient être réévaluées. La direction estime toutefois que ces dernières devraient être maintenues en quantité minimales, en vue de favoriser la créativité chez les cadres. Il existe, selon la direction, beaucoup de politiques en pratique mais celles-ci ne sont pas écrites.

Ainsi, les politiques concernant les ressources humaines sont à être révisées et en ce qui concerne la direction des soins infirmiers, l'élaboration d'un manuel de politique et procédures fait partie des priorités retenues pour 86-87.

2.5 Budgétisation

Depuis 1972, le budget de fonctionnement des centres hospitaliers se bâtit à partir d'une méthode de budgétisation globale qui comprend une com-

posante globale et une composante détaillée, les deux étant révisées annuellement (voir figure 17). Ce même budget de fonctionnement fait partie du budget maître, ce dernier comportant également les budgets d'immobilisations, de recherche et d'enseignement. Nous aborderons plus spécifiquement le budget de fonctionnement pour en identifier les principales composantes et définitions.

Activités principales

Les activités principales sont les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentiels à la réalisation de son plan d'organisation.

Autres activités

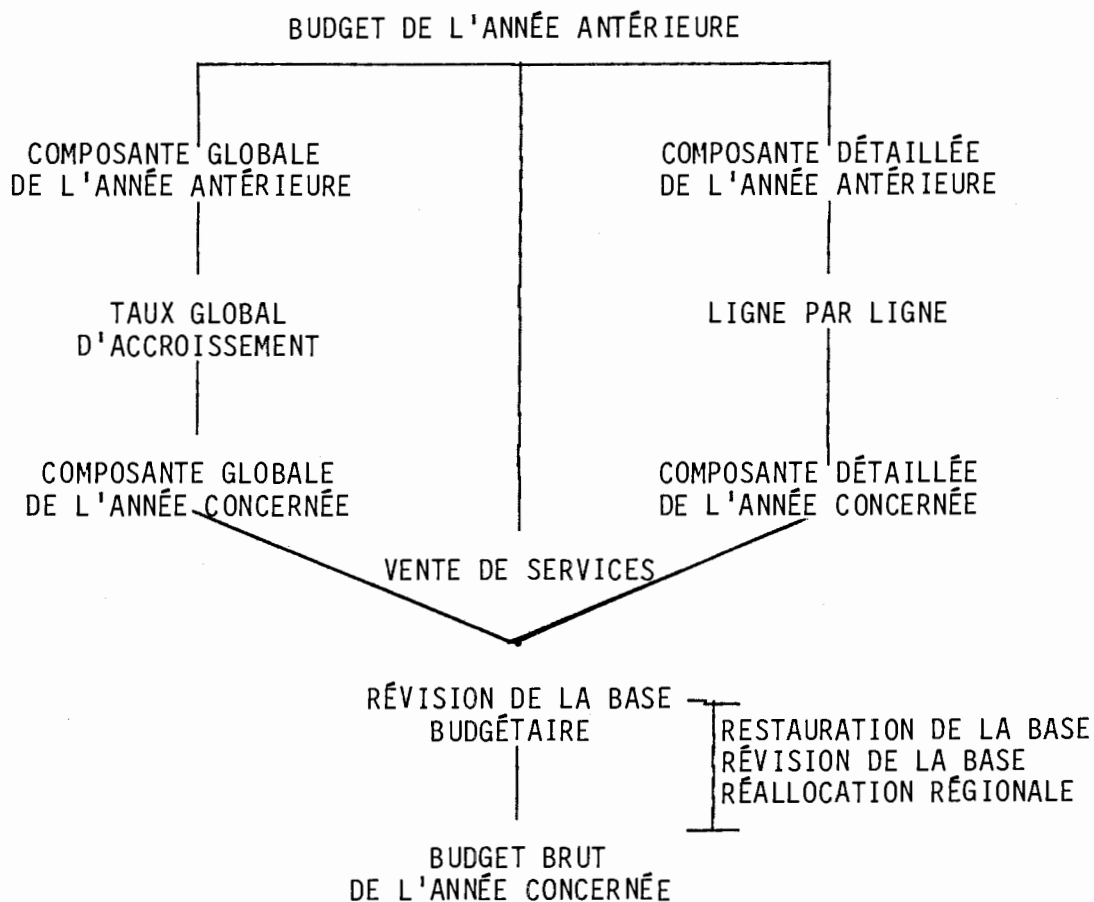
Les autres activités sont celles qui ne peuvent être incluses dans la définition des activités principales et qui doivent s'autofinancer. Si des fonds sont prévus à cet effet, dans le formulaire de détermination du budget, ils doivent être considérés comme une participation à l'autofinancement de ces autres activités.

Composante globale

La composante globale est la portion du budget qui s'accroît suivant un taux unique pour tous les établissements de même catégorie. Cette composante globale comprend les articles dont les fluctuations sont représentatives de ce taux unique et dont l'importance est comparable d'un représentant à un autre.

FIGURE 17

Détermination du budget de fonctionnement
 Activités principales par le M.S.S.S.



Ventes de services

Ce sont les dépenses reliées aux services rendus aux autres établissements ou organismes et auxquelles on peut attribuer une unité de mesure.

Ce budget des ventes de services accordé en début d'année a la particularité de s'ajuster à la hausse ou à la baisse de la variation des revenus bruts de ventes de services.

Composante détaillée

La composante détaillée comprend les budgets protégés et les articles de dépenses dont les fluctuations ne sont pas nécessairement représentatives d'un taux unique et dont l'importance n'est pas comparable d'un établissement à l'autre ou d'une année à l'autre.

Elle peut comprendre par exemple, les dépenses suivantes:

- . Département de santé communautaire
- . Cadres
- . Cotisation A.H.Q.
- . Transport ambulancier
- . Restauration de la base budgétaire
- . Révision de la base budgétaire
- . Réallocation régionale
- . Projets étudiants
- . Transferts (frais indirects)

L'approbation budgétaire du ministère de la santé et des services sociaux, dans le contexte du budget global, porte essentiellement sur les dépenses brutes de fonctionnement, mais également sur les ventes de services et les revenus propres de l'établissement. C'est à partir de ces montants que s'effectue la conciliation des dépenses avec la somme des fonds publics qui doivent être mis à la disposition d'un établissement afin de lui permettre d'assumer ses obligations dans le cadre des programmes de santé et de services sociaux.

Le ministère de la santé et des services sociaux autorise le financement après avoir déduit du budget total approuvé les revenus afférents aux différents centres d'activités, les contributions des usagers ainsi que les divers recouvrements propres à un établissement. Ce financement s'effectue à raison de 26 remboursements périodiques.

Le CHRN a décentralisé sa budgétisation par sous-services depuis 1982 et les chefs concernés en sont responsables. En dépit d'une formation reçue lors de cette décentralisation, certains chefs de services éprouvent encore des difficultés de compréhension dans cette nouvelle tâche.

2.6 Contrôle budgétaire

A la fin de chaque période, soit chaque 28 jours, des rapports budgétaires sont produits par chaque sous-service. Ces rapports sont contrôlés par le Directeur des finances et un comité de vérification contrôle l'adhésion au budget initial et le cas échéant suggère les correctifs nécessaires.

3. LE SOUS-SYSTÈME FINANCIER ET DE COMPTABILITÉ (voir figure 18)

Les opérations comptables et les rapports financiers produits par les hôpitaux sont réglementés par le MSSS et des formulaires spéciaux sont produits à cet effet (AS-471). (Voir annexe V, états financiers 85-86) Selon le vérificateur externe, en l'occurrence la firme Maheu Noiseux, les principes et pratiques comptables ainsi que les unités de mesure utilisées par l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le manuel de gestion financière publié par le MSSS, sauf pour les éléments mentionnés en Annexe VI.

Les budgets étant décentralisés, des rapports provenant de chacun des centres d'activités sont produits constituant ainsi l'information nécessaire à l'étude de l'évolution dans la réalisation des budgets des différents sous-services et de ce fait permettent au système de planification d'apporter les réaménagements nécessaires au besoin.

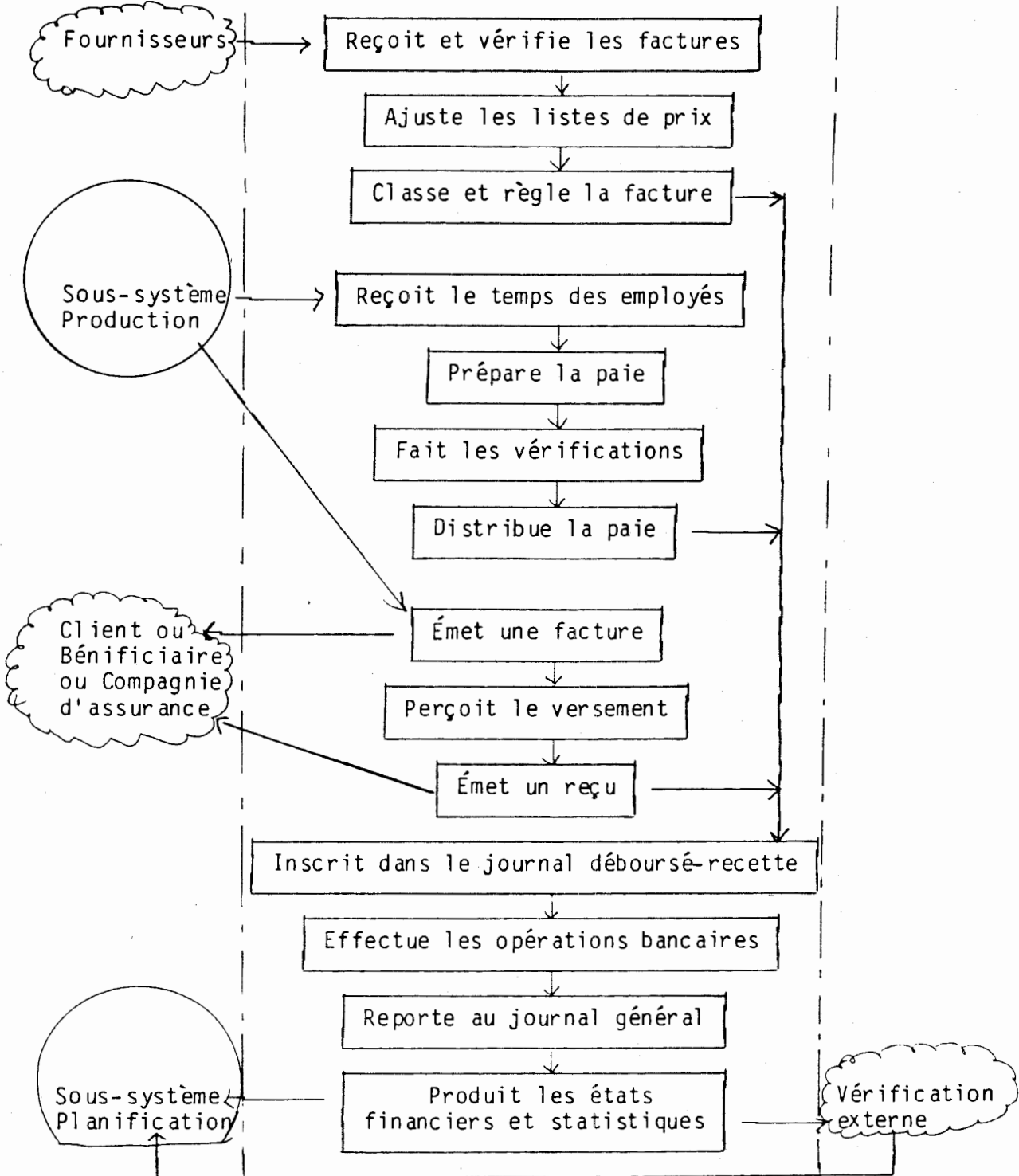
Les compilations statistiques ainsi que les rapports provenant des centres d'activité permettent également de vérifier le niveau de productivité des centres concernés.

Les opérations comptables au CHRN touchent principalement le traitement des factures, des salaires et des perceptions et également la production des états financiers, tel qu'illustré à la figure 18.

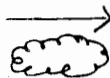
Les modalités de paiement des factures varient en fonction des catégories de fournisseurs: fournisseurs locaux, fournisseurs faisant partie de

FIGURE 18

Sous-système finance et comptabilité



Légende:



flux d'information
environnement

la politique d'achat de groupe ou autres fournisseurs. Les factures seront selon le cas payées aux 20-30 jours, aux 30 jours ou aux 45 jours. Ces règles ne s'appliquent cependant pas lorsque le CHRN peut bénéficier d'escomptes 15-30 jours; à ce moment, les factures sont payées pour bénéficier de l'escompte. Les politiques et procédures font l'objet de documents écrits disponibles à la direction des finances.

Somme toute, les informations comptables sont complètes et facilement accessibles pour assurer une gestion éclairée du CHRN.

4. LE SOUS-SYSTÈME GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (voir figure 19)

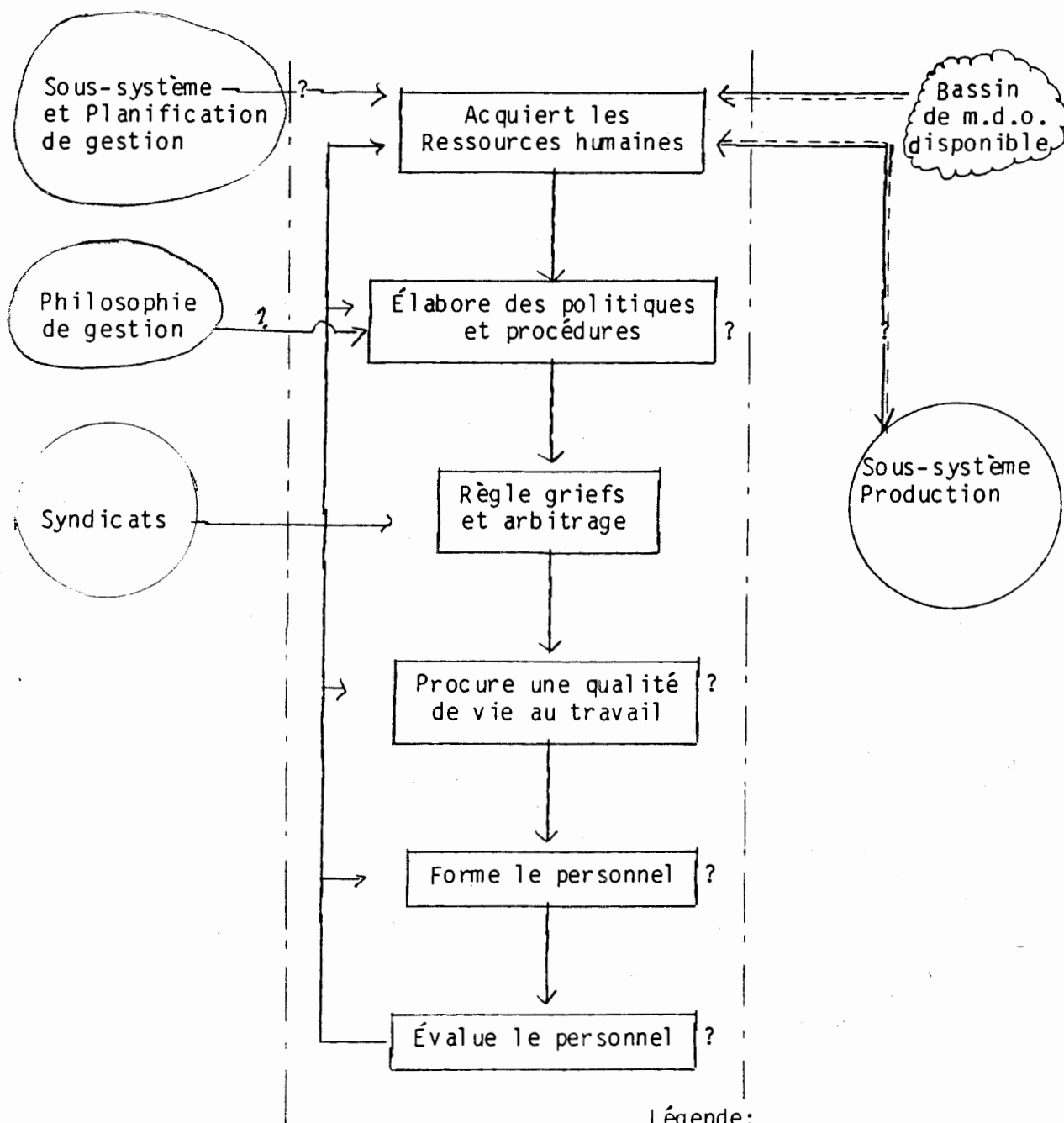
Le sous-système des ressources humaines compte pour une part importante des activités au CHRN non seulement à cause du nombre important d'employés visés, (au-delà de 950 employés dont 676 réguliers au 31 mars 86, selon le rapport statistique annuel, et environ 274 employés à temps partiel occasionnels) mais également à cause de la grande variété et parfois l'expertise du personnel requis pour travailler au service des malades. Nous avons représenté à la figure 19, les principales activités reliées à la gestion des ressources humaines au CHRN. Il est à noter que la direction actuelle privilégie une approche humaniste et moins formelle avec les employés en général. Ceci constitue une évolution au niveau de la philosophie de gestion des ressources humaines au CHRN.

. Acquisition des ressources humaines

Nous avons vu avec le sous-système de planification que la mission et les objectifs à moyen et long terme n'étaient pas formulés. Or cette étape

FIGURE 19

Sous-système gestion des ressources humaines.



Légende:

→ flux d'informations

---→ flux de personnel

? zone problématique



environnement

est préliminaire à une planification adéquate des ressources humaines et la planification actuelle se limite à remplir les "commandes" des différents centres d'activités. Il ne se fait pas d'analyse non plus, pour fin de planification, des mouvements de personnel à l'intérieur du centre hospitalier et vers l'extérieur de l'organisation, lors d'un départ volontaire par exemple. Les taux de roulement à l'intérieur des différents secteurs d'activités ne sont pas relevés non plus pour fin d'analyse systématique. Il se fait par contre, selon la direction, des analyses ponctuelles pour fin de planification à court terme ou de réorganisation.

La consultation du rapport statistique annuel 1985-86 (voir annexe VII) et des données fournies au bureau des ressources humaines nous permet de remarquer une tendance vers le temps partiel. Ainsi, pour l'année 85-86, pour 56 départs d'employés à temps complet et 120 à temps partiel, il y a eu 14 embauches à temps complet et 166 à temps partiel. Nous remarquons également que la plus forte proportion des employés à temps partiel se retrouve aux soins infirmiers (voir annexe VII, p.275) en particulier chez les infirmières (55%) et les infirmières auxiliaires (52%). Par opposition, si nous vérifions au niveau de la masse globale des employés réguliers du CHRN, 29.4% sont à temps partiel. Vu la pénurie actuelle en infirmières (été 86), la tendance vers le temps temps partiel nous semble quelque peu paradoxale.

. Élabore des politiques et procédures

Les politiques et procédures concernant les ressources humaines, étant en voie de révision, nous n'avons pu les consulter. Le plan d'action pro-

duit en avril 86 par le directeur des R.H. prévoit leur révision et leur mise à jour pour l'année 1986-87 et nous ne connaissons pas les orientations privilégiées.

. Procure une qualité de vie au travail

C'est à dessein que nous avons omis parmi les principales activités reliées aux ressources humaines des activités de motivation du personnel parce que ces activités sont actuellement absentes. En fait, nous avons constaté, à partir de nos rencontres avec les employés, que ces derniers sont peu intéressés à fournir un rendement supérieur à un niveau minimal acceptable. Le style de leadership du supérieur immédiat est souvent un facteur évoqué. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que, cette consultation ayant eu lieu à une époque de renouvellement de conventions collectives, ce dernier facteur ait pu influencer les résultats de la consultation.

Il existe cependant un programme de gratification pour les employés ayant 25 ans d'ancienneté et plus et leur contribution est soulignée de façon particulière.

D'autre part, la direction veut développer un sentiment d'appartenance et une qualité de vie au travail par le biais d'activités sociales et sportives actuellement parainnées par le CHRN, et offrir ainsi que des services tel un comptoir bancaire au CHRN par exemple. Des consultations effectuées auprès des employés ont témoigné d'un intérêt très varié, le nombre de réponses étant parfois faible.

. Forme le personnel

Il existe des programmes de formation continue pour les cadres tandis que les employés peuvent bénéficier d'activités ponctuelles. En fait, la direction des ressources humaines fait parvenir, en début d'année, un formulaire d'identification des besoins aux différents services. C'est à partir des besoins ainsi identifiés que des priorités seront établies et que des projets de formation seront élaborés. Or, la collaboration des chefs de service est très variable et certains d'entre eux ne font jamais suite à la demande d'identification de besoins, pas plus qu'ils n'en font mention à leurs employés. Cette situation prive évidemment des groupes d'employés d'une formation pouvant les aider à mieux remplir leur rôle et également l'organisation d'un personnel plus qualifié et motivé.

. Évalue le personnel

L'évaluation du personnel n'est pas une activité qui se déroule de façon systématique à tous les paliers de l'organisation. Alors que les cadres supérieurs ont maintenant une évaluation par objectifs, les cadres intermédiaires ne sont pas évalués. L'implication, la motivation, le rendement et les performances parmi ces derniers sont très variables et ceci semble dans certains cas, affecter négativement le climat de travail de certains services.

Les employés ne font pas également l'objet d'une évaluation systématique, la pratique étant laissée à la discrétion des chefs de service. Certains en font au besoin, d'autres pas. Cette absence d'évaluation peut

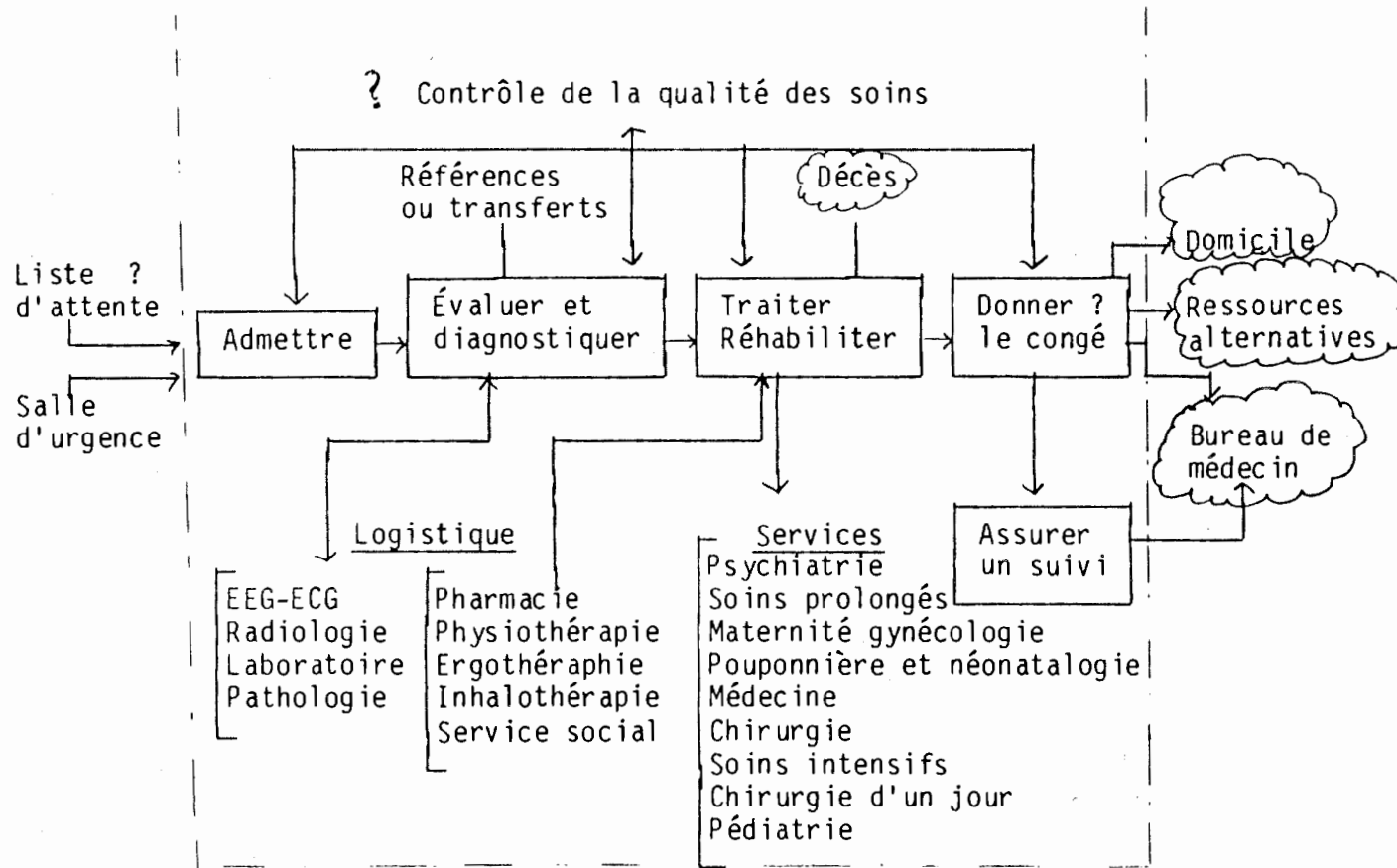
jouer certainement un rôle au niveau de la motivation au travail et sur la qualité des soins offerts.

5. LE SOUS-SYSTÈME PRODUCTION

Des activités complexes et spécialisées sont réalisées dans le sous-système production et ces activités varient à l'infini, aucun bénéficiaire ne nécessitant d'interventions identiques en séquence et en nature. Autrement dit, ce n'est pas un système de production en série mais plutôt une production en discontinu axée sur des individualités avec chacune ses particularités. D'où la difficulté de présenter les principales activités impliquées dans la production des soins au CHRN. Nous avons conséquemment opté de présenter ces activités en les divisant (bien que nous soyons conscients que ce soit une division artificielle) selon les deux principales catégories d'acteurs: le corps médical et le personnel professionnel affecté aux soins infirmiers. Sans ces deux catégories de travailleurs, l'hôpital perdrait sa raison d'être.

5.1 Production de soins médicaux (voir figure 20)

Bien que des soins médicaux puissent être dispensés sans que le bénéficiaire ne soit admis (voir Loi Ch. S-5), les principales activités médicales débutent à l'admission du bénéficiaire. Et les deux voies d'admission possibles au CHRN se font via la salle d'urgence où à partir d'une liste d'attente gérée par le service d'accueil, pour les chirurgies électives. Il n'existe pas de système de planification des admissions basé sur le flux des patients dans une unité de soins, par exemple. Ce sont les coordonnatrices de soins infirmiers qui planifient avec l'infirmière-chef



Sous-système production des soins médicaux

FIGURE 20

Légende: → flux d'informations
 ? zone problématique
 ☁ environnement

de la salle d'urgence du moment où sera monté un patient admis, en fonction des priorités et des places disponibles dans les différents services. Elles se chargent également de faire déplacer des patients de l'unité visée lorsque cette dernière n'a aucun lit de libre. Ce mandat important leur est confié sans qu'il ne figure à leur définition de tâche. Cette responsabilité leur a par ailleurs été attribuée en raison de la vision générale des différents sous-services qu'elles peuvent obtenir de par leur fonction.

Si par contre le bénéficiaire admis nécessite des soins chirurgicaux, le médecin ou chirurgien de garde prend la responsabilité de le diriger vers le service approprié.

Pour les admissions en chirurgie électorale, les listes d'attente sont gérées par le service d'accueil en collaboration avec les médecins concernés et il n'existe pas de procédure ou de règle uniforme en ce qui concerne l'admission à partir d'une liste ou d'une autre. Cette situation provoque à l'occasion des conflits.

Les admissions se font habituellement en suivant l'ordre d'inscription à moins que le médecin n'identifie un cas particulier comme étant prioritaire. Dans ce dernier cas, les malades sont admis deux à trois semaines après leur inscription.

Il n'existe donc pas de contrôle ni de planification de l'utilisation des lits par les médecins pas plus qu'il n'y a de lits gardés en réserve en médecine pour les cas d'urgence.

Il est arrivé à l'occasion, que des jours-présences aient été perdus suite au retard du médecin traitant à signer le congé au dossier du bénéficiaire ou à l'omission du personnel infirmier concerné à transmettre l'information au bureau d'admission dans les délais requis. Selon la direction des soins infirmiers, cette situation serait cependant actuellement corrigée.

Quant aux autres activités reliées à la pratique médicale en centre hospitalier, nous retrouvons les activités d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de réhabilitation avant que finalement, le bénéficiaire reçoive son congé ou soit orienté vers une autre ressource pouvant répondre à ses besoins. Des services de support, que nous avons identifiés par la logistique dans le centre opérationnel (voir figure 12) sont disponibles tout au long du processus de production de soins médicaux et la direction des services professionnels considère ces services suffisants et adéquats.

Finalement, la vérification de la qualité des soins médicaux au CHRN, normalement exercée par un comité du CMDP, est pratiquement inexistante, ce dernier comité étant peu actif.

5.2 Production des soins infirmiers

Les professionnels des soins infirmiers assument leur rôle par la réalisation de séquences cycliques d'activités comprises dans une démarche de soins. Cette démarche est une application de la démarche scientifique et ses principales étapes sont présentées à la figure 21. La démarche de

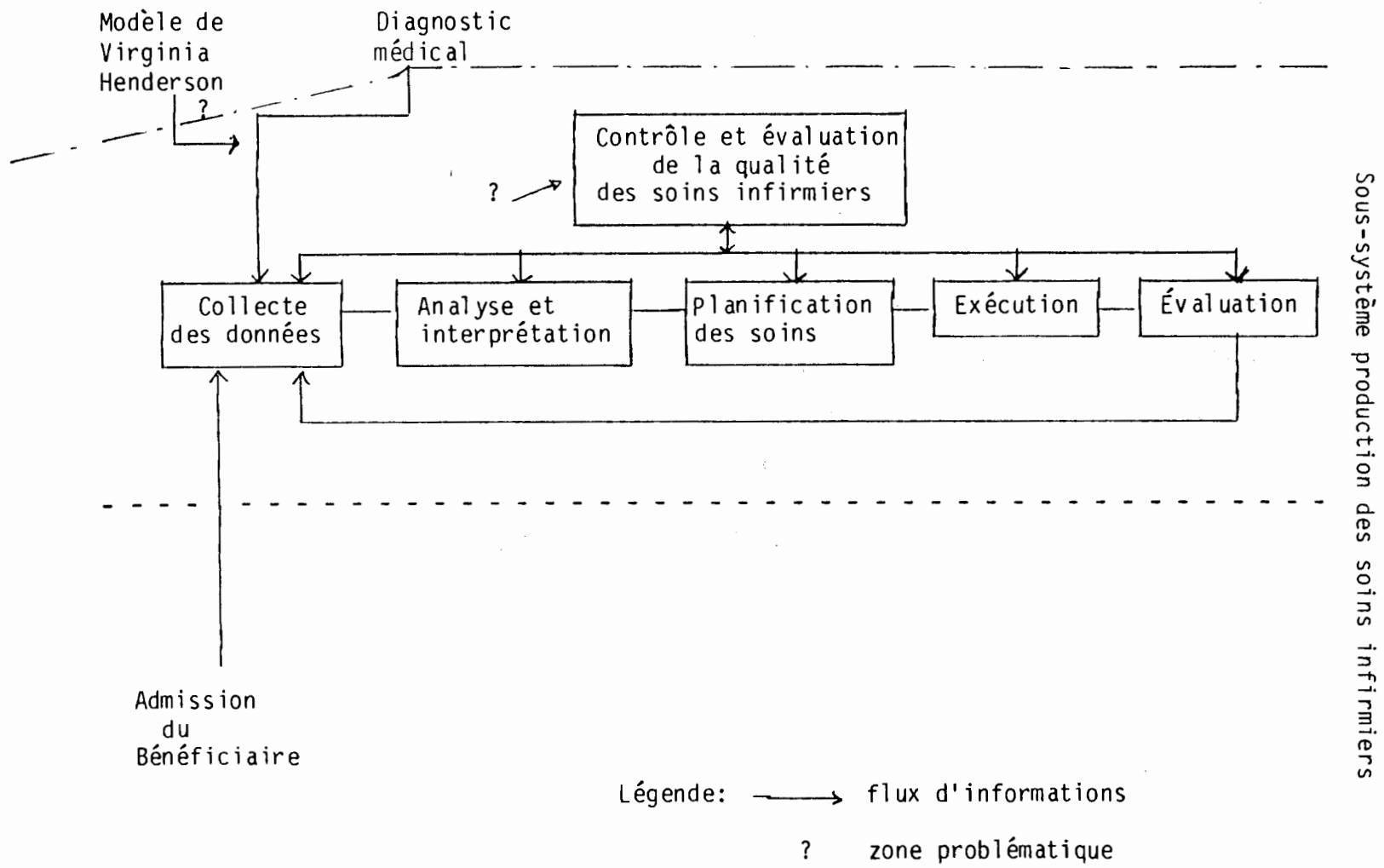


FIGURE 21

soins est également guidée par un modèle conceptuel, celui de Virginia Henderson. L'utilisation d'une démarche spécifique de soins à l'intérieur d'un cadre conceptuel, offre des garanties supplémentaires de soins de qualité et fournit en même temps des critères d'évaluation de cette qualité.

Or l'utilisation et la connaissance de la démarche de soins et du modèle conceptuel sont parfois très minimales dans certains services alors que dans d'autres un plus grand effort et constance dans l'effort sont fournis. Cette différence semble être reliée à différents facteurs dont la motivation du chef de service, sa formation ainsi que celle de ses employés. Une bonne partie n'y croient pas et le facteur temps est souvent évoqué.

Comme pour les soins médicaux, il n'existe pas de mécanisme pour l'évaluation de la qualité des soins bien qu'un projet à ce niveau soit actuellement initié. Les indicateurs actuels sont des indicateurs négatifs c'est-à-dire les plaintes et les rapports d'accidents.

Cette situation de non-évaluation de la qualité des soins tant médicaux que nursing au CHRN est plutôt surprenante surtout si nous considérons la volonté de la direction d'axer son "marketing" sur la qualité des soins reçus au Centre hospitalier.

CHAPITRE VI

CHAPITRE VI

LE CLIMAT ORGANISATIONNEL

Le climat est l'une des caractéristiques les plus importantes de toute situation problématique. Il se réfère à la concordance entre les structures d'une organisation, ses activités effectives, ses stratégies et sa philosophie.⁴³

Bergeron et ses collègues définissent pour leur part ainsi le climat organisationnel:

Un ensemble de caractéristiques objectives et relativement permanentes de l'organisation, décrites telles que perçues par les membres de l'organisation, et qui servent à donner une certaine personnalité à l'organisation, tout en influençant le comportement et les aptitudes des membres.⁴⁴

A la lumière des définitions qui précèdent, nous tenterons de dégager le climat tel qu'il est perçu par les principaux acteurs et également, à partir de certains indicateurs tels, les relations patronales-syndicales, le leadership, le mouvement du personnel, l'absentéisme et autres.

. Le climat tel que perçu

Tout d'abord, tous les membres du Conseil d'administration consultés s'accordent pour dire que leur climat de travail est excellent, comme le sont également leurs rapports avec les directions du CHRN. La prise de décision se fait par consensus et chacun peut intervenir à volonté ou récla-

43. PRÉVOST, Paul, Le diagnostic-intervention: une approche systématique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, Chicoutimi, 1983, p. 43.

44. BERGERON, J.-L., et al., Les aspects humains de l'organisation, Éditions Gaëtan Morin, 1979, p. 290.

mer une information supplémentaire sans crainte de ne pas être entendu. Il arrive que des questions de nature opérationnelle ou personnelle soient amenées en discussion sans que cette situation constitue pour autant un problème sérieux de fonctionnement, selon des membres.

Au niveau des directions, le climat est également perçu comme étant sain et il existe une bonne collaboration entre les directeurs. C'est au niveau des employés que les perceptions concernant le climat varient le plus: tantôt il est satisfaisant, tantôt on dit qu'il est "pourri"; tout dépend de la classe de travailleurs, de son centre d'activité, de sa problématique particulière. Ainsi, certaines catégories de travailleurs, en particulier les infirmières auxiliaires, voient leur emploi, ou pour le moins leur rôle dans l'organisation menacé; cette situation contribue à créer un climat tendu.

La plupart des travailleurs consultés s'entendent par contre pour affirmer que bien que le climat se soit amélioré depuis les dernières années, ils maintiennent tout de même une attitude de méfiance envers la direction, surtout depuis les coupures de 81. Ils craignent sans cesse que des droits acquis leur soient enlevés ou que leurs conditions de travail se détériorent davantage. On se dit très peu informé de ce qui se passe au CHRN et des orientations ou avenues privilégiées par la direction. On parle également d'essoufflement, surtout chez le personnel infirmier, suite à la pénurie de cette catégorie de travailleurs et des heures supplémentaires alors devenues nécessaires, ou suite à l'augmentation de la charge de travail résultant du non remplacement des congés de maladies.

Somme toute, de façon générale, le climat organisationnel au CHRN est relativement viable bien que des situations particulières puissent à l'occasion provoquer des insatisfactions ou des tensions.

. Relations patronales-syndicales

Les deux parties s'entendent pour affirmer que les rapports sont harmonieux. D'autre part, le nombre de griefs n'a pas augmenté de façon significative ces dernières années et la majeure partie d'entre eux concernent la liste de rappel, l'ancienneté, les vacances.

. Style de leadership

Le style de leadership au CHRN est perçu comme étant à légère tendance autocratique. Il y a peu de contacts entre la direction et les employés et les niveaux hiérarchiques sont bien démarqués.

A un niveau plus près de la production, le style de gestion des chefs de différents centres d'activités joue également sur le climat et ce dernier varie beaucoup d'un centre à l'autre. Alors qu'il est considéré agréable dans certains sous-services il est considéré plutôt tendu dans d'autres; un chef de service en particulier a été identifié comme utilisant des mesures de représailles envers ses employés n'acquiesçant pas à ses demandes ou discutant ses décisions.

. Absentéisme

Bien qu'il n'y ait pas compilation pour fin d'étude concernant l'absentéisme, tel que noté antérieurement, nous avons constaté en consultant

le rapport mensuel et cumulatif des heures et salaires payés, que les heures-salaire payées en maladies sont passées de 5,9% des heures totales pour l'institution du 31 mars 1984 à 7,9% au 31 mars 1986 soit une augmentation réelle de 34%. Les absences non payées sont pour leur part passées de 5.9% à 7% pour la même période.

Parallèlement, le pourcentage de temps supplémentaire, lequel représente des sommes de beaucoup inférieures au précédentes, est passé de 6,7% à 1.4%, toujours pour les mêmes périodes soit une diminution de 79%. Nous observons des différences également sur ces points dans les sous-services. Ceux par exemple qui présentent le plus haut pourcentage d'heuresmaladie au 31 mars 86 sont par ordre décroissant les services de stérilisation et de distribution, les services professionnels, la diétothérapie et l'alimentation.

. Le taux de roulement

Les directions concernées estiment que les taux de roulement de personnel sont plus élevés dans les services où les stress du travail sont très élevés et où les taux de mortalité sont également plus élevés. D'autre part, un manque de formation serait relié à une grande mobilité du personnel en psychiatrie.

CHAPITRE VII

CHAPITRE VII
LES INDICATEURS

1. LES RESSOURCES HUMAINES

Nous avons pu identifier certains groupes d'acteurs au sein du CHRN à l'aide des modèles de configurations structurelles tels qu'illustrés aux figures 12 et 13. C'est à partir de groupes ainsi identifiés que nous aborderons de façon succincte les principales ressources humaines au CHRN.

. Le centre opérationnel

Le centre opérationnel comprend surtout les médecins et le personnel spécialisé en soins infirmiers.

Les médecins actuellement actifs au CHRN comptent une population relativement jeune, donc avec des pratiques imprégnées de la technologie des années 80, surtout parmi les nouvelles recrues. Leurs habitudes de pratique évoluent également vers une pratique respectant plus leur qualité de vie, c'est-à-dire qu'ils consacrent en général, moins de temps à la pratique de la médecine par rapport à leurs prédécesseurs. Ce dernier facteur joue sur le plan des effectifs en accroissant les besoins en ressources médicales.

En dépit d'une situation qui tend à se stabiliser, il existe un roulement d'effectifs parmi le corps médical qui se situe aux environs de 10%.

Certains départements cliniques sont considérés problématiques du fait que la masse critique des effectifs médicaux n'est pas atteinte ou est instable. Ces départements sont la pédiatrie, la gynécologie et la chirurgie.

En ce qui concerne le personnel infirmier, il existe actuellement une pénurie d'infirmières qui s'est manifestée de façon aiguë pendant la période estivale et surtout les fins de semaine. Nous ne connaissons cependant pas le déficit réel de l'organisation en ce qui concerne cette ressource pas plus que les besoins futurs en termes absolus, les données n'étant pas disponibles.

. La logistique

Au niveau des fonctions de support, il existe des problèmes chroniques de pénurie de personnel spécialisé en audiologie, ergothérapie, orthophonie et physiothérapie. Jusqu'à date (été 86), les stratégies de recrutement n'ont pas réussi à attirer et retenir au CHRN ces ressources rares.

. Le sommet stratégique

Le CHRN est administré par une équipe de directeurs ayant pour la plupart plusieurs années de service au sein de l'organisation. Le directeur général actuel représente un élément moteur certain au niveau des changements qui s'y produisent. Il obtient la confiance et le respect de tous les intervenants ou acteurs rencontrés. Il constitue donc une richesse certaine pour le CHRN en raison du dynamisme qu'il suscite et de la collaboration qu'il réussit à obtenir chez ses proches collaborateurs et/ou employés.

2. LA QUALITÉ DES SOINS

Nous avons souligné dans le sous-système production tant de soins médicaux qu'infirmiers cette absence de contrôle au niveau de la qualité des soins. Il nous est donc impossible de présenter de façon objective et fiable cette dimension des soins au CHRN.

3. L'ACCESSIBILITÉ

Nous avons parlé de l'accessibilité géographique dans l'environnement externe en soulignant la position stratégique de Roun-Noranda par rapport aux autres sous-centres régionaux.

Sur le plan clinique, les listes d'attentes pour les chirurgies électoratives sont pratiquement inexistantes contrairement à l'O.R.L. où des listes de plus de deux cent personnes subsistent.

Pour les cliniques externes l'accès aux spécialistes est facile, sauf pour la rhumatologie où il y aurait une quarantaine de patients en attente. Selon le rhumatologue, cette situation ne serait cependant pas particulière au CHRN et se rencontrerait à travers la province également. Somme toute, les soins sont relativement accessibles en externe comme en interne sauf pour les spécialités nommées précédemment soient l'O.R.L. et la rhumatologie.

4. LES PROBLÈMES DE SANTÉ ET LES SERVICES OFFERTS

. Problèmes de santé

Dans l'étude de l'environnement externe, nous avons noté des taux si-

gnificativement élevés de mortalité en région 08 par rapport aux taux provinciaux (voir annexe I) pour les causes qui suivent par ordre décroissant:

<u>Causes de mortalité</u>	<u>ICM*</u>	<u>Population totale</u>
Alcoolisme	2,24	24
Suicides lésions volontaires	1,75	155
Artériosclérose	1,68	121
Mortalité par accidents		
Empoisonnements, traumatismes	1,68	794
Par accidents de circulation		
avec véhicule moteur	1,47	291
Mortalité par bronchite		
emphysème et asthme	1,47	125
Maladies infectieuses parasitaires	1,47	45
Chutes accidentelles	1,46	56
Accidents impliquant piétons et cyclistes	1,39	67
Maladies appareil respiratoire	1,38	311
Diabète	1,34	116
Hypertension	1,33	62
Tumeurs malignes de l'estomac	1,31	45

* ICM: indice comparatif moyen

En termes absolus, ce sont sans contredit les mortalités par traumatismes qui prennent la première place suivi de loin par les maladies de l'appareil respiratoire, les suicides, l'artériosclérose et le diabète pour nommer les principaux.

Dans la région de Rouyn-Noranda, nous obtenons les données suivantes.
(Annexe I, pages 202 et 203)

<u>Causes de mortalité</u>	<u>ICM</u>	<u>Population totale</u>
Chutes accidentielles	2,31	16
Pneumonie	2,19	33
Maladie appareil respiratoire	1,96	89
Hypertension	1,95	18
Artériosclérose	1,91	26
Tumeurs estomac	1,84	21
Maladies génito-urinaires	1,81	14
Mortalité par bronchite emphysème et asthme	1,77	30
Suicide	1,60	27
Diabète	1,56	27
Maladies vasculaires cérébrales	1,38	91
Tumeurs de l'appareil digestif et péritoine	1,37	77
Empoisonnements et traumatismes	1,36	123

Encore une fois, ce sont les morts violentes qui prennent la première place parmi les causes de mortalité en chiffres absolus. Les maladies cérébrales vasculaires sont bonnes deuxième suivi de près par les maladies respiratoires. Une dernière cause relativement importante est par tumeur de l'appareil digestif et péritoine.

Bien que nous soyions conscients de la faiblesse de l'indicateur de mortalité chez une population pour en connaître ses besoins de santé, nous l'utiliserons avec réserves, uniquement à titre de "piste".

Nous verrons maintenant les services offerts par le CHRN en les comparant aux problèmes identifiés précédemment.

Premièrement, nous avons noté, tant sur le plan régional que sur le plan local que les morts par traumatismes ou violentes figurent en première place comme cause de décès. Les accidents de la route représentent également un facteur causal important parmi cette catégorie de décès.

Or nous savons que les soins à donner à ces polytraumatisés nécessitent souvent la collaboration d'une équipe de spécialistes et de généralistes à l'intérieur de délais souvent très courts. Parmi les spécialités actuellement absentes ou en nombre insuffisant au CHRN nous pouvons à titre d'exemple nommer l'orthopédie, la néphrologie, la neurologie et dans une perspective de réadaptation du polytraumatisé, la physiâtrie. Certaines de ces ressources sont disponibles ailleurs dans la région mais elles ne peu-

vent pas toujours être mises à contribution dans les délais et conditions adéquates.

Un autre problème de santé est considéré important également sur les plans régional et local: les problèmes respiratoires. A ce niveau, les ressources spécialisées sont externes (consultants) et nous pouvons soulever la question à savoir s'il n'y aurait pas avantage à développer des ressources sur place, lesquelles ressources pourraient également s'impliquer dans la recherche en rapport avec l'environnement par exemple, vu la vocation industrielle de la région.

Sur le plan vasculaire cérébral, le traitement et la détection de ces pathologies nécessitent des ressources médicales et technologiques actuellement insuffisantes au CHRN.

Les cancers occupent également une place importante parmi les causes de décès, en particuliers les cancers de l'appareil digestif et du péritoine. Cette donnée serait peut-être à considérer dans les développements en cours actuellement au CHRN pour un service d'oncologie.

En bref, les données qui précèdent peuvent être mises en considération dans les développements futurs du CHRN, si l'établissement veut offrir un service qui tienne compte de la problématique sanitaire régionale et locale.

5. RECHERCHE ET TECHNOLOGIE

Nous avons précédemment parlé brièvement de la technologie au CHRN et des stratégies de développement adoptées. Sur le plan de la recherche, il y a peu d'activités qui y sont consacrées sauf des activités de recherche sur l'alcoolisme en région, en collaboration avec l'Université McGill. Le CHRN participe également à toute recherche impliquée dans la réalisation du mandat de son DSC.

6. PRODUCTIVITÉ

Bien que le CHRN accuse un déficit de 1,8 million pour 85-86, il demeure performant, ayant été en économie de ressources par rapport à son groupe de comparaison. L'instrument de comparaison n'étant pas disponible pour le dernier exercice financier, nous n'avons pu vérifier les performances des différents sous-centres d'activités.

Pour les années 84-85, (voir annexe VIII), les centres d'activités qui suivent étaient en excédent de ressources par rapport à la moyenne comparative du groupe: alimentation, audiologie, orthophonie, physiothérapie, électro-cardiographie, électro-encéphalographie, laboratoires, pathologie, soins au nouveaux-nés, bloc opératoire, planification familiale, soins infirmiers, maladies aiguës en psychiatrie. Les autres centres d'activité se situaient soit dans la normale de performance, soit en économie de ressources.

Ces données sont évaluées par la direction qui voit, avec les chefs concernés, à ce que les mesures correctives soient apportées dans leurs services respectifs pour rétablir l'équilibre.

CHAPITRE VIII

CHAPITRE VIII

LES ZONES PROBLÉMATIQUES

Nous avons parcouru l'organisation à travers sa structure, ses processus et son climat organisationnel et y avons décelé quelques zones problématiques. Nous dégagerons dans les lignes qui suivent les principaux éléments ainsi identifiés.

- . L'intégration du DSC et le maintien de cette intégration au CRSSSAT ne fait pas l'unanimité à différents palliers de l'organisation; on estime que cette décision devrait être réévaluée. La vocation communautaire du CHRN ainsi que sa responsabilité à ce niveau sont devenues pour le moins ambiguës ainsi que les rapports légaux et administratifs entre le DSC et les différents intervenants.
- . En dépit de changements importants au sein de l'organisation et dans son environnement externe, la mission ainsi que la philosophie de gestion du CHRN ne sont pas clairement établis. Les fondements pour une planification à long terme sont donc absents. Les objectifs opérationnels ne sont pas intégrés à l'intérieur d'objectifs organisationnels globaux, rendant ainsi difficile une progression concertée de l'organisation dans une orientation spécifique. Les informations concernant les objectifs organisationnels circulent peu de même que les informations touchant l'opérationnel.

- . Les lacunes identifiées précédemment se répercutent également au niveau de la gestion des ressources humaines et il n'existe pas de planification véritable à ce niveau également.
- . Les cadres intermédiaires ne sont pas évalués et ces derniers n'évaluent pas leur personnel.
- . Sur le plan de la qualité de vie, il n'y a pas de programme susceptible de récupérer les employés exposés à des stress occupationnels intenses comme on les retrouve par exemple dans les services où les taux de mortalité sont élevés. Ces employés sont particulièrement exposés au burn out, avec ce que cela implique au niveau du rendement et de l'utilisation des congés maladie. Au besoin, ils peuvent cependant bénéficier d'un service de conseling par le bureau de santé ou être dirigés vers la ressource appropriée.
- . Il n'y a pas de processus d'évaluation de la qualité des soins tant médicaux qu'infirmiers alors que le CHRN veut fonder son image sur la qualité des soins dispensés dans son institution.
- . Finalement, nous avons noté que le climat organisationnel est parfois teinté de méfiance de la part des employés vis-à-vis l'administration.

CHAPITRE IX

CHAPITRE IX

L'ANCRAGE

1. CHOIX DU SYSTÈME PERTINENT

Les déficiences au niveau de la planification au CHRN représentent le candidat au poste de zone problématique que nous avons retenu. Pour améliorer la situation actuelle, nous identifions comme système pertinent à développer celui d'une planification stratégique et organisationnelle intégrée.

2. JUSTIFICATION DU CHOIX

A l'heure d'une décroissance dans le secteur des services de santé, le CHRN vise une croissance dans les services offerts. Or les données de l'environnement externe évoluent rapidement, notamment sur le plan technologique et les coûts inhérents à cette évolution sont le plus souvent exorbitants. Également, l'étude de l'environnement interne nous révèle plusieurs éléments déficients, lesquels sont, soit inhérents au processus de planification, soit conséquents à un manque de planification. Dans le premier cas, citons la mission de l'organisation qui n'est pas précisée ainsi que la philosophie de gestion et le système de valeurs des dirigeants. Dans le dernier cas, nous avons détecté un manque de concertation dans la formulation des objectifs des différents directorats, un manque de circulation d'information au sein de l'organisation, la difficulté de planifier pour les ressources humaines, une motivation au travail parfois problématique et un climat de travail parfois teinté de méfiance.

De plus, l'organisation vit actuellement une période de questionnement suscitée par son conseil d'administration et supportée par son directeur général. Le moment nous semble donc opportun pour instaurer au CHRN un processus de planification lui permettant de prendre en main son devenir tout en considérant la dynamique tant interne qu'externe qui lui est propre.

3. DÉFINITION DU SYSTÈME PERTINENTS

Le système de planification est un système d'activités permettant aux dirigeants du CHRN de préciser la mission de l'organisme, leurs valeurs et leur philosophie de gestion, pour ensuite tracer une stratégie, des objectifs généraux et opérationnels, de formuler des plans et d'évaluer les résultats. Cette démarche s'effectuera en tenant compte de l'environnement externe avec ses opportunités et menaces, des forces et faiblesses de l'organisation avec ses contraintes particulières et finalement des besoins de la population à desservir. Le but de ce processus est d'assurer pour le CHRN un développement optimal et sa pérennité.

4. VALIDATION

Afin d'assurer que la définition soit cohérente avec la notion de système d'activités humaines et demeure liée à l'action, Checkland propose six (6) critères pour vérifier si la définition est bien construite. Selon Checkland, une définition efficiente devrait explicitement faire référence:

- au propriétaire du système: le propriétaire du système est son contrôleur, son parrain, un super-système qui peut discourir sur le système;
- à l'environnement et au super-système: ce critère fait référence aux contraintes environnementales et aux interactions avec le super-système qui ne sont pas incluses au point précédent;
- aux clients: les clients de l'activité, les bénéficiaires ou les victimes;
- aux activités de transformation: les activités de transformation forment le coeur de la définition et ne comprennent que les activités essentielles du système, celles qui sont reliées à son objet;
- le point de vue: de par sa nature, ce critère est rarement explicite mais toujours implicite dans une définition du système d'activités humaines; c'est le cadre de référence rarement questionné, toujours pris pour acquis, qui rend "signifiante" toute définition.⁴⁵

45. PRÉVOST, Paul, Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, Chicoutimi, 1983, p. 43.

Validation de la définition proposée

Propriétaires: organisation publique donc le propriétaire véritable est le public représenté par un Conseil d'Administration.

Environnement: - l'environnement externe de l'organisation avec ses opportunités et menaces,
- les forces et les faiblesses de l'organisation et ses contraintes particulières.

Clients: les dirigeants du CHRN et par ricochet la population.

Acteurs: les dirigeants et les différents palliers administratifs du CHRN.

Transformation: Étude des environnements interne-externe, préciser mission, système de valeurs et philosophie de gestion, élaborer objectifs généraux et stratégies, formuler les plans, évaluer les résultats.

Point de vue: - Répondre aux besoins de la population.
- Développement optimal et perennité du CHRN.

CHAPITRE X

CHAPITRE X

LA CONCEPTUALISATION

Afin de mieux saisir le modèle conceptuel à élaborer, nous verrons d'abord des notions générales concernant la planification pour ensuite aborder ses constituantes de façon plus spécifique et présenter notre modèle conceptuel.

1. NOTIONS GÉNÉRALES

Lamontagne⁴⁶ précise que la planification "apparaît être le point de départ du processus administratif. Sans planification, il n'y aurait rien à organiser, rien à diriger et aucune nécessité de contrôler, puisque les objectifs n'auraient pas été déterminés." Nous pouvons d'autre part, distinguer deux types de planification, bien qu'ils soient étroitement interreliés et complémentaires: la planification stratégique et la planification opérationnelle.

De façon plus générale, nous pouvons cependant prétendre que la planification consiste à introduire l'avenir dans les décisions du présent, elle s'inscrit dans le cadre de la gestion prévisionnelle. Peter Drucker⁴⁷ définit la planification en deux temps.

46. LAMONTAGNE, R., et al, La dynamique de l'entreprise, Mondia, Laval, 1981, p.52.

47. Cité par De Guerny, J. et Guiriec, J.-C., Principes et pratique de gestion prévisionnelle, Delmos, 1976.

Ce qu'elle n'est pas:

- . la planification n'est pas la prévision, car en plus de celle-ci on trouve la volonté de l'organisation d'agir sur le futur;
- . la planification ne mène pas à décider pour le futur; elle permet de prendre des décisions aujourd'hui en fonction de leurs conséquences à venir;
- . la planification n'élimine pas le risque;
- . la planification n'a pas pour but prioritaire l'élaboration d'un plan: le résultat de l'action (le plan) est beaucoup moins important que l'action elle-même (la planification).

Ce qu'elle est:

- . la planification est un instrument d'action: elle donne à l'organisation le moyen d'agir sur le futur;
- . la planification est un moyen de cohérence: elle assure les ajustements entre les personnes, entre les divisions, entre les échéances;
- . la planification est un instrument de motivation: elle engendre une telle circulation d'information que chacun se sent motivé par la réussite de l'ensemble.

Baranger et al⁴⁸ ajoutent que "dans la planification, c'est le plan qui reste le moins important. Celui-ci n'est pas contraignant; il sera revu si les données changent. Mais l'activité, le processus même, l'état d'esprit qui suscite dans tous les services une attitude dynamique à l'égard de l'environnement sont de loin les éléments essentiels."

Le principe d'activité engendré par la planification nous amène à distinguer deux types de planification: la planification stratégique et la planification opérationnelle.

Alors que la première se situe au niveau de la réflexion et de la décision, la deuxième se situe plus au niveau de l'action, de la mise en application de la stratégie.

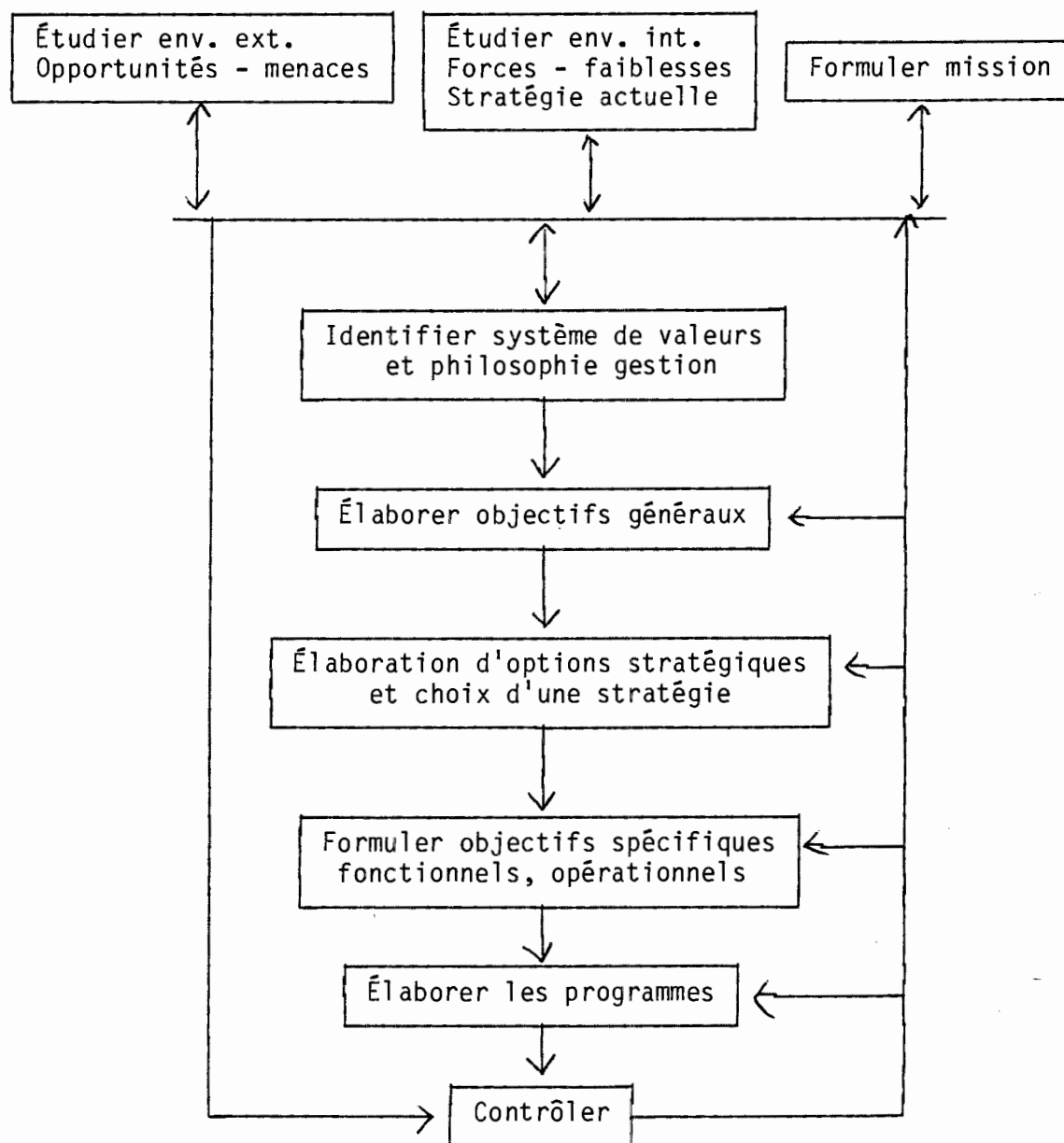
Une revue de littérature nous a permis de tracer un modèle conceptuel, (Figure 22) lequel modèle nous décrirons dans les lignes qui suivent tout en spécifiant les principales activités reliées à chacune des étapes.

La première partie du modèle concerne particulièrement la partie stratégique de la planification tandis que les dernières étapes se réfèrent plutôt à la composante opérationnelle avec ses processus de contrôle et évaluation.

48. Baranger, P., et al, Gestion, les fonctions de l'entreprise, Vuibert, Paris, 1985, p.64.

FIGURE 22

Modèle conceptuel de planification stratégique et opérationnelle intégrée



2. LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

La planification stratégique constitue la première étape du processus de planification. Elle vise, selon Paul et Viollier⁴⁹ le développement des activités de l'organisation: expansion-diversification, croissance interne - croissance externe, investissements - désinvestissements. Centrée sur les relations de l'organisation avec son environnement, elle fait peu appel aux chiffres mais exige une analyse approfondie des opportunités et risques prévisibles. En tenant compte des forces et faiblesses de l'organisation (diagnostic interne), l'analyse de l'environnement permet de définir les objectifs du développement à long terme, et les grandes stratégies à développer pour atteindre ces objectifs.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le concept de planification stratégique, qu'il soit intégré au sein d'un processus global de planification ou différencié du concept de planification opérationnelle. A partir de ces auteurs, nous dégagons les étapes essentielles qui suivent de la planification stratégique:

- étude de l'environnement externe et identification des opportunités et menaces;
- étude de l'environnement interne et identification des forces et faiblesses de l'organisation;
- formulation de la mission de l'organisation;
- identification du système de valeur et de la philosophie de gestion des dirigeants;

49. Paul, D., Viollier, B. Adapter la planification d'entreprise, Les Editions d'organisation, Paris, 1976, p. 113.

- élaboration des objectifs généraux;
- élaboration d'options stratégiques et choix d'une stratégie.

Nous tenterons de dégager les grandes lignes de chacune de ces étapes dans les lignes qui suivent.

2.1 Étude de l'environnement externe, identification des opportunités et menaces

Pour penser de façon stratégique, les gestionnaires doivent devenir sensibles aux changements de l'environnement externe en conduisant une analyse de l'environnement externe. Ils doivent centrer leur attention sur les événements ou données susceptibles d'influencer leur stratégie ou l'évolution de l'organisation. Pour un centre hospitalier nous pouvons, entre autres, identifier comme données pertinentes l'évolution politique et légale, économique, démographique, socio-sanitaire, technologique, la disponibilité des ressources humaines et financières, le comportement des consommateurs de soins de santé et leurs besoins sociaux-sanitaires, les concurrents avec leurs forces et faiblesses, les corporations professionnelles, etc.; d'autres facteurs de l'environnement peuvent s'ajouter en fonction de la situation particulière d'un centre hospitalier comme par exemple sa situation géographique. Tous ces éléments aboutissent à distinguer les menaces et les opportunités que recèle l'environnement et permettent une planification plus réaliste.

2.2 Étude de l'environnement interne et identification des forces et faiblesses de l'organisation

Tout comme celles de ses concurrents, l'organisation doit connaître ses forces et faiblesses. Pour ce faire, elle doit procéder à une analyse rigoureuse de son environnement interne. Selon Webber et Peters⁵⁰, un point de départ logique de l'analyse interne, pour connaître la capacité de l'organisation de s'ajuster à son environnement externe, est de cerner la stratégie présente de l'organisation et son succès à l'appliquer. Par contre, comme plusieurs hôpitaux ne possèdent pas de stratégie formelle, il devient alors nécessaire de tenter de l'identifier à partir de ses principales activités et autres paramètres qui les entourent. Parmi les indicateurs susceptibles de nous informer sur la stratégie d'un centre hospitalier, nous pourrions retrouver les analyses qui suivent:

- les programmes fonctionnels et services du centre hospitalier;
- les ressources humaines;
- le corps médical;
- la situation financière et de sa productivité;
- les facilités physiques;
- le climat de l'organisation;
- les structures organisationnelles;
- les principales activités;
- le taux d'occupation;
- la qualité des soins offerts;

50. Webber, J.B., Peters, J.P., Strategic Thinking, New Frontier for Hospital Management, American Hospital publishing, 1983, p. 58.

Ces indicateurs ne constituent pas une liste exhaustive des éléments à considérer. D'autres peuvent s'ajouter selon la couleur locale.

Weber et Peters ajoutent que si l'analyse des différentes zones internes d'activités peut procurer des informations importantes sur les forces et faiblesses de l'organisation et des implications que ces dernières ont sur le devenir de l'organisation, ces informations décrivent seulement l'anatomie de l'organisation. Pour obtenir une perspective significative et une appréciation de ce qui se passe dans l'organisation, les dirigeants doivent comprendre comment ces différentes activités sont interreliées, comment elles s'influencent les unes les autres, comment elles forment une totalité capable de rencontrer ou non la mission et les buts de l'organisation, et comment elles contribuent à former l'image que se fait le public de l'organisation. Bref, les informations doivent être organisées dans un profil significatif faisant ressortir la santé de l'organisation et sa capacité de s'adapter avec succès aux changements externes.

2.3 Formulation de la mission de l'organisation

"La mission de l'entreprise, c'est son but ultime, sa raison d'être"⁵¹. Tôt ou tard, toute organisation doit faire face à la tâche de définir ses finalités de base et sa mission. Elle doit développer un sens de l'identité. Weber et Peters⁵² ajoutent que, une mission bien formulée peut doter chacun des membres de l'organisation d'une vision de quelque chose fortement désiré et ainsi souvent entraîner la cohésion et l'habileté

51. Ibid 12, p. 55.

52. Ibid 15, p. 15.

de planifier selon un mode intégré, facteur essentiel dans le "design" du devenir de l'organisation.

Selon les mêmes auteurs, le développement d'une mission est relié de toute évidence à la stratégie, mais la formulation de la mission n'est pas un synonyme de stratégie. Elle peut être le point de départ pour la formulation d'une stratégie ou une résultante du processus de gestion stratégique. Certaines situations requièrent que la définition de la mission précède le développement de la stratégie, tout comme la stratégie précède ses plans à long terme et efforts d'implantation. La mission est alors utilisée pour guider le choix des alternatives de stratégies. Cette approche est efficace quand une organisation a plus de contrôle sur sa destinée qu'il est actuellement possible, vu l'environnement fortement réglementé et turbulent des hôpitaux. Ces facteurs requièrent souvent qu'un hôpital examine et redéfinisse ses missions et rôle en tant qu'éléments clé de gestion stratégique. Ainsi, mission et stratégie deviennent parties intégrantes du même processus global.

2.4 Identification du système de valeur et de la philosophie de gestion des dirigeants

Le management est avant tout une activité qui dérive de la conception qu'on se fait des choses, du travail, des hommes et de la société. C'est pourquoi, il est impérieux d'approfondir l'arrière-plan philosophique des décisions qui se prennent tous les jours.⁵³

53. Marcel Laflamme, Le management approche systémique, Gaëtan Morin, 1981, p. 51.

Le système de valeurs peut se définir comme étant un mode de pensée, un ensemble de croyances et d'attitudes. Selon Laflamme, les valeurs conditionnent les finalités et les objectifs de l'entreprise vers lesquels convergent tous les efforts particuliers. Conséquemment aux valeurs et aux objectifs, s'élaborent les politiques, ces dernières consistant en des déclarations de principes normalisant les comportements et les activités courantes. Il serait donc souhaitable que les dirigeants approfondissent et mettent par écrit les fondements philosophiques qui les inspirent. Cette activité est d'autant plus importante si nous considérons la complexité de l'organisation quant à ses principaux intervenants et la répartition parfois ambiguë des pouvoirs et également le type de services offerts. D'une part nous avons les administrateurs et les différents corps professionnels et d'autre part, le public auquel sont dispensés des services et les travailleurs en contact direct avec les bénéficiaires.

2.5 Élaboration des objectifs généraux

Un objectif est la formulation de ce que l'organisation désire réaliser dans son futur. Une fois la mission établie, les objectifs spécifient les résultats attendus dans la poursuite de la mission. Essentiellement, les objectifs procurent un moyen de transformer une mission large en des actions spécifiques. Des objectifs clairement établis fournissent aussi une base pour vérifier la progression vers la mission. Sans objectifs clairs, il est difficile pour une organisation de savoir ce qui devrait être fait pour atteindre sa mission et de vérifier comment elle progresse dans sa réalisation.

Au niveau stratégique, les objectifs sont généraux et à long terme. Il est nécessaire de traduire ces objectifs en des objectifs fonctionnels et opérationnels plus spécifiques pour différentes fonctions et unités administratives de l'organisation afin d'en faciliter le contrôle.

2.6 Élaboration d'options stratégiques et choix d'une stratégie

Baranger et al proposent la définition qui suit de la stratégie "... désigne un choix de critères de décisions dites stratégiques parce qu'elles visent à orienter de façon déterminante et pour le long terme les activités et structures de l'organisation."⁵⁴ Il faut retenir que la stratégie de l'organisation est constituée des choix qu'elle opère dans les domaines importants pour elle (activités et structure) et pour le long terme.

Le but de la présente étape du processus de planification stratégique consiste en l'identification d'alternatives stratégiques possibles à la lumière de toutes les informations pertinentes cumulées aux étapes précédentes. A partir des alternatives proposées, une évaluation sera effectuée pour chacune d'entre elles, à la lumière de l'analyse interne et externe, de la mission et des objectifs généraux de l'organisation, ceci permettant aux dirigeants de choisir la stratégie qui offre les meilleures chances de rencontrer mission et objectifs généraux de l'organisation.

Avant que la stratégie choisie puisse être implantée, elle doit être diffusée aux différents cadres des palliers concernés et clairement compri-

54. Balanger et al, Gestion, Collection Vuibert gestion, Paris, 1985, p.75

se. Il doit par conséquent exister un bon réseau de communication dans l'organisation pour permettre une bonne circulation d'informations, tant ascendantes que descendantes. Ceci constitue une condition essentielle pour qu'une planification stratégique et opérationnelle intégrée s'effectue de façon efficace et efficiente. Également, une compréhension claire de la stratégie donne un but aux activités de chaque membre de l'organisation. Elle permet à l'individu de faire le lien entre ses tâches et la direction globale prise par l'organisation. Elle procure aux individus un guide général dans leur prise de décision et les habiletés à diriger leurs efforts vers les activités importantes.

Une fois la stratégie globale identifiée, des sous-stratégies doivent être élaborées pour la supporter. C'est également, l'étape où la structure organisationnelle doit être redéfinie afin de répondre de façon adéquate aux nouveaux besoins de l'organisation.

Nous avons mentionné l'importance de la communication entre les différents palliers administratifs; elle est en fait essentielle pour la mise en action de la stratégie aux niveaux opérationnels.

3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

Bergeron définit ainsi la planification opérationnelle: "... consiste à déterminer les moyens d'exécuter les plans stratégiques au niveau des opérations, c'est-à-dire des unités administratives".⁵⁵ En fait, elle est la mise en application de la stratégie, son opérationnalisation.

55. BERGERON, J.-L., et al, Les aspects humains de l'organisation, Editions Gaëtan Morin, 1979, p. 124.

C'est au cours de cette planification que les ressources sont réparties dans les différentes unités administratives. Une fois les objectifs spécifiques élaborés et approuvés par le niveau stratégique, les cadres doivent déterminer quelles activités doivent être réalisées par qui, où et comment. Il doit également exister une coordination entre les différents groupes de l'organisation afin d'assurer que toutes les unités administratives concourent à la réalisation des grands objectifs organisationnels.

Les étapes subséquentes de la planification impliquent un processus similaire au développement du plan stratégique; il existe en fait une symbiose entre le stratégique et l'opérationnel; les plans élaborés aux niveaux intermédiaires et opérationnels diffèrent par leur court terme, leur spécificité et leur précision. En fait, ils permettent à l'organisation de réaliser sa stratégie. Ils constituent également des outils d'évaluation et de contrôle de la progression de l'organisation vers la réalisation de son plan stratégique et permettent les réaménagements en fonction des résultats ou données pertinentes qu'ils fournissent.

La planification opérationnelle permet d'élaborer les objectifs des différentes unités administratives et pour chacun des objectifs ainsi élaborés, des programmes sont structurés. Les programmes comprennent l'ensemble des différentes formes de plans tels les politiques, les procédures, les standards, les budgets. Il va sans dire que les programmes doivent s'intégrer également à l'intérieur des politiques générales de l'organisation.

Si nous nous référons au modèle conceptuel tel qu'illustré à la figure 22, nous pouvons noter les liens étroits existant entre les différents éléments d'analyse interne et externe et l'élaboration de la mission et des objectifs stratégiques de l'organisation.

De plus, précisons que les étapes ne sont pas nécessairement linéaires et que les activités d'analyse doivent être situées dans un processus continu dont la fréquence de réévaluation sera déterminé par la dynamique du contexte organisationnel et environnemental.

D'autre part, le modèle de planification tel que proposé nous amène à préciser quels seront les acteurs responsables de la planification tant stratégique qu'opérationnelle.

4. RESPONSABILITÉ DE LA PLANIFICATION

Le système managérial d'un centre hospitalier est complexe. La diversité des bases de pouvoir et de la structure d'autorité risquent de créer une dispersion des décisions de planification et contrôle à l'intérieur de l'organisation.

Le Conseil d'administration a l'autorité légale et représente le point décisionnel des grandes questions financières. Il détient le pouvoir ultime de décision touchant notamment la planification et le contrôle et assure la pérennité de l'organisation. Il est supporté dans ce rôle par son directeur général qui, de concert avec son personnel cadre, est en charge du

fonctionnement de l'hôpital et doit s'engager dans la planification et le contrôle de l'organisation. Le corps médical, d'un autre côté, possède le savoir technique et l'autorité en ce qui concerne le traitement du patient. Ainsi, le système managérial d'un centre hospitalier comprend trois grande catégories d'intervenants.

La Loi 27 procure une nouvelle façon de répartir le pouvoir et le Conseil consultatif à la direction générale représente l'instance stratégique privilégiée, du fait qu'elle regroupe des représentants de chacun des intervenants managériaux identifiés précédemment. La planification stratégique est un outil intégrateur en ce qu'elle implique une participation de tous les palliers de l'organisation dans un processus d'échange bilatéral d'informations. Les cadres intermédiaires et opérationnels deviennent alors responsables de l'implantation ou l'opérationnalisation de la stratégie par l'élaboration de leurs différents plans et programmes. Et comme il a été souligné précédemment, un processus de planification ne peut obtenir de véritable efficacité et d'efficience que s'il existe un bon réseau de communication, tant vers le sommet que vers la base.

CHAPITRE XI

CHAPITRE XI

COMPARAISON ENTRE LE MODÈLE CONCEPTUEL ET LA RÉALITÉ DE L'ORGANISATION

1. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

Il n'existe actuellement pas de processus structuré d'analyse de l'environnement externe du CHRN. Certains individus de l'organisation, au niveau stratégique détiennent certaines informations mais il n'existe pas de réseau permettant la circulation systématique d'informations à l'intérieur de l'organisation.

2. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE

Les informations tant ascendantes que descendantes circulent peu à l'intérieur de l'organisation si bien que la direction n'est pas en mesure de poser un jugement fiable quant à la santé de son organisation. Les analyses effectuées se situent surtout au plan financier quand à la conformité aux budgets annuels et les niveaux de productivité de chacun des services. Il n'existe donc pas de mécanisme permettant à la direction et au C.A. de connaître ses forces et faiblesses notamment au niveau de l'efficacité des services et programmes offerts, de ses ressources humaines du climat de travail et de la qualité des soins médicaux et nursing. Il manque donc des informations à la direction pour vérifier son adaptation à l'environnement externe et corriger ses faiblesses organisationnelles.

3. FORMULATION DE LA MISSION

En dépit d'un élargissement des activités de l'organisation au cours des dernières années (ex. lits d'hébergement) et des modifications structu-

relles importantes (ex.: intégration du DSC au CRSSSAT), la mission spécifique du CHRN, c'est-à-dire autre que celle conférée par la loi, n'est pas clairement établie. Il se produit donc un développement "éparpillé" de l'organisation au fil des opportunités régionales et locales.

4. DÉFINITION DES SYSTÈMES DE VALEURS ET PHILOSOPHIE DE GESTION

Il n'existe pas de document écrit au CHRN faisant référence au système de valeurs des dirigeants pas plus qu'il n'existe une philosophie de gestion établie de façon formelle. Ceci se manifeste au niveau de la formulation des objectifs des directeurs, à travers lesquels objectifs, nous ne pouvons retracer une convergence de pensée vers des grands objectifs communs. De plus, les politiques sont souvent périmées, voire même absentes dans certains cas.

5. ÉLABORATION DES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Les objectifs généraux organisationnels ne sont pas formulés de façon claire et précise et ne peuvent donc être communiqués aux différents paliers de l'organisation. Les objectifs prennent plutôt la forme d'activités à développer ou de situations problématiques à améliorer sans que soient précisés de façon spécifique les résultats ou les niveaux d'atteinte des objectifs pour un moment donné. Ce sont des objectifs à court terme sans qu'il existe vraiment de liens entre eux.

6. LA STRATÉGIE

Le processus de planification au CHRN étant déficient, des options stratégiques ne sont pas élaborées pas plus qu'un choix stratégique n'est

effectué. Il ne se développe pas de stratégie formelle en regard d'objectifs généraux clairs. D'autre part, la direction actuelle ne privilégie pas la formulation de politiques organisationnelles et les politiques fonctionnelles et opérationnelles sont laissées à la discrétion des directeurs. La majorité d'entre elles ne sont pas à jour, si bien que les cadres n'ont pas de ligne de conduite claire pour guider leurs décisions.

7. OBJECTIFS FONCTIONNELS ET OPÉRATIONNELS

Les directeurs fonctionnels élaborent leurs objectifs qu'ils doivent soumettre à la direction générale depuis 1986-87. Ils devaient en cours d'exercice préciser leurs plans d'action et un contrôle et révision de plans devaient être faits.

Cette nouvelle pratique d'élaboration d'objectifs et plans devait également être étendue aux cadres intermédiaires dans une étape ultérieure. Lors de notre intervention, la démarche n'était pas encore entreprise.

Il demeure que la planification au niveau opérationnelle est incomplète et se limite souvent à une planification budgétaire et le contrôle se limite à ce niveau et à la productivité.

En conclusion, la comparaison du modèle conceptuel avec les activités réelles de l'organisation en planification nous a permis de confirmer les faiblesses du CHRN en planification et d'identifier des zones possibles de changement. D'autre part, la volonté actuelle de la direction à s'engager dans le changement, son dynamisme dans l'action nous portent à croire

qu'elle est prête à initier les actions essentielles pour instaurer un processus continu de planification au CHRN. Et bien que notre intervention se termine à cette étape-ci de la recherche-action, nous soumettons les recommandations qui suivent afin de guider les dirigeants du CHRN dans leurs actions à venir.

CHAPITRE XII

CHAPITRE XII
RECOMMANDATIONS

Le CHRN traversant actuellement une période de questionnement sur son efficience et son devenir, le moment d'instaurer le changement proposé nous semble adéquat. L'établissement de mécanismes fonctionnels de collecte et de transmission d'informations entre les différents palliers hiérarchiques et les différents types d'intervenants est cependant essentiel si les dirigeants veulent favoriser la collaboration et la concertation au sein de l'organisation.

Nous avons proposé un modèle conceptuel qui pourrait aider l'organisation à initier un processus de planification stratégique. Ce processus aurait avantage à débiter immédiatement alors que le climat est favorable. Nous suggérons les principales étapes qui suivent:

Étape I

Rencontre de la direction générale avec le Conseil d'administration pour définir la mission de l'organisation, à la lumière des données internes et externes à l'organisation. Cette activité pourrait, par exemple, se réaliser sous forme de "lac à l'épaule". Un comité pourrait également être nommé pour se charger de la planification stratégique; le comité consultatif à la direction générale nous semble l'instance à privilégier pour une telle mission. Afin d'assurer l'animation, la coordination et un suivi de l'activité, une ressource permanente, externe ou interne à l'organisa-

tion et possédant une expertise en planification et en milieu hospitalier, pourrait avantageusement faciliter la tâche du comité.

Étape 2

Rencontre des directeurs afin de préciser leurs valeurs et philosophie de gestion. Un document écrit devrait découler de cette activité et constituer la trame de fond servant à élaborer objectifs et politiques institutionnels.

Étape 3

Élaboration par le comité chargé de planification des objectifs généraux à long terme pour l'organisation et soumission pour approbation au conseil d'administration. Des rencontres avec les cadres supérieurs et intermédiaires et autres instances pertinentes devraient être cédulées au besoin afin de recueillir et transmettre les informations requises tout au long de cette étape et des étapes subséquentes.

Étape 4

Rencontre spéciale pouvant, par exemple, se dérouler au cours d'une fin de semaine pour que le comité puisse élaborer différentes options stratégiques et étudier leurs conséquences sur le devenir de l'organisation. A partir des différentes options étudiées, le comité devra parvenir à établir

un choix de la stratégie la plus susceptible de rejoindre la mission et les objectifs généraux élaborés antérieurement.

Étape 5

Une fois les plans stratégiques élaborés, les différentes unités administratives devront à leur tour produire des plans permettant de rencontrer la stratégie. Des rencontres d'informations sont à prévoir et au besoin de la formation et du support devront être dispensés aux planificateurs.

Les plans produits aux différents palliers devront faire l'objet d'approbation par leur instance supérieure.

Étape 6

Des contrôles périodiques, dont la fréquence devra être déterminée, devront être effectués afin de vérifier la réalisation des plans et apporter des modifications au besoin.

Nous avons tracé les grandes lignes des principales étapes permettant au CHRN d'entreprendre et implanter un processus de planification stratégique. Nous insistons cependant sur la nécessité d'informer les membres de l'organisation afin d'assurer sa collaboration et en même temps les impliquer.

CHAPITRE XIII

CHAPITRE XIII

RÉFLEXION MÉTHODOLOGIQUE

La démarche effectuée au CHRN s'est opérée sous forme de recherche-action, selon la méthodologie de Peter Checkland, tel que proposée dans le cadre de la Maîtrise en gestion des PMO. Cette méthodologie utilise l'approche systémique et son élaboration

... has been directed towards "soft" ill-defined problems, ones which cannot be expressed in precise terms. Their crucial characteristic is taken to be that they are unstructured, and the aim has been to find a way of using systems ideas to tackle them without having first to define them sharply, without forcing them into a structured form".⁵⁶

L'organisation complexe qu'est un centre hospitalier constitue un système propice à l'application de la méthodologie de Peter Checkland, de par la multiplicité des rationalités de ses acteurs, de la distribution ambiguë du pouvoir, de la difficulté d'évaluer son "output", etc.

La partie qui suit nous permettra de réfléchir sur le concept de recherche-action et d'aborder les différentes phases de la méthodologie utilisée avec le vécu du chercheur lors de l'expérimentation. Nous incluons également les processus de validations effectués en cours de route, lesquels nous ont permis d'attribuer une rigueur scientifique au travail réalisé avec les acteurs de l'organisation.

56. CHECKLAND, P.B., Science and the Systems Paradigm General Systems, Vol. 3, pp.131-132.

1. LA RECHERCHE-ACTION

Dans le cadre d'une recherche-action, l'objet de la recherche est construit à partir d'une négociation entre le chercheur et les personnes directement concernées.

La recherche a pour objectif de contribuer à solutionner des problèmes auxquels sont confrontés les intéressés, tout en contribuant à l'élaboration de modèles théoriques. Cette recherche doit donc rencontrer deux grands objectifs: elle doit être à la fois une investigation systématique d'un donné et un facteur d'action, doubles objectifs dont l'un ne saurait se réaliser au détriment de l'autre.

La recherche est un produit collectif entre différents partenaires sociaux et le chercheur; elle s'effectue non pas pour eux, mais avec eux. La recherche-action vise à réunir les intérêts du chercheur et des personnes directement impliquées dans le domaine abordé.

La méthodologie de la recherche-action est donc contraire à une perspective de changement qui serait extérieure aux personnes ou organisations participant à la recherche, et ceci, tant sur le plan de l'action que sur le plan de la recherche. Le chercheur n'est pas limité à l'aspect recherche pas plus que les autres sont centrés sur l'action. Cette condition ne peut se réaliser que par le biais d'un travail constant de négociation entre les deux parties.

La recherche-action n'est pas normative dans ses conclusions: l'objectif n'est pas d'élaborer la solution ou les changements souhaitables. Ce type de recherche est normative uniquement dans sa démarche; il y a une exigence de clarification des pratiques et des stratégies d'action, il y a une exigence de rigueur tant de la part du chercheur que des personnes et groupes sociaux directement impliqués par le problème visé.⁵⁷

2. MÉTHODOLOGIE DES SYSTÈMES SOUPLES DE PETER CHECKLAND

La méthodologie de travail utilisée occupe donc une place centrale dans une démarche de recherche-action et la méthodologie des systèmes souples de Checkland répond bien à ses exigences. Conçue pour s'attaquer à des situations complexes et peu structurées, elle spécifie une règle opérationnelle de simplification du réel perçu; elle le fait en

...faisant ressortir la nécessité de choisir un point d'ancrage, une perspective, un angle particulier et privilégié pour l'examen d'une situation dont la richesse déborde nos capacités de modélisation. Parce que cette perspective privilégiée doit être sélectionnée par les intervenants eux-mêmes, elle constitue une règle pratique et non arbitraire de réduction pertinente de variété.⁵⁸

Suite à l'élaboration et l'acceptation du mandat de recherche-action, Checkland suggère sept (7) étapes dans le déroulement d'un diagnostic-intervention:

-
57. Grell, P. Wery, A., Problématique de la recherche-action, Centre d'étude du changement social, Université catholique de Louvain, p.125.
 58. Prévost, P., Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, Chicoutimi, 1983, pp.34-35.

- Élaboration de la problématique ou image riche;
- Ancrage;
- Conceptualisation;
- Comparaison;
- Identification des changements possibles et conception si nécessaire;
- Application des changements sélectionnés;
- Contrôle.

3. LE MANDAT

Étant donné l'importance de la coalition acteur-chercheur, il est primordial que la méthodologie utilisée par le chercheur soit expliquée au client-acteur, que soient déterminées et acceptées les responsabilités respectives du chercheur, du client et autres acteurs du système dont on posera un diagnostic organisationnel. Les principaux groupes doivent par conséquent être informés et impliqués dans le processus.

Lors du premier contact, le chercheur recueille la perception qu'ont les acteurs de la situation problématique et leurs attentes face à l'intervention. C'est également le moment propice pour le chercheur pour identifier le(s) preneur(s) de décision et le(s) poseur(s) de problèmes. Il est également important de préciser le client pour qui un système de solution sera élaboré: le bénéficiaire du système.

Il est à noter que le problème initial identifié peut ne pas s'avérer être celui retenu par consensus par les acteurs et le chercheur. Ce der-

nier doit cependant le garder en vue pendant la première étape de son diagnostic-intervention.

Le chercheur doit finalement s'assurer qu'il aura accès à toutes les informations nécessaires pour remplir son mandat, tant à l'intérieur de l'organisation qu'à l'extérieur.

Dans l'intervention présente qui nous concerne, le mandant a fait l'objet de rencontres au cours desquelles les attentes respectives ont été précisées et la direction nous a assuré de son entière collaboration. La méthodologie utilisée avec ses principales étapes a été expliquée et acceptée par l'organisation. Les acteurs s'attendaient à ce qu'un diagnostic organisationnel soit posé afin d'amorcer un processus leur permettant de déterminer leur orientation pour les prochaines années. Ce diagnostic devait les renseigner sur les forces et les faiblesses de leur organisation et sur les zones problématiques identifiées.

4. L'IMAGE RICHE

Checkland suggère en premier lieu de prendre contact avec le milieu problématique, à l'aide d'une description de ce dernier, en termes de structure et de processus de façon à obtenir une "représentation riche de la situation".⁵⁹

Ce contact avec le milieu problématique nous permet de prendre connaissance de la perception qu'ont les acteurs de la situation ou des situa-

59. Ibid, p.36

tions problématiques. Nous ajoutons donc au paradigme systémique, lors de l'étude des systèmes d'activité humaine, le paradigme interprétatif, dont les premières questionnent l'existence des organisations sinon dans leur version conceptuelle. Nous devons être sensibilisés au fait que:

... toute description est une construction mentale et non un compte rendu de la réalité. Notre objectif en conceptualisant ces modèles ne sera donc pas de bâtir une ontologie des organisations considérées comme des systèmes. Ces modèles seront plutôt des outils méthodologiques qui pourront être utilisés dans un processus d'exploration de la réalité organisationnelle.⁶⁰

La description que fera le chercheur de l'organisation exige de sa part un effort d'impartialité et d'objectivité tout au long de sa collecte des données.

Pour notre part, l'intégration dans le milieu s'est réalisée facilement pour avoir déjà travaillé au sein de l'organisation. Les structures, les principaux intervenants, tant administratifs qu'opérationnels, et les processus étaient relativement bien connus. Nous étions cependant conscient du biais que pouvait créer cette situation. Un effort constant et conscient a cependant été fourni pour regarder l'organisation avec un regard neuf, à travers les yeux de ses acteurs; nous avons été vigilant à ne pas demeurer figé dans nos perceptions antérieures et ceci, en vue d'une plus grande objectivité. A cet égard, des périodes de recul face à l'organisation ont été nécessaires afin de se repencher sur nos mandat et rôle auprès de l'organisation.

60. Ibid, p. 24

La difficulté principale lors de cette étape a été de déterminer, avec l'aide des éléments structurants de l'organisation identifiés par Checkland, l'amplitude et la latitude de notre investigation et ceci pour éviter de se perdre dans une description trop détaillée de l'organisation. Une telle description aurait pu nous éloigner de la véritable problématique ou d'en rendre difficile l'émergence. Cette difficulté particulière résultait de la complexité particulière d'une organisation publique telle qu'un centre hospitalier avec sa multitude de processus et d'acteurs à finalités différentes.

Afin d'en simplifier le cadre d'analyse, nous avons utilisé le modèle structurel développé par Mintzberg, modèle qui nous permettait de représenter efficacement entre autre le noyau opérationnel de l'organisation dans ses principales activités et acteurs-clés.

Avant de procéder à l'étude des environnements interne et externe, nous avons dépouillé la documentation disponible afin de bien situer la problématique à l'intérieur du contexte québécois et régional des systèmes de santé et hospitaliers.

Quant à l'analyse comme tel des deux environnements, nous avons consulté des documents et des individus-clés tant sur le plan régional que local. Ainsi, des entrevues ont été réalisées notamment avec le Directeur du DSC au CRSSSAT, des membres du C.A. du CHRN, les directions supérieures, des cadres intermédiaires et opérationnels, des représentants syndicaux, un représentant des médecins et des individus affectés aux opérations. Ces

rencontres nous ont permis d'améliorer nos techniques d'entrevues et de gagner de l'assurance. D'autant plus que les revues de littérature et le cumul progressif des informations nous permettait de mieux orienter nos questions et de cerner plus rapidement l'essentiel.

Ainsi, l'image riche de l'organisation nous a permis d'identifier des zones problématiques en plus du problème initial soulevé par les décideurs.

Lors de la présentation pour validation auprès de chacun des directeurs, nous avons dans certains cas reçu un accueil mitigé, bien que le contenu comme tel n'ait pu être réfuté. Seules des corrections mineures ont été apportées et des précisions dans certains cas. L'attitude consistait généralement à rationaliser certaines informations qui ne faisaient pas toujours plaisir. Somme toute, le processus de validation de l'image riche s'est bien déroulé et des échanges fructueux se sont produits entre le chercheur et les acteurs du système. La méthodologie utilisée lors de l'élaboration de l'image riche a constitué un outil précieux pour le chercheur pour supporter la représentation de l'organisation et par voie de conséquence lui procurer l'assurance nécessaire.

5. ANDRAGE ET CONCEPTUALISATION

. Choix de la problématique à traiter et justification

Les zones problématiques ayant été identifiées, le chercheur discute avec les intervenants pour en arriver par consensus à un choix de la problématique à traiter.

Dans la présente intervention, compte tenue de la problématique initiale, le chercheur et les intervenants ont convenu par consensus d'intervenir sur le problème de planification organisationnelle. La justification de ce choix a été effectuée en considérant le désir du CHRN de se développer et du fait que les autres zones problématiques identifiées étaient, ou bien des symptômes d'un manque de planification, ou bien des problèmes devant être traités dans une phase ultérieure à la planification.

Une fois le choix de la problématique à traiter et la justification établis, le système d'activités à développer devient évident. Alors que le premier processus est inductif, le deuxième devient déductif.

. Conceptualisation

Checkland⁶¹ définit la conceptualisation comme un processus d'élaboration d'un modèle conceptuel du système pertinent à la situation problématique et pour lequel nous avons un point d'ancrage. Le but est de créer, à la lumière de la situation problématique mais en même temps en se détachant de la réalité organisationnelle, quelque chose qui peut être comparé, formellement et spécifiquement, avec l'image riche de l'organisation.

Le modèle conceptuel est une représentation, aussi objective que possible de ce qui est impliqué dans la définition du point d'ancrage. Cette définition doit être exprimée en terme de processus et procurer une représentation condensée du système d'activité humaine à développer. Le sys-

61. Checkland, P.B., "Towards a systems-based methodology for real-world problem solving, Journal of systems engineering, 1972, p. 101.

tème sélectionné vise avant tout l'efficience et devra atteindre les objectifs du point d'ancrage en effectuant les transformations qui y sont identifiées.

Dans le cas qui nous concerne, le système de planification stratégique et opérationnel comprend des activités de base essentielles. Il a été élaboré en tenant compte du type d'organisation qu'est un centre hospitalier mais en même temps, en se coupant de la réalité de l'organisation, donc sans égard à ses contraintes et limites.

6. COMPARAISON ET IDENTIFICATION DES CHANGEMENTS POSSIBLES

Un jugement doit être effectué quant au moment de terminer une conceptualisation et aux détails qu'elle comprendra. Il est alors temps de passer à une comparaison explicite du système avec ce qui existe dans la situation problématique. Et quelque soit le niveau de détail de la conceptualisation, la comparaison se fait dans le but de révéler les changements possibles, susceptibles d'améliorer la situation problématique.

Dans la présente étude, les informations recueillies dans l'image riche nous ont en grande partie permis d'effectuer la comparaison, bien que lors de la validation du point d'ancrage, des informations supplémentaires ont pu être recueillies. Le modèle conceptuel nous a fourni un outil structurant pour identifier les changements possibles et souhaitables pour l'organisation et en même temps pour justifier et valider les critères de comparaison.

7. OPÉRATIONNALISATION ET IMPLANTATION

L'opérationnalisation est cette étape qui devient le "design" des changements sélectionnés en raison du processus de comparaison des éléments de définition du point d'ancrage, conceptualisation, comparaison. C'est l'élaboration de modifications que des individus sont prêts à implanter et soutenir.

Lors de la signature du mandat, il avait été entendu que cette étape et les étapes subséquentes demeuraient la responsabilité de l'organisation. Le chercheur s'est donc limité à des recommandations susceptibles d'orienter les acteurs de l'organisation.

8. LE CONTRÔLE

"Le diagnostic intervention est une démarche continue qui n'est pas nécessairement linéaire".⁶² Tout au long du processus, il faut effectuer des rétroactions afin de préciser des éléments ou en approfondir d'autres. Le contrôle permet donc un apprentissage continu, il suscite la réflexion propice au cheminement des conseillers et des intervenants. C'est en fait un processus qui conduit vers le choix d'actions pertinentes à une situation problématique continue.

62. Ibid 23, p.59

CONCLUSION

CONCLUSION

La méthodologie des systèmes souples de Checkland s'est avérée un outil efficace dans notre intervention-diagnostic pour déceler au sein de l'organisation investiguée des zones problématiques, lesquelles ont été validées par les acteurs. Le problème initial soulevé par ces derniers lors de l'élaboration du mandat est cependant demeuré le problème sur lequel nous avons par consensus décidé d'intervenir.

Les difficultés rencontrées en cours de route ont surtout émergé du type d'organisation qu'est un centre hospitalier, une organisation dont les processus d'activités sont nombreux et leurs acteurs variés et avec des rationalités souvent différentes, voire même divergeantes. Et c'est la nature même de l'organisation qui nécessite le regroupement de ces activités et individus, dans une forme "d'anarchie organisée". Nous avons dû, de ce fait pousser notre recherche et notre réflexion afin de limiter notre collecte de données aux éléments essentiels et pertinents afin d'éviter un processus trop long et également pour éviter de se perdre à l'intérieur d'un déluge d'informations.

L'expérience s'est avérée positive par les gains qu'elle a procuré pour le chercheur, tant sur le plan du savoir, du savoir-être que du savoir faire.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- ACKOFF, R., Méthodes de planification dans l'entreprise, traduction française, Les éditions d'organisation, 1973.
- BARANGER, P., et al, Gestion: les fonctions de l'entreprise, Vuibert, Paris, 1985, 430 p.
- BÉLANGER, L., Gestion des ressources humaines, une approche systémique, Gaëtan Morin, Chicoutimi, 1979, 363 p.
- BÉLANGER, L., Gestion des ressources humaines, une approche globale et intégrée, Gaëtan Morin, Chicoutimi, 1979, 419 p.
- BERGERON, J.-L. et al, Les aspects humains de l'organisation, Gaëtan Morin, Chicoutimi, 1979, 337 p.
- BERGERON, P.-G., La gestion moderne, théorie et cas, Édition Gaëtan Morin, 1983, 394 p.
- LAFHAMME Marcel, Le management approche systémique, Gaëtan Morin, 1981, 397 p.
- LAMONTAGNE, R., et al, La dynamique de l'entreprise, Mondia, Laval, 1981, 398 p.
- MINTZBERG, H., Structure et dynamique des organisations, Les éditions Agence D'Arc Inc., Mt1, 1984, 434 p.
- PAUL, D., VIOLLIER, B. Adapter la planification d'entreprise, Les Éditions d'organisation, Paris, 1976, p. 284 p.
- RUE, L.W., HOLLAND, P.G., Strategic management: concepts and experiences, McGraw-Hill Book Company, U.S.A., 1986, 883 p.
- WEBBER, J.B., PETERS, J.P., Strategic Thinking, New Frontier for Hospital Management, American Hospital publishing, 1983.

Revues

- BULLETIN RÉGIONAL SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL, RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE. Gouvernement du Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, Direction de la recherche, Vol. 5, no 2, Août 1985.
- CHECKLAND, P.B., "Towards a systems-based methodology for real-world problem solving, Journal of systems engineering, 1972.

COTÉ, M., "Le Conseil d'Administration d'un établissement de santé: organe normal ou atrophié", Administration Hospitalière et Sociale, novembre/décembre 1985.

DUFOUR, A., "La planification stratégique: les établissements ont-ils vraiment le choix de s'en passer.", Administration Hospitalière et Sociale, novembre/décembre 1985.

RÈGLEMENTS SUR L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS, Décret 1320-84, 6 juin 1984, Extrait de la Gazette officielle du Québec, 12 juillet 1984.

Santé Société, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des Communications, vol.7, no 4, Automne 1983.

Autres

CHECKLAND, P.B., Science and the Systems Paradigm General Systems, Vol. 3.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., Le niveau de financement des services de santé: quelques critères d'appréciation.

CRSSSAT, Rapport annuel 1984-1985.

Conseil des sciences du Canada, Préparons la société informatisée, Mars 1982.

GRELL, P. WERY A., Problématique de la recherche-action, Centre d'étude du changement social, Université catholique de Louvain, p.125.

La problématique de l'Abitibi-Témiscamingue, région 08, O.P.D.Q., Collection Les Schémas régionaux, Bibliothèque Nationale du Québec, 1978.

L'express sillonne la région de l'Abitibi-Témiscamingue, Productions Abitibi-Témiscamingue Inc.

Municipalité régionale de comté de Rouyn-Noranda, Bilan-synthèse, Service de l'aménagement, Novembre 1985.

Nations autochtones du Québec, Gouvernement du Québec, Secrétariat des Activités Gouvernementales en milieu Amérindien, 1984.

Objectif santé, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la Santé, Conseil des Affaires Sociales et de la famille, Août 1983, Editeur officiel du Québec.

POMPALON, Robert, Environnement et Santé, Ministère des Affaires Sociales, Québec, Juillet 1980.

POMPALON, Robert, Géographie de la Santé au Québec, Service des études épidémiologiques, Direction des politiques de la santé, Ministre des Affaires Sociales, 1983.

PRÉVOST, Paul, Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, Chicoutimi, 1983.

ANNEXE I

INDICATEURS RÉGIONAUX DE SANTÉ
1974-78

Note explicative à l'Annexe I

Le relevé des données présenté dans cette section est tiré d'une recherche effectuée sous la responsabilité de Robert Pampalon, "Géographie de la santé," et qui porte sur une période de cinq ans (1974-1978).

Cette recherche s'appuie sur le concept de «Santé environnementale» et adopte, par voie de conséquence, une perspective écologique en considérant l'homme en relation avec son milieu, son milieu global. Afin d'explorer la dimension spatiale, ce texte fait appel à trois ensembles d'unités dont la dimension s'amenuise progressivement et dont les limites s'imbriquent partiellement. Les données relevées dans le contexte de cet ouvrage se réfèrent:

- 1- région socio-sanitaire: (08) Nord-Ouest
- 2- division de recensement: (83) Témiscamingue
(84) Abitibi
- 3- agglomérations urbaines: (61) Rouyn-Noranda
(62) Val d'Or
(63) Amos
(64) La Sarre
(65) Malartic

Dans le but d'identifier les indicateurs de pathologie, la donnée de base utilisée est la mortalité. Cette donnée est en outre classée selon l'âge, par groupes quinquennaux en isolant les moins de (7) jours, les moins de un an et les mort-nés, selon le sexe et selon les principales causes de décès. Deux premières mesures sont estimées à partir des décès soient: l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 35 ans. Une autre mesure (I.C.M.) signifie l'indice comparatif de mortalité, qui est une mesure essentiellement comparative et met

en rapport la situation locale et la situation provinciale. La valeur de l'indice pivote autour de 1,00 qui correspond à la moyenne provinciale. Ainsi un indice de 1,60 signifie que la mortalité y est de 1,60 plus élevée que dans l'ensemble de la province ou en d'autres termes qu'elle y est supérieure de 60%. Inversement un indice inférieur de 1,00 traduit une mortalité moindre que dans l'ensemble de la province.

La forme prise par cet indice amène toutefois une constante asymétrique positive dans les distributions, car à rapport égal de part et d'autre de 1,00, la distance à la valeur provinciale est toujours plus élevée si l'on se situe au-dessus de 1,00 qu'en dessous de 1,00.

Les astérix soulignent un taux significatif soit en rapport au sexe ou soit significatif en rapport avec l'indice comparatif moyen qui est relatif à 1,00.

Dans cet ouvrage, il a été retenu, par rapport au sexe, le nombre de mortalité relié à diverses pathologies. Connaissant la population soit des agglomérations, des divisions et de la région, il est possible de comparer. Pour sa part l'indice I.C.M., incluant les deux sexes nous permet de comparer notre situation à la moyenne provinciale.

Indicateurs régionaux de santé 74-78

	Région socio sanitaire (08)				Division de recensement.						Total Prov.
	H	F	Population totale	I CM moyen	Téniscé 83			Abitibi 84			
					H	F	ICM moyen	H	F	ICM moyen	
Population	75,875	71,810	147,690		26770	26080		45585	42665		
Espérance de vie à la naissance	66,41 *	74,39	69,38 *		67,41	74,89		65,85	74,19		
Espérance de vie à 35 ans	35,33 *	41,44 *	37,94 *		35,67	41,61		35,10	41,37		
✓ Mortalité générale	3120	1433	4553	1.14 *	1128	554	1.09	1922	848	1.16 *	215851
✓ Appareil circulatoire	1252	591	1843	1.06 *	451	237	1.	781	349	1.08 *	101052
Maladies ischémiques du coeur	796	298	1094	.99	270 *	117	.89	512	181	1.05 *	62830
Vasculaires cérébrales	204	113	317	0.97	88	49	1.08	113	54 *	.91	19319
✓ Hypertension	28	34 *	62	1.33 *	11	15 **	1.45	16	19	1.26	2899
✓ Artériosclérose	76 *	45 *	121	1.68 *	25	14	1.41	51	30	1.84	4712
Tumeurs malignes	535	285 *	820	.93	211	106 *	.80	321	174	0.95	47826
Tumeurs de l'appareil digestif et péritoine	184	96	280	1.02	84	38	1.13	98	55	.94	15386
Tumeurs malignes du gros intestin	38	43	81	.88	14	15	.80	23	28	.93	5233
✓ Tumeurs malignes de l'estomac	60 *	15	75	1.31 *	34 *	6	1.80	24	8	.94	3261
Tumeurs malignes du pancréas	36	12	48	1.12	16	4	1.21	20	8	1.11	2401
Tumeur maligne du rectum, recto sigm.	19	12	31	1.03	5	5	0.86	14	5	1.07	1724
Tumeurs malignes de l'app. respiratoire	178	28	206	1.	65	11	0.94	114	17	1.08	11103
Tumeurs malignes de la trachée bronches et poumons	162	25	187	1	58	10	0.92	104	15	1.08	10064
Tumeurs malignes des organes genito urinaux	66	55	121	.96	25	19	0.90	41	35	1.02	7105
Tumeur maligne de la prostate	37	-	-	0.84	13	-	0.76	24	-	0.91	2114
Tumeur maligne de la vessie	10	5	15	0.76	7	1	1.06	3 *	4	0.60	1167
Tumeur maligne du col de l'utérus	-	8	-	0.86	-	4	1.25	-	3	0.57	567
Tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétique	53	28	81	0.96	17	12	0.91	34	16	1.01	4365
Mortalité par leucémie	20	13	33	0.90	5	5	0.83	13	3	0.97	1858
✓ Tumeur maligne du sein	4	48 *	52	0.60 *	3 *	13 *	0.48	1	34	0.69 *	4628

Indicateurs régionaux de santé 74-78

Mortalité	Région socio sanitaire (08)				Division de recensement						Total Prov.
	H	F	Total	I CM	Terres 83			Abi 84			
					H	F	ICM	H	F	ICM	
+ Tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx	15	4	19	0.91	5	2	0.89	10	2	1.	1186
✓ Mortalité par accidents, empoisonnements et traumatismes	626*	168*	794	1.68*	190*	53	1.43*	398*	99*	1.77*	21032
✓ Par accident de la circulation avec véhicule à moteur	214*	77*	291	1.47*	65	20	1.20	136*	53*	1.60*	8429
✓ + Accidents impliquant piétons & cyclistes	41	26*	67	1.39*	16	4	1.16	25	21*	1.61*	2075
✓ + Suicide et lésions volontaires	133*	22	155	1.75*	42*	7	1.56*	86*	14	1.92*	4065
+ Homicide et lésions provoquées intentionnellement	20	6	26	1.36	6	2	1.29	15*	4	1.71*	885
✓ + Chutes accidentelles	34	22*	56	1.46*	12	16*	2.00*	22*	4	1.15	2220
✓ Maladies de l'appareil respiratoire	234*	77	311	1.38*	105*	36*	1.61*	127	41	1.25*	12737
✓ Mortalité par bronchite, emphysème et asthme	105*	20	125	1.47*	39	13*	1.58*	65*	7	1.43*	4830
Pneumonie	51	37	88	1.15	28	15	1.50*	22	21	0.94	4407
Par maladie de l'appareil digestif	113	48	161	1.05	43	20	1.07	70	28	1.08	8262
Cirrhose du foie	50	23	73	0.96	18	10	0.97	32	12	0.99	3931
+ Ulcère d'estomac	12	1	13	0.89	3	1	0.75	9	0	1.05	864
+ Maladies genito urinaires	31	19	50	1.20	12	7	1.21	20	12	1.29	2485
+ Maladies du système nerveux et des organes des sens	28	24	52	1.11	11	5	0.92	19	18*	1.33	2357
✓ Maladies infectieuses et parasitaires	29*	16	45	1.47*	6	10*	1.46	22*	6	1.57*	1568
+ Troubles mentaux	25*	1	27	1.65	5	0	0.90	18*	1	2.06*	869
✓ + Alcoolisme	23*	1	24	2.24*	3	0	0.78	18*	1	3.16*	586
✓ Diabète	51	65*	116	1.34*	20	27*	1.40	31	40*	1.39*	5002
Anomalies congénitales	27	27	54	0.79	10	8	0.80	18	16	0.85	2391
Mortalité infantile	103	69	172	12.4	21	17	3.1*	69*	45	13.8*	5372
Maladies périnatales	54	40	94	6.8	10	11	4.5	39	25	7.7	3129
Population 15 - 34 ans	56648 soit 38.36%				19775 37.40%			33752 soit 38.22%			

Indicateurs régionaux de santé 74-78

Principales agglomérations urbaines

	61			62			63			64			65			Total	Provin
	H	F	ICI, moyen	H	F	ICI, moyen	H	F	ICI, moyen	H	F	ICI, moyen	H	F	ICI, moyen		
Population	13690	13790		1100	10790		5815	5725		4195	4050		2635	2455		6234500	
Espérance de vie à la naissance	66,38	74,50		64,56	74,20		66,38	75,67		65,72	74,23		62,66	71,24		71,49	
Espérance de vie à 35 ans	34,75	41,32		34,19	41,63		34,07	42,70		35,47	40,96		31,89	39,05		38,98	
Mortalité	642*	318	1.18	501*	195	1.22	241*	107*	1.06	171	87	1.21	153*	74*	1.42	215851	
✓ Appareil circulatoire	278*	127	1.13	196*	69*	1.08	106*	46*	1.04	63	40	1.12	78	33	1.54	101052	
Maladies ischémiques du coeur	160	45	.9	130	30*	1.03	74*	27	1.13	38	20	1.01	55*	18	1.61	62830	
✓ Vasculaires cérébrales	60*	31	1.38	35	17	1.16	13	8	.76	9	6	.83	4	6	.77	19319	
✓ Hypertension	7	11	1.95	3	3	1.01	3	2	1.28	1	4*	2.38	1	0	1	2899	
✓ Artériosclérose	16*	11	1.91	14*	8	2.31	2	3	0.71	4	2	1.66	6*	5	3.79*	4712	
* Tumeurs malignes	115	61	.84	78	42	.95	35	22	.85	26	18	.99	27	16	1.22	47826	
* Tumeurs de l'appareil digestif et péritoine	52*	25	1.37	23	13	0.94	13	7	0.95	5	8	0.96	6	5	1.02	15386	
Tumeurs malignes du gros intestin	10	10	1.07	6	9	1.19	1	4	0.73	1	3	.95	2	3	1.47	5233	
✓ Tumeurs malignes de l'estomac	18*	3	1.84	7	0	.92	3	0	0.76	2	3*	2.08	0	1	.52	3261	
- Tumeurs malignes du pancréas	10*	2	1.44	4*	3	1.25	4	1	1.72	0	0	0	3*	1	3.07	2401	
- Tumeur maligne du rectum recto sigm.	4	4	1.37	4	1	1.35	4*	1	2.50*	1	1	1.81	1	0	1.25	1724	
Tumeurs malignes de l'appareil resp.	39	8	1.09	26	4	1.02	12	3	1.02	13	1	.90	1.4	1	1.89*	11103	
Tumeurs malignes de la trachée, bronches et poumons	33	7	1.03	23	3	0.98	11	3	1.06	12	1	1.46	14*	1	2.08*	10064	
Tumeurs malignes des organes génito urinaire	9	10	0.75	11	7	1.04	5	3	0.85	1	5	1.03	1	4	1.08	7105	
Tumeurs malignes de la prostate	6	-	0.71	6	-	1.11	4	-	1.37	1	-	0.43	0	-	0	2114	
* Tumeurs malignes de la vessie	3	1	1.05	1	0	0.41	0	0	0	0	1	1.25	1	1	3.33	1167	
* Tumeurs malignes du col de l'utérus	-	2	1.33	-	1	1.25	-	0	0	-	0	0	-	0	0	567	
Tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétique	9	5	0.85	13*	4	1.50	4	3	1.18	2	1	.83	2	2	1.25	4365	
* Mortalité par leucémie	3	1	0.61	6*	0	1.33	2	2*	1.81	1	1	1.66	0	0	0	1858	
✓ Tumeur maligne du sein	2*	5*	0.40	0	7	0.57	0	5	0.87	0	2	0.52	0	4	1.29	4628	

* Note: ICI = 9.99 → ICI = 10.00

Indicateurs régionaux de santé 74-78

Principales agglomérations urbaines

Mortalité	61			62			63			64			65			Total Provincial
	H	F	ICM moyen	H	F	ICM moyen	H	F	ICM moyen	H	F	ICM moyen	H	F	ICM moyen	
Tumeurs malignes de la cavité buccale et du pharynx	3	1	1.	2	1	1.15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1186
Mortalité par accidents empoisonnement et traumatismes	98*	25	1.36	111*	29*	2.00	48*	7	1.48*	32*	7	1.51	26*	9*	2.24*	21032
Par accident de la circulation avec véhicule à moteur	31	8	1.06	27	14*	1.43	21*	5	1.73*	12	2	1.34	10*	4*	2.33*	8429
Accidents impliquant piétons et cyclistes	8	1	1.12	6	6*	2.03	5*	2*	2.25*	2	1	1.87	2*	1	4.28*	2075
Pac suicide et lésions volontaires	23*	4	1.60	27*	5	2.46	12*	2	2.15*	8*	0	1.81	6*	4*	4.16*	4065
Homicide et lésions provoquées intentionnellement	3	1	1.33	6*	3*	3.91*	1	0	1.11	1	0	1.66	0	1	9.99	885
Chutes accidentelles	5	11*	2.31	13*	0	2.76*	1	0	0.37	3*	1	4.00*	1	0	1.25	2220
Maladies de l'appareil respiratoire	64*	25*	1.96	31	6	1.19	21*	5	1.42	13	6*	1.68*	8	3	1.32	12737
Mortalité par bronchite emphyseme et asthme	23*	7*	1.77	8	2	0.89	18*	0	2.95*	5	1	1.50	5	1	2.06*	4830
Pneumonie	21*	11*	2.19	7	3	1.00	1	3	0.63	4	5*	2.57*	1	0	0.41	4407
Par maladies de l'appareil digestif	23	15*	1.23	22	10	1.48*	14*	2	1.42	6	2	1.12	3	2	0.92	8262
Cirrhose du foie	13	8*	1.39	11	5	1.52*	5	0	1.06	3	0	0.96	3	1	1.66	3931
Ulcère d'estomac	3	0	1.25	2	0	1.25	2*	0	2.85	2*	0	6.66*	0	0	0	864
Maladies genito-urinaires	8	6*	1.81	3	4	1.37	2	2	1.33	3	0	1.76	2	0	1.53	2485
Maladies du système nerveux et organes des sens	5	3	0.91	6	1	1.14	0	3*	1.00	3*	5*	5.33*	1	0	1.42	2357
Maladies infectieuses et parasitaires	3	4*	1.32	6	1	2.00	3*	1	2.10	2*	0	2.00	0	1	2.00	1568
Troubles mentaux	3	0	1.11	3	1	2.35	3*	0	5.00*	2	0	9.99*	2	0	9.99*	869
Alcoolisme	1	0	0.62	3*	1	3.63*	3*	0	9.99*	2	0	9.99*	2	0	9.99*	586
Diabète	8	19*	1.56	11*	10*	1.82*	3	7	1.56	2	3	1.28	1	3	1.29	5002
Anomalies congénitales	6	5	0.99	2	6	0.89	0	2	0.37	6*	1	1.94	2	2	2.66*	2391
Mortalité infantile (1000 naissances)	14	13	10.8	20	12	15.9	3	6	7.0	14*	7	23.2*	4	2	14.4	5372
Maladie périnatale	5	11	6.4	8	4	6.	2	5	5.4	11*	5	17.6*	4	1	12.	3129
Population	10750	soit 39.08%		7910	soit 39.70%		4815	soit 41.62%		3405	soit 41.22%		1870	soit 36.70%		

ANNEXE II

DONNÉES DU SYTÈME MED-ECHO ET CODES CORRESPONDANTS

LISTE DES MUNICIPALITÉS RÉGIONALES DE COMTÉ SELON LE CODE

000	Adresse inconnue + touriste	330	Montmagny	425	Becancou
100	Iles-de-la-Madeleine	335	Etchemins	435	Francheville
110	Avignon	340	Beauce - Sartignan	440	Centre-de-la-Mauricie
120	Bonaventure	345	L'Amiante	450	Maskinongé
130	Pabok	350	Robert-Cliche	470	Mékinac
140	La Côte-de-Gaspé	355	La Nouvelle-Beauce	480	Haut-St-Maurice
150	Denis-Riverin	360	Bellechasse	510	Granit
160	Matane	365	Desjardins	520	Haut-St-François
170	La Matapédia	370	Chutes-de-la-Chaudière	530	Coaticook
180	La Mitis	375	Lotbinière	540	Memphrémagog
190	Rimouski-Neigette	378	Portneuf	560	Sherbrooke
210	Fjord-du-Saguenay	380	La Jacques-Cartier	570	Val-St-François
230	Lac-St-Jean-est	385	L'Ile-d'Orléans	580	L'Or-Blanc
240	Domaine-du-Roy	390	La Côte-de-Beaupré	600	Brome-Missisquoi
260	Maria-Chapdelaine	395	Charlevoix	610	Haut-Richelieu
300	Témiscouata	398	Charlevoix-est	615	Jardins-de-Napierville
310	Basques	405	L'Erable	620	Haut-St-Laurent
315	Rivière-du-Loup	410	Arthabaska	625	Beauharnois-Salaberry
320	Kamouraska	415	Drummond	628	Vaudreuil-Soulanges
325	L'Islet	420	Nicolet-Yamaska	632	Rousillon

LISTE DES MUNICIPALITÉS RÉGIONALES DE COMTÉ SELON LE CODE

634	Champlain	710	Papineau
635	La Vallée-du-Richelieu	730	La Vallée de la Gatineau
640	Rouville	740	Pontiac
645	La Haute-Yamaska	750	Antoine-Labelle
650	Acton	810	Témiscamingue
655	Maskoutains	820	Rouyn-Noranda
660	Bas-Richelieu	830	Vallée-de-l'or
665	Lajemmerais	850	Abitibi
670	Laval	890	Abitibi-ouest
671	Deux-Montagnes	910	Minganie
673	Thérèse-de-Blainville	920	Sept-Rivières
674	Moulins	930	Manicouagan
676	L'Assomption	940	La Haute Côte-Nord
678	D'Autray	990	Caniapiscau
680	Joliette		
682	Montcalm		
684	La Rivière du Nord		
686	Argenteuil		
689	Laurentides		
690	Matawinie		

LISTE DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES SELON LE CODE DU MÉDECIN

01	Allergie	32	Ophtalmologie
02	Cardiologie	34	Chirurgie orthopédique
03	Dermatologie	36	Oto-rhino-laryngologie
04	Endocrinologie	38	Urologie
05	Gastro-entérologie	50	Anesthésie-réanimation
06	Hématologie	59	Médecine communautaire
07	Médecine interne	60	Gynécologie
08	Néphrologie	62	Obstétrique
09	Neurologie	66	Obstétrique gynécologie
10	Physiatrie	69	Pathologie clinique
11	Pneumologie	70	Anatomo-pathologie
12	Rhumatologie	71	Biochimie médicale
13	Orthodontie	73	Microbiologie médicale
14	Périodontie	76	Radiologie diagnostique
15	Prostodontie (prothèse)	77	Radiothérapie
20	Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	78	Médecine nucléaire
22	Chirurgie buccale	80	Pédiatrie
24	Chirurgie générale	83	Neuro-psychiatrie
26	Chirurgie plastique	84	Hygiène et santé publique
28	Chirurgie thoracique	85	Omnipraticien
30	Neuro-chirurgie	86	Electro-encéphalographie
		90	Psychiatrie

CLASSIFICATION DES MALADIES SELON LES REGROUPEMENTS 19 et 118 CIM-9

GROUPE 1 (19) GROUPE 2 (118) DIAGNOSTIC

1. MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES (001-139)

1. (001-009) Maladies infectieuses intestinales
2. (010-018) Tuberculose
3. (020-027) Anthroozoonoses bactériennes
4. (030-041) Autres maladies bactériennes
5. (045-049) Poliomyélite et autres maladies à virus du système nerveux central non transmises par les arthropodes
6. (050-057) Maladies à virus avec exanthème
7. (060-066) Maladies à virus transmises par les arthropodes
8. (070-079) Autres maladies à virus et à Chlamydia
9. (080-088) Rickettsioses et autres maladies infectieuses transmises par les arthropodes
10. (090-099) Syphilis et autres maladies vénériennes
11. (100-104) Autres infections à spirochètes
12. (110-118) Mycoses
13. (120-129) Helminthiases
14. (130-136) Autres maladies infectieuses et parasitaires
15. (137-139) Séquelles des maladies infectieuses et parasitaires

GROUPE 1 (19) GROUPE 2 (118) DIAGNOSTIC

2. TUMEURS

16. (140-149) Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx
17. (150-159) Tumeurs malignes d'autres parties de l'appareil digestif et du péritoine
18. (160-165) Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire et des organes thoraciques
19. (170-175) Tumeurs malignes des os, du tissu conjonctif de la peau et du sein
20. (179-189) Tumeurs malignes des organes génito-urinaux
21. (190-199) Tumeurs malignes de sièges autres et sans précision
22. (200-208) Tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques
23. (210-229) Tumeurs bénignes
24. (230-234) Carcinome in situ
25. (235-238) Tumeurs à évolution imprévisible
26. (239) Tumeurs de nature non précisée

3. MALADIES ENDOCRINIENNES, DE LA NUTRITION ET DU MÉTABOLISME ET TROUBLES IMMUNITAIRES (240-279)

- 27. (240-246) Troubles du corps thyroïde
- 28. (250-259) Maladies des autres glandes endocrines
- 29. (260-269) États de carence
- 30. (270-279) Autres troubles du métabolisme et troubles immunitaires

4. MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOÏÉTIQUES (280-289)

- 31. (280-289) Maladies du sang et des organes hématopoïétiques

5. TROUBLES MENTAUX (290-319)

- 32. (290-294) États psychotiques organiques séniles et préséniles
- 33. (295-299) Autres psychoses
- 34. (300-316) Troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques
- 35. (317-319) Retard mental

6. MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS (320-389)

- 36. (320-326) Maladies inflammatoires du système nerveux central
- 37. (330-337) Affections héréditaires et dégénératives du système nerveux central
- 38. (340-349) Autres maladies et syndromes du système nerveux central
- 39. (350-359) Maladies du système nerveux périphérique
- 40. (360-379) Maladies de l'oeil et de ses annexes
- 41. (380-389) Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

7. MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (390-459)

- 42. (390-392) Rhumatisme articulaire aigu
- 43. (393-398) Cardiopathies rhumatismales chroniques
- 44. (401-405) Maladies hypertensives
- 45. (410-414) Cardiopathies ischémiques
- 46. (415-417) Troubles de la circulation pulmonaire (petite circulation)
- 47. (420-429) Autres formes de cardiopathies
- 48. (430-438) Maladies vasculaires cérébrales
- 49. (440-448) Maladies des artères, artérioles et capillaires
- 50. (451-459) Maladies des veines et des vaisseaux lymphatiques et autres maladies de l'appareil circulatoire

8. MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (460-519)

- 51. (460-466) Affections aiguës des voies respiratoires
- 52. (470-478) Autres maladies des voies respiratoires supérieures
- 53. (480-487) Pneumonie et grippe
- 54. (490-496) Maladies pulmonaires obstructives chroniques et affections connexes
- 55. (500-508) Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes
- 56. (510-519) Autres maladies de l'appareil respiratoire

9. MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF (520-579)

- 57. (520-529) Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires
- 58. (530-537) Maladies de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum
- 59. (540-543) Appendicite
- 60. (550-553) Hernie abdominale
- 61. (555-558) Entérite et colite non infectieuses
- 62. (560-569) Autres maladies de l'intestin et du péritoine
- 63. (570-579) Autres maladies de l'appareil digestif

10. MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (580-629)

- 64. (580-589) Néphrite, syndrome néphrotique et nephrose
- 65. (590-599) Autres maladies de l'appareil urinaire
- 66. (600-608) Maladies des organes génitaux de l'homme
- 67. (610-611) Affections du sein
- 68. (614-616) Affections inflammatoires des organes pelviens de la femme
- 69. (617-629) Autres affections des organes génitaux de la femme

11. COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES (630-676)

- 70. (630-639) Grossesse aboutissant à l'avortement
- 71. (640-648) Complications liées principalement à la grossesse
- 72. (650-659) Accouchement normal et autres indications de soins au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement
- 73. (660-669) Complications survenant principalement au cours du travail et de l'accouchement
- 74. (670-676) Complications des suites de couches

GRUPE 1 (19) GRUPE 2 (118) DIAGNOSTIC

12. MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE
SOUS-CUTANÉ (680-709)

- 75. (680-686) Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- 76. (690-698) Autres affections inflammatoires de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- 77. (700-709) Autres maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

13. MALADIES DU SYSTÈME OSTÉO-ARTICULAIRE, DES
MUSCLES ET DU TISSU CONJONCTIF (710-739)

- 78. (710-719) Arthropathies et affections apparentées
- 79. (720-724) Affections des régions du plan dorsal
- 80. (725-729) Rhumatisme abarticulaire, à l'exclusion des affections du plan dorsal
- 81. (730-739) Ostéopathies, chondropathies et malformations acquises du système ostéo-musculaire

14. ANOMALIES CONGÉNITALES (740-759)

- 82. (740-759) Anomalies congénitales

GRUPE 1 (19) GRUPE 2 (118) DIAGNOSTIC

15. CERTAINES AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS
LA PÉRIODE PÉRINATALE (760-779)

- 83. (760-779) Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

16. SYMPTÔMES, SIGNES ET ÉTATS MORBIDES MAL DÉFINIS (780-799)

- 84. (780-789) Symptômes
- 85. (790-796) Constatations anormales non spécifiques
- 86. (797-799) Causes mal définies et inconnues de la morbidité et de la mortalité

17. LÉSIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS (800-999)

- 87. (800-804) Fractures du crâne
- 88. (805-809) Fractures du cou et du tronc
- 89. (810-819) Fractures du membre supérieur
- 90. (820-829) Fractures du membre inférieur
- 91. (830-839) Luxations
- 92. (840-848) Entorses
- 93. (850-854) Traumatismes intracrâniens non associés à des fractures du crâne

17. LÉSIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS (800-999) (SUITE)

- 94. (860-869) Traumatismes internes du thorax, de l'abdomen et du bassin
- 95. (870-879) Plaies de la tête, du cou et du tronc
- 96. (880-887) Plaies du membre supérieur
- 97. (890-897) Plaies du membre inférieur
- 98. (900-904) Traumatismes des vaisseaux sanguins
- 99. (905-909) Séquelles des traumatismes, empoisonnements, effets nocifs de substances toxiques et autres causes externes
- 100. (910-919) Traumatismes superficiels
- 101. (920-924) Contusions avec intégrité de la surface cutanée
- 102. (925-929) Écrasements
- 103. (930-939) Conséquences de la pénétration d'un corps étranger par un orifice naturel
- 104. (940-949) Brûlures
- 105. (950-957) Traumatismes des nerfs et de la moëlle épinière
- 106. (958-959) Diverses complications des traumatismes et traumatismes sans précision
- 107. (960-979) Intoxications par médicaments et produits biologiques
- 108. (980-989) Intoxications par des substances essentiellement non médicinales à l'origine
- 109. (990-995) Effets nocifs de causes extérieures autres ou non précisées
- 110. (996-999) Complications dues à des actes chirurgicaux et à des soins médicaux non classés ailleurs

18. CLASSIFICATION SUPPLÉMENTAIRE DES FACTEURS INFLUANT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES MOTIFS DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ (V01-V82)

- 111. (V01-V07) Sujets susceptibles d'avoir été contaminés par des maladies transmissibles
- 112. (V10-V19) Antécédents personnels et familiaux pouvant créer des risques latents de maladies
- 113. (V20-V28) Sujets ayant recours aux services de santé
- 114. (V40-V49) Motifs concernant des états affectant la santé de l'individu
- 115. (V50-V59) Recours aux services de santé pour des actes médicaux et surveillance précisés
- 116. (V60-V68) Autres raisons de recours aux services de santé
- 117. (V70-V82) Examens et investigations d'individus et de populations

19. ENFANTS NÉS VIVANTS EN BONNE SANTÉ CLASSÉS SELON LE TYPE DE NAISSANCE (V30-V39)

- 118. (V30-V39) Enfants nés vivants

M.S.S.S. DIV.DIFFUSION(643-6209) DEMANDE # 587-138 (U87138D)

TABLEAU 4
NOMBRE DE RESIDENTS DE LA REGION O8
HOSPITALISES DANS LA REGION O8

PERIODE: 1981-1982 TOTAL DES CAS: 20149

PERIODE: 1982-1983 TOTAL DES CAS: 20974

PERIODE: 1983-1984 TOTAL DES CAS: 23312

PERIODE: 1984-1985 TOTAL DES CAS: 24766

PERIODE: 1985-1986 TOTAL DES CAS: 30651

SYSTEME MED-ECHD

TABLEAU 1
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA REGION 08
 HOSPITALISES HORS DE LA REGION 08
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 ET LA MRC DE RESIDENCE

PERIODE 1985-86

DIAGNOSTIC D19	MRC RESIDENCE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
0				0.0
SOUS-TOTAL PAR RG-D19				0.0
1	810	5		28.8
	820	13		14.9
	830	8		6.5
	850	10		5.9
	890	5		8.4
	999	6		9.6
SOUS-TOTAL PAR RG-D19				11.6
2	810	36		23.3
	820	133		18.3
	830	131		21.0
	850	55		17.2
	890	81		19.3
	999	40		22.9
SOUS-TOTAL PAR RG-D19				19.8
3	810	11		13.3
	820	35		12.2
	830	33		12.4
	850	14		12.3
	890	15		10.2
	999	11		9.8
SOUS-TOTAL PAR RG-D19				11.9
4	810	2		5.0
	820	3		9.0
	830	8		19.7
	850	1		11.0
	890	6		17.5
	999	6		14.1
SOUS-TOTAL PAR RG-D19				15.2
5	810	6		14.6
	820	9		36.8
	830	16		233.6
	850	4		36.5
	890	6		38.0
	999	19		11.7
SOUS-TOTAL PAR RG-D19				79.2

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 1
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA REGION 08
 HOSPITALISES HORS DE LA REGION 08
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 ET LA MRC DE RESIDENCE

PERIODE 1985-86

DIAGNOSTIC D19	MRC RESIDENCE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
6	810	31		16.2
	820	79		10.8
	830	123		9.5
	850	50		7.1
	890	43		8.4
	999	28		10.6
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		354	10.24	10.0
7	810	52		34.4
	820	176		11.6
	830	171		13.0
	850	78		10.7
	890	78		12.9
	999	44		11.7
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		599	17.33	14.0
8	810	9		5.5
	820	24		9.0
	830	40		10.9
	850	26		6.5
	890	16		7.3
	999	42		9.1
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		157	4.54	8.7
9	810	19		22.8
	820	46		14.2
	830	51		10.8
	850	35		14.7
	890	32		9.2
	999	35		5.6
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		218	6.30	12.1
10	810	22		15.1
	820	81		6.7
	830	89		6.7
	850	33		8.9
	890	46		8.1
	999	49		6.1
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		320	9.25	7.6
11	810	4		3.2
	820	10		3.5
	830	6		5.1

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 1
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA REGION O8
 HOSPITALISES HORS DE LA REGION O8
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 ET LA MRC DE RESIDENCE

PERIODE 1985-86

DIAGNOSTIC D19	MRC RESIDENCE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
11	850	4		2.5
	890	4		2.0
	999	64		4.8
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		92	2.66	4.4
12	810	3		5.0
	820	10		11.5
	830	16		26.4
	850	4		4.0
	890	5		4.2
999	10		12.2	
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		48	1.38	14.8
13	810	12		15.8
	820	58		17.2
	830	65		16.9
	850	14		16.0
	890	31		16.5
999	12		9.5	
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		192	5.55	16.3
14	810	15		7.8
	820	34		10.5
	830	44		7.7
	850	26		12.6
	890	18		9.7
999	21		11.5	
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		158	4.57	9.9
15	810	2		35.5
	820	4		19.2
	830	3		39.6
	999	2		2.5
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		11	0.31	24.7
16	810	5		3.8
	820	36		9.3
	830	46		8.7
	850	17		9.0
	890	31		9.1
999	27		8.7	
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		162	4.68	8.8

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 1
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA REGION O8
 HOSPITALISES HORS DE LA REGION O8
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 ET LA MRC DE RESIDENCE

PERIODE 1985-86

DIAGNOSTIC D19	MRC RESIDENCE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
17	810	26		13.3
	820	63		19.4
	830	56		15.2
	850	23		9.4
	890	42		19.8
	999	45		8.1
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		255	7.37	15.0
18	810	10		6.0
	820	25		4.9
	830	26		5.4
	850	16		3.2
	890	17		4.3
	999	25		5.2
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		119	3.44	4.8
19	810	3		4.0
	820	2		4.0
	830	3		5.3
	850	1		3.0
	999	34		3.6
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		43	1.24	3.8
GRAND TOTAL		3456		13.6

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 2
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA MRC ROUYN-NORANDA (820)
 HOSPITALISES HORS DE LA MRC
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 ET LE GROUPE D'AGE

PERIODE 1985-1986

DIAGNOSTIC D19	GROUPE D'AGE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
0				0.0
SOUS-TOTAL PAR RG-D19				0.0
2	18 - 64 ANS	16		1.6
	65 ANS ET +	3		10.6
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		19	3.62	3.1
3	18 - 64 ANS	1		19.0
	65 ANS ET +	1		4.0
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		2	0.38	11.5
5	18 - 64 ANS	6		6.0
	65 ANS ET +	2		103.5
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		8	1.52	30.3
6	18 - 64 ANS	6		2.5
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		6	1.14	2.5
7	18 - 64 ANS	7		5.7
	65 ANS ET +	8		22.5
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		15	2.86	14.6
8	0 - 17 ANS	5		2.0
	18 - 64 ANS	7		3.2
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		12	2.29	2.7
9	0 - 17 ANS	7		1.1
	18 - 64 ANS	15		2.6
	65 ANS ET +	2		6.0
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		24	4.58	2.5
10	0 - 17 ANS	3		3.6
	18 - 64 ANS	27		2.6
	65 ANS ET +	1		2.0
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		31	5.91	2.7
11	0 - 17 ANS	2		3.5
	18 - 64 ANS	16		4.1

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 2
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA MRC ROUYN-NORANDA (820)
 HOSPITALISES HORS DE LA MRC
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 ET LE GROUPE D'AGE

PERIODE 1985-1986

DIAGNOSTIC D19	GROUPE D'AGE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		18	3.43	4.0
12	0 - 17 ANS	4		1.0
	18 - 64 ANS	9		2.3
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		13	2.48	1.9
13	0 - 17 ANS	13		2.6
	18 - 64 ANS	105		8.0
	65 ANS ET +	18		11.3
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		136	25.95	7.9
14	0 - 17 ANS	3		1.0
	18 - 64 ANS	16		1.5
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		19	3.62	1.4
16	18 - 64 ANS	9		1.8
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		9	1.71	1.8
17	0 - 17 ANS	27		5.8
	18 - 64 ANS	96		9.7
	65 ANS ET +	21		16.9
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		144	27.48	10.0
18	0 - 17 ANS	9		2.2
	18 - 64 ANS	43		1.4
	65 ANS ET +	2		12.0
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		54	10.30	2.0
19	0 - 17 ANS	14		4.2
SOUS-TOTAL PAR RG-D19		14	2.67	4.2
GRAND TOTAL		524		6.8

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 5
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA REGION O8
 HOSPITALISES AU C.H. ROUYN-NORANDA (1277 7744)
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

PERIODE 1981-1982

DIAGNOSTIC D19	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
0			0.0
1	81	1.40	5.0
2	238	4.12	11.9
3	54	0.93	17.3
4	31	0.53	5.4
5	235	4.07	43.2
6	303	5.25	19.9
7	431	7.47	32.9
8	442	7.66	6.6
9	507	8.79	8.7
10	555	9.62	8.0
11	1154	20.01	5.0
12	70	1.21	5.2
13	72	1.24	7.8
14	47	0.81	11.0
15	38	0.65	8.8
16	230	3.98	28.6
17	338	5.86	15.0
18	88	1.52	7.3
19	852	14.77	5.3
GRAND TOTAL	5766		12.3

PERIODE 1982-1983

0			0.0
1	70	1.11	6.9
2	233	3.70	13.3
3	89	1.41	17.7
4	29	0.46	6.5
5	292	4.64	38.4
6	281	4.47	21.0
7	474	7.54	30.5
8	457	7.27	11.9
9	551	8.77	9.5
10	688	10.95	6.3
11	1334	21.23	5.0
12	76	1.20	5.1
13	83	1.32	12.6
14	65	1.03	6.2
15	48	0.76	12.6
16	249	3.96	6.5
17	328	5.22	12.8
18	89	1.41	6.1
19	846	13.46	6.1
GRAND TOTAL	6282		11.6

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 5
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA REGION 08
 HOSPITALISES AU C.H. ROUYN-NORANDA (1277 7744)
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

PERIODE 1983-1984

DIAGNOSTIC D19	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
0			0.0
1	61	0.80	4.1
2	338	4.46	8.5
3	108	1.42	12.8
4	65	0.85	6.9
5	304	4.01	50.0
6	433	5.71	14.3
7	481	6.35	33.3
8	505	6.66	4.4
9	887	11.71	5.2
10	897	11.84	4.1
11	1338	17.67	4.4
12	155	2.04	3.6
13	96	1.26	6.6
14	70	0.92	7.2
15	47	0.62	9.2
16	285	3.76	9.9
17	278	3.67	15.6
18	365	4.82	5.3
19	859	11.34	6.8
GRAND TOTAL	7572		10.0

PERIODE 1984-1985

0			0.0
1	148	1.67	4.9
2	503	5.67	8.6
3	125	1.41	18.8
4	57	0.64	17.8
5	336	3.79	38.9
6	561	6.33	6.5
7	662	7.47	15.8
8	605	6.82	7.5
9	1009	11.39	4.4
10	1101	12.42	3.6
11	1146	12.93	4.2
12	252	2.84	1.8
13	122	1.37	5.4
14	79	0.89	4.3
15	36	0.40	12.8
16	379	4.27	30.8
17	340	3.83	11.3
18	673	7.59	2.6
19	724	8.17	6.1
GRAND TOTAL	8858		8.7

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 5
 NOMBRE DE RESIDENTS DE LA REGION 08
 HOSPITALISES AU C.H. ROUYN-NORANDA (1277 7744)
 SELON LE REGROUPEMENT D19 DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

PERIODE 1985-1986

DIAGNOSTIC D19	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE DU DIAGNOSTIC (%)	SEJOUR MOYEN
0			0.0
1	125	1.22	4.7
2	552	5.42	7.8
3	129	1.26	26.8
4	75	0.73	4.7
5	357	3.50	27.0
6	636	6.24	10.6
7	763	7.49	16.0
8	796	7.81	6.7
9	1340	13.16	3.9
10	1258	12.35	3.2
11	1133	11.12	4.1
12	250	2.45	2.1
13	107	1.05	4.0
14	100	0.98	3.3
15	42	0.41	9.8
16	478	4.69	6.3
17	286	2.80	5.0
18	1011	9.92	2.1
19	744	7.30	6.1
GRAND TOTAL	<u>10182</u>		6.8

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 3
 PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES RESIDENTS
 DE LA REGION 08 HOSPITALISES
 AU C.H. ROUYN-NORANDA

PERIODE: 1982-1983

MRC DE RESIDENCE	SPECIALITE DU MEDECIN	NOMBRE DE CAS	% DES CAS	SEJOUR MOYEN
830	22	2		1.0
	24	3		3.3
	32	21		4.3
	34	1		3.0
	36	8		1.1
	38	7		4.1
	60	89		5.9
	80	59		12.5
	85	14		4.6
SOUS-TOTAL PAR MRC		204	3.24	7.2
PERIODE: 1982-1983				
820	7	25		16.5
	22	10		2.6
	24	555		6.3
	32	49		6.2
	34	71		6.8
	36	129		1.3
	38	261		5.9
	60	397		5.6
	80	329		5.0
	85	2738		17.5
SOUS-TOTAL PAR MRC		4564	72.65	12.8
PERIODE: 1982-1983				
850	22	2		1.5
	24	1		11.0
	32	29		5.5
	36	5		3.2
	38	5		4.4
	60	47		5.3
	80	27		14.4
	85	6		14.3
SOUS-TOTAL PAR MRC		122	1.94	7.6

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 3
 PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES RESIDENTS
 DE LA REGION 08 HOSPITALISES
 AU C.H. ROUYN-NORANDA

PERIODE: 1982-1983

MRC DE RESIDENCE	SPECIALITE DU MEDECIN	NOMBRE DE CAS	% DES CAS	SEJOUR MOYEN
810	7	1		7.0
	22	3		1.6
	24	47		7.3
	32	17		6.2
	36	22		1.6
	38	59		6.2
	60	89		6.9
	80	71		9.5
	85	63		19.4
SOUS-TOTAL PAR MRC		372	5.92	9.1
PERIODE: 1982-1983				
890	7	4		6.5
	24	96		8.3
	32	29		5.6
	34	12		2.5
	36	38		1.4
	38	86		6.2
	60	168		5.9
	80	90		8.4
	85	155		17.6
SOUS-TOTAL PAR MRC		678	10.79	9.0
PERIODE: 1982-1983				
999	24	17		6.7
	32	7		3.8
	36	13		1.3
	38	28		9.0
	60	127		6.1
	80	135		9.0
	85	15		8.1
SOUS-TOTAL PAR MRC		342	5.44	7.4
TOTAL POUR L'ETABLISSEMENT		6282		11.6

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 3
 PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES RESIDENTS
 DE LA REGION O8 HOSPITALISES
 AU C.H. ROUYN-NORANDA

PERIODE: 1983-1984

MRC DE RESIDENCE	SPECIALITE DU MEDECIN	NOMBRE DE CAS	% DES CAS	SEJOUR MOYEN
830	22	11		1.0
	24	10		5.4
	32	18		4.9
	34	1		1.0
	36	14		1.3
	38	8		4.8
	60	104		4.8
	80	59		18.2
	85	16		11.6
SOUS-TOTAL PAR MRC		241	3.18	8.1
820	4	1		14.0
	7	26		14.4
	11	2		1.0
	22	78		1.0
	24	1044		4.6
	28	1		1.0
	32	94		4.3
	34	57		41.7
	36	209		1.2
	38	423		2.9
	50	4		1.0
	60	525		4.2
	69	1		6.0
	80	275		7.2
	85	2707		17.0
	86	1		4.0
90	2		5.0	
SOUS-TOTAL PAR MRC		5450	71.97	11.0
810	7	4		20.5
	22	6		1.0
	24	71		7.5
	32	33		6.6
	34	5		2.4
	36	26		1.6
	38	81		4.7
	60	91		4.8
	80	47		6.8
	85	91		33.5
SOUS-TOTAL PAR MRC		455	6.00	11.2

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 3
 PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES RESIDENTS
 DE LA REGION 08 HOSPITALISES
 AU C.H. ROUYN-NORANDA

PERIODE: 1983-1984

MRC DE RESIDENCE	SPECIALITE DU MEDECIN	NOMBRE DE CAS	% DES CAS	SEJOUR MOYEN
850	22	5		1.4
	24	9		7.2
	32	25		4.8
	36	2		1.5
	38	10		3.7
	60	76		4.8
	80	30		7.7
85	5		3.0	
SOUS-TOTAL PAR MRC		<u>162</u>	2.13	5.2
890	22	7		1.7
	24	147		6.0
	32	41		4.7
	34	6		2.8
	36	55		1.7
	38	151		4.3
	60	223		4.7
	80	107		7.8
85	181		13.0	
SOUS-TOTAL PAR MRC		<u>918</u>	12.12	6.6
999	7	4		8.7
	22	1		1.0
	24	25		6.1
	32	13		6.1
	34	2		2.5
	36	20		1.6
	38	36		3.9
	60	123		5.0
	80	94		9.9
	85	28		5.6
SOUS-TOTAL PAR MRC		<u>346</u>	4.56	6.2
TOTAL POUR L'ETABLISSEMENT		<u><u>7572</u></u>		10.0

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 3
 PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES RESIDENTS
 DE LA REGION 08 HOSPITALISES
 AU C.H. ROUYN-NORANDA

PERIODE: 1984-1985

MRC DE RESIDENCE	SPECIALITE DU MEDECIN	NOMBRE DE CAS	% DES CAS	SEJOUR MOYEN
810	2	1		9.0
	7	5		6.0
	14	2		1.5
	22	9		1.0
	24	92		5.5
	28	1		1.0
	32	45		3.3
	34	3		1.6
	36	32		1.5
	38	71		4.2
	60	102		5.2
	80	53		11.5
	85	65		11.4
SOUS-TOTAL PAR MRC		481	5.43	6.1
820	4	1		1.0
	7	31		9.8
	11	44		3.8
	14	40		1.0
	22	87		1.0
	24	1501		3.6
	26	1		1.0
	28	4		1.0
	32	163		3.2
	34	55		2.7
	36	285		1.4
	38	587		2.3
	50	11		1.0
	60	568		3.5
	62	1		1.0
	66	1		16.0
	80	246		5.9
85	2904		17.9	
90	1		6.0	
SOUS-TOTAL PAR MRC		6531	73.72	9.8
830	22	3		1.0
	24	16		4.3
	32	36		3.5
	34	1		1.0
	36	10		1.7
	38	58		2.6
	60	66		4.5
	80	35		17.1
	85	11		6.2
	90	1		6.0
SOUS-TOTAL PAR MRC		237	2.67	5.6

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 3
PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES RESIDENTS
DE LA REGION 08 HOSPITALISES
AU C.H. ROUYN-NORANDA

PERIODE: 1984-1985

MRC DE RESIDENCE	SPECIALITE DU MEDECIN	NOMBRE DE CAS	% DES CAS	SEJOUR MOYEN
850	14	1		1.0
	22	6		1.0
	24	6		2.5
	32	47		4.1
	36	2		1.5
	38	36		3.0
	60	95		4.5
	66	1		1.0
	80	21		11.0
	85	4		2.0
SOUS-TOTAL PAR MRC		219	2.47	4.5
890	7	6		15.0
	11	3		2.3
	14	1		1.0
	22	5		1.8
	24	185		4.6
	28	2		1.0
	32	91		3.8
	34	4		2.2
	36	52		1.4
	38	208		3.3
	60	249		4.1
	80	105		7.1
	85	191		13.0
SOUS-TOTAL PAR MRC		1102	12.44	5.7
999	7	1		9.0
	11	1		1.0
	20	1		23.0
	22	5		1.0
	24	35		5.3
	32	18		3.1
	36	10		1.7
	38	27		3.6
	60	103		4.1
	80	63		8.5
85	24		5.9	
SOUS-TOTAL PAR MRC		288	3.25	5.2
TOTAL POUR L'ETABLISSEMENT		8858		8.7

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 3
 PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES RESIDENTS
 DE LA REGION O8 HOSPITALISES
 AU C.H. ROUYN-NORANDA

PERIODE: 1985-1986

MRC DE RESIDENCE	SPECIALITE DU MEDECIN	NOMBRE DE CAS	% DES CAS	SEJOUR MOYEN
810	7	7		3.8
	11	12		5.2
	14	12		1.0
	22	2		1.0
	24	82		6.3
	32	44		3.0
	36	27		1.4
	38	110		3.7
	60	73		3.9
	80	48		7.5
	85	69		12.2
SOUS-TOTAL PAR MRC		486	4.77	5.5
820	4	1		4.0
	7	54		6.6
	11	158		15.5
	14	111		1.0
	22	68		1.0
	24	1921		3.2
	28	3		1.0
	32	204		2.8
	34	8		1.0
	36	314		1.3
	38	606		2.2
	50	10		1.0
	60	688		3.0
80	248		5.7	
	85	3250		12.7
	90	1		2.0
SOUS-TOTAL PAR MRC		7645	75.08	7.3
830	7	1		8.0
	11	2		1.5
	20	1		1.0
	22	6		1.0
	24	17		1.5
	28	1		1.0
	32	42		3.2
	36	11		1.1
	38	19		2.6
	60	32		4.2
	80	21		27.7
	85	14		34.1
SOUS-TOTAL PAR MRC		167	1.64	8.6

SYSTEME MED-ECHO

TABLEAU 3
 PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES RESIDENTS
 DE LA REGION 08 HOSPITALISES
 AU C.H. ROUYN-NORANDA

PERIODE: 1985-1986

MRC DE RESIDENCE	SPECIALITE DU MEDECIN	NOMBRE DE CAS	% DES CAS	SEJOUR MOYEN
850	7	1		11.0
	11	1		14.0
	22	3		1.0
	24	25		4.8
	32	62		2.8
	36	7		2.2
	38	46		3.6
80	60	139		2.9
	80	12		11.6
	85	6		15.1
SOUS-TOTAL PAR MRC		302	2.96	3.8
890	7	12		14.2
	11	15		9.1
	14	2		1.0
	22	5		1.0
	24	237		4.5
	28	1		1.0
	32	104		3.1
	36	64		1.4
	38	249		2.7
	60	271		3.6
80	80	106		6.6
	85	186		12.3
SOUS-TOTAL PAR MRC		1252	12.29	5.1
999	11	3		5.3
	14	1		1.0
	22	2		1.0
	24	52		4.0
	32	18		3.7
	36	10		1.4
	38	28		2.8
	60	109		4.1
	80	76		5.6
	85	31		5.1
SOUS-TOTAL PAR MRC		330	3.24	4.3
TOTAL POUR L'ETABLISSEMENT		<u>10182</u>		6.8

ANNEXE III

BILANS DES ANNÉES
1980-1986

Faits saillants en 1979-80

- Mise en chantier de la phase I des travaux de réfection de l'enveloppe extérieure du CHRN.
- Développement des nouveaux services de périnatalogie, clinique de planning familial et soins à domicile.
- Implantation de l'unité de néonatalogie à vocation régionale
- Implantation du service d'échographie
- Acquisition d'équipements pour l'obstétrique à risque.
- Le DSC, faits saillants:
 - consolidation des programmes existants.
 - acquisition d'un nouveau territoire: le territoire autochtone de la Baie James ainsi que les travailleurs qui y sont affectés.
 - mise en marche de nouveaux programmes: orthophonie, santé scolaire.
 - développement d'un nouveau champ d'activités: la santé au travail.
 - mise sur pied d'un bilan de santé des travailleurs de mine de la région
 - étude épidémiologique sur l'exposition au plomb, au cadmium et à l'arsenic chez les enfants de Rouyn-Noranda

Bilan 80-81

- Autorisation de procéder aux travaux de construction d'une véranda et salle de séjour au 4e étage du CHRN.
- Démarche de transfert des bureaux de DSC (services de santé communautaire) dans les sous-secteurs, La Sarre, Senneterre, Amos, Lebel-sur-Quevillon.

- Etude du Mont Sinaï concernant les travailleurs de la Mine Noranda.
- Achat en équipement de cardiologie dans le cadre d'une régionalisation des services.
- Inscription des noms Lemay-Juteau au pavillon principal.
- Contrat de médecine physique avec la CSST.
- Politique "du tabac" adoptée.
- Début de l'informatisation.
- Acceptation des plans et devis concernant la restauration des murs extérieurs phase 2.

Bilan 81-82

- "Longue journée d'étude" amorcée par les médecins.
- 15 mai 1981 - mise en tutelle du CHRN.
(levée de cette tutelle le 31 janvier 1982)
- Constitution et consolidation d'équipes médicales stables.
- Contrainte budgétaire de 5% du budget global imposée par le M.A.S. afin de ralentir la croissance budgétaire des dépenses gouvernementales.
- Finalisation des démarches visant la création de 75 lits d'hébergement au Pavillon Youville sous l'égide du CHRN.
- Réalisation du plan de redressement entrepris depuis deux ans.

- Modification de la composition du C.A. suite à la loi 27.
- Deuxième phase de la réfection de l'enveloppe extérieure du Pavillon Lemay-Juteau.
- Acceptation et autorisation des plans et devis de la construction prévue pour les 75 lits d'hébergement ainsi que la relocalisation de divers services occupant ces lieux.

Bilan 82-83

- Développement du réseau de services de première ligne ou services de santé et services socio-communautaires.
- Consolidation des services de deuxième et troisième ligne
- Développement des services régionaux de pédiatrie, clinique GARE, périnatalogie/néonatalogie.
- Amélioration des ressources para-médicales: physiothérapie, archives-médicales, ergothérapie, échographie.
- Offre de service d'assistance conseil et technique aux établissements de la sous-région.
- Articulation du fonctionnement CHRN-Maison Pie XII.
- Planification dans le développement de l'informatique.
- Création d'un comité des bénéficiaires.
- Formation d'un comité unique d'admission pour les personnes âgées (protocole d'entente intervenu entre le CHRN, le CSS et la Maison Pie XII).

- Règlement de la poursuite sur les vices de construction du CHRN.
- Développements en informatique, néonatalogie ultrasonographie et obstétrique.
- Consolidation des secteurs de physiothérapie et psychiatrie.
- Atteinte de l'équilibre budgétaire.
- Recrutement d'un directeur des services professionnels.
- Formation d'un comité local de recrutement des médecins.
- Principales activités du DSC
 - programme de prévention en santé mentale chez les enfants de 0-5 ans
 - programme de prévention du suicide
 - services de santé au Grand Lac Victoria
 - organisation des services de santé au travail, niveau régional
 - poursuite de l'étude des travailleurs de la Mine Noranda

Bilan 83-84

- Ouverture d'une Unité de médecine familiale.
- Réorganisation du Service de physiothérapie.
- Réorganisation du Département de psychiatrie.
- Développement d'un Service de mammographie
- Intégration du CRSSSAT- DSC.

- Etude en téléphonie.
- Etude d'un programme en économie d'énergie.
- Développement de l'informatique.
- Implantation d'un programme de gestion des équipements médicaux spécialisés.
- Ouverture du Centre d'Accueil au Pavillon Youville (75 lits).
- Renouvellement des équipements en radiologie.
- Développement d'un service d'alimentation parentérale.
- Développement d'un service d'installation de pacemakers.

Bilan 84-85

- Processus de planification stratégique en cours.
- Contrat de services professionnels avec le Centre de santé Isle-Dieu de Matagami (DSP).
- Contrat de Services professionnels avec l'Hôpital Sacré-Coeur de Cartierville (services de génie-bio-médical).
- Contrat de services professionnels en radiologie assurant des services continus.
- Transfert d'effectifs et de programmes au CLSC Partage des Eaux.
- Mise à jour du système téléphonique.

- Programme intégré de gestion d'énergie.
- Obtention d'une subvention de recherche en gériatrie.
- Modernisation de l'équipement des soins intensifs.
- Acquisition d'équipements de laboratoire, en audiographie, électromyographie et bureautique.
- Publication d'un guide d'accueil du personnel et d'un journal interne-périodique, l'Informateur.
- Contribution dans la campagne de recrutement d'effectifs médicaux.

Perspective 1985-86

- Médecine nucléaire
- Scanographie
- Amélioration du système d'ascenseur.
- Aménagement fonctionnel: urgence, cliniques externes.
- Archives médicales.
- Colloque régional en gériatrie en février 86, en collaboration avec l'Association québécoise de gériatrie.
- Développement d'une clinique de glaucome.
- Développement d'un service d'oncologie.

ANNEXE IV

PLAN D'ACTION 1986-87
DOCUMENT DE RÉGIE INTERNE

Le présent document vous est déposé afin de vous informer sur les priorités de travail qui ont été retenues par les différentes directions.

Les directeurs devront, au cours des prochaines semaines, préciser les moyens et les échéanciers relatifs à chacun des éléments de leur plan d'action.

Les plans d'actions serviront également aux fins d'évaluation des directeurs, tel qu'entendu avec chacun d'eux. C'est la première fois que des objectifs sont élaborés avec les directeurs pour fin d'évaluation du rendement. Nous procéderons, en cours d'année, à la révision de ces plans et il nous fera plaisir de vous faire part des résultats en revoyant ensemble le travail accompli avant de se donner de nouveaux objectifs. La présente démarche sera, en cours d'année, étendue à tous les cadres intermédiaires qui, à leur tour, devront y associer tous leurs employés.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

- Consolider les effectifs en spécialité.

- Stimuler le recrutement en omnipratique.

- Reviser le plan d'effectifs médicaux.

- Finaliser la structure des services de Laboratoire et de Radiologie.

- Restructurer les services hospitaliers.

- Mettre en place une réglementation médicale.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

- Mettre en place un comité d'éthique et élaborer un code d'éthique.

- Développer une collaboration plus étroite avec les organismes bénévoles.

- Collaborer dans le développement de familles d'accueil en réadaptation et des services alternatifs.

- Élaborer un manuel de politiques et procédures.

DIRECTION DES SERVICES AUXILIAIRES

- Finaliser le plan de redressement et de réaménagement du service alimentaire.

- Développer un service de génie-biomédical.

- Actualiser le programme d'économie d'énergie.

- Réviser le fonctionnement du service d'entretien ménager.

- Réviser les procédures de fonctionnement à l'entretien des installations matérielles.

DIRECTION DES FINANCES

- Mettre en place et actualiser le plan de redressement.

- Mettre à jour le plan directeur en informatique et bureautique.

- Mettre en place un programme de gestion des risques.

- Faire une étude du fonctionnement du service des achats et des approvisionnements.

- Améliorer le contrôle interne.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Restructurer la direction.

- Élaborer et mettre en place un programme d'évaluation des cadres.

- Développer des programmes de formation et de perfectionnement.

- Favoriser le développement d'une meilleure qualité de vie au travail par des projets spéciaux tels: comptoir bancaire, intégration des nouveaux employés, activités hors travail (sociales et sportives).

ANNEXE V

RAPPORT FINANCIER ANNUEL 1985-86

FONDS D'EXPLOITATION
REVENUS ET DÉPENSES

	Activités principales	Activités accessoires	Total
REVENUS:			
01 Revenus de la M. 355 (détail page 14)	22 649 380	1 656 452	24 305 832
02 Revenus de la vente et location	483 100	53 458	536 558
03 Contribution à CRSSS (détail page 38)	700	151 341	152 041
04 Contribution des usagers et autres responsabilités (détail page 14)	1 471 023	****	1 471 023
05 Paiements des centres d'activités (détail pages 23CH et 23CAH)	333 366	****	333 366
06 Subventions fédérales (préciser) Projets Défi 85	****	29 465	29 465
07 Autres revenus (détail page 14)	58 365	623 479	681 844
08 Déductions des revenus (détail page 15)	(205 149)	(-)	(205 149)
09 TOTAL DES REVENUS (L 01 à L 08)	24 790 785	2 514 195	27 304 980
DÉPENSES:			
10 Centres d'activités Salaires (pages 24s, 26s ligne 7)	14 323 864	371 940	14 695 804
11 Avantages sociaux et charges sociales (pages 24s, 26s lignes 10 et 11)	5 003 479	127 651	5 131 130
12 Autres dépenses directes (pages 24s, 26s ligne 17)	5 563 865	322 602	5 886 467
13 Total (L 10 à L 12) (pages 24s, 26s ligne 18)	24 891 208	822 193	25 713 401
14 Dépenses non réparties (col 1: page 34, L.09) (col 2: page 25, L.24, col. 3)	1 625 809	1 652 078	3 277 887
15 Transferts page 24s, ligne 21) (page 26s, ligne 26)	(1 674)	1 674	****
16 TOTAL DES DÉPENSES (L 13 à L 15)	26 515 343	2 475 945	28 991 288
17 Excédent (déficit) de l'exercice (L 09 - L 16)	(1 724 558)	38 250	(1 686 308)

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

1277-7744

04

FONDS D'EXPLOITATION
SOLDE DU FONDS

	Activités principales	Activités accessoires	Total
Solde créditeur (débit) au début de l'exercice	(126 304)	191 946	65 642
ADDITIONS			
Excédent de l'exercice		38 250	38 250
Regularisations du M S S S			
Analyse financière			
exercice précédent Voir page 04a)	99 169	xxxx	99 169
années antérieures Voir page 04a)	75 119	xxxx	75 119
Validation finale du coût des conventions collectives			
Retroactivité Cadres			
Autres (préciser) Pharmacien	16 922		16 922
	xxxx	xxxx	xxxx
Autres (préciser) Intérêts sur emprunts à court terme - reçus en trop - 1983/84	135 189		135 189
Transferts en provenance des autres fonds (préciser)			
Liberation du surplus des activités principales	xxxx		
Affectation du surplus des activités accessoires		xxxx	
Autres (préciser) Voir page 04a)	6 909	30 703	37 612
	xxxx	xxxx	xxxx
Total des additions (L.02 à L.14)	333 308	68 953	402 261
DÉDUCTIONS			
Déficit de l'exercice	1 724 558	xxxx	1 724 558
Regularisations du M S S S			
Analyse financière:			
exercice précédent		xxxx	
années antérieures		xxxx	
Validation finale du coût des conventions collectives			
Retroactivité: Cadres			
Autres (préciser) Pharmacien	16 922		16 922
	xxxx	xxxx	xxxx
Autres (préciser) Voir page 04b)	93 654	44 784	138 438
	xxxx	xxxx	xxxx
Liberation du surplus des activités principales		xxxx	
Affectation du surplus des activités accessoires			
Transferts à d'autres fonds (préciser)			
Autres (préciser) Voir page 04b)	206 662		206 662
	xxxx	xxxx	xxxx
Total des déductions (L.16 à L.29)	2 041 796	44 784	2 086 580
Solde créditeur (débit) fin de l'exercice (L.21 + L.15 - L.10)	(1 834 792)	216 115	(1 618 677)

Voir pages 04c et 04d)

Nom de l'établissement CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA	Cote 1277-7744	05
---	--------------------------	-----------

FONDS D'EXPLOITATION ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE

		Montants
		(1)
RESSOURCES		
Excédent de l'exercice	01	
Regularisations du M.S.S.S.		
Analyse financière:		
exercice précédent	02	99 169
années antérieures	03	75 119
Retroactivité des salaires	04	
Validation finale du coût des conventions collectives	05	
Autres (préciser) Intérêts sur emprunts à court terme - reçus en trop - 1983/84	06	135 189
	07	
Transferts en provenance des autres fonds (préciser)	08	
	09	
Autres (préciser) Voir page 04a)	10	37 612
	11	
TOTAL (L.01 à L.11)	12	347 089
AFFECTATION		
Déficit de l'exercice	13	1 686 308
Regularisations du M.S.S.S.		
Analyse financière:		
exercice précédent	14	
années antérieures	15	
Retroactivité des salaires	16	
Validation finale du coût des conventions collectives	17	
Autres (préciser) Voir page 04b)	18	138 438
	19	
Transferts à d'autres fonds (préciser)	20	
	21	
Autres (préciser) Voir page 04b)	22	206 662
	23	
Total des affectations (L.13 à L.23)	24	2 031 408
Augmentation ou (diminution) pour l'année (L.12 - L.24)	25	(1 684 319)
Fonds de roulement au début (déficitaire)	26	65 642
Fonds de roulement à la fin (déficitaire) (L.25 + L.26)	27	(1 618 677)

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA	1277-7744	06
----------------------------------	-----------	----

**FONDS D'EXPLOITATION
 BILAN**

ACTIF	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
À COURT TERME		
Encaisse		272 751
Debiteurs:	457 750	1 580 290
M S S.S. (détail page 18) (incluant les intérêts à recevoir, détail page 18A)		
Autres, moins provision pour créances douteuses (détail page 18)	793 210	415 576
Placements (fournir annexe)		
Frais payés d'avance:	618 987	459 327
Fournitures, médicaments et aliments		
Autres (préciser) Jours de maladie anticipés, cotisations et autres	53 055	59 640
Dû par le fonds d'immobilisations	64 098	179 443
Dû par les autres fonds (préciser)		
Autres (préciser)		
TOTAL À COURT TERME (L.01 à L.09)	1 987 100	2 967 027
SUBVENTIONS À RECEVOIR DU M.S.S.S. - financement du déficit au 31 mars 1982		
À LONG TERME		
Placements à long terme (fournir annexe)		
Autres éléments réalisables à long terme (préciser)		
TOTAL À LONG TERME (L.12 + L.13)		
TOTAL (L.10 + L.11 + L.14)	1 987 100	2 967 027

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

1277-7744

07

**FONDS D'EXPLOITATION
 BILAN**

PASSIF ET SOLDE DU FONDS	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
A COURT TERME		
Recouvrements de banque 01	130 679	•
Emprunts de banque (détail page 18A) 02	1 272 599	•
Créditeurs, frais courus (détail page 18) 03	2 150 083	2 284 346
Billets à payer (détail page 18A) 04		•
Revenus perçus d'avance 05		157 977
Dû au fonds d'immobilisations 06		•
Dû aux autres fonds (préciser) 07		•
Autres (préciser) Voir page 07a) 08	52 416	459 062
TOTAL À COURT TERME (L. 01 à L. 08) 09	3 605 777	2 901 385
EMPRUNT DE BANQUE - financement du déficit au 31 mars 1982 10		•
A LONG TERME (préciser) 11		•
SOLDE DU FONDS		
Resultant des activités principales:		
Réservé 12		•
Autres 13	(1 834 792)	(126 304)
Total (L. 12 + L. 13) 14	(1 834 792)	(126 304)
Resultant des activités accessoires (avoir propre) 15	216 115	191 946
TOTAL DU SOLDE DU FONDS (L. 14 + L. 15) 15	(1 618 677)	65 642
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DU FONDS (L. 09 + L. 10 + L. 11 + L. 16) 17	1 987 100	2 967 027
 ENGAGEMENTS ET ÉVENTUALITÉS:		
Montant représenté par la banque de congés de maladie accumulés 18	583 730	744 258
Congés de maladie accumulés depuis le 1 ^{er} septembre 1985 19	51 982	59 274
Autres (préciser) Poursuites par des patients et un professionnel de la santé 20	585 095	1 674 747
TOTAL (L. 18 à L. 20) 21	1 220 807	2 478 279

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

1277-7744

08

**FONDS D'IMMOBILISATIONS
SOLDE DU FONDS**

Solde créditeur (débit) au début de l'exercice	01	2 248 212
ADDITIONS:		
Subventions du M.S.S.S.		
Pour échéances d'obligations ou hypothèques	02	150 000
Pour construction ou rénovation	03	
Pour acquisition de mobilier et équipement	04	
Pour amortissement mobilier et équipement	05	XXXX
Regularisations du M.S.S.S. (préciser)	06	
Contribution du CRSSS aux projets d'immobilisations et d'équipement (CH) de réparations ou rénovations (CSS, CA) et de renouvellement et développement d'équipement (CLSC, CSS, CA)	07	836 964
Transfert des autres fonds (préciser)	08	
Transfert du fonds d'exploitation des économies réalisées par les projets autofinancés	09	
Sous-total (L 02 à L 09) à reporter page 9 L 1 C 1	10	986 964
Radiation de l'amortissement cumulé au 31 mars 1985	11	8 886 919
Autres (préciser) Voir page 08a)	12	43 311
TOTAL DES ADDITIONS (L 10 à L 12)	13	9 917 194
DÉDUCTIONS:		
Transferts au fonds d'exploitation pour projets de rénovation ou réparations majeures de nature dépense	14	
Autres transferts au fonds d'exploitation (préciser)	15	
Frais d'émission et d'escompte sur obligations	16	
Regularisations du M.S.S.S.	17	
Perte sur dispositions d'immobilisations et transfert de mobilier et équipement au C.L.S.C. Partage des Eaux	18	22 799
Autres (préciser)	19	
	20	
TOTAL DES DEDUCTIONS (L 14 à L 20)	21	22 799
Solde créditeur (débit) à la fin de l'exercice (L 01 + L 13 - L 21)	22	12 142 607

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

1277-7744

09

FONDS D'IMMOBILISATIONS
ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE

RESSOURCES		
Subventions et régularisations du M.S.S.S. (contribution du CRSSS et transfert du fonds d'exploitation des économies réalisées par les projets autofinancés - report de la page 8 ligne 10 colonne 1)	01	986 964
Produit des ventes d'immobilisations	02	2 985
Régularisations des années antérieures	03	
Produit des emprunts à long terme:		
Sur obligations	04	
Sur hypothèques	05	
Autres (préciser)	06	
Autres (préciser)	07	
Voir page 09a)	08	221 298
	09	
TOTAL (L. 01 à L. 09)	10	1 211 247
AFFECTATION		
Affectation ou virements au fonds de dotation ou au fonds à destination spéciale	11	
Acquisition d'immobilisations	12	1 005 712
Transferts au fonds d'exploitation, pour projets de rénovation ou de réparations majeures de nature dépense	13	
Autre transfert au fonds d'exploitation (préciser) - solde de l'emprunt bancaire - toiture Pavillon Laramée	14	108 264
Remboursement:		
Obligations et hypothèques	15	
Autres (préciser)	16	
Autres (préciser) Intérêts sur emprunts - projets de construction	17	132 474
TOTAL (L. 11 à L. 17)	18	1 246 450
Augmentation ou (diminution) pour l'année (L. 10 - L. 18)	19	(35 203)
Fonds de roulement au début (déficitaire)	20	(2 211 637)
Fonds de roulement à la fin (déficitaire) (L. 19 + L. 20)	21	(2 246 840)

Nom de l'établissement	CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA	1277-7744	10
------------------------	----------------------------------	-----------	----

FONDS D'IMMOBILISATIONS
BILAN

ACTIF	Exercice courant	Exercice précédent
A COURT TERME	1	2
Encaisse..... 01		10 491
Placements temporaires..... 02		
Débiteurs:		
M.S.S.S. (détail page 19) (incluant les intérêts à recevoir, détail page 18A)..... 03		
CRSSS - Contributions à recevoir sur projets acceptés (détail page 19)..... 04	112 909	152 574
Autres (préciser) Récupération de sels d'argent..... 05	814	534
Dû par le fonds d'exploitation (préciser)..... 06		
Dû par les autres fonds (préciser)..... 07		
Autres (préciser)..... 08		
TOTAL À COURT TERME (L.01 à L.08)..... 09	113 723	163 599
IMMOBILISATIONS (détail page 20)..... 10	27 791 973	18 103 113
AUTRES		
Frais reportés..... 11		
Autres (préciser) Intérêts sur emprunts - projets de construction..... 12	132 474	
TOTAL DES AUTRES ACTIFS (L.11 + L.12)..... 13	132 474	
TOTAL DEL'ACTIF (L.09 + L.10 + L.13)..... 14	28 038 170	18 266 712

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

1277-7744

11

FONDS D'IMMOBILISATIONS
BILAN

PASSIF ET SOLDE DU FONDS		Exercice courant	Exercice précédent
A COURT TERME			
Découverts de banque	01	64 806	•
Emprunts de banque (détail page 18A)	02	2 209 900	• 1 090 000
Billets à payer (détail page 18A)	03		•
Créditeurs (détail page 19)	04	21 759	• 22 481
Fraction à moins d'un an de la dette à long terme	05		• 1 050 000
Dû au fonds d'exploitation (préciser) Voir page 37	06	64 098	• 179 443
Dû aux autres fonds (préciser)	07		•
Autres (préciser)	08		• 33 312
TOTAL À COURT TERME (L. 01 à L. 08)	09	2 360 563	• 2 375 236
EMPRUNTS - projets autofinancés			
A LONG TERME			
Billets à payer (détail page 18A)	11		•
Obligations à payer (détail page 18A)	12	13 535 000	• 13 535 000
Hypothèques à payer (détail page 18A)	13		•
Autres (préciser) Emprunt bancaire	14		• 108 264
TOTAL À LONG TERME (L. 11 à L. 14)	15	13 535 000	• 13 643 264
TOTAL DU PASSIF (L. 09 + L. 10 + L. 15)	16	15 895 563	• 16 018 500
SOLDE DU FONDS			
Résultant d'évaluation des immobilisations	17		•
Fonds détenus pour construction (acquisition de 1 000 000 et moins) et équipement (p 36 L. 21)	18	(14 628)	• (24 414)
Autres	19	12 157 235	• 2 272 626
TOTAL DU SOLDE DU FONDS (L. 17 à L. 19)	20	12 142 607	• 2 248 212
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DU FONDS (L. 16 + L. 20)	21	28 038 170	• 18 266 712
Engagements et éventualités (fournir détail)	22		•

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

Code 1277-7744

 48
 12-7

FONDS EN FIDUCIE
 Évolution de l'encaisse

Solde au debut de l'exercice	01	1 785
Recettes		
Depôts des bénéficiaires	02	9 878
Revenus de placements - intérêts sur comptes en banque	03	105
Ventes de placements	04	
Autres (préciser)	05	
	06	
	07	
TOTAL DES RECETTES (L.02 à L.07)	08	9 983
Déboursés		
Retrait de dépôts	09	9 928
Sommes utilisées pour les besoins des bénéficiaires	10	
Achats de placements	11	
Autres (préciser)	12	
	13	
	14	
TOTAL DES DÉBOURSÉS (L.09 à L.14)	15	9 928
Solde à la fin de l'exercice (L.01 + L.08 - L.15)	16	1 840

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

1277-7744

47
12-8
FONDS EN FIDUCIE
BILAN

		Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF			
Encaisse	01	1 840	1 785
Placements	02		.
Débiteurs (préciser)	03		.
	04		.
Autres éléments d'actif (préciser)	05		.
	06		.
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.06)	07	1 840	1 785
PASSIF			
Créditeurs (préciser)	08		.
Dépôts des bénéficiaires	09	1 840	1 785
Autres éléments du passif (préciser)	10		.
	11		.
TOTAL DU PASSIF (L.08 à L.11)	12	1 840	1 785

ANNEXE VI

ANNEXE AU RAPPORT DU VÉRIFICATEUR EXTERNE

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

1277-7744

01A

ANNEXE AU RAPPORT DU VÉRIFICATEUR EXTERNE

N° du commentaire	Commentaires
I	<p>Non conformité aux dispositions de la loi et aux Règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses ou son volume de services ou d'activités.</p> <p>1. L'établissement a encouru un dépassement budgétaire s'élevant à 1 309 462 \$ pour ses dépenses admises (article 18 des Règlements).</p>
II	<p>Non conformité des pratiques comptables de l'établissement aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>1. Les coûts des programmes de formation organisés par les C.R.S.S.S. et/ou par les comités provinciaux n'ont pas été distribués dans les avantages sociaux particuliers mais ont plutôt été présentés dans les activités accessoires - bourses d'études.</p> <p>De plus, les coûts du programme de formation continue de l'établissement ont été imputés à l'administration des soins - #6000.</p> <p>2. Les coûts des congés annuels des employés en congés de maladie au montant de 88 735 \$ ont été présentés dans les dépenses non réparties (page 34).</p> <p>3. Les coûts réels des services organisés au montant de 372 335 \$ ont été évalués par l'administration et nous ne sommes pas en mesure d'identifier ces coûts qui sont imputés dans différents centres d'activité.</p>

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

C¹⁹⁸⁶ 1277-7744

01A

ANNEXE AU RAPPORT DU VÉRIFICATEUR EXTERNE

N^o. du
commentaire

Commentaires

III

Données quantitatives soumises par l'établissement non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle.

1. Unités de mesure suivantes non disponibles:

#6540 - Santé dentaire - Unité de mesure A - La personne rencontrée

#6860 - Audiologie et orthophonie - Unité de mesure A - Le malade traité

#6590 - Santé scolaire - Unité de mesure A - La personne rencontrée

#7200 - Enseignement - Unité de mesure B - La consultation - bibliothèque

Au cours de l'exercice, les services de santé dentaire, santé scolaire et orthophonie ont été transférés au C.L.S.C. local.

IV

Non conformité aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

1. L'établissement n'a pas suivi la directive 1983-052 concernant l'activité Parc de stationnement.

ANNEXE VII

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL DES CENTRES HOSPITALIERS
1985-86

19 85 - 19 86

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA	1277-7744	01

Adresse		
4-9e Rue		
Ville	Code postal	
NORANDA, Qc	J9X	2B2
Établissement <input checked="" type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Fédéral		

DÉCLARATION

Je certifie que, à ma connaissance, les données sur les ressources et les services du centre hospitalier pour l'année se terminant le 31 mars 19 86 sont exactes.



Directeur général

11 juin 1986

Date

RENSEIGNEMENTS

Personne habilitée à fournir des renseignements:

Gérard Marinovich

Nom (dactylographier)

Directeur des finances

Titre

(819) 764-5131

N° téléphone

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Notes explicatives sur les changements importants survenus durant l'année.

ANNEXEATTENTION

1)

page 6, l 10, c. 1: les jours-repas ne correspondent pas avec la page 2, l 20, c. 3; la différence est les jours hospitalisés en neurologie, à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

2)

page 3: les transferts 6050 & 6120, la différence est 6, soit transferts de 6150.

3

AS-471, le 6050 ne concorde pas avec p. 13, l 2, c. 5 du ~~SA~~
AS-477; la différence est 6060, soit: 26 416 \$.

4)

Les admissions de AS-471 du service 7500 ne concordent pas avec les lignes 2 & 3 et 16 & 17 car les lignes 3 & 17 ne sont pas des admissions mais des transferts d'une chambre à l'autre.

19 85-19 86

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUYLI-NORANDA

Code

1277-7744

Page

02

LITS, BERCEAUX ET JOURS-PRÉSENCE SELON L'UNITÉ DE SOINS

	L.	Lits au permis	Lits dressés au 31 mars	Jours-présence 1er avril au 31 mars	Jours d'absence inclus en col. 3
Soins de courte durée					
- Médecine (6051)	01	X	36	15 180	
- Chirurgie (6052)	02		36	10 209	
- Soins intensifs (6053)	03		7	2 233	
- Gynéco-obstétrique (6054)	04		30	7 146	
- Pédiatrie (6055)	05		26	3 685	
- Médecine et chirurgie (non réparties) (6056)	06		-	1 342 *	
- Psychiatrie (6120)	07		22	7 010	
- Autres (préciser)	08		-	-	
TOTAL (L.01 à L.08)	09	157	157	46 805	-
- Lits occupés pour soins de longue durée inclus aux lignes 01 à 08	10	X	-	-	-

Soins de longue durée					
- Soins de longue durée aux malades mentaux (6130)	11	-	-	-	-
- Soins de longue durée aux malades physiques (6150)	12	72	72	25 726	-
TOTAL (L.11 et L.12)	13	72	72	25 726	-

Hébergement					
- Soins aux handicapés mentaux (6140)	14	-	-	-	-
- Soins d'assistance (6160)	15	75	75	26 045	-
- Hôtellerie (6180)	16	-	-	-	-
- Foyers de groupe (6980)	17	X	-	-	-
- Pavillon (6990) (places)	18	-	-	-	-
TOTAL (L.14 à L.18)	19	75	75	26 045	-
TOTAL (L.09 + L.13 + L.19)	20	304	304	98 576	-

- Fermeture temporaire de lits au cours de l'exercice (Col. 1 et 2)	L.	Jours-présence perdus	Nombre de lits fermés	Financés à tarif réduit	Non financés
- Nombre de jours-lits des places inoccupées en pavillon (Col. 3 et 4)		1	2	3	4
	21	-	-	-	-

Soins aux nouveau-nés	L.	Berceaux et isolettes	Jours-présence 1er avril - 31 mars
		1	2
- Soins généraux (6201)	22	24	2 901
- Soins spécialisés (6202)	23	8	2 093
TOTAL (L.22 et L.23)	24	32	4 999

Lits dressés et jours-présence selon le type de chambres: (1)	L.	Lits dressés		Jours-présence	
		Courte durée	Soins de longue durée	Courte durée	Soins de longue durée
- Salles	25	46	6		
- Chambres semi-privées	26	62	60		
- Chambres privées	27	29	6		
TOTAL (L.25 à L.27)	28	157	72	46 805	25 726

(1) Ne pas inclure les unités en centre d'accueil

* 4 lits de neurologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal

115.5

77.9

87.7

65.2

38.8

91.9

87.3

77.9

95.1

41

33.1

11.8

1985- 19 86

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER ROUYN-KORANDA	1277-7744	03

Mouvement des bénéficiaires						
Bénéficiaires	L.	6050	6120	6130	6140	6200
		1	2	3	4	5
Admis au 1er avril	01	106	20	-	-	22
Admis durant l'année	02	6 639	207	-	-	781
Transferts internes (arrivées)	03	2 664	253	-	-	
Total (soignés durant l'année)	04	9 409	480	-	-	803
Sortis durant l'année	05	6 473	236	-	-	781
Décédés durant l'année	06	159	1	-	-	7
Transferts internes (départs)	07	2 700	223	-	-	-
Total des radiations durant l'année	08	9 332	460	-	-	788
Admis au 31 mars (L.04 - L.08)	09	77	20	-	-	15
Durée totale de séjour (en jours) des bénéficiaires radiés durant l'année	10	38 511	8 317	-	-	5 001

Classement des bénéficiaires selon l'âge (L.09)						
L.	0 - 17 ans	18 à 44 ans	45 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	
	1	2	3	4	5	
Soins de courte durée (6050)	11	6	23	19	11	13
Soins de courte durée (6120)	12	1	15	4	-	-
Soins de longue durée (6130)	13	-	-	-	-	-
Soins aux handicapés mentaux (6140)	14	-	-	-	-	-

Bénéficiaires	L.	6150	6160	6180	6990	6990
		1	2	3	4	5
Admis au 1er avril	15	70	72	-	-	-
Admis durant l'année	16	36	50	-	-	-
Transferts internes (arrivées)	17	35	-	-	-	-
Total (soignées durant l'année)	18	141	122	-	-	-
Sortis durant l'année	19	18	39	-	-	-
Décédés durant l'année	20	22	14	-	-	-
Transferts internes (départs)	21	29	-	-	-	-
Total des radiations durant l'année	22	69	53	-	-	-
Admis au 31 mars (L.18 - L.22)	23	72	69	-	-	-
Durée totale de séjour (en jours) des bénéficiaires radiés durant l'année	24	17 131	11 235	-	-	-

Classement des bénéficiaires selon l'âge (L.23)						
L.	0 - 17 ans	18 à 44 ans	45 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	
	1	2	3	4	5	
Soins de longue durée (6150)	25	-	2	12	12	46
Soins d'assistance (6160)	26	-	-	1	9	59
Hôtellerie (6180)	27	-	-	-	-	-
Pavillon (6990)	28	-	-	-	-	-

1985- 19 86

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER ROUYA-NORANDA	1277-7744	04

DÉCÈS, MORT-NÉS AU C.H., DÉCÈS À L'ARRIVÉE, CORPS REÇUS AU C.H. ET AUTOPSIES				
Description	L.	Nombre de décès	Nombre d'autopsies	
			Au C.H.	A l'extérieur du C.H.
			2	3
Adultes et enfants				
Total des décès de bénéficiaires admis	01	196	49	1
Décès des bénéficiaires externes	02	8	-	-
Nouveau-nés				
Total des décès des nouveau-nés	03	7	-	-
Nouveau-nés décédés dans les sept (7) jours après la naissance (inclus à la ligne 03 col. 1)	04	3	 	
Mort-nés au C.H.	05	7	6	
Personnes décédées à l'arrivée	06	64		
Corps reçus au C.H.	07	37	37	
Total (L.01 + L.02 + L.03 + L.05 + L.06 + L.07)	08	 	92	1

Bloc obstétrical et pouponnière	L.	Nombre durant l'année
		1
Nombre de mères ayant accouché (d'enfants vivants ou mort-nés)	09	732
Nombre de césariennes (inclus à la ligne 09 col. 1)	10	164
Nombre de mères décédées	11	0
Nombre d'enfants nés vivants atteints de malformations congénitales	12	16
Nombre de nouveau-nés ayant reçu le test P.K.U.	13	748
Nombre de nouveau-nés vivants pesant moins de 2 500 g.	14	67
Nombre de nouveau-nés vivants pesant plus de 2 500 g.	15	714
Admissions post-natales de nouveau-nés (avec ou sans la mère)	16	0
TOTAL des admissions de nouveau-nés (L.14 + L.15 + L.16)	17	781

Jours-présence durant l'année selon l'organisme responsable du paiement	L.	Jours-présence		
		Courte durée	Longue durée	Pouponnière
		1	2	3
Ministère de la Santé et des Services sociaux	18	46 479	25 361	4 999
Gouvernement fédéral	19	-	-	-
C.S.S.T.	20	135	365	
Non résidents du Québec				
Résidents canadiens	21	134	-	-
Non canadiens	22	7	-	-
Soins non assurés	23	-	-	-
TOTAL (L.18 à L.23)	24	46 805	25 726	4 999

1985-1986

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER ROUYE-MORANDA	1277-7744	06

Centres d'activités	L.	Bénéficiaires admis	Bénéficiaires inscrits		Bénéficiaires enregistrés	Fournis à d'autres établissements	Total
			Responsabilité du MSSS	Responsabilité Autres			
		1	2	3	4	5	6
Hémodynamie (c/a 6750) effectuées au C.H.	01	-	-	-	-	-	● -
Nombre d'exams effectués par d'autres C.H.	02	-	-	-	-	-	● -
Électrocardiographie (c/a 6780) effectuées au C.H.	03	3 590	2 952	-	5 822	-	● 12 364
Examens pondérés effectués par d'autres C.H.	04	-	-	-	-	-	● -
Électroencéphalographie (C.A. 6770) effectuées au C.H.	05	99	294	-	615	-	● 1 008
Examens pondérés effectués par d'autres C.H.	06	-	-	-	-	-	● -
Médecine nucléaire (c/a 6780) effectuées au C.H.	07	-	-	-	-	-	● -
Unités techniques - in vivo effectuées par d'autres C.H.	08	-	-	-	-	-	● -

Soins infirmiers de jour (c/a 6070)	L.	Pour chirurgie	Pour traitement ou diagnostic	Total
		1	2	3
Nombre de bénéficiaires	09	2 693	239	● 2 932

Alimentation (c/a 7550) (Nombre de jours-repas préparés durant l'année)	L.	Bénéficiaires admis	Bénéficiaires externes	Personnel	Visiteurs	Fournis à d'autres établissements	Total
		1	2	3	4	5	6
Nombre de jours-repas préparés au C.H.	10	97 234	3 557	13 119	2 301	-	● 116 211
Nombre de jours-repas achetés ailleurs	11	-	-	-	-	-	● -

Buanderie et lingerie (c/a 7600) (Nombre de kilogrammes (kg) de poids du linge souillé avant le blanchissage)	L.	Pour le C.H.	Fournis à d'autres établissements
		1	2
Au C.H.	12	531 202	16 066
À l'extérieur	dans un autre C.H.	13	-
	services communautaires	14	-
	services privés	15	-

Stationnement (c/a 0500)	L.	OPÉRÉ PAR CONCESSIONNAIRE		OPÉRÉ PAR ÉTABLISSEMENT	
		Nombre de places		Nombre de places	
		Payantes	Non payantes	Payantes	Non payantes
		1	2	3	4
Employé(es)	16	-	-	-	210
Visiteurs	17	-	-	-	-
Total (L.16 + L.17)	18	-	-	-	210

19 85 -19 86

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER ROUYG-NORANDA	1277-7744	07

BANQUE DE SANG	L.	UNITES REÇUES		Unités prélevées par le C.H.	Unités perimées retournées à la Croix-rouge
		Croix-rouge	Autres C.H.		
		1	2		
Sang total	01	-	-	94	12
Culot globulaire	02	1 032	-	-	106
Sang lavé	03	113	-	-	5
Conc. plaquettes	04	68	-	-	X
Conc. leucocytes	05	-	-	-	
Cryoprotéine	06	53	-	-	
Concentré Facteur VIII	07	339	-	-	
Concentré Facteur IX	08	103	-	-	
Gamma glob.	09	90	-	-	
Anti Rh (D) - 120 VG	10	181	-	-	
- 240 VG	11		-	-	
Albumine 25% - 5% - 20 ml	12	-	-	-	
- 50 ml	13	16	-	-	
- 100 ml	14	256	-	-	
- 500 ml	15	-	-	-	
VZIG	16	-	-	-	
Anti HBS	17	10	-	-	

Nombre total de malades ayant subi des transfusions	18	431
---	----	-----

Nombre de réactions transfusionnelles	L.	Labo du CH	Croix-rouge	Autres labo
		1	2	3
		- ayant été rapportées au C.H.	19	9
- ayant fait l'objet d'une enquête par	20	9	1	-

Coût des produits sanguins achetés de sources commerciales pour la banque de sang	L.	Albumine	Concentrés facteur VIII	Concentrés facteur IX	Autres produits (préciser)
		1	2	3	4
		21	-	-	-

1985-1986

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUYA-NORANDA

Code

1277-7744

Page

08

RADIOLOGIE

Radiodiagnostic (c/a 8830) (nombre d'examens) (1)	L.	Bénéficiaires admis	Bénéficiaires externes		Fournis à d'autres établissements	Total
			Inscrits	Enregistrés		
			1	2		
Tomographie par ordinateur	01	-	-	-	-	● -
Crâne et contenu	02	156	707	340	-	● 1 203
Sinus, mastoïdes et face	03	157	1 247	598	-	● 1 982
Colonne et contenu	04	216	1 883	2 143	-	● 4 247
Membres supérieurs	05	116	2 800	1 947	-	● 3 863
Membres inférieurs	06	191	3 026	1 254	-	● 4 471
Thorax	07	3 491	5 734	4 535	-	● 13 810
Abdomen	08	443	741	95	-	● 1 279
Tube digestif	09	777	806	2 774	-	● 4 357
Système génito-urinaire	10	414	358	406	-	● 1 178
Études spéciales	11	139	353	749	-	● 1 241
Fluoroscopie diagnostique	12	206	5	1	-	● 212
Angioradiologie (angiographie)	13	78	36	52	-	● 166
Échographie (ultrasonographie)	14	488	463	2 153	-	● 3 104
TOTAL (L.01 à L.14)	15	6 852	18 164	16 097	-	● 41 113

(1) Un examen correspond à l'ensemble des procédures nécessaires à l'établissement d'un diagnostic.

Radiodiagnostic (c/a 8830) Nombre total d'unités techniques provinciales	L.	Bénéficiaires admis	Bénéficiaires inscrits		Bénéficiaires enregistrés	Fournis à d'autres établissements	Total
			Resp. MSSS	Autres resp.			
			1	2			
Effectuées au C.H.	16	109 395	178 366	-	230 581	-	● 513 842
Effectuées à l'extérieur	17	-	-	-	-	 	● -

Radiothérapie (c/a 8840) Nombre de traitements	L.	Bénéficiaires admis	Bénéficiaires inscrits		Fournis à d'autres établissements	Total
			Resp. MSSS	Autres resp.		
			1	2		
Effectués au C.H.	18	-	-	-	-	● -
Effectués par d'autres C.H.	19	-	-	-	-	
TOTAL (L.18 + L.19)	20	-	-	-	-	● -

**RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS**

19 85-19 86

Nom du centre hospitalier CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA	Code 1277-7744	Page 09
--	--------------------------	-------------------

CENTRES D'ACTIVITÉS	L.	Bénéficiaires admis	Bénéficiaires externes		Fournis à d'autres établissements	Total
			MSSS	Autres responsabilités		
			1	2		
Services ambulatoires (c/a 6300) Nombre de visites	01	464	91 766	-	XXXX	92 230
Services ambulatoires psychiatriques (c/a 6310) Nombre de visites	02	-	5 006	-	XXXX	5 006
Inhalothérapie (c/a 6350) Nombre de séances	03	22 521	592	-	-	25 113
Nombre d'unités techniques provinciales	04	350 669	11 978	-	-	362 647
Hémodialyse (c/a 6790) Nombre de traitements au C.H.	05	-	-	-	-	-
Nombre de traitements à domicile	06	XXXX	-	-	XXXX	-
Audiologie et orthophonie (c/a 6880) Nombre de malades traités	07	24	1 241	-	-	1 265
Physiothérapie (c/a 6870) Nombre d'unités pondérées	08	95 949	437 001	-	-	532 950
Nombre de visites-malades	09	3 092	15 619	-	-	18 711
Ergothérapie (c/a 6880) Nombre d'unités pondérées	10	-	-	-	-	-
Nombre de malades traités	11	-	-	-	-	-

Bloc opératoire (c/a 6260)	L.	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures-présence des bénéficiaires
		1	2
Admis	12	3 203	3 158
6070 - responsabilité MSSS	13	2 693	1 411
6070 - autres responsabilités	14	-	-
Inscnts-responsabilités MSSS	15	-	-
Inscnts-autres responsabilités	16	-	-
Fournis à d'autres établissements	17	-	-
TOTAL (L.12 à L.17)	18	5 901	4 569

19 85-19 86

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUY, J.-JORANDA

Code

1277-7744

Page

10

CLINIQUES SPÉCIALISÉES

Nombre de visites

Admis

Inscrits

1

2

Alcoolisme et toxicomanie

01

-

-

Allergie

02

-

-

Arthrite et rhumatisme

03

-

254

Cancer

04

-

-

Cardiologie

pédiatrie

05

1

84

adultes

3

143

Dermatologie

06

-

417

Maladies endocriniennes et métaboliques (sauf soins pour diabétiques, voir L.15)

pédiatrie

07

-

174

adultes

2

729

Maladies gastro-intestinales

08

-

-

Chirurgie générale

09

-

4 038

Gynécologie-obstétrique (y compris les consultations pour nourrissons)

10

3

3 635

Neurologie

pédiatrie

11

11

345

adultes

17

763

Ophtalmologie

12

370

5 743

Orthopédie

13

2

1 328

Oto-rhino-laryngologie

14

55

3 798

Soins diabétiques

15

-

-

Tuberculose

16

-

-

Urologie

17

2

2 427

Maladies transmises sexuellement

18

-

-

Nombre de lits d'observation à l'urgence

19

10

TRANSPORT DES MALADES (c/a 7400)

NOMBRE DE MALADES TRANSPORTÉS

MODES DE TRANSPORT

L

7401

7402

7403

- 65 ans

65 ans +

- 65 ans

65 ans +

Véhicule ambulance

20

45

12

338

102

493

Véhicule de l'établissement

21

-

-

65

14

Autres - transport en commun etc.

22

23

4

TOTAL (L.20 à L.22)

23

68

16

403

116

19 85-19 36

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

Code

1277-7744

Page

11

RÉPARTITION DU PERSONNEL RÉGULIER AU 31 MARS

ACTIVITES PRINCIPALES

	L.	Personnel régulier		Départs durant l'année du personnel régulier à temps complet
		à temps complet	à temps partiel	
		1	2	3
Administration des soins (6000)	01	9	8	-
Soins infirmiers de courte durée (6050)	02	77	67	2
Soins infirmiers de jour (6070)	03	-	2	-
Soins de courte durée aux malades mentaux (6120)	04	10	7	2
Soins de longue durée aux malades mentaux (6130)	05	-	-	-
Soins aux handicapés mentaux (6140)	06	-	-	-
Soins infirmiers de longue durée aux malades physiques (6150)	07	25	27	2
Soins d'assistance (6160)	08	6	7	1
Soins à domicile (6170)	09	-	-	2
Hôtellerie hospitalière (6180)	10	-	-	-
Soins aux nouveau-nés (6200)	11	10	14	-
Bloc obstétrical (6230)	12	5	6	2
Bloc opératoire (6260)	13	17	3	-
Services ambulatoires (6300)	14	16	17	-
Services ambulatoires psychiatriques (6310)	15	6	1	1
Centre de stérilisation et de distribution (6320)	16	10	-	2
Inhalothérapie (6350)	17	3	-	-
Santé au travail (6500)	18	-	-	-
Aide à domicile (6530)	19	-	-	-
Santé dentaire (6540)	20	-	-	2
Prévention (6580)	21	-	-	13
Santé scolaire (6590)	22	-	-	3
Laboratoires (6600)	23	30	3	2
Hémodynamie (6750)	24	-	-	-
Électrocardiographie (6760)	25	3	-	1
Électro-encéphalographie (6770)	26	1	-	-
Médecine nucléaire (6780)	27	-	-	-
Hémodialyse (6790)	28	-	-	-
Pharmacie (6800)	29	5	-	1
Radiodiagnostic (6830)	30	19	2	-
Radiothérapie (6840)	31	-	-	-
Audiologie et orthophonie (6860)	32	1	-	1
Physiothérapie (6870)	33	0	1	-

19 85 19 86

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier		Code	Page	
CENTRE HOSPITALIER ROUYI-NORANDA		1277-7744	12	
RÉPARTITION DU PERSONNEL RÉGULIER AU 31 MARS (suite)	L.	Personnel régulier		Départs durant l'année du personnel régulier à temps complet
		à temps complet	à temps partiel	
		1	2	
Ergothérapie (6880)	01	-	-	-
Activités dirigées (6890)	02	3	1	1
Réinsertion et réintégration sociale (6900)	03	1	-	-
Psychologie (6920)	04	-	-	-
Centre de jour (6970)	05	-	-	-
Foyers de groupe (6980)	06	-	-	-
Pavillon (6990)	07	-	-	-
Enseignement (7200)	08	-	-	-
Administration générale (7300)	09	39	3	1
Administration des services hospitaliers (7310)	10	-	-	-
Administration des services auxiliaires (7320)	11	3	-	-
Administration de la santé communautaire (7330)	12	-	-	-
Transport des malades (7400)	13	-	-	-
Archives médicales (7500)	14	17	1	-
Accueil, communications et transport général (7520)	15	16	11	1
Alimentation (7550)	16	30	3	3
Buanderie et lingerie (7600)	17	14	1	-
Entretien ménager (7640)	18	39	-	2
Fonctionnement des installations (7700)	19	6	-	4
Services de sécurité (7710)	20	-	-	-
Entretien et réparations des installations (7800)	21	17	-	-
Activités spéciales (7990)	22	-	-	-
Total des activités principales (P.11, L.01 à L.33 + P.12, L.01 à L.22)	23	444	185	49
ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
Recherche (0100)	24	-	-	-
Projets pilotes (0150)	25	-	-	-
Santé au travail (0200)	26	-	-	5
L'enseignement médical (0250)	27	-	-	-
Internes et résidents en médecine (0260)	28	-	X	X
Consultations externes dentaires (0300)	29	-	-	-
Prothèses et appareils orthopédiques (0350)	30	-	-	-
Parc de stationnement (0500)	31	-	-	-
Cantine et casse-croûte (0550)	32	-	-	-
Autres activités accessoires (préciser en annexe)	33	-	-	-
Total des activités accessoires (L.24 à L.33)	34	-	-	5
Personnel cadre inclus aux lignes 23 et 34	35	43	2	3

**RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS**

19 85-19 86

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUYET-GORANGDA

Code

1277-7744

Page

13

RÉPARTITION DES HEURES RÉMUNÉRÉES DU PERSONNEL DES SOINS INFIRMIERS

Description	L.	Infirmiers(ères)	Infirmiers(ères) auxiliaires	Préposés(ées) aux bénéficiaires	Autre personnel	Total
		1	2	3	4	5
Administration des soins (6000)	01	16 006	23	614	6 002	● 22 645
Soins infirmiers de courte durée (6050)	02	172 431	71 750	29 986	6 441	● 280 608
Soins infirmiers de jour (6070)	03	2 060	1 364	-	-	● 3 924
Soins de courte durée aux malades mentaux (6120)	04	31 047	2 324	16 351	1 493	● 51 220
Soins de longue durée aux malades mentaux (6130)	05	-	-	-	-	● -
Soins aux handicapés mentaux (6140)	06	-	-	-	-	● -
Soins infirmiers de longue durée aux malades physiques (6150)	07	25 236	53 636	26 275	5 713	● 110 860
Soins d'assistance (6160)	08	219	246	40 420	1 128	● 42 013
Soins à domicile (6170)	09	3 902	-	-	985	● 4 887
Hôtiellere hospitalière (6180)	10	-	-	-	-	● -
Soins aux nouveau-nés (6200)	11	41 436	15 790	1 250	-	● 58 476
Bloc obstétrical (6230)	12	16 212	-	23	-	● 16 235
Bloc opératoire (6260)	13	27 790	248	6 683	6 657	● 41 378
Services ambulatoires (6300)	14	46 297	7 654	6 579	6 839	● 67 369
Services ambulatoires psychiatriques (6310)	15	2 122	-	24	12 533	● 14 679
Centre de stérilisation et de distribution (6320)	16	1 803	-	-	18 144	● 19 947
Inhalothérapie (6350)	17	-	-	-	9 958	● 9 958
Hémodialyse (6790)	18	-	-	-	-	● -
Autres centres d'activités: 6540, 6580, 6590, et autres préciser en annexe	19	18 381	-	-	 	● 18 381
TOTAL (L.01 à L.19)	20	404 942	153 535	128 205	75 898	● 762 580

Personnel des soins infirmiers au 31 mars selon la classe d'emploi	L.	Personnel régulier		Départs durant l'année	Total cumulatif des heures rémunérées
		à temps complet	à temps partiel	régulier à temps complet	
		1	2	3	4
Directeurs(trices) et adjoints(es)	21	1	-	-	1 349
Coordonnateurs(trices)	22	6	2	-	14 274
Chefs d'unités	23	11	-	1	20 920
Assistants chefs d'unités ou moniteurs(trices)	24	15	5	1	29 373
Chefs d'équipe	25	-	-	-	-
Autres infirmiers(ères)	26	63	82	18	338 526
Infirmiers(ères) auxiliaires	27	32	35	2	153 535
Préposés(ées) aux bénéficiaires	28	29	26	1	128 205
Autre personnel	29	31	3	4	75 898
TOTAL (L.21 à L.29)	30	193	153	27	762 580

1985-1986

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUYEN-NORANDA

Code

1277-7744

Page

14

PERSONNEL PARAMÉDICAL ET CLÉRIICAL (Médecins exclus)
RÉPARTITION DU PERSONNEL, DES DÉPARTS ET DES HEURES RÉMUNÉRÉES DURANT L'ANNÉE

PERSONNEL PARAMÉDICAL ET CLÉRIICAL	L.	Personnel régulier		Départs du personnel régulier à temps complet	Heures rémunérées
		à temps complet	à temps partiel		
		1	2		
Laboratoire (c/a 6600)					
Biochimistes (incluant Ph. D. non-médecin)	01	1	-	-	1 827
Microbiologistes	02	1	-	-	1 814
Ingénieurs biomédicaux	03	-	-	-	-
Autres scientifiques de laboratoire	04	-	-	-	-
Technologistes médicaux, ou diplômés en technologie médicale	05	14	2	2	41 797
Autre personnel technique	06	8	-	-	18 757
Autre personnel du laboratoire	07	6	1	-	15 983
TOTAL (L.01 à L.07)	08	30	3	2	80 183
Radiodiagnostic et radiothérapie (c/a 6830 & 6840)					
Techniciens(nes) en radiologie	09	11	-	-	23 853
Autre personnel technique	10	5	-	-	11 459
Autre personnel de la radiologie	11	3	2	-	12 957
TOTAL (L.09 à L.11)	12	19	2	-	48 274
Médecine physique et réadaptation (c/a 6860, 6870, 6880, 6890)					
Physiothérapeutes ou diplômés en physiothérapie	13	4	1	-	6 598
Techniciens(nes) en réadaptation	14	1	-	-	7 860
Préposés(ées) en physiothérapie	15	1	-	-	2 093
Ergothérapeutes	16	-	-	-	-
Préposés(ées) en ergothérapie	17	-	-	-	-
Audiologistes-orthophonistes	18	1	-	1	3 268
Autres thérapeutes	19	-	-	-	-
Récréologues	20	-	-	-	-
Autre personnel de la médecine physique et réadaptation	21	3	1	1	10 447
TOTAL (L.13 à L.21)	22	10	2	2	30 266
Pharmacie (c/a 6600)					
Pharmaciens(nes)	23	2	-	1	6 749
Infirmiers(ères)	24	-	-	-	-
Infirmiers(ères) auxiliaires	25	-	-	-	-
Assistant(s)es technicien(s)es	26	3	-	-	5 843
Commis à la pharmacie	27	-	-	-	-
Autres	28	-	-	-	-
TOTAL (L.23 à L.28)	29	5	-	1	12 592

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

1985-1986

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

Code

1277-7744

Page

15

Autre personnel paramédical	L.	Personnel régulier		Départs du personnel régulier à temps complet	Heures remunérées
		à temps complet	à temps partiel		
		1	2		
Techniciens(nes) en inhalothérapie et en anesthésie	01	3	-	-	9 798
Techniciens(nes) en électroencéphalographie	02	-	-	-	-
Psychologues	03	4	-	-	7 308
Travailleurs sociaux professionnels	04	-	-	-	-
Archivistes médicaux	05	3	-	-	5 327
Diététistes	06	2	-	2	4 568
TOTAL (L.01 à L.06)	07	12	-	2	27 001

EFFECTIFS MÉDICAUX au 31 mars

Spécialistes	L.	MEMBRES		Résidents
		Actifs	Consultants	
		1	2	
Allergiste	08	-	1	-
Anatomo-pathologiste	09	1	1	0
Anesthésiste-réanimateur	10	2	11	-
Biochimiste (médecin)	11	-	-	-
Cardiologue	12	-	13	-
Chirurgien (chirurgie cardio-vasculaire)	13	1	1	-
Chirurgien général	14	3	1	-
Chirurgien orthopédiste	15	1	-	-
Chirurgien plasticien (chirurgie plastique et reconstructive)	16	-	-	-
Chirurgien (chirurgien thoracique)	17	-	2	-
Dermatologue et syphiligraphie	18	-	1	-
Endocrinologue	19	-	4	-
Gastro-entérologue	20	-	-	-
Gynécologue	21	-	2	-
Hématologue	22	-	1	-
Hygiéniste en santé publique	23	-	-	-
Interniste	24	3	-	-
Médecin microbiologiste	25	-	1	-
Médecin spécialiste en médecine nucléaire	26	-	-	-
Néphrologue	27	-	-	-
Neurochirurgien	28	-	-	-

19 85-19 86

RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

Code

1277-7744

Page

16

EFFECTIFS MÉDICAUX (suite)

Spécialistes	L.	MEMBRES		Résidents
		Actifs	Consultants	
		1	2	
Neuropsychiatre	01	-	-	-
Neurologue	02	-	6	-
Obstétricien	03	-	-	-
Obstétricien-gynécologue	04	2	-	-
Ophthalmologiste	05	2	-	-
Oto-rhino-laryngologiste	06	-	4	-
Pathologiste clinique	07	-	-	-
Pédiatre	08	3	10	-
Physiatre	09	-	-	-
Pneumologue	10	-	10	-
Psychiatre	11	1	8	1
Radiologiste (radiologie-diagnostique)	12	1	31	-
Radiologiste (radiologie-thérapeutique)	13	-	-	-
Rhumatologue	14	-	2	-
Urologue	15	1	-	-
Autres (préciser) médecine vasculaire	16	-	4	-
Sous-total (P.15, L.08 à L.28 + P.16, L.01 à L.16)	17	21	114	1

Médecine dentaire

Chirurgien buccal et maxillo-facial	18	-	2	-
Autres spécialités: Endodontie, hygiène dentaire publique, médecine buccale, orthodontie, pédiodontie, périodontie, prosthodontie	19	-	-	-
Chirurgien - dentiste	20	9	-	-
Sous-total (L.18 à L.20)	21	9	2	-

**RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL
DES CENTRES HOSPITALIERS**

19 85-19 86

Nom du centre hospitalier

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

Code

1277-7744

Page

17

SANTÉ COMMUNAUTAIRE**Spécialistes**

L.

MEMBRES**Résidents****Actifs****Consultants**

1

2

3

Médecin de l'environnement

01

-

-

-

Médecin du travail

02

1

-

-

Sous-total (L.01 + L.02)

03

1

-

-

Omnipraticiens

Médecin (médecine générale)

04

23

-

-

Médecin (médecine familiale)

05

5

-

2

Sous-total (L.04 + L.05)

06

28

-

2

TOTAL (P.16, L.17 + L.21 + P.17, L.03 + L.06)

07

59

116

3

Internes

L.

Nombre

1

En médecine

08

-

En médecine dentaire

09

-

TOTAL (L.08 + L.09)

10

-

ANNEXE VIII

TABLEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE MESURES
ET DES COÛTS UNITAIRES



Centre hospitalier régional
de la Mauricie

TABLEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE
MESURE ET DES COUTS UNITAIRES

1984-1985

CENTRES D'ACTIVITÉS	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA	C.M. MÉTÉ- DUM de MONTANA
7700- Fonct. des instal- -lations	77,479	75,510	182,495	91,563	106,161	136,060	91,151	96,717	93,400	92,783	153,753	119,190	43,130	104,579			
MÉTÉ- DUM	56,916	75,949	182,787	158,755	111,167	91,000	160,152	149,772	135,281	153,196	121,514	202,826	118,881	128,985			
MÉTÉ- DUM	0,1159	0,0066	0,0756	0,1129	0,2635	0,1035	0,0065	0,1595	---	0,0466	0,0133	0,0995	0,1212	0,1255			
MÉTÉ- DUM	1,1316	9,3719	6,1882	8,1740	9,4255	4,8002	10,8578	11,6578	3,4403	6,9576	6,0181	8,5070	6,4049	7,9579			
MÉTÉ- DUM	11,0622	9,0736	6,1855	5,5095	9,4931	6,0646	6,5978	7,5282	2,3857	4,2738	7,4147	5,0047	4,9714	6,5135			
7710- Services de stérilise- -ment	75,600	75,749	39,566	33,292	25,296	36,938	31,177	38,638	29,300	31,531	47,113	40,515	21,813	30,992			
MÉTÉ- DUM	56,916	75,949	182,787	158,755	111,167	91,000	160,152	149,772	135,281	153,196	121,514	202,826	118,881	128,985			
MÉTÉ- DUM	0,1195	0,5157	0,4881	0,8179	0,4577	0,3500	0,4981	0,5064	0,7494	0,5331	0,4652	0,7239	0,7218	0,5939			
MÉTÉ- DUM	1,1309	5,5748	5,2820	6,5250	6,4816	2,4456	5,3971	5,4042	6,6710	3,9511	5,9391	1,7180	5,1207	5,2906			
MÉTÉ- DUM	0,5096	1,1491	1,2710	1,3883	1,4632	1,0715	0,8004	1,1777	1,4666	0,8167	2,0015	1,4810	3,7068	7,2219			
7710- Entretien et ré- -parations des -installations	77,479	73,574	162,495	91,036	106,161	136,060	91,151	96,717	93,400	92,783	153,753	119,190	43,130	104,579			
MÉTÉ- DUM	56,916	75,949	182,787	158,755	111,167	91,000	160,152	149,772	135,281	153,196	121,514	202,826	118,881	128,985			
MÉTÉ- DUM	0,1223	0,2831	0,1806	0,3411	0,2407	0,2113	0,2681	0,3351	0,3736	0,4207	0,2341	0,3275	0,2767	0,29071			
MÉTÉ- DUM	3,7117	2,8005	4,4803	13,1024	9,4216	5,3071	12,6877	12,0005	11,0064	12,0560	6,4856	12,4165	8,4576	9,2775			
MÉTÉ- DUM	3,0830	7,2801	6,3856	1,1915	9,1135	7,4793	8,3151	8,2681	8,0487	7,5005	8,2331	6,4555	5,9126	7,4285			

Centre Hospitalier Régional de la Mauricie

TABLEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE MESURE ET DES CÔÛTS UNITAIRES

1984-1985

	C.M. HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY	C.M. HÔTEL-DIEU DE LAVAL	C.M. HÔTEL-DIEU DE ST-JACQUES	C.M. HÔTEL-DIEU DE VALLEYFIELD	C.M. HÔTEL-DIEU DE SOREL	C.M. RÉGIONAL DE RIMOUSKI	C.M. RÉGIONAL DE QUÉBEC	C.M. ST-JOSEPH DE FLEURY	C.M. HÔPITAL ROYAL MONTMAGNY	C.M. HÔPITAL GÉNÉRAL DE LA MAURICIE	C.M. HÔPITAL GÉNÉRAL DE LA MAURICIE
7111- Transport aux services de santé services ambulatoires	137	245	400	257	257	614	382	240	497	1,294	290
Médicamente transporté	144,2348	194,5184	609,1294	194,5175	151,5754	345,0222	95,2251	91,2542	455,4943	95,4744	274,2049
7112- Transport aux services ambulatoires	510	845	1,406	1,853	987	1,277	1,190	437	469	1,594	1,234
Médicamente transporté	113,6510	99,7454	94,4800	85,7359	90,4974	100,3222	77,2112	101,5902	84,5946	129,4050	87,9790
7113- Archives médicales	14,484	43,495	39,438	31,322	21,246	54,451	35,911	41,006	40,347	54,443	30,439
Admission, visite, pnc.	0,9977	0,5356	0,9552	1,0432	0,9809	0,8992	1,4425	1,0104	0,8047	0,8045	1,2445
Mais adm./adm. vis. pnc.	18,9448	6,9127	11,5534	13,1081	12,4535	11,2594	18,7455	11,6054	9,7229	11,4625	13,4230
7114- Accueil, communi- cation, transport global	45,412	91,103	60,733	44,112	21,245	102,611	127,435	91,497	94,221	14,401	91,774
Jour-patient	16,464	43,495	26,814	35,322	21,246	34,451	35,911	41,006	40,347	54,443	30,439
Costes/adm. vis. pnc.	19,4221	21,2024	10,3049	24,1506	24,2499	16,5000	34,0462	14,9362	17,4197	21,9355	34,439
Costes/jour-pnc.	7,0944	10,0918	4,2300	11,9137	9,4725	8,2922	10,4112	8,2860	7,3082	9,4749	13,4230
7115- Administration	67,578	217,537	47,349	111,998	97,703	124,453	151,575	129,295	115,914	122,231	122,481
Jour-sejour	0,2835	0,8235	0,2974	0,4224	0,4515	0,2194	0,4649	0,4084	0,4923	0,4422	0,2929
Mais adm./jour-sejour	12,0374	12,9613	15,0049	13,4830	15,1309	13,4036	18,0089	15,1777	14,5094	13,5955	12,3346
7116- Soins et en- gagement de long	341,291	950,434	391,444	517,282	479,231	534,972	956,433	528,143	506,435	422,321	531,226
Admission de long	56,916	130,615	75,949	711,142	94,000	140,152	149,772	135,241	121,584	121,744	121,421
Jour-patient	4,3831	7,2782	5,1540	4,4533	4,4952	3,8171	6,2846	3,9406	4,1637	4,2628	4,4477
Costes/jour-pnc.	1,0315	0,9274	1,0384	0,9800	0,9946	1,0009	0,8749	1,1623	0,9235	1,0265	0,9392
7117- Entretien ménage	25,649	31,302	25,249	26,125	34,931	31,217	32,431	29,300	41,113	18,253	21,433
Mais coût	34,416	130,615	162,287	111,142	94,000	140,152	149,772	135,241	121,584	121,744	121,421
Jour-patient	1,4598	3,3191	3,0907	2,9065	2,3873	3,3281	3,9035	4,0312	3,4279	4,2128	2,2307
Costes/adm. vis. pnc.	15,9732	35,2668	33,3430	32,3133	26,0274	34,4934	43,4725	43,4674	37,2613	32,2427	31,7205
Costes/jour-patient	7,2885	1,8781	4,2562	7,5951	9,4117	8,1186	9,4745	9,4159	9,2113	11,3091	6,8222



centre hospitalier régional
de la mauricie

TABLEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE
MESURE ET DES CÔÛTS UNITAIRES

1984-1985

CENTRES D'ACTIVITÉS	C.M. HÔPITAL- DIEU DE MONTMAGNY	C.M. HÔPITAL-DIEU DE RIV. DE LOUP	C.M. HÔPITAL-DIEU DE MONTE- MORACA	C.M. HÔPITAL-DIEU DE ST-JÉROME	C.M. VALLEY- FIELD	C.M. HÔPITAL-DIEU DE SARCEL	C.M. RÉGIONAL DE RUMOUAUX	C.M. RÉGIONAL DE OULOUAUX	C.M. ST-VINCENT DE PAUL	C.M. ST-JOSEPH DE TR-ROUILLÉE	C.M. BOUYN MONTAIGNE	Laboratoire Général Hospitalier	C.M. HÔPITAL-DIEU DE LA MONTAIGNE	C.M. RÉGIONAL DE LA MONTAIGNE
6910- Thérapie par l'oc- cupation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,417	-	-	22,417
Journaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0020	-	-	1,0020
6910- Services de psychi- atrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	-	1,459	3,494	7,950	3,945	1,440	-	-	1,160	-	-	1,244	2,573	2,940
Mes adm./entente	-	3,1975	2,7435	2,4463	3,4976	2,4044	-	-	1,5640	-	-	2,4344	4,3572	2,9507
Coûts/entente	-	50,6881	67,8475	57,5014	63,0713	55,7171	-	-	41,4303	-	-	72,3232	82,5645	63,9044
7100- Enseignement	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Séminaires-Étudiants	-	-	405	-	-	-	-	-	1,237	51	-	-	2,172	1,167
Consultations-biblioth.	-	5,110	17,033	2,105	415	-	-	-	2,771	3,290	-	-	5,520	4,465
Coûts/sem. - Étudiants	-	-	486,5975	-	-	-	-	-	136,2723	1487,0388	-	-	36,3983	40,3678
Coûts/cons. - biblioth.	-	1,0015	11,5700	16,1686	67,6506	-	-	-	37,1976	73,0517	-	-	14,7926	33,6733
7103- Bibliothèque mé- dicale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Consultations-biblioth.	-	5,110	-	-	415	-	565	-	3,277	3,290	-	-	2,044	3,490
Coûts/cons. - biblioth.	-	16,3137	-	-	62,6506	-	69,2584	-	14,8195	18,4976	-	-	6,5933	8,6932
7100- Administration générale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coûts 7100/Coûts Coûts de l'Établissement	0,0113	0,0036	0,0019	0,0131	0,1074	0,0044	0,0972	0,1080	0,0007	0,0107	0,1651	0,0047	0,0717	2,1216
7101- Bureaux généraux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coûts 7101/Coûts Coûts de l'Établissement	-	0,0490	0,0554	0,0455	0,0432	0,0094	0,0442	0,0603	0,0434	0,0402	0,0561	-	0,0393	0,0133
7102- Administration fi- nancière	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coûts 7102/Coûts Coûts de l'Établissement	-	0,0283	0,0245	0,0191	0,0369	0,0284	0,0310	0,0213	0,0195	0,0263	0,0301	0,0311	0,0201	0,0299



Centre hospitalier régional
de la Mauricie

TABLEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE
MESURE ET DES COÛTS UNITAIRES

1984-1985

CENTRES D'ACTIVITÉS	C.M. ASCL- Dion de Montemay	C.M. MCCCL-Dion Antabaska	C.M. MCCCL-Dion de Lac de Loup	C.M. Hôtel-Dieu Mauricie	C.M. MCCCL-Dion de St-Jovite	C.M. de Valley- field	C.M. Hôtel-Dieu de Sorel	C.M. Régional de Rimouski	C.M. Régional de Ostervaux	C.M. St-Vincent de Paul	C.M. St-Joseph de St-Eustache	C.M. Rouyn Normand	Laboratoire Général Hospitalier	C.M. Hôtel-Dieu de Lévesque Mauricie	C.M. Régional de la Mauricie
Un. Tech. priv.	311,885	617,467	410,831	587,835	436,819	913,173	808,560	683,880	610,656	654,643	817,176	1,118,855	632,376	683,930	
Un. Tech./Méd. adm.	15,3268	14,4023	13,3421	13,3956	9,4614	12,1924	12,1648	12,6331	10,8534	11,3134	12,9121	12,8144	12,4329		
Coûts/Un. Tech. priv.	1,8632	1,3728	1,5591	1,4081	1,8167	1,4707	1,8899	1,5595	1,8166	1,8742	1,4738	1,3910	1,4879		
6110- Radiologie	-	-	-	70	35	-	-	-	-	-	-	-	699		
Traitement	-	-	-	9,7818	23,4080	-	-	-	-	-	-	-	4,5698		
Méd. adm./traitement	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,1677		
6110- Radiologie & oncothérapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Méd. adm. Coût	1,787	949	2,336	991	1,537	1,815	3,297	1,743	1,648	1,383	1,743	-	1,648		
Méd. adm./Méd. Coût	1,5153	1,0810	2,4880	3,5288	3,4288	1,9366	1,9217	2,1565	2,4372	3,399	2,4372	-	2,7199		
Coûts/Méd. Coût	51,7985	25,9596	58,7945	71,7659	60,7176	41,5959	57,0017	50,1064	43,5559	114,0760	43,5559	-	58,1834		
6110- Physiothérapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Un. prod. Coût	211,913	570,321	583,871	416,613	423,022	375,584	1,097,597	470,470	576,559	399,512	435,572	936,782	535,855		
Un. prod./Méd. adm.	7,601	10,430	12,735	17,996	16,319	13,463	44,402	17,899	21,322	14,488	14,349	34,030	21,172		
Un. prod./Méd. adm. Coût/Méd. adm.	36,4399	25,2517	26,8959	17,461	31,9332	25,2689	20,7404	25,3811	26,7040	23,5810	27,1326	32,9356	27,3277		
Coût/Méd. adm.	10,1858	13,7865	16,5304	12,7127	10,4972	13,1326	16,4270	15,9046	14,5616	16,9228	13,4729	12,5049	15,1633		
6110- Ergothérapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Un. prod. Coût	-	-	-	95,370	25,579	130,263	57,027	-	-	-	-	-	-		
Un. prod./Méd. adm. Coût	-	-	-	1,771	1,382	2,967	1,432	-	-	-	-	-	-		
Un. prod./Méd. adm. Coût/Méd. adm.	-	-	-	11,4152	13,9113	21,0117	23,8393	20,6725	-	-	-	-	-		
Coût/Méd. adm.	-	-	-	76,4082	35,3214	57,8051	23,6816	-	-	-	-	-	-		
6110- Activité dirigée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Palme	-	-	6,765	6,092	12,812	14,143	5,746	-	-	3,932	4,947	2,464	19,199		
Méd. adm./palme	-	-	0,5695	4,5796	1,2648	0,9987	1,0710	-	-	0,7407	0,3187	4,8977	0,3422		
Coût/palme	-	-	7,3085	67,8768	31,5523	16,2057	18,8189	-	-	10,0773	6,4180	63,3685	4,8536		
6110- Réhabilitation SOC.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Bénéficiaire méd.	330	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Méd. adm./Méd. adm.	5,4424	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Coût/Méd. adm.	45,1147	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

BIBLIOTHÈQUE DE LA MAURICIE



Centre hospitalier régional de la Mauricie

TABLEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE MESURE ET DES COUTS UNITAIRES

1984-1985

CENTRES P'ACTIVITÉS	C.M. Hôpital-Dieu de Montbéliard	C.M. Hôpital-Dieu de Riv. Alouette	C.M. Hôpital-Dieu de Riv. du Loup	C.M. Hôpital-Méricien	C.M. Hôpital-Dieu de Ste-Jeanne	C.M. de Valleyfield	C.M. Hôpital-Dieu de Soeur	C.M. Régional de Rimouski	C.M. Régional de Québec	C.M. St-Vincent de Paul	C.M. St-Joseph de Rivière	C.M. Hôpital Général de Lévesque	C.M. Régional de La Mauricie	Groupes
<u>6100- Services de soins familiaux</u>														
Frais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,712
Mats adm./soins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9115
Coûts/soins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19,1497
<u>6101- Alimentation m-mentale</u>														
Frais	-	-	-	-	-	-	-	71	-	-	-	-	-	71
Mats adm./soins	-	-	-	-	-	-	-	249,8308	-	-	-	-	-	-
Coûts/soins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	249,8308
<u>6102- Oncologie</u>														
Frais	-	-	-	-	-	-	2,402	1,951	-	-	-	-	-	-
Mats adm./soins	-	-	-	-	-	-	1,8216	1,1951	-	908	-	-	-	2,477
Coûts/soins	-	-	-	-	-	-	67,8023	67,6016	-	0,3767	-	6,474	-	1,6402
<u>6110- Services ambulatoires psych.</u>														
Frais	3,661	7,369	2,456	2,936	5,424	14,181	5,570	8,091	-	2,391	-	6,474	-	6,466
Mats adm./soins	1,4152	2,3071	1,5664	5,1067	10,3951	3,8767	1,0713	3,9401	-	2,8991	-	4,164	-	3,4679
Coûts/soins	31,8361	37,7488	17,0636	14,0767	175,2043	65,9413	23,2066	81,4019	-	45,7319	-	79,7261	-	68,2270
<u>6116- Centre de soins-Liveston et de distribution</u>														
Imm-ploiment	47,316	97,801	64,224	130,178	125,450	87,563	11,607	109,357	122,410	99,163	114,588	182,726	95,874	160,973
Mats adm./soins	0,959	0,276	0,608	0,2801	0,0253	0,2091	0,2146	0,0939	0,2269	0,2559	0,2651	58,656	53,446	61,849
Coûts adm./soins	2,1075	5,0095	5,5576	4,9964	3,6595	3,9535	4,3357	1,9114	5,1771	2,9549	6,1155	0,2246	0,1763	2,2137
<u>6116- Immatriculation</u>														
Imm. fact. provinciale	14,478	27,212	18,854	34,228	7,764	50,319	11,622	23,406	14,452	21,265	15,212	39,916	22,453	24,193
Mats adm./soins	0,9177	0,2281	0,6331	0,5203	1,2091	0,4003	0,2981	0,4150	0,0099	0,4137	1,1001	0,7355	1,3292	0,722
Coûts adm./soins	11,1939	5,1119	11,7337	13,2859	20,1950	5,1398	13,0907	7,4104	13,1536	4,5175	17,7214	0,2939	3,3519	0,8553
Coûts/soins	0,3731	0,3550	0,5579	0,3491	0,7070	0,5410	0,1737	0,3064	0,5913	0,5011	0,6781	4,4899	0,1768	11,8837
<u>6116- Aide & domicile</u>														
Frais & domicile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,910
Frais adm./soins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	614
Coûts/soins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,2489
Coûts/soins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41,8810

DOCUMENT



Centre hospitalier régional
de la Mauricie

TABLEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE
MESURE ET DES CÔÛTS UNITAIRES

1984-1985

	C.M. Hôpital-Dieu de Montmagny	C.M. Hôpital-Dieu de Riv. Loup	C.M. Hôpital-Dieu de Manicou	C.M. Hôpital-Dieu de St-Jérôme	C.M. de Valleyfield	C.H. Hôtel-Dieu de Sorel	C.H. Régional de Rimouski	C.M. Régional de Outaouais	C.M. St-Vincent de Paul	C.M. St-Joseph de Trois-Rivières	C-4 Foyer Montclair	Laboratoire Général Hospitalier	C.M. Hôtel-Dieu de Lévis	C.M. Régional de La Mauricie
6100 - Soins aux non-volants														
Admission	407	666	1,458	1,456	666	749	1,110	1,067	2,822	395	764	1,790	1,666	736
Jeun.-pénitence	1,854	3,441	5,901	6,491	3,446	3,361	6,766	6,983	8,366	2,164	5,861	9,127	8,081	4,898
Mes adm./ja. plus pour Collat./mes d'admission	7,7923	7,5879	6,8025	7,4622	6,7170	9,1342	6,4911	9,8809	5,7824	10,1409	10,1249	4,7951	7,6475	5,6474
	587,5536	573,6616	348,8282	477,3608	536,6607	601,5901	763,5000	602,0336	356,9332	781,6310	1051,2330	371,6502	566,0026	490,0014
6110 - Bloc obstétrical														
Patients	346	1,184	2,823	2,501	1,330	1,025	1,164	1,373	3,491	411	2,519	3,130	3,129	1,215
Accouchement	342	506	1,162	1,291	500	813	896	846	1,770	305	539	1,409	1,344	504
Mes adm./mes d'acc. Collat./mes de pac.	17,7047	36,8451	34,5912	37,1401	22,9640	32,4470	25,2279	40,9433	23,5373	55,1180	22,1919	26,3279	33,1825	18,7980
	254,8831	243,2936	271,3372	167,6477	136,5222	314,3664	313,7199	401,4696	201,1191	611,6148	184,3431	193,4431	223,6371	123,2360
6120 - Bloc ophtalmologique														
Mes adm. Mal./patients	2,052	3,467	6,309	7,720	4,796	3,413	4,074	4,417	10,302	5,912	4,122	6,535	11,215	6,885
Patients	2,964	5,119	9,221	9,567	6,923	5,038	4,419	4,121	9,472	5,901	5,881	6,422	11,410	6,327
Mes adm./patient Collat./mes-pac. Ma.	8,2392	10,6464	7,3705	7,8144	6,4615	7,3049	4,4307	10,3202	7,3172	9,9023	7,1431	1,0312	9,8904	4,4259
	119,8732	193,2183	193,7031	112,4006	226,1274	231,9531	236,1971	209,8016	104,4964	246,7216	219,2890	196,3960	228,8225	176,3855
6130 - Services ambulatoires														
Visites	32,319	55,812	76,980	105,357	71,656	54,103	111,689	70,537	91,609	75,211	87,614	63,014	160,432	61,745
Mes adm./visite	1,1498	0,8241	1,4280	0,8965	-0,9793	1,1837	0,6614	1,9136	0,8796	0,9116	0,8723	1,4622	0,8834	1,1640
6140 - Bloc d'urgence														
Visite	22,006	30,127	41,870	67,483	41,383	25,323	66,684	41,177	44,424	53,117	47,727	62,106	35,914	35,023
Mes adm./visite Collat./visite	1,5612	1,1682	2,1719	1,4510	1,4274	2,1372	1,0922	2,3255	1,1721	1,0501	0,9321	1,0716	2,4600	1,3217
	22,4822	21,2275	34,5535	20,2746	20,5049	36,7715	17,9200	34,0982	11,9422	17,0490	14,5940	12,3476	31,3112	22,0255
6150 - Consultations externes														
Visite	9,423	25,643	35,310	42,874	24,023	22,710	56,010	20,326	50,115	19,386	32,479	-	99,276	19,417
Mes adm./visite Collat./visite	0,4123	0,4206	0,5300	0,3799	0,4333	0,3449	0,5902	1,0137	0,5919	0,5252	0,1831	-	0,4567	0,4732
	10,6510	7,4318	12,0542	8,3331	8,3100	7,1107	10,9156	21,2244	9,7977	13,1497	4,4302	-	7,9516	10,3792
6160 - Planification familiale														
Visite	-	-	-	-	248	-	6,463	-	-	-	3,766	-	-	7,045
Mes adm./visite Collat./visite	-	-	-	-	1,5545	-	1,2646	-	-	-	1,5601	-	-	1,0166
	-	-	-	-	26,1653	-	20,9911	-	-	-	74,3341	-	-	18,3683



centre hospitalier régional
de la mauricie

TABEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE
MESURE ET DES CÔÛTS UNITAIRES

1984-1985

	C.M. Hôtel-Dieu de Montréal	C.M. Hôtel-Dieu de Riv. du Loup	C.M. Hôtel-Dieu de Montréal	C.M. Hôtel-Dieu de St-Jovite	C.M. de Valley field	C.M. Hôtel-Dieu de Sorel	C.M. Régional de Rimouski	C.M. Régional de Ostématis	C.M. St-Vincent de Paul	C.M. St-Joseph de Le-Bouvier	C.M. Rouyn Normand	Labrière Général Hospitalier	C.M. Hôtel-Dieu de Lévis	C.M. Régional de La Mauricie	C.M. Groupe
CENTRES D'ACTIVITÉS															
6000- Soins infirmiers et infirmerie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,487	-	-	-	22,487
Soins-palence Cotés/ja.-pals.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,2364	-	-	-	15,2364
6070- Soins infirmiers- chi. d'un jour															
Palence	1,156	5,754	798	2,649	5,315	1,851	4,261	2,816	3,691	1,811	2,594	1,711	1,593	2,442	2,927
Mus abn./ja.-pals.	2,497	1,001	4,701	1,539	1,317	1,875	6,774	2,120	1,637	1,556	1,524	2,197	3,297	1,517	1,932
Cotés/mbre patients	54,607	15,013	64,474	26,367	16,485	26,695	12,221	31,346	25,015	21,471	11,697	31,181	41,111	23,941	29,445
6110- Soins inf. - mal- ades signes psych.															
Admission	224	449	269	430	462	364	76	-	39	-	143	170	44	349	217
Soins-palence	5,275	19,365	6,765	19,156	17,901	10,156	4,354	-	1,166	-	7,477	9,466	14,401	4,140	6,261
Mus abn./ja.-pals.	4,191	4,653	5,314	4,269	4,248	6,135	5,749	-	29,841	-	5,917	4,993	4,334	4,271	4,507
Cotés/mbre d'admissions	1221,414	1597,566	1899,149	1316,237	3697,369	2455,511	8754,415	-	13034,825	-	4232,485	4120,207	3407,133	2034,342	2691,224
6130- Soins inf.-malade Long terme															
Soins-palence	-	-	-	27,012	-	-	-	-	-	-	9,457	-	-	-	14,135
Modifications soign	-	-	-	141	-	-	-	-	-	-	41	-	-	-	98
Mus abn./ja.-pals.	-	-	-	2,376	-	-	-	-	-	-	5,304	-	-	-	3,913
Cotés/ja.-pals.	-	-	-	35,692	-	-	-	-	-	-	66,399	-	-	-	50,924
6150- Soins inf. - pal.															
Soins-palence	10,501	10,214	11,244	-	-	21,127	12,202	16,418	17,142	34,434	26,110	-	21,473	19,247	14,299
Modifications soign	66	32	59	-	-	46	46	144	432	125	24	-	124	44	115
Mus abn./ja.-pals.	3,992	4,499	3,979	-	-	3,014	4,532	4,038	2,710	3,200	3,024	-	4,297	3,590	3,504
Cotés/ja.-pals.	57,918	60,913	51,999	-	-	44,020	61,353	57,951	39,235	40,401	41,009	-	40,916	53,900	52,952
6160- Soins d'assistance															
Soins-palence	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,487	-	-	-	22,487
Mus abn./ja.-pals.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,585	-	-	-	1,585
Cotés/ja.-pals.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22,685	-	-	-	22,685
6170- Soins à domicile															
Soins à domicile	-	-	-	14,455	127	-	-	910	-	-	4,033	13,313	-	11,265	2,516
Modifications	-	-	-	1,352	96	-	-	241	-	-	378	1,159	-	1,422	786
Mus abn./ja.-pals.	-	-	-	1,422	29,370	-	-	6,915	-	-	2,615	1,264	-	1,549	2,254
Cotés/mbre patients	-	-	-	308,617	970,634	-	-	616,476	-	-	517,310	577,003	-	329,672	510,276

TABLEAU DES UNITÉS DE MESURE ET DES CÔÛTS UNITAIRES



Centre Hospitalier Régional de la Moutrie

TABLEAU COMPARATIF DES UNITÉS DE MESURE ET DES CÔTS UNITAIRES DE

1984-1985

CENTRES D'ACTIVITÉS	Activités hospitalières de la région		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		Centre Hospitalier Régional de la Moutrie		
	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	C.M.	
Centre de soins infirmiers	47,556	97,601	64,724	130,178	108,108	708,402	708,402	44,724	108,108	130,178	108,108	708,402	708,402	44,724	108,108	130,178	108,108	708,402	708,402	44,724	108,108
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515
Centre de soins infirmiers	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515	101,515

DOCUMENT N° 2174