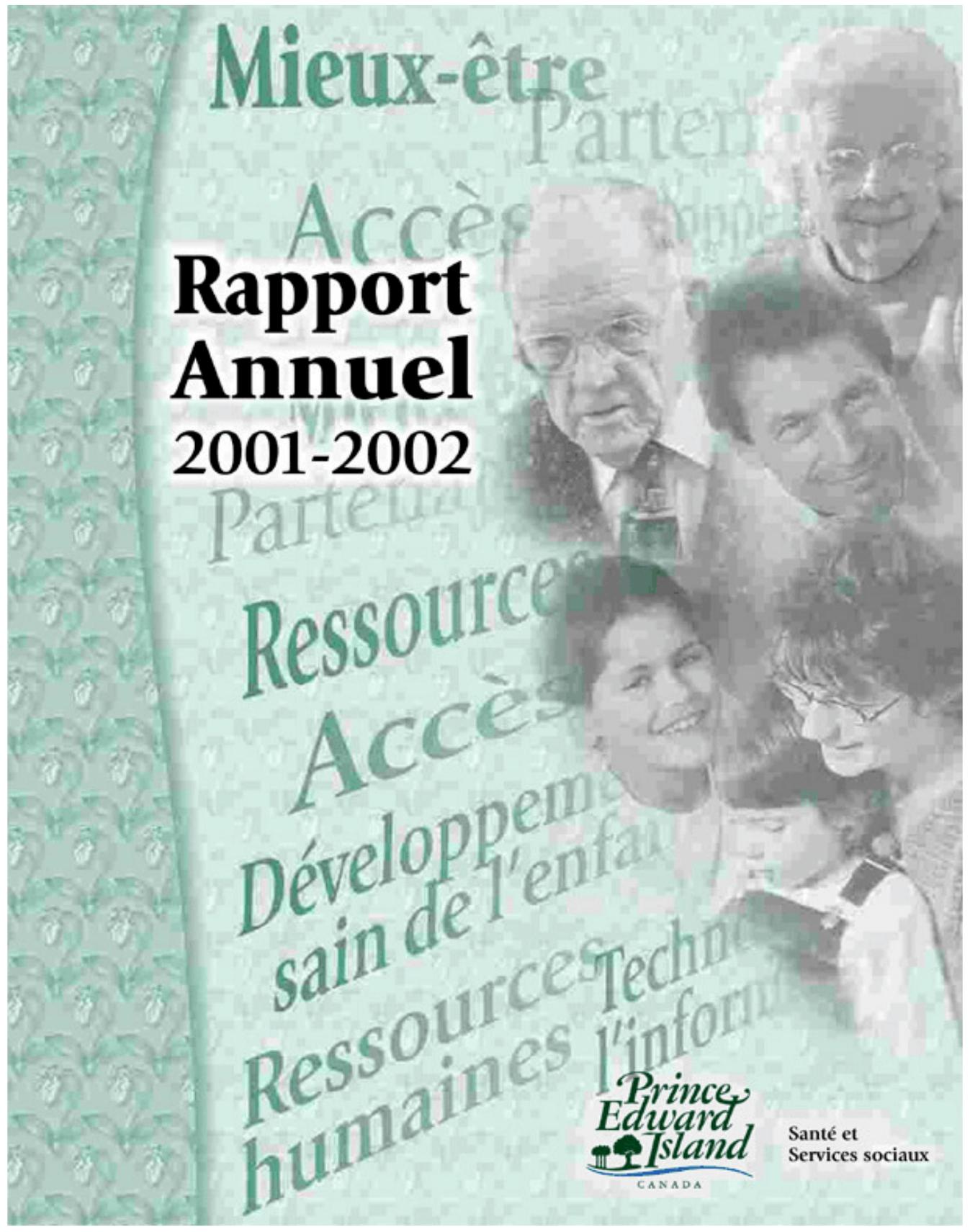


Mieux-être  
Partenaires  
Accès  
**Rapport  
Annuel  
2001-2002**

Ressources  
Accès  
Développement  
sain de l'enfant  
Ressources Techn  
humaines l'inform



Santé et  
Services sociaux



# Rapport annuel

pour l'année se terminant le 31 mars 2002

## ***Ministère de la Santé et des Services sociaux***

Pour plus de renseignements concernant ce rapport, communiquez avec nous :  
C.P. 2000, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8 CANADA  
Téléphone : (902) 368-4900 Télécopieur : (902) 368-4969  
ou consultez notre site Web à [www.gov.pe.ca/hss](http://www.gov.pe.ca/hss)

*Le présent rapport a pour but premier de préciser le rendement du ministère de la Santé et des Services sociaux et du système de santé en général au gouvernement ainsi qu'aux contribuables. Ce rapport sera utilisé comme référence et servira de source d'information pour le système imposant et complexe que constituent le Ministère et les cinq régions sanitaires, c'est-à-dire Prince-Ouest, Prince-Est, Queens, Kings-Sud et Kings-Est.*

*Chacune des régions sanitaires élabore également un rapport annuel qui porte essentiellement sur les activités, les réalisations et les initiatives propres à sa région, et qui vise à informer davantage le gouvernement et la population qu'elle sert.*

# *Message du ministre*



À l'honorable J. Léonce Bernard  
Lieutenant-gouverneur de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur le Lieutenant-Gouverneur,

J'ai l'immense privilège de vous présenter le Rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2002.

Le tout respectueusement soumis,

A handwritten signature in cursive script that reads "Jamie Ballem". The ink is dark and the signature is fluid and legible.

Jamie Ballem  
Ministre de la Santé et des Services sociaux

# ***Table des matières***

<b>Message du sous-ministre</b> .....	<b>1</b>
<b>Revue de l'année</b>	
<b>Mise en œuvre des stratégies</b> .....	<b>3</b>
Mieux-être .....	4
Développement de l'enfant en santé .....	7
Accès aux services .....	9
Ressources humaines .....	13
Technologie de l'information .....	14
Partenariats .....	16
<b>Résultats</b> .....	<b>17</b>
Objectif n° 1 – Améliorer l'état de santé .....	17
Objectif n° 2 – Accroître la responsabilisation en matière de santé .....	24
Objectif n° 3 – Améliorer la viabilité du système .....	27
Objectif n° 4 – Accroître la confiance du public dans le système .....	29
Objectif n° 5 – Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel ..	29
<b>Plan ministériel</b>	
Mission, vision, principes et objectifs .....	36
Structure organisationnelle du système de santé et de services sociaux .....	37
Rôles et responsabilités du ministre .....	38
Rôles et responsabilités du sous-ministre .....	40
Rôles et responsabilités du conseil des régies régionales de la santé .....	42
Structure organisationnelle du ministère de la Santé et des Services sociaux .....	44
Rôles des Divisions .....	45
Membres du conseil des régies régionales de la santé .....	47
Responsabilités législatives .....	48
<b>Profil des programmes</b> .....	<b>49</b>
<b>Annexes</b>	
Annexe A – Bureau de l'état civil .....	105
Annexe B – Programme d'aide sociale .....	108
Annexe C – États financiers .....	112

# Message du sous-ministre

L'honorable Jamie Ballem  
Ministre de la Santé et des Services sociaux  
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard



Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le Rapport annuel 2001-2002 du système de santé et de services sociaux. Le rapport vise essentiellement à rendre compte des résultats atteints au cours de l'exercice financier. Cette façon de mesurer et de rendre compte du rendement et des résultats liés au système appuie l'un des principes directeurs du Plan stratégique du système de santé et de services sociaux.

J'aimerais souligner quelques-unes des réalisations et des activités du système :

- a) On a commencé la mise en œuvre d'un plan stratégique global dont l'objectif est de donner une orientation au système de santé et de services sociaux pour les trois à cinq prochaines années. Le plan établit plusieurs domaines généraux où nous souhaitons améliorer les résultats de façon importante : l'état de santé de la population, la responsabilisation en matière de santé, la viabilité du système, la confiance du public dans le système, le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel.
- b) Nos cinq régions sanitaires ont été agréées par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- c) La construction du nouvel hôpital du comté de Prince a commencé. Les nouvelles installations devraient être prêtes à l'automne 2003.
- d) L'Île-du-Prince-Édouard est devenue la première province canadienne à dissocier l'aide aux personnes handicapées des programmes de soutien du revenu (Programmes d'aide sociale) et à créer un Programme d'appui aux personnes handicapées.
- e) Une entente nationale visant à établir un processus commun d'évaluation des nouveaux médicaments vient appuyer la position adoptée par les provinces de l'Atlantique afin d'assurer une décision commune en ce qui a trait à la couverture des nouveaux médicaments.
- f) Notre système de santé présente un budget équilibré pour l'année 2001-2002, affichant même un léger surplus.

Au cours de l'année, les employés du Ministère, nos partenaires des régions sanitaires, les médecins et les autres fournisseurs de soins ont fait preuve de dévouement, d'engagement et de professionnalisme dans l'accomplissement de leurs tâches et se sont efforcés d'offrir aux Insulaires des soins de santé et des services sociaux de grande qualité. Nous avons la chance de pouvoir compter sur une équipe de professionnels extraordinaires prêts à travailler avec les Insulaires afin d'améliorer leur santé et leur mieux-être. Les Insulaires peuvent être fiers des résultats que nous avons atteints collectivement.

Le tout respectueusement soumis,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rory Francis', written in a cursive style.

Rory Francis  
Sous-ministre



# *Revue de l'année*

## MISE EN OEUVRE DES STRATÉGIES

En décembre 2001, le gouvernement présentait son plan stratégique quinquennal pour le système de santé et de services sociaux. S'appuyant sur les vastes consultations menées auprès des fournisseurs de soins de santé et du public, le plan stratégique propose un cadre de travail pour améliorer l'état de santé des Insulaires et le rendement du système au cours de la période de cinq ans s'étalant de 2001 à 2005.

### OBJECTIFS

Le plan cible six domaines où l'on souhaite améliorer les résultats de façon significative :

- Améliorer l'état de santé
- Accroître la responsabilisation en matière de santé
- Améliorer la viabilité du système
- Accroître la confiance du public dans le système
- Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel
- Maintenir les acquis

Les progrès réalisés à cet égard en 2001-2002 sont présentés selon les indicateurs de l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité des services offerts.



Lors de la présentation officielle du plan stratégique, M<sup>me</sup> Katherine Kelly, présidente du conseil de santé de Prince-Est, a vanté les avantages d'une planification stratégique à l'échelle du système. On aperçoit sur la photo les présidents des conseils régionaux (de gauche à droite) : Michael Gallant, Kings-Sud; Westie Rose, Kings-Est; Sylvia Poirier, Queens; et Robbie Thibodeau, Prince-Ouest.

### STRATÉGIES

Le plan établit également six stratégies qui précisent l'orientation que l'on donnera au système pour en améliorer les résultats :

- Mieux-être
- Développement de l'enfant en santé
- Accès aux services
- Ressources humaines
- Technologie de l'information
- Partenariats conçus pour gérer les déterminants de la santé

Les progrès réalisés en 2001-2002 en vue de mettre en œuvre les stratégies sont également indiqués dans cette section du rapport.



# ***Mieux-être***

## **STRATÉGIE EN MATIÈRE DE MODES DE VIE SAINS**

On a fait des efforts considérables en 2001-2002 pour favoriser l'adoption de modes de vie sains à l'Île-du-Prince-Édouard.

- Plusieurs initiatives stratégiques ont été mises en œuvre afin d'accroître la sensibilisation et la compréhension du public en ce qui concerne les facteurs de risque des maladies chroniques, les répercussions des maladies chroniques sur notre santé et notre système de santé et le fait que l'on peut prévenir bon nombre de ces maladies.
- L'ébauche d'une *stratégie provinciale en matière de modes de vie sains* a été rédigée par la Division de la santé publique et de l'évaluation, en partenariat avec d'autres ministères provinciaux, des organismes non gouvernementaux et des groupes communautaires qui militent en faveur de la réduction du tabagisme, d'une saine alimentation et d'une vie active. Des projets de partenariat seront réalisés dans le cadre de cette stratégie afin de promouvoir l'adoption de modes de vie sains et la prévention des maladies chroniques. De plus, des ressources seront allouées à la gestion des maladies chroniques par des équipes multidisciplinaires œuvrant au sein du système de santé.
- Des investissements substantiels ont été faits en vue de l'élaboration d'un nouveau modèle de soins pour diabétiques, de sensibilisation au diabète et de gestion de la maladie. Ce nouveau modèle permettra de prévenir et de réduire les complications liées au diabète, dont le nombre de cas connaît une croissance exponentielle.

## **PRÉVENTION DU CANCER DU COL UTÉRIN**

Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre afin de sensibiliser davantage la population au fait qu'il est possible de prévenir le cancer du col utérin et afin d'améliorer l'accès aux services de dépistage par le test de Pap.

- La première clinique de dépistage par le test de Pap de l'Île-du-Prince-Édouard a ouvert ses portes en septembre 2001. Les femmes peuvent donc appeler directement la clinique de Cornwall et prendre rendez-vous. Elles sont alors examinées par une infirmière compétente. Elles peuvent aussi continuer à consulter leur médecin de famille.
- Une campagne de marketing social visant à sensibiliser davantage le public à l'importance du dépistage du cancer a été organisée par le Ministère, la Medical Society et la division de l'Île-du-Prince-Édouard de la Société canadienne du cancer. On a eu recours à une panoplie de supports médiatiques afin d'inciter les femmes à se responsabiliser davantage en ce qui concerne le dépistage du cancer du col utérin.



Diane Devitt, de la Société canadienne du cancer, le D<sup>r</sup> David I. Stewart et Jamie Ballem, ministre de la Santé et des Services sociaux, ont répondu aux questions lors de l'ouverture officielle de la première clinique provinciale de dépistage par le test de Pap, à Cornwall.

## RÉDUCTION DU TABAGISME

Le personnel du Ministère, en partenariat avec l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard, a poursuivi son travail sur les politiques de prévention au niveau scolaire, sur l'accès aux programmes de renoncement au tabac et sur la promotion des espaces sans fumée.

- Une importante enquête dont les résultats ont été dévoilés en juin 2001 indique que, en 2000, 25 % moins de jeunes insulaires fumaient par rapport à 1999. L'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC) indique que le pourcentage de fumeurs chez les jeunes de 15 à 19 ans a chuté de 28 % à 21 % en 2000.
- L'ESUTC indique également que moins d'enfants de l'Île-du-Prince-Édouard sont exposés à la fumée secondaire à la maison, la proportion étant passée de 44 % en 1996-1997 à 27 % en 2000.
- Plusieurs initiatives ont encore une fois été mises en œuvre au niveau scolaire au cours de l'année. Parmi celles-ci, on trouve des programmes de sensibilisation où des élèves parlent à leurs compagnons de classe des effets nocifs du tabac; des programmes de renoncement au tabac en milieu scolaire; des campagnes d'affichage; et des politiques sans fumée dans les établissements scolaires.
- La campagne *Maison sans fumée* a pour objectif de protéger les gens contre la fumée secondaire à la maison. Dans le cadre de cette campagne, on a distribué 20 000 autocollants aux Insulaires qui souhaitent souligner le fait qu'ils vivent dans une maison sans fumée.
- La campagne *Véhicule sans fumée* a été lancée au mois d'août 2001. Elle a pour but d'inciter les Insulaires à opter pour des véhicules sans fumée et de les appuyer dans cette décision. On a distribué des affiches par l'intermédiaire de la Division de la sécurité routière, des compagnies de taxi et des concessionnaires automobiles.
- En janvier 2001, une ligne d'information sans frais a été mise à la disposition des Insulaires afin de leur faciliter l'accès aux ressources communautaires et gouvernementales en ce qui a trait au renoncement au tabac. Plus de 680 Insulaires ont participé au programme d'orientation pour le renoncement au tabac offert par les services de traitement des dépendances. Plus de 70 % des participants ont eu recours à des médicaments pour arrêter de fumer. Parmi les 209 participants avec qui on a communiqué trois mois après la fin du programme, 31 % ne fument plus. Ce pourcentage est bien supérieur au taux de réussite moyen, qui est de 3 % lorsque les gens tentent d'arrêter de fumer sans aide.
- Au cours de l'année 2001-2002, on a franchi les premières étapes en vue de rédiger l'ébauche d'une loi provinciale visant à réduire l'usage du tabac dans les lieux publics. Des discussions ont eu lieu avec des groupes d'intervenants et la première ébauche a été rédigée.



## INFORMATION ET SENSIBILISATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le système de santé et de services sociaux continue de fournir aux Insulaires un accès à des renseignements leur permettant de maintenir et d'améliorer leur santé.

- Au cours de l'année, le Centre d'information et de ressources sur la santé a répondu à plus de 900 demandes par mois provenant d'Insulaires à la recherche de moyens pour améliorer leur état de santé ou qui désiraient être informés sur les endroits où ils pouvaient obtenir de l'aide.
- Une campagne de marketing lancée en avril a utilisé des messages radio, des cartes professionnelles, des dépliants et des affiches pour inviter la population à communiquer avec le Centre d'information et de ressources sur la santé pour obtenir des renseignements fiables en santé.
- Le Centre est également venu en aide à plusieurs lignes téléphoniques d'aide et d'information.
- Le personnel du Ministère a continué à élaborer et à distribuer des ressources éducatives sur des sujets tels que la nutrition et la santé prénatale.
- On a organisé des ateliers d'information dans le but d'intéresser le public et les groupes partenaires aux stratégies mises en œuvre pour réduire l'obésité infantile et les problèmes qu'elle entraîne.

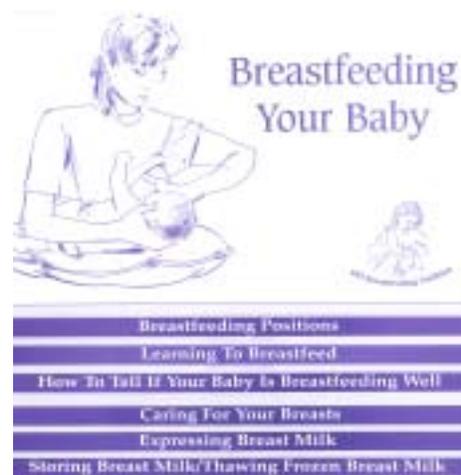


# ***Développement de l'enfant en santé***

## **ALLAITEMENT MATERNEL**

Bien que l'Île-du-Prince-Édouard fasse bonne figure en ce qui concerne bon nombre d'indicateurs de santé infantile, les statistiques en ce qui a trait à l'allaitement maternel dans les provinces de l'Atlantique sont inférieures à celles des autres provinces canadiennes. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre au cours de l'année afin d'augmenter la proportion de femmes qui allaitent à l'Île-du-Prince-Édouard. L'allaitement maternel fait partie des principaux champs d'action identifiés dans la Stratégie de développement de l'enfant en santé.

- Le personnel du Ministère a travaillé en partenariat avec les membres de la Coalition en faveur de l'allaitement maternel à l'Île-du-Prince-Édouard afin de concevoir des ressources éducatives visant à faire de l'allaitement maternel une norme sociale et le choix idéal pour les bébés de l'Île-du-Prince-Édouard.
- Un sondage a été conçu afin d'en apprendre davantage sur ce qui favorise l'allaitement maternel et ce qui lui nuit. Ce sondage sera remis aux femmes ayant allaité leur bébé et qui viennent le faire vacciner, à un an.
- Plus de vingt infirmières en santé publique ont participé à un cours d'accréditation donné aux fournisseurs de soins de santé qui aident les mères qui allaitent.



## **STRATÉGIE INTÉGRÉE VISANT L'AUTISME**

En 2001-2002, l'Île-du-Prince-Édouard a fait des investissements considérables afin d'améliorer les services d'intervention précoce auprès des enfants autistes.

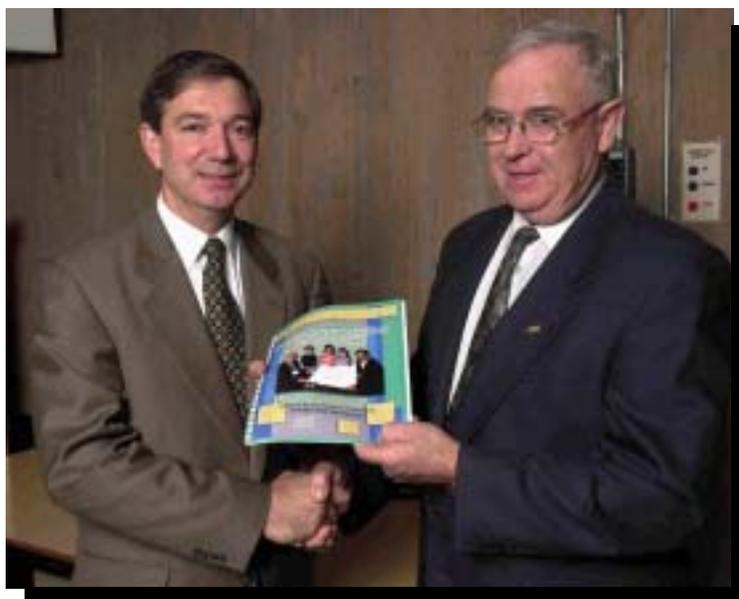
- Des interventions comportementales précoces et intensives ont été offertes aux enfants autistes par l'intermédiaire du programme d'analyse comportementale appliquée (ACA).
- Les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation ont participé à l'élaboration d'une Stratégie intégrée visant l'autisme afin de veiller à ce que les ressources pour les personnes atteintes de troubles du spectre autistique soient réparties de manière planifiée et organisée. La stratégie mise sur la gestion des cas par divers professionnels afin de répondre aux besoins uniques des enfants et de leur famille, et ce, grâce à un large éventail de services intégrés, comme les services médicaux et familiaux, les programmes préscolaires, la formation de travailleurs à domicile, des parents et de thérapeutes.



## STRATÉGIE PROVINCIALE DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT EN SANTÉ

D'importants efforts de développement ont été déployés en 2001-2002 afin d'appuyer la Stratégie provinciale de développement de l'enfant en santé, lancée en 2000.

- On a procédé à un inventaire des problèmes qui affectent les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard.
- On a déterminé les rôles et les responsabilités du Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé, du Secrétariat à l'enfance et du Groupe de travail sur les enfants.
- Le premier exercice de réflexion annuel sur les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard a eu lieu en novembre 2001. On a dressé un plan d'action en fonction des priorités identifiées lors de cet exercice.
- Le Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé a présenté son premier rapport annuel au mois de novembre 2001. Le rapport comprend des données de référence provenant de l'enquête *Comprendre la petite enfance* et faisant état des progrès réalisés à l'Île-du-Prince-Édouard. L'enquête montre que, sur une possibilité de 10 points, les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard obtiennent les résultats suivants : santé physique et mieux-être (9); connaissances et aptitudes sociales (8,5); santé et maturité affectives (8,1); développement cognitif et du langage (8,3); et aptitudes à la communication et connaissances générales (8,4). Le rapport dresse une série de recommandations, comme l'amélioration du taux d'allaitement maternel et une diminution du taux d'exposition des enfants à la fumée secondaire.



Le premier ministre, Pat Binns, accepte le premier rapport annuel sur les enfants de l'Î.-P.-É. des mains de David Harper, président du Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé.

## ***Accès aux services***

Au cours de l'année, on a mis en œuvre plusieurs stratégies afin de faciliter l'accès aux nouveaux services ainsi qu'aux services existants, et ce, en améliorant la façon dont ils sont organisés, dont les gens y sont dirigés et dont les gens collaborent pour offrir ces services.

### **NOUVEAUX SERVICES D'IRM ET DE TRAITEMENT DU CANCER**

La principale étape de planification en vue d'offrir des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et d'accélérateur linéaire à l'hôpital Queen Elizabeth a pris fin en 2001-2002. Les nouveaux appareils permettront aux Insulaires d'avoir un meilleur accès aux services de traitement du cancer et des normes élevées en matière de diagnostic médical, tout en réduisant de 90 % les déplacements à l'extérieur de la province pour des examens par IRM ou pour le traitement d'un cancer.

- On a élaboré des plans fonctionnels afin de préciser la façon dont les services seront offerts ainsi que les exigences qui devront être respectées.
- On a finalisé la majorité des travaux de conception pour l'ajout d'une nouvelle aile de 1 400 mètres carrés (15 000 pieds carrés) à l'hôpital Queen Elizabeth.
- Les appels d'offres pour l'équipement ont été lancés à l'automne 2001. L'attribution des contrats s'est faite en mars 2002.
- On a reçu les devis estimatifs provisoires. Il faudra prévoir 3,8 millions de dollars pour l'accélérateur linéaire; 2,6 millions pour l'appareil d'IRM; ainsi que 4,5 millions pour la construction.
- Les coûts annuels d'exploitation devraient atteindre environ 2,5 millions de dollars; la majorité de cette somme servira à l'embauche de plus de 20 employés (ETP).
- Les travaux de construction débuteront plus tard au cours de l'année 2002. Les services nouveaux et améliorés devraient être disponibles au milieu de 2003.



Liz Dobbin, directrice du Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É., informe le premier ministre, Pat Binns, et Jamie Ballem, ministre de la Santé et des Services sociaux, sur les besoins en équipement et en ressources humaines lors d'une rencontre médiatique visant à faire part des progrès accomplis en vue de l'établissement de services d'IRM et de l'amélioration des services de traitement du cancer.



## CONSTRUCTION DU NOUVEL HÔPITAL DU COMTÉ DE PRINCE

La dernière grande étape de planification du nouvel hôpital du comté de Prince a pris fin en 2001-2002. À la fin de l'exercice financier, la construction des nouvelles installations allait bon train.

- En juin, le gouvernement annonçait que les nouvelles installations seraient construites par East Prince Partnerships Limited (EPPL), de Summerside, et que le coût des travaux s'élèverait à 38 150 000 \$.



Mike Schurman, président d'EPPL, s'adresse aux journalistes lors de la conférence de presse tenue pour annoncer qu'EPPL assurerait la construction du nouvel hôpital du comté de Prince. On aperçoit aussi sur la photo Pat Binns, premier ministre; Katherine Kelly, présidente du Conseil; et Kay Lewis, agente principale de planification.

- En mars, près de 45 % des travaux de construction étaient terminés. Parmi les 125 ouvriers qui travaillaient sur le site pendant les périodes de pointe, 100 étaient des ouvriers locaux.
  - Tout au long de l'année, l'équipe de planification s'est concentrée sur l'évaluation ainsi que sur la commande de l'équipement et des fournitures. En octobre, dix appels d'offres ont été lancés pour l'équipement principal, c'est-à-dire l'équipement de diagnostic, de stérilisation et de surveillance cardiaque.
  - Au cours de l'année, l'hôpital du comté de Prince a amassé la somme impressionnante de 12,5 millions de dollars pour l'achat de l'équipement.
- Les travaux de planification se sont poursuivis afin de déterminer la façon dont les programmes et les services nouveaux et existants, qui font appel à de nouvelles technologies et à de nouveaux procédés, seront offerts à l'intérieur de ces nouvelles installations. On a par ailleurs organisé des ateliers sur la gestion des changements pour le personnel et formé des comités pour coordonner et superviser le déménagement dans le nouvel hôpital.



Représentation du nouvel hôpital du comté de Prince, situé sur la rue Granville, à Summerside

## AJOUT DE NOUVEAUX LITS POUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

En mars 2001, l'Armée du Salut annonçait qu'elle allait cesser d'exploiter le Sunset Lodge. À la suite de cette annonce, le gouvernement a mis sur pied une équipe de transition afin d'aider au transfert des bénéficiaires vers d'autres établissements de soins de longue durée.

- En juin, le gouvernement a autorisé l'ajout de 57 lits, dont 32 à l'Atlantic Baptist Home, 10 au Garden Home, 10 au Beach Grove Home et 5 au Prince Edward Home.
- Grâce à l'excellente collaboration des bénéficiaires, des familles, du personnel du Sunset Lodge et des membres de l'Association des foyers de soins privés, tous les bénéficiaires ont pu être déplacés vers d'autres établissements en février 2002.

## AIDE ACCRUE AUX FAMILLES À FAIBLE REVENU POUR LE PAIEMENT DES MÉDICAMENTS

Le 1<sup>er</sup> mai 2001, des améliorations au régime de prestations familiales de maladie sont entrées en vigueur. Ces améliorations visent à aider les familles à faible revenu qui ont des enfants à payer les médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin.

- L'admissibilité au programme a été améliorée. Le revenu maximal est en effet passé de 20 000 \$ à 22 000 \$ pour les familles comptant un enfant de moins de 18 ans, et il augmente de 2 000 \$ pour chaque enfant additionnel.
- La participation aux coûts a été réduite, puisque qu'on a éliminé l'obligation qu'avaient les familles de payer une partie du coût des médicaments. Dorénavant, les familles ne paient que les honoraires professionnels du pharmacien, qui sont d'environ 5 à 8 \$.
- On a également apporté des changements afin de simplifier les demandes. Les renseignements et les formulaires sont maintenant disponibles dans les pharmacies, les cabinets de médecin et les établissements de santé.



## RESTRUCTURATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Une importante restructuration des soins de santé primaires a été entreprise afin d'améliorer l'accès aux services de santé primaires qui permettent à la population de prévenir les maladies et de les gérer. La restructuration vise également à assurer la viabilité du système et la qualité du milieu de travail, et à appuyer davantage les efforts de prévention et de promotion.

La restructuration comprend cinq éléments :

- Des centres de santé familiale où les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé travaillent ensemble et font partie d'équipes multidisciplinaires.
- Une stratégie provinciale en matière de modes de vie sains et de gestion des maladies chroniques.
- Une stratégie intégrée visant les soins palliatifs.
- Un programme sur l'utilisation des médicaments.
- L'utilisation des techniques de vidéoconférence.

Au cours de l'année, on a mis au point un important projet de financement afin d'assurer la mise en œuvre de l'initiative. On compte sur l'aide financière offerte par Santé Canada pour les initiatives visant les soins de santé primaires.



## ACCÈS ACCRU AUX SERVICES EN SANTÉ MENTALE

D'importants travaux ont été entrepris au cours de l'année afin d'élaborer un modèle de pratiques exemplaires en matière de prestation des services en santé mentale. Ce modèle englobe les services de prévention, d'intervention précoce et de traitement. Le nouveau modèle a pour but de répondre aux nouvelles tendances et à l'augmentation des demandes de service, et de remédier aux lacunes dans la prestation des services.

Le modèle propose quatre initiatives visant à équilibrer et à améliorer la coordination entre les services en santé mentale offerts en milieu hospitalier et dans la collectivité :

- Système provincial d'intervention d'urgence en santé mentale.
- Définition précise des services et des rôles provinciaux et régionaux.
- Augmentation de la participation de la clientèle et des familles, de la sensibilisation et du soutien offert.
- Meilleure intégration aux programmes d'aide et aux services connexes.

Le modèle proposé permettra de jeter les bases des projets de financement et de politiques afin de répondre aux besoins croissants en matière de santé mentale dans la province.

## NOUVEAU PROGRAMME D'APPUI AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Le nouveau Programme provincial d'appui aux personnes handicapées a été mis en œuvre afin d'aider les personnes atteintes d'un handicap physique ou intellectuel à surmonter les obstacles, à atteindre une plus grande autonomie financière et à jouir d'une meilleure qualité de vie. Il s'agit du premier programme canadien à dissocier l'aide aux personnes handicapées des programmes de soutien du revenu. Les personnes handicapées peuvent ainsi travailler et toucher un salaire tout en continuant d'être admissibles au soutien dont elles ont besoin. Le nouveau Programme d'appui aux personnes handicapées met l'accent sur la personne plutôt que sur le programme. L'aide offerte est fondée sur les besoins réels de la personne et de la famille et calculée en fonction du handicap. Environ 700 Insulaires ont adhéré au programme au cours des premiers mois de son existence en 2002-2003. On procédera à une évaluation formelle du programme lorsqu'il sera mieux implanté.



Le nouveau Programme d'appui aux personnes handicapées permet au patient, à la famille et au personnel d'entrer en contact, de fixer des objectifs et de déterminer les ressources nécessaires pour favoriser l'autonomie de la personne handicapée.

## SOINS À DOMICILE ET PALLIATIFS

La planification en vue d'améliorer les soins à domicile et palliatifs s'est poursuivie au cours de l'année. L'objectif est de permettre à plus de gens d'être traités à la maison et d'y recevoir les soins appropriés. Un important projet pilote de soins palliatifs à domicile a pris fin dans les régions sanitaires de Kings-Sud et de Prince-Est, et plusieurs initiatives ont été mises en œuvre afin de donner suite aux recommandations découlant du projet. On a offert des séances de formation aux fournisseurs de soins professionnels et non professionnels; embauché un coordonnateur provincial des soins palliatifs; et fait de nouveaux investissements afin d'étendre la portée des soins à domicile. Le projet a démontré que les soins à domicile sont à privilégier lorsqu'il est question de soins en fin de vie, tant pour le malade que pour sa famille.

## ***Ressources humaines***

### **MEILLEURES POSSIBILITÉS DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

En juin 2001, le gouvernement annonçait l'ajout de 14 nouvelles places à l'école de soins infirmiers de la UPEI, ce qui portera le nombre total de places à 59, une augmentation de 31 %. Cet ajout permettra d'augmenter le nombre de diplômés qualifiés et, ainsi, de satisfaire à la demande croissante. Au total, 56 places seront ajoutées à ce programme de 4 ans. Une somme additionnelle de 330 000 \$ par année servira à offrir plus de cours, à augmenter le nombre d'enseignants et à permettre un meilleur accès aux laboratoires et aux ressources documentaires.

### **PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ**

Une importante étude a été publiée en décembre 2001 afin d'aider le système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard à prévoir et à combler les besoins actuels et futurs en matière de ressources humaines. L'*Analyse de l'offre et de la demande en matière de ressources humaines en santé* a été menée par un comité consultatif provincial regroupant des représentants des secteurs public et privé de la santé, du secteur de l'éducation, des associations professionnelles et du gouvernement fédéral. L'analyse a permis de dresser un profil global des 4 482 professionnels de la santé et des services sociaux des secteurs public et privé, puis d'évaluer l'offre, la demande, les surplus et les pénuries, pour les cinq prochaines années, pour chacun des groupes professionnels les plus importants. L'analyse incluait également un modèle dynamique de planification des ressources humaines qui devrait permettre une meilleure collaboration entre les établissements scolaires, les employeurs et les associations professionnelles pour ce qui est de la planification.

On a engagé, au cours de l'année, un planificateur et un recruteur du domaine des ressources humaines en santé afin de répondre aux besoins en matière de planification des ressources humaines et de recrutement.



Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Jamie Ballem, examine la toute première *Analyse de l'offre et de la demande en matière de ressources humaines en santé* à l'Île-du-Prince-Édouard, en compagnie d'Anne Marie Atkinson, de DMR Consulting.

### **RECRUTEMENT ET MAINTIEN EN POSTE**

La mise en œuvre de la stratégie provinciale de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier, dont le budget est de 6 millions de dollars, s'est poursuivie. Les efforts pour attirer de nouvelles infirmières dans la province continuent d'être récompensés. Les programmes d'emplois d'été et de bourses visant à inciter les jeunes Insulaires à envisager une carrière dans le domaine des soins infirmiers et la pratique à l'Île-du-Prince-Édouard ont par ailleurs connu le même succès.

La mise en œuvre du plan amélioré de 4,2 millions de dollars visant à recruter de nouveaux médecins et à soutenir ceux en place s'est poursuivie. Voici les résultats, pour la dernière année, de ce plan : 54 suppléants grâce au programme d'aide aux suppléants; 29 étudiants recevant de l'aide grâce au programme de formation en médecine; 10 personnes recevant une aide financière pour favoriser leur retour au travail; 8 personnes recevant une aide financière pour leurs frais de déménagement, une inscription au programme de prêts aux étudiants et 2 inscriptions au programme de stages en milieu médical. À la fin de l'exercice financier, la province comptait 11 médecins à temps plein de plus que l'année précédente.



# ***Technologie de l'information***

Plusieurs grandes étapes ont été franchies au cours de l'année 2001-2002 en vue de la mise en œuvre de la Stratégie provinciale sur la technologie de l'information sanitaire. Cette stratégie permet d'orienter l'utilisation des renseignements et de la technologie afin d'améliorer l'état de santé de la population et la prestation des services, ainsi que de fournir des renseignements pour la planification, l'évaluation et la recherche.

## **PROJET DE SYSTÈME INFORMATIQUE RELATIF AUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

Au cours de l'année 2001-2002, on a procédé à une analyse des exigences, à une conception détaillée et à une validation de principe pour le projet de système informatique relatif aux produits pharmaceutiques. Ce projet vise à relier les pharmacies, les cabinets de médecin et les salles d'urgence, et à permettre aux pharmaciens et aux médecins d'avoir accès à un profil complet des ordonnances distribuées, et ce, afin d'améliorer les diagnostics, les prescriptions et la prise de décisions.

## **SYSTÈME D'INFORMATION RADIOLOGIQUE**

Un nouveau système d'information radiologique a été mis en œuvre dans toutes les régions cette année. Ce système provincial permet de tenir des dossiers des patients complets, auxquels il est possible d'accéder à partir de n'importe lequel des établissements de soins intensifs de l'Île-du-Prince-Édouard.

## **INFOSTRUCTURE ATLANTIQUE DE LA SANTÉ**

Le Ministère continue d'être un membre actif de l'Infostructure atlantique de la santé, groupe composé des quatre ministres de la Santé de l'Atlantique et ayant pour mandat de partager des initiatives liées à la technologie de l'information sanitaire et de cerner les domaines où la collaboration et l'utilisation de pratiques exemplaires sont possibles. Ce groupe a été très actif au cours de l'année 2001-2002 en ce qui a trait à la mise en œuvre de projets technologiques communs dans la région de l'Atlantique, entre autres dans les domaines de la gestion des cas, des registres de la clientèle et des systèmes d'archivage et de transmission d'images.

## **SYSTÈME D'ARCHIVAGE ET DE TRANSMISSION D'IMAGES**

Le projet de système d'archivage et de transmission d'images permettra la création et la transmission d'images radiographiques numériques entre les hôpitaux, à l'échelle provinciale et interprovinciale. Initiative de l'Infostructure atlantique de la santé, ce système de téléradiologie facilite les consultations à distance et permet une meilleure utilisation des spécialistes en radiologie. Au cours de l'année 2001-2002, on a procédé à la détermination des besoins pour la région de l'Atlantique et lancé un appel d'offres. L'étape de la mise en œuvre du projet à l'Île-du-Prince-Édouard débutera en 2002.

## **GESTION INTÉGRÉE DES SERVICES**

Le projet de gestion intégrée des services combine deux systèmes d'information : la gestion des cas et un registre commun de la clientèle. L'objectif principal de la gestion intégrée des services est d'améliorer les résultats des services communautaires grâce à un accès rapide à des renseignements précis, complets et sécurisés. L'étape de l'établissement des besoins a pris fin en 2001-2002, et celle du développement est en cours.

## **SYSTÈME DE SOINS DENTAIRES POUR ENFANTS**

De nouveaux renseignements permettront d'améliorer la prestation du programme de soins dentaires pour enfants, puisque les demandes se feront dorénavant en ligne. L'analyse des besoins relatifs au projet a pris fin cette année. L'étape de la mise en œuvre est maintenant en cours.

## **SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE**

Au cours de l'année 2001-2002, on a procédé à l'analyse des besoins et à la conception détaillée d'un nouveau système d'information sur la santé maternelle et infantile. Le système permettra de recueillir des renseignements sur la mère et l'enfant à partir du premier contact de la mère avec le système de santé, durant sa grossesse, jusqu'à ce que l'enfant atteigne ses 18 ans. Le système appuiera plusieurs secteurs de la prestation de services, comme les services infirmiers de santé publique, les services de nutrition et les services de soins génésiques.

## **MISE À NIVEAU DU RÉSEAU ÉTENDU DU SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA SANTÉ DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD**

Le système d'information sur la santé de l'Île-du-Prince-Édouard est un système pleinement intégré qui relie plus de 50 établissements dans la province, y appuyant la prestation des soins de santé et des services sociaux. Au cours du dernier exercice financier, le Ministère a procédé à l'examen du réseau étendu afin de s'assurer qu'il pourra soutenir de futures applications. À la suite de cet examen, un processus visant à effectuer, de façon progressive, d'importantes mises à niveau a été enclenché. Ces mises à niveau se poursuivront au cours du prochain exercice.

## **PROJET RELATIF À L'ADMISSION, AU CONGÉ ET AU TRANSFERT**

Un plan fonctionnel a été élaboré pour appuyer le remplacement du système d'admission, de congé et de transfert et des systèmes de planification clinique dans les établissements de soins intensifs. Le document conçu cette année et faisant état des besoins fonctionnels servira à établir les bases d'un appel d'offres pour des systèmes nouveaux et améliorés.

## **REGISTRE COMMUN DE LA CLIENTÈLE**

Le registre commun de la clientèle est la principale banque de données démographiques pour le système provincial de santé et de services sociaux. Ce système est le dépôt central pour tous les clients des services de santé. Il enregistre les données démographiques principales, comme le nom, l'adresse, la date de naissance, l'admissibilité, les rencontres et l'identification. L'étape du développement a pris fin en 2001-2002. Le nouveau registre commun de la clientèle sera entièrement opérationnel au début du prochain exercice.

## **MISE À NIVEAU DU SYSTÈME FINANCIER**

La planification en vue de mettre à jour le système financier Oracle, qui est maintenant utilisé par toutes les régies régionales, s'est terminée en 2001-2002. L'importante mise à jour permettra de remplacer la version R10.7 par la version R11i. L'étape de la mise en œuvre est maintenant enclenchée; cette étape comprend l'élaboration du plan de projet et la formation de l'équipe de projet.



## MÉTHODE DE GESTION DES PROJETS

Au cours de l'année 2001-2002, une nouvelle méthode de gestion des projets a été élaborée et mise en œuvre au sein de la Division de l'informatique sanitaire. Cette nouvelle méthode a pour but de mieux gérer les projets et les ressources.

## ***Partenariats***

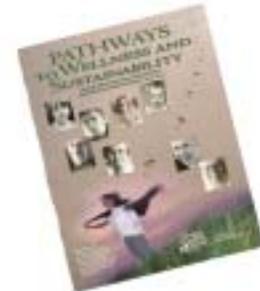
La santé et le mieux-être dépendent de bon nombre de facteurs qui ne relèvent pas du système de santé. C'est pourquoi plusieurs initiatives stratégiques ont été mises en œuvre au cours de l'année par le Ministère. Ces initiatives ont pour but de former et de soutenir des alliances efficaces qui ont des répercussions sur les déterminants de la santé et du mieux-être.

- Le Ministère a dirigé l'élaboration d'une stratégie provinciale en matière de modes de vie sains. Cette stratégie vise à réduire le taux d'incidence élevé des maladies chroniques chez les Insulaires. Parmi les partenaires qui travailleront à la mise en œuvre de la stratégie, on trouve des alliances communautaires, d'autres ministères, les régions sanitaires et des professionnels de la santé.
- Des stratégies visant à prévenir et à réduire les facteurs de risque des maladies chroniques (taux élevé de tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires et faible taux d'activité physique) sont mises en œuvre par des alliances provinciales regroupant des personnes, des organismes communautaires et non gouvernementaux, des associations professionnelles et des ministères. Parmi ces partenaires, on trouve l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alliance pour une vie active de l'Île-du-Prince-Édouard. On procède actuellement à la création d'une alliance pour une saine alimentation. La décision de créer cette alliance fait suite à plusieurs initiatives lancées par le Ministère afin de déterminer l'intérêt que pourrait représenter une alliance visant à promouvoir une saine alimentation, particulièrement chez les enfants et les jeunes, ainsi que d'en établir l'orientation. Les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation, entre autres, en collaboration avec d'autres partenaires, fournissent des ressources pour la planification stratégique et les activités des alliances.
- Les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation sont des partenaires de premier plan en ce qui concerne la Stratégie provinciale de développement de l'enfant en santé. L'objectif de la stratégie est de surveiller la santé des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard et de promouvoir le sain développement de l'enfant, ce qui a d'énormes répercussions sur la santé et le mieux-être à long terme.
- Les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation participent actuellement à l'élaboration d'une stratégie intégrée visant l'autisme afin de permettre un accès accru aux services d'intervention précoce et aux autres services pour les enfants autistes et leur famille. La stratégie permettra également d'assurer des transitions en douceur entre les différents services offerts.
- Le Ministère continue de travailler en collaboration avec ses partenaires régionaux et fédéraux à la mise en œuvre de plusieurs initiatives de santé publique, comme la surveillance du virus du Nil occidental et de la rage du raton laveur, et à la planification des mesures d'urgence en cas de problèmes de santé publique, comme les pandémies de grippe.
- Le Ministère est un partenaire de premier plan en ce qui concerne le Programme de recherche sur la santé à l'Île-du-Prince-Édouard. En effet le Ministère travaille en partenariat avec des agences nationales et des organismes locaux pour solliciter des propositions de recherche en santé et en services de santé, les évaluer et les financer.

# RÉSULTATS

Le Plan stratégique du système de santé et de services sociaux précise les cinq objectifs visant à améliorer la santé des Insulaires et la viabilité du système :

1. Améliorer l'état de santé des Insulaires
2. Accroître la responsabilisation en matière de santé
3. Améliorer la viabilité du système
4. Accroître la confiance du public dans le système
5. Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel
6. Maintenir les acquis



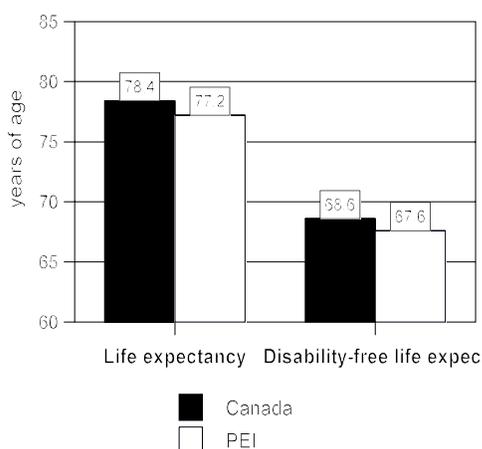
Dans le cadre du processus de planification, on a établi des indicateurs afin d'évaluer les progrès accomplis vers l'atteinte de chacun des objectifs. Des données sur ces indicateurs sont incluses dans la section suivante de ce rapport.

On présente les données les plus récentes disponibles. Il s'agit dans la plupart des cas des données de 1999 et, dans certains cas, de celles de 2001. Dans la mesure du possible, les données de l'Île-du-Prince-Édouard sont comparées aux moyennes nationales afin de comparer notre situation avec celle des autres provinces.

## Objectif n° 1 ~ Améliorer l'état de santé des Insulaires

### ESPÉRANCE DE VIE ET ESPÉRANCE DE VIE SANS LIMITATION D'ACTIVITÉ

Espérance de vie et espérance de vie sans limitation d'activité, à la naissance, 1996, Canada et Î.-P.-É.



Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie; ISQ

Exclusions : non-résidents du Canada

**Espérance de vie** : L'espérance de vie fait référence au nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre, à partir de sa naissance. L'indicateur se fonde sur le taux de mortalité pour une année civile donnée.

**Espérance de vie sans limitation d'activité** : Cet indicateur sert de complément à l'indicateur de l'espérance de vie et reflète le fait qu'une personne peut ne pas être en parfaite santé à un moment ou à un autre de sa vie. Les maladies chroniques, la fragilité et les incapacités sont plus fréquentes chez les personnes plus âgées, ce qui signifie qu'une population qui a une meilleure espérance de vie n'est pas nécessairement en meilleure santé. L'espérance de vie sans limitation d'activité se rapporte au nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre sans incapacité moyenne ou grave, à partir de sa naissance. Une personne ayant une incapacité moyenne ou grave vit au moins une limitation d'activité.



**Sommaire :** En 1996, l'espérance de vie des Insulaires était semblable à celle du reste des Canadiens. Les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard vivaient en moyenne 6,9 années de plus que les hommes. En 1999, l'espérance de vie des Insulaires était passée de 77,2 à 78,4 ans.

En 1996, l'espérance de vie sans limitation d'activité des Insulaires était de 67,6 ans, comparativement à l'espérance de vie globale, qui était de 77,2 ans. Par conséquent, en 1996, les Insulaires vivaient en moyenne 9,6 ans avec une incapacité moyenne ou grave. Les femmes avaient une espérance de vie sans limitation d'activité supérieure de 4,7 ans à celle des hommes.

## FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Le poids à la naissance est une mesure de la santé générale des nouveau-nés. Il s'agit d'un facteur clé de la survie du nouveau-né et qui influence le risque d'incapacités et de maladies comme la paralysie cérébrale, les troubles de vision, les difficultés d'apprentissage et les troubles respiratoires. Des soins prénataux appropriés pour la mère et des habitudes de vie saines peuvent augmenter les chances que le bébé ait un poids-santé à la naissance. Le faible poids à la naissance fait référence au pourcentage, au cours d'une année donnée, des naissances d'enfants vivants pesant entre 500 et 2 500 grammes.

**Résumé :** L'Île-du-Prince-Édouard continue d'afficher un taux relativement peu élevé de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance. En 1999, le taux à l'Île-du-Prince-Édouard était de 5,2 %, ce qui est semblable à la moyenne nationale, qui était de 5,5 %. Ces données sont considérées comme satisfaisantes si on les compare à la norme, qui est de 5 % dans la plupart des pays industrialisés. (Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances; ISQ)

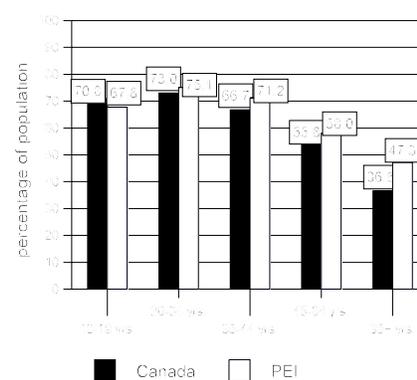
## AUTOÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

L'autoévaluation de l'état de santé est un indicateur de l'état de santé général et reflète comment les personnes perçoivent leur état de santé. Les données incluent ce que d'autres indicateurs, comme l'espérance de vie, peuvent laisser de côté, p. ex. l'effet des maladies, de la capacité d'adaptation, de l'attitude psychologique et du mieux-être social sur la santé.

L'autoévaluation de l'état de santé fait référence au pourcentage de la population qui a déclaré être en « très bonne » ou en « excellente » santé dans le cadre de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, menée en 2000-2001.

**Résumé :** En 2000-2001, 64,4 % des Insulaires se disaient en très bonne ou en excellente santé, ce qui est semblable à la moyenne nationale, de 61,4 %. Toutefois, le pourcentage des Insulaires plus âgés se disant en très bonne ou en excellente santé est plus faible, tout comme l'est celui des Canadiens du même groupe d'âge.

Pourcentage de la population qui se déclare en « excellente » ou en « très bonne » santé, population de 12 ans et plus, Canada et Î.-P.-É., 2000-2001, selon le groupe d'âge



Source : ESCC – Cycle 1.1 – 2000-2001

Exclusions : non-résidents du Canada; personnes vivant sur une base militaire, dans des réserves indiennes ou sur des terres publiques, clientèle d'institutions; membres à temps plein des Forces armées canadiennes; résidents de certaines régions éloignées.

## MALADIES CHRONIQUES

À l'Île-du-Prince-Édouard, les maladies chroniques sont les principales causes de décès, d'années potentielles de vie perdues, d'hospitalisation et de réduction de la qualité de vie. Les données portant sur la prévalence ou l'incidence des maladies chroniques permettent d'en apprendre davantage sur l'étendue d'une maladie, sur les personnes affectées (selon le groupe d'âge et le sexe, par exemple) et sur la tendance à la hausse ou à la baisse du taux d'affection au fil des ans. Ces renseignements aident les personnes œuvrant dans le système de santé à mieux comprendre les répercussions sociales de ces maladies et le fardeau économique qu'elles représentent.

Les maladies chroniques dont il est question dans le présent document sont les suivantes :

- Prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme, de l'asthme, de la dépression et du diabète.
- Incidence des cancers du poumon, colorectal, de la prostate et du sein.

### Prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme, de l'asthme, de la dépression et du diabète

La prévalence d'une maladie fait référence au nombre total de cas répertoriés au cours d'une année. La prévalence correspond au pourcentage des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic quelconque d'un professionnel de la santé dans le cadre de l'ESCC menée en 2000-2001. Il est important de noter que ces pourcentages se fondent sur des données autodéclarées. Par conséquent, ils peuvent ne pas donner une idée très précise de la prévalence de ces maladies. L'arthrite ou le rhumatisme comprend la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose, mais non la fibromyalgie. Les données sur la dépression font référence aux personnes qui risquent de faire une dépression, d'après leurs réponses à une série de questions.

**Résumé :** En 2000-2001, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme à l'Île-du-Prince-Édouard était de 18,4 %, ce qui est supérieur à la moyenne nationale, de 15,2 %. Le taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Prévalence du diabète (taux normalisé selon l'âge)		
	Canada*	Î.-P.-É.
1997-1998	4,3 %	3,9 %
1998-1999	4,8 %	4,5 %
1999-2000	5,1 %	4,6 %

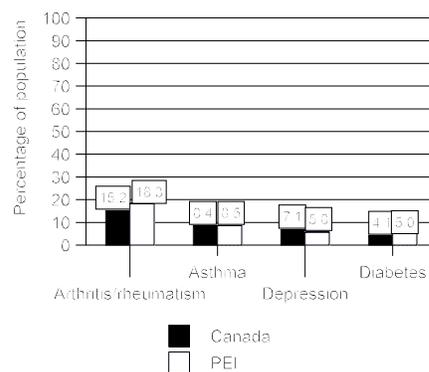
\* Les données pour le Canada excluent le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest

En 2000-2001, la prévalence de l'asthme à l'Île-du-Prince-Édouard était de 8,5 %, ce qui est semblable à la moyenne canadienne, de 8,4 %. Le taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

En 2000-2001, 5,8 % des Insulaires étaient susceptibles de faire une **dépression**, ce qui est inférieur à la moyenne nationale, de 7,1 %. Les femmes étaient plus sujettes à la dépression que les hommes.

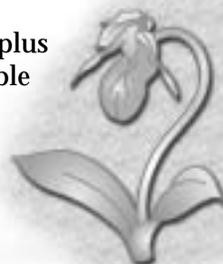
En 2000-2001, 5 % des Insulaires de 12 ans et plus ont été déclarés **diabétiques**, ce qui est semblable à la moyenne nationale, de 4,1 %. Le taux était plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Prévalence des maladies chroniques, population de 12 ans et plus, Î.-P.-É. et Canada, 2000-2001



Source : ESCC – Cycle 1.1 – 2000-2001

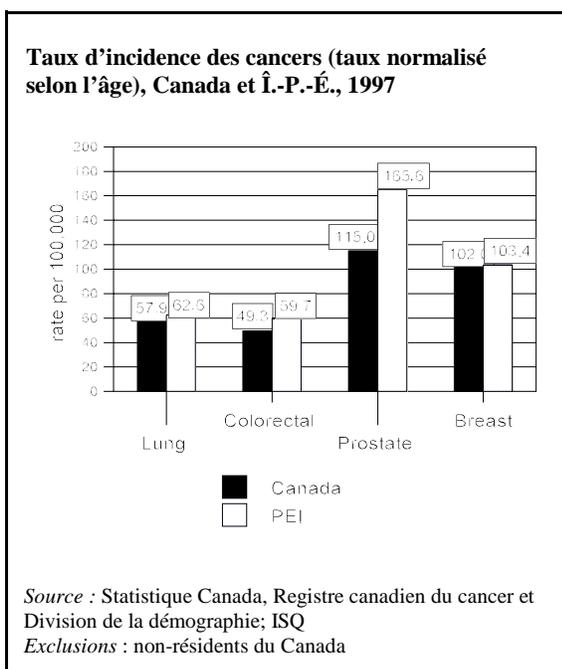
Exclusions : non-résidents du Canada; personnes vivant sur une base militaire, dans des réserves indiennes ou sur des terres publiques, clientèle d'institutions; membres à temps plein des Forces armées canadiennes; résidents de certaines régions éloignées.



Le Système national de surveillance du diabète est une source additionnelle d'information sur la maladie. Il s'agit d'un système relativement nouveau qui compile des données sur la maladie depuis seulement trois ans. Ces données doivent donc être considérées comme provisoires. Au cours de cette période, on constate que la prévalence du diabète à l'Île-du-Prince-Édouard a augmenté de 18 %, passant de 3,9 % à 4,6 % de la population. Ces valeurs sont semblables à la moyenne nationale. Si on analyse les données de 1998-1999 selon le groupe d'âge et le sexe, on constate une augmentation constante de la prévalence du diabète à l'Île-du-Prince-Édouard de l'âge de 20 ans (0,8 %) à l'âge de 80 ans (15,5 %). Le taux d'incidence est légèrement plus élevé chez les hommes.

## INCIDENCE DES CANCERS DU POU MON, COLORECTAL, DE LA PROSTATE ET DU SEIN

Le taux d'incidence de ces cancers correspond au nombre de nouveaux cas répertoriés au cours d'une année donnée par 100 000 habitants.



**Résumé :** À l'Île-du-Prince-Édouard, en 1997, le taux d'incidence du **cancer du poumon** était légèrement supérieur à la moyenne nationale. Le taux d'incidence des cancers chez les hommes de l'Île était deux fois supérieur à celui chez les femmes. Bien que le taux d'incidence des cancers chez les hommes soit plus élevé, les données montrent que le taux d'incidence chez les femmes rattrape tranquillement celui des hommes. Au cours des 20 dernières années, le taux, autant chez les hommes que chez les femmes, a respectivement doublé et triplé.

En 1997, le taux d'incidence du **cancer colorectal** à l'Île-du-Prince-Édouard était supérieur à la moyenne nationale.

Le taux d'incidence du **cancer de la prostate** à l'Île-du-Prince-Édouard était de 165,6 cas par 100 000 hommes, ce qui est supérieur à la moyenne nationale. Au cours des 20 dernières années, le taux d'incidence à l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada a plus que doublé.

En 1997, le taux d'incidence du **cancer du sein** à l'Île-du-Prince-Édouard était sensiblement le même que celui de l'ensemble des provinces canadiennes. Au cours des 20 dernières années, le taux d'incidence à l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada a augmenté d'environ 20 cas par 100 000 femmes.

## INCIDENCE DES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Bon nombre de maladies peuvent être évitées grâce à des programmes de vaccination adéquats. Les vaccins pour ces maladies sont administrés en vertu des programmes de vaccination provinciaux et territoriaux. Chaque province et territoire a l'obligation de déclarer tous les cas confirmés de ces maladies. De cette façon, il est possible de recueillir des renseignements sur l'efficacité de chaque programme de vaccination et de faire un suivi à long terme. Le taux d'incidence des six maladies évitables par la vaccination qui sont présentées ci-dessous fait référence au nombre de nouveaux cas par 100 000 habitants au cours d'une année donnée.

**Méningococcie invasive – moins de 20 ans** : Une nouvelle génération de vaccins très efficaces contre cette maladie est maintenant disponible. Les vaccins peuvent être donnés aux enfants dès l'âge de deux mois. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande trois doses de ce vaccin. L'Île-du-Prince-Édouard et la plupart des autres provinces canadiennes ne donnent pas ce vaccin de façon systématique, mais elles l'offrent aux personnes les plus à risque. Depuis 1993, l'Île-du-Prince-Édouard a signalé seulement deux cas de méningococcie. Le taux d'incidence était de 2,5 en 1993 et de 2,6 en 1998. (*Source* : Système de maladies à déclaration obligatoire de surveillance accrue)

**Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) – enfants de moins de 5 ans** : Au Canada, l'infection invasive à Hib était la cause la plus courante de méningite bactérienne et la cause principale d'autres infections invasives graves chez les enfants de moins de cinq ans avant l'apparition des vaccins contre le Hib. L'Île-du-Prince-Édouard a adopté le calendrier de quatre doses de ce vaccin en 1992. Depuis, l'Île-du-Prince-Édouard a signalé un seul cas, en 1994. Le taux d'incidence est donc de 10,6 cas par 100 000 enfants de moins de 5 ans. (*Source* : Système de maladies à déclaration obligatoire de surveillance accrue)

**Rougeole** : L'élimination de la rougeole est un objectif national et provincial. L'Île-du-Prince-Édouard n'a répertorié aucun cas de rougeole depuis qu'elle a commencé à donner les deux doses recommandées du vaccin, en 1997. Seulement 9 cas ont été signalés au cours de la période de 20 ans s'étendant de 1980 à 2000. (*Source* : Système de maladies à déclaration obligatoire de surveillance accrue)

**Hépatite** : Les deux principaux types d'hépatite évitables par la vaccination (hépatites A et B) sont des infections du foie causées par un contact direct avec le sang ou les fluides organiques d'une personne infectée. À l'Île-du-Prince-Édouard, le taux d'infection pour tous les types d'hépatite était bien au-dessous de la moyenne nationale (*Source* : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada)

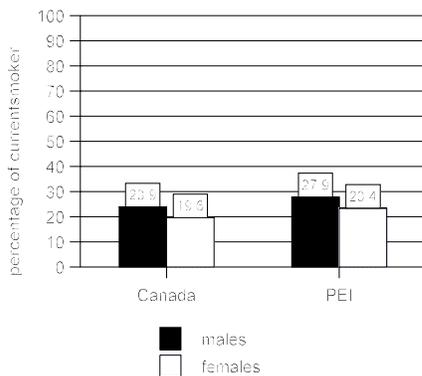
**Coqueluche** : La coqueluche, ou « chant du coq », est causée par une bactérie qui se transmet facilement d'une personne à une autre. Elle peut facilement être évitée par la vaccination. Le taux d'incidence moyen sur dix ans (1990-1999) à l'Île-du-Prince-Édouard était de 19 cas par 100 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne sur 10 ans, qui était de 22,8 cas. (*Source* : Base de données sur les congés des patients, ICIS)

## TAUX DE TABAGISME

L'usage du tabac est la cause principale de maladies évitables et de décès au Canada. Santé Canada estime que plus de 45 000 décès peuvent être attribués au tabagisme chaque année. Il est inquiétant de constater le taux élevé de jeunes fumeurs (entre 15 et 25 ans, par exemple) à cause de la dépendance que crée la nicotine. On estime qu'environ 8 personnes sur 10 qui font l'essai de la cigarette deviennent des fumeurs réguliers. Cet indicateur fait référence au pourcentage de la population de plus de 15 ans qui a déclaré fumer dans le cadre de l'ESUTC, en 2001. Il est important de noter que ces pourcentages se fondent sur des données autodéclarées. Par conséquent, ils peuvent ne pas donner une idée très précise de la prévalence du tabagisme. Les personnes interrogées peuvent avoir donné des réponses socialement acceptables aux questions de l'enquête et, de cette façon, avoir sous-évalué leurs habitudes en ce qui concerne l'usage du tabac.



**Pourcentage de fumeurs actuels autodéclarés, population de 15 ans et plus, selon le sexe, Canada et Î.-P.-É., 2001**



Source : ESUTC, 2001

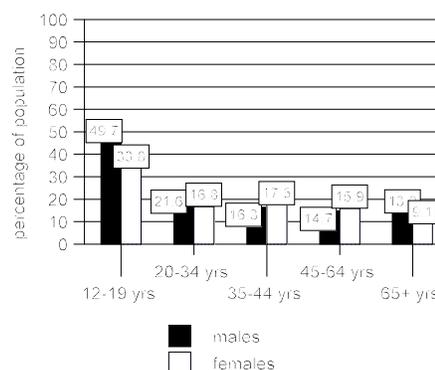
**Résumé :** En 2001, 25,6 % des Insulaires ont déclaré être des fumeurs, ce qui est supérieur à la moyenne nationale, de 21,7 %. Le pourcentage à l'Île-du-Prince-Édouard était légèrement en baisse par rapport à l'année précédente. Il était alors de 26 %. Les jeunes adultes de 20 à 24 ans, autant à l'Île-du-Prince-Édouard que dans l'ensemble du Canada, continuent d'afficher le plus haut taux de tabagisme de tous les groupes d'âge, c'est-à-dire 34,8 % pour l'Île-du-Prince-Édouard et 32,1 % pour l'ensemble du pays. Autant à l'Île qu'au Canada, plus d'hommes que de femmes ont déclaré fumer. À l'Île-du-Prince-Édouard, le pourcentage chez les hommes et les femmes appartenant aux groupes des 15 à 24 ans et des 25 ans et plus était légèrement en baisse par rapport au taux affiché en 2000, sauf en ce qui concerne les femmes du groupe des 25 ans et plus. Dans ce dernier cas, le taux était en légère hausse par rapport à celui de l'année 2000, qui était de 21 %.

## TAUX D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Maintenir un bon taux d'activité physique est associé à toute une panoplie d'avantages pour la santé. En effet, l'activité physique a des effets positifs sur la santé cardiaque et mentale. Cet indicateur fait référence au pourcentage de la population de 12 ans et plus qui a déclaré être « active » dans le cadre de l'ESCC en 2000-2001. Il est important de noter que ces pourcentages se fondent sur des données autodéclarées. Par conséquent, ils peuvent ne pas donner une idée très précise du taux réel d'activité physique. Les personnes interrogées peuvent avoir donné des réponses socialement acceptables aux questions de l'enquête et ainsi avoir surévalué leur niveau d'activité physique.

**Résumé :** En 2000-2001, seulement 19,6 % des Insulaires de plus de 12 ans ont déclaré être physiquement « actifs », ce qui est semblable au taux national, de 21 %. Les hommes de l'Île étaient en général plus actifs, surtout pour ce qui est du groupe des 12 à 19 ans. Le taux d'activité physique diminue avec l'âge, la diminution la plus marquée étant entre le groupe des 12 à 19 ans et celui des 20 à 34 ans.

**Pourcentage de la population qui se déclare physiquement « active », selon les groupes d'âge et le sexe, Î.-P.-É., 2000-2001**



Source : ESCC – Cycle 1.1, 2000-2001

Exclusions : personnes vivant dans des réserves indiennes ou sur des terres publiques, clientèle d'institutions; membres à temps plein des Forces armées canadiennes; résidents de certaines régions éloignées.

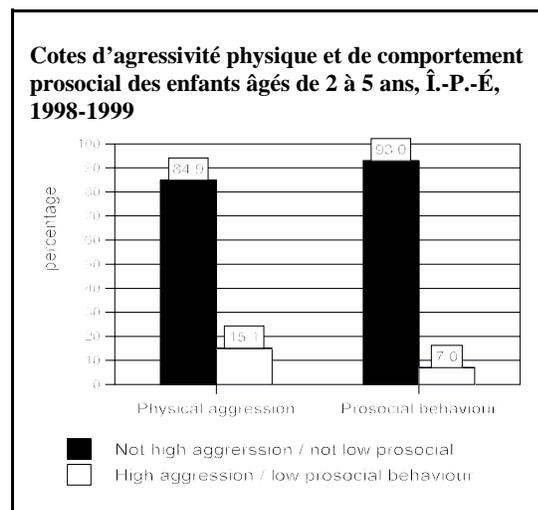
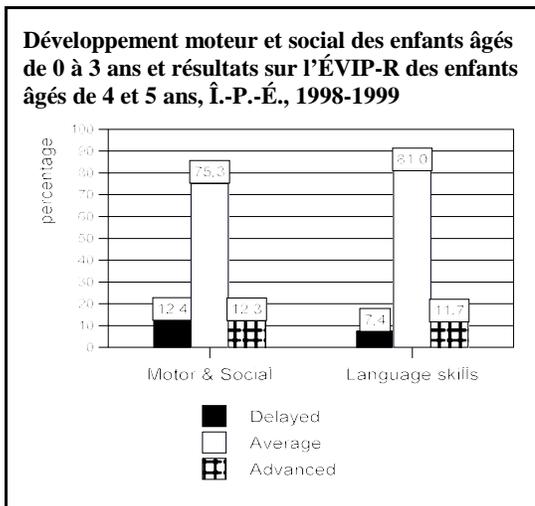
Nota : Interpréter ces données avec prudence; coefficient de variation de 16,6 % et 33,3 % : hommes de 65 ans et plus

## MATURITÉ SCOLAIRE

Ces indicateurs fournissent des renseignements permettant de déterminer dans quelle mesure les enfants sont « prêts » à apprendre lorsqu'ils commencent l'école. Les quatre indicateurs présentés ci-dessous mettent l'accent sur le mieux-être physique, affectif et social de l'enfant, ainsi que sur ses capacités langagières. [Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Fichier principal (Statistique Canada), Cycle 3 (1998-1999)].

## Développement moteur et social et capacités langagières

La majorité des enfants de la province, de la naissance à l'âge de trois ans, avaient un niveau de développement moteur et social moyen. Seulement 12,4 % des enfants affichaient un retard. Selon les résultats sur l'Échelle de vocabulaire en images Peabody – version révisée (ÉVIP-R), la majorité des enfants de la province âgés de quatre et cinq ans avaient une capacité de vocabulaire entendu et compris moyenne. Seulement 11,7 % des enfants affichaient un retard. Les résultats pour ces deux indicateurs sont très semblables à la moyenne canadienne.

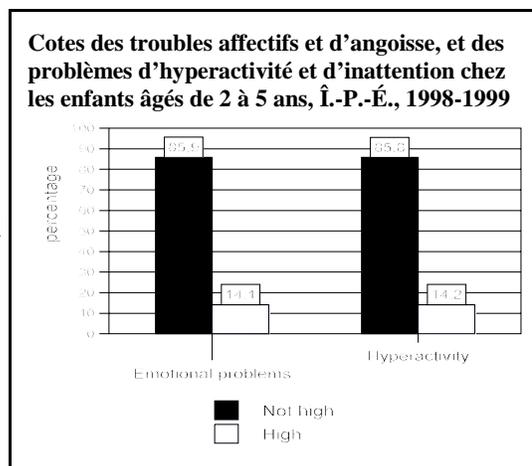


## Santé affective

La majorité des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard âgés de deux à cinq ans ne présentaient pas des niveaux élevés de troubles affectifs ou d'hyperactivité. Ces résultats sont très semblables à la moyenne canadienne.

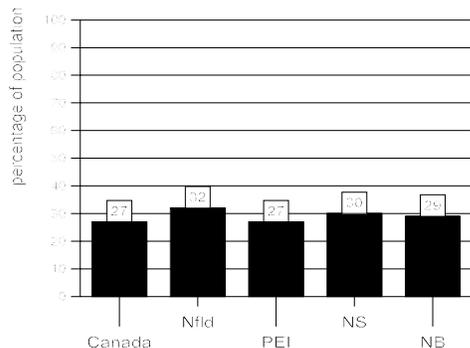
## Connaissances et aptitudes sociales

La majorité des enfants de la province âgés de deux à cinq ans ne présentaient pas des niveaux élevés d'agressivité physique, et un pourcentage encore plus élevé d'enfants manifestaient un comportement social positif. Ces résultats sont semblables à la moyenne nationale.



## ***Objectif n° 2 ~ Accroître la responsabilisation en matière de santé***

**Pourcentage des enfants âgés de 0 à 17 ans qui sont régulièrement exposés à la fumée secondaire, Canada et Î.-P.-É., 2000**



Source : Santé Canada 2000, ESUTC, Composante ménage, Février – Décembre 2000.

### **ENFANTS EXPOSÉS À LA FUMÉE SECONDAIRE**

L'exposition à la fumée secondaire peut avoir des effets nocifs sur la santé des enfants, car elle augmente les risques qu'ils souffrent de divers troubles respiratoires. Cet indicateur fait référence au pourcentage d'enfants âgés de 0 à 17 ans qui sont régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison.

**Résumé :** En 2000, 27 % des enfants de la province étaient régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison. Ce taux est identique à la moyenne nationale et inférieur au taux des autres provinces de l'Atlantique.

### **VACCINATION CONTRE LA GRIPPE**

On a prouvé que la vaccination contre la grippe était efficace pour la prévention de cette maladie infectieuse chez les gens âgés de 65 ans et plus. Cet indicateur fait référence au pourcentage de gens âgés de 65 ans et plus ayant déclaré avoir été vaccinés contre la grippe au cours de la dernière année. Les données proviennent de l'ESCC, menée en 2000-2001.

**Résumé :** En 2000-2001, un peu plus de la moitié des Insulaires âgés entre 65 et 74 ans avaient été vaccinés contre la grippe au cours de l'année précédente. Seulement 33 % des gens avaient déclaré n'avoir jamais été vaccinés contre la grippe. Chez les 75 ans et plus, le taux de vaccination contre la grippe au cours de l'année précédente était encore plus élevé et atteignait 71,8 %. Le taux pour les deux groupes d'âge est semblable à la moyenne nationale. (Source : ESCC – Cycle 1.1, 2000-2001)

### **TAUX DE MAMMOGRAPHIE**

Le cancer du sein continue à être la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes au Canada, et plus de la moitié des nouveaux cas sont répertoriés chez des femmes âgées entre 50 et 69 ans. Au cours des dernières années, les programmes de dépistage provinciaux et territoriaux ont collaboré à l'élaboration d'une banque de données nationale visant à surveiller et à évaluer l'évolution du cancer du sein, et les programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein ont beaucoup évolué. Au pays, on recommande que 70 % des femmes ayant entre 50 et 69 ans participent à un programme de dépistage, et ce, tous les 2 ans. La recommandation est la même à l'Île-du-Prince-Édouard.

Le programme de dépistage du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard a été lancé en février 1998. Il a pour objectif de faire passer un examen de dépistage tous les 2 ans à 70 % des femmes de la province qui ont entre 50 et 69 ans. En 2001, 15 455 femmes appartenaient à ce groupe d'âge.

## Participation au programme de dépistage du cancer du sein de l'Î.-P.-É. et proportion de cas détectés, 2001

<b>Participation annuelle visée</b> (nombre de femmes visées par le programme <u>en un an</u> )	7 727
<b>Nombre de femmes examinées en 2001</b>	5 354
<b>Taux annuel de participation</b>	69,2 %
<b>Taux provincial de cas de cancer détectés</b>	4 pour 1 000 examens
<i>Source : Programme de dépistage du cancer du sein de l'Î.-P.-É.</i>	

**Résumé :** En 2001, on a examiné 69,2 % de la population provinciale visée, ce qui se rapproche de très près de l'objectif national et provincial de 70 %. Il est important de noter que ce taux annuel ne représente pas nécessairement le pourcentage de femmes examinées tous les deux ans, puisque certaines subissent une mammographie tous les ans et sont donc comptées deux fois au cours de la période de deux ans. En 2001, on a détecté 19 nouveaux cas de cancer du sein à l'Île-du-Prince-Édouard, ce qui représente un taux de 4 cas par 1 000 examens. Il s'agit d'un très bon taux de cas détectés si on le compare à la norme nationale, qui indique qu'un programme provincial de dépistage du cancer du sein doit se traduire par un taux se situant entre 3 et 5 cas par 1 000 examens.

## TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN PAR LE TEST DE PAP

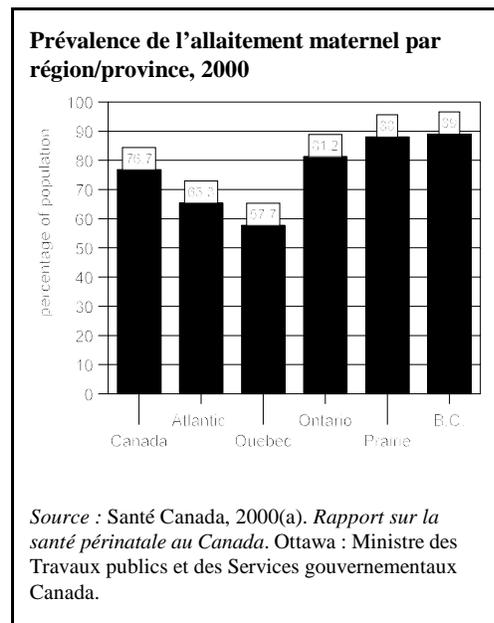
Plus de 90 % des cas de cancer du col utérin peuvent être évités grâce à un examen régulier de dépistage (test de Pap). Les données montrent que, depuis les années 60, le taux de cancer du col utérin à l'Île-du-Prince-Édouard a connu une augmentation, contrairement au taux national, qui est en baisse. On constate aussi que la plupart des cas de cancer du col utérin sont détectés chez les femmes qui ne subissent pas régulièrement un test de dépistage. Le taux de dépistage par le test de Pap correspond au pourcentage de femmes âgées entre 20 et 69 ans qui ont subi ce test au cours d'une période donnée. Le programme de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap à l'Île-du-Prince-Édouard a été créé en 2001, afin de réduire l'incidence du cancer du col utérin et, ainsi, de diminuer le taux de mortalité associé à cette maladie. Le programme a également pour but d'accroître l'accessibilité aux services et d'augmenter le nombre de femmes qui subissent un test de dépistage.

**Résumé :** Les données du programme de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap à l'Île-du-Prince-Édouard indiquent que, en 2001, le pourcentage de femmes âgées entre 20 et 69 ans qui avaient subi un test de Pap était d'environ 40 %, ce qui représente un taux semblable à ceux enregistrés depuis 1995. Au cours d'une période de 3 ans, environ 65 % des femmes âgées de 20 à 69 ans avaient subi un test de dépistage. La fréquence des tests de Pap diminue avec l'âge. (*Source : Rapport 2001 du programme de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap de l'Île-du-Prince-Édouard, 2002*). L'ESCC est une autre source de données concernant le taux de dépistage par le test de Pap. Ce taux de participation se fonde sur des données autodéclarées et a tendance à être moins précis que les résultats susmentionnés, obtenus par l'intermédiaire du programme de dépistage du cancer du col utérin par le test de Pap. Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête peuvent avoir donné des réponses socialement acceptables et, ainsi, avoir surévalué ou sous-évalué leurs activités.



Les données de cette ESCC permettent par contre d'établir une comparaison avec la moyenne canadienne. En 2000-2001, 78,8 % des Insulaires ont déclaré avoir subi un test de Pap au cours des trois années précédentes, ce qui est au-dessus de la moyenne canadienne, de 72,7 %. Le groupe des 35 à 44 ans affichait le plus haut taux de participation. Le taux de l'Île-du-Prince-Édouard était par ailleurs supérieur à la moyenne canadienne pour tous les groupes, surtout en ce qui concerne celui des 45 à 69 ans. (Source : ESCC – Cycle 1.1, 2000-2001)

## TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL



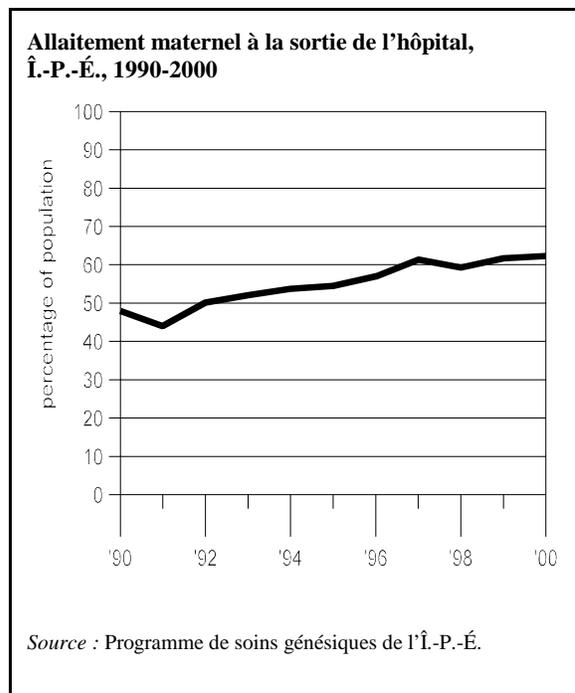
L'allaitement maternel est reconnu comme une source d'alimentation idéale pour les bébés. En effet, le lait maternel contient des immunoglobulines et des anticorps qui combattent les infections, de sorte que les bébés nourris au sein ont tendance à avoir moins de maladies d'enfance telles que les infections respiratoires, l'asthme, l'eczéma et les allergies alimentaires.

Les deux premières sources d'information mentionnées ci-dessous se fondent sur des données autodéclarées, alors que la troisième source repose sur des données provenant du Programme de soins génésiques de l'Île-du-Prince-Édouard. Les données autodéclarées sont en général moins précises, étant donné que les personnes interrogées peuvent avoir donné des réponses socialement acceptables et, ainsi, avoir surévalué et sous-évalué leurs activités. Ces trois sources permettent par contre d'établir des comparaisons avec la moyenne canadienne.

**Résumé :** Le premier graphique présente des données sur le pourcentage de femmes de cinq régions du Canada qui ont eu des enfants et opté pour l'allaitement maternel en 2000. Les données montrent que la région de l'Atlantique affiche le deuxième taux d'allaitement maternel le plus bas au Canada (65,3 %). Seul le Québec affiche un taux plus faible (57,7 %).

Les données provenant de l'ESCC menée en 2000-2001 montrent que la proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui avaient déjà allaité ou essayé d'allaiter leur nouveau-né était de 68,6 %, ce qui est inférieur à la moyenne nationale, de 79,3 %.

Le deuxième graphique présente la tendance, au fil des ans, en ce qui concerne la prévalence de l'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital. Ces données ont été recueillies par le Programme de soins génésiques de l'Île-du-Prince-Édouard. Le graphique montre que le taux de prévalence de l'allaitement maternel était supérieur à 60 % en 2000 et qu'il augmente constamment depuis 1990.



## ***Objectif n° 3 ~ Améliorer la viabilité du système***

### **DÉPENSES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD**

**Dépenses en matière de santé et de services sociaux à l'Î.-P.-É. (en dollars courants), 1999-2000 à 2001-2002 (en millions de dollars)**

	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
Dépenses – Soins de santé	237	257,3	294
Dépenses – Services sociaux	73,6	77	76,6
Dépenses totales du système	310,6	334,3	370,6

*Source* : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Î.-P.-É., Finances et administration, 2002

**Résumé** : En 2001-2002, les dépenses totales du gouvernement provincial en ce qui concerne la santé et les services sociaux étaient de 370,6 millions de dollars, soit 39 % de l'enveloppe budgétaire de 955,8 millions de dollars du gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a eu une augmentation de 23,7 millions (7,6 %) des dépenses en matière de santé et de services sociaux entre 1999-2000 et 2000-2001, et de 35,7 millions (10,7 %) entre 2000-2001 et 2001-2002.

### **COÛTS DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX PAR HABITANT**

**Coûts des soins de santé et des services sociaux par habitant à l'Î.-P.-É. (en dollars courants), 1999-2000 à 2001-2002**

	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
Coûts des soins de santé par habitant	1 722 \$	1 863 \$	2 122 \$
Coûts des services sociaux par habitant	535 \$	558 \$	553 \$
Coûts totaux par habitant	2 256 \$	2 421 \$	2 676 \$

*Source* : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Î.-P.-É., Finances et administration, 2002

**Résumé** : En 2001-2002, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard devait déboursier en moyenne 2 676 \$ par habitant pour les soins de santé et les services sociaux. Environ les trois quarts de cette somme étaient destinés aux soins de santé. L'augmentation du coût total par habitant était de 165 \$ (7,3 %) entre 1999-2000 et 2000-2001, et de 255 \$ (10,5 %) entre 2000-2001 et 2001-2002.



## PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Le suivi du nombre de professionnels de la santé au sein d'une population permet d'évaluer la qualité des services offerts à cette population. Cet indicateur fait référence au nombre de professionnels de la santé par 100 000 habitants.

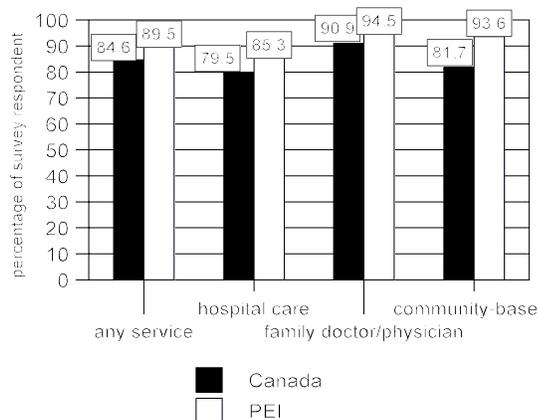
**Résumé :** En 2000, l'Île-du-Prince-Édouard affichait un tableau plutôt inégal en ce qui a trait au nombre de professionnels de la santé. Le ratio d'infirmières autorisées, d'infirmières auxiliaires et de pharmaciens de l'Île-du-Prince-Édouard était au-dessus de la moyenne nationale. En fait, le ratio d'infirmières auxiliaires par 100 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard était 2 fois supérieur à la moyenne nationale. Par contre, le ratio était inférieur à la moyenne canadienne en ce qui concerne les autres professionnels de la santé, comme les médecins, les dentistes, les psychologues, les hygiénistes dentaires et les optométristes. Il est important de noter que les Insulaires se rendent à l'extérieur de la province pour recevoir certains soins. Bien que certains services spécialisés et autres ne soient pas offerts dans la province, les Insulaires y ont accès dans les provinces voisines.

## Professionnels de la santé, nombre par 100 000 habitants, 2000

	Canada	Î.-P.-É.
Infirmières autorisées	752	908
Infirmières auxiliaires	207	451
Médecins praticiens et médecins de famille	94	76
Médecins spécialistes	93	53
Pharmaciens	79	86
Dentistes	56	43
Physiothérapeutes	47	34
Psychologues	43	15
Hygiénistes dentaires	48	31
Chiropraticiens	18	5
Optométristes	11	8

Source : ICIS, Indicateurs de la santé 2002

**Pourcentage de la clientèle qui est très ou assez satisfaite des soins de santé en général, des soins hospitaliers, des soins reçus d'un médecin et des soins communautaires, population de 15 ans et plus, Î.-P.-É. et Canada, 2000-2001**



Source : ESCC – Cycle 1.1, 2000-2001

Exclusions : non-résidents du Canada; personnes vivant sur une base militaire, dans des réserves indiennes ou sur des terres publiques, clientèle d'institutions; membres à temps plein des Forces armées canadiennes; résidents de certaines régions éloignées.

## SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE SUR LE PLAN DES SERVICES

La satisfaction de la clientèle sur le plan des services est un indicateur de la qualité de ces services. La satisfaction de la clientèle a été mesurée à partir des données recueillies dans le cadre de l'ESCC en 2000-2001. Cet indicateur fait référence au pourcentage de la population d'âge adulte qui se dit très ou assez satisfaite de la façon dont les soins de santé suivants sont dispensés : a) tous les soins de santé; b) soins hospitaliers; c) soins reçus d'un médecin; et d) soins de santé communautaires. Les soins communautaires comprennent les soins, les consultations et les thérapies à domicile, les soins personnels et les cliniques sans rendez-vous.

**Résumé :** En 2001, les Insulaires, tout comme l'ensemble des Canadiens, semblaient satisfaits des soins de santé reçus. En effet, 89,5 % des Insulaires étaient très ou assez satisfaits des soins de santé en général, 85,3 % étaient très ou assez satisfaits des soins hospitaliers, 94,5 % étaient très ou assez satisfaits des soins reçus d'un médecin et 93,6 % étaient très ou assez satisfaits des soins de santé communautaires.

## **Objectif n° 4 ~ Accroître la confiance du public dans le système**

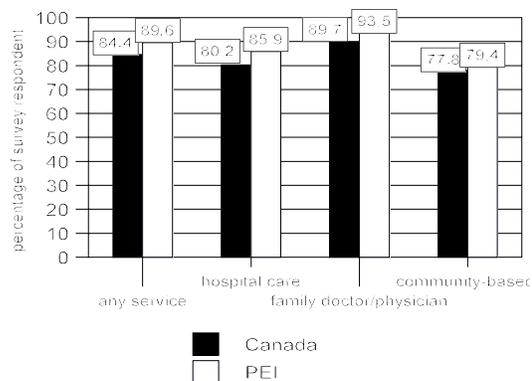
### **CONFIANCE DU PUBLIC**

La confiance du public dans le système de santé et de services sociaux peut être mesurée par l'évaluation par la population de la qualité des services reçus. L'appréciation de la qualité des services a été mesurée en 2000-2001 dans le cadre de l'ESCC.

Cet indicateur fait référence au pourcentage de la population qui juge excellents ou très bons les soins de santé en général, les soins hospitaliers, les soins reçus d'un médecin et les soins communautaires. Les soins communautaires englobent les soins, les consultations et les thérapies à domicile, les soins personnels et les cliniques sans rendez-vous.

**Résumé :** En général, les Insulaires ont répondu positivement quant à la qualité des soins reçus. En effet, 89,6 % des Insulaires jugent les soins de santé en général excellents ou très bons, 85,9 % jugent les soins hospitaliers excellents ou très bons, 93,5% jugent les soins reçus d'un médecin excellents ou très bons et 79,4 % jugent les soins de santé communautaires excellents ou très bons. Le taux de satisfaction pour ces quatre secteurs était supérieur à la moyenne canadienne.

Pourcentage de la population qui juge excellente ou très bonne la qualité des services reçus : soins de santé en général, soins hospitaliers, soins reçus d'un médecin et soins communautaires, population de 15 ans et plus, Î.-P.-É. et Canada, 2000-2001



Source : ESCC – Cycle 1.1, 2000-2001

## **Objectif n° 5 ~ Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel**

### **MIEUX-ÊTRE EN MILIEU DE TRAVAIL ET MORAL DU PERSONNEL**

Le tableau ci-dessous présente un profil du nombre d'employés permanents qui ont travaillé au sein du système de santé et de services sociaux au cours des deux dernières années.



### Employés permanents du système de santé et de services sociaux Avril 2000 à mars 2002

	Nombre au 1 <sup>er</sup> avril 2000	Nombre au 31 mars 2001	Nombre au 1 <sup>er</sup> avril 2001	Nombre au 31 mars 2002
Ministère	141	145	145	159
Régions sanitaires	3 411	3 698	3 698	3 952
Total	3 552	3 843	3 843	4 111
Taux d'augmentation	8,2 %		7,0 %	

**Résumé :** Les employés des régions sanitaires qui assurent la prestation des programmes et des services à l'Île représentent la majorité des effectifs, tandis que les employés du Ministère représentent moins de 4 % des effectifs. Si on compare les chiffres à la fin de l'exercice financier 2000-2001 à ceux à la fin de celui de 2001-2002, on constate une augmentation de 7 % du nombre d'employés permanents.

### UTILISATION DES CONGÉS AUTORISÉS

Il existe plusieurs façons de mesurer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel. Le nombre et la durée des congés pris par le personnel nous donnent une idée de leur santé physique et mentale. La majorité des congés pris par le personnel du système de santé et de services sociaux sont des congés de maladie. Cet indicateur fait référence : a) au pourcentage du nombre total de jours de travail que le personnel (ETP) a pris en congés de maladie; b) au coût des congés de maladie (coûts liés à la perte de productivité); et c) au nombre moyen de congés de maladie pris par chaque employé (ETP) par année.

#### Utilisation des congés de maladie par le personnel du système de santé et de services sociaux, 1999-2000 à 2001-2002

	2000-2001	2001-2002
	Système de santé et de services sociaux	Services de santé et de services sociaux
Heures totales	6 994 161	7 095 510
Heures totales – Congés de maladie	256 495	256 854
Pourcentage du nombre de jours de travail pris en congés de maladie	3,7 %	3,6 %
Coût des congés de maladie (en millions de dollars)	4,6	5,0
Nombre moyen de congés de maladie pris chaque année par ETP*	9,6	9,4

\* ETP est l'abréviation d'« équivalent temps plein » et correspond au nombre d'heures de travail d'un employé à temps plein, c'est-à-dire 1 950 heures par année.

**Résumé :** Le pourcentage de congés de maladie pris par le personnel du système de santé et de services sociaux est demeuré stable au cours de cette période de deux ans. Le nombre moyen de congés de maladie pris par chaque employé par année est également demeuré stable.

## DEMANDES DÉPOSÉES À LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL PAR LE PERSONNEL DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Cet indicateur rend compte : a) du nombre de nouvelles demandes déposées à la Commission des accidents du travail; et b) du nombre de jours d'indemnisation utilisés.

Demandes déposées à la Commission des accidents du travail par les employés du système de santé et de services sociaux entre 1999 et 2001			
	1999	2000	2001
Nombre de nouvelles demandes	243	252	208
Nombre de jours utilisés	12 147	11 702	6 108

**Résumé :** Le nombre de nouvelles demandes a quelque peu diminué en 2001 par rapport aux deux années précédentes. La diminution du nombre de jours d'indemnisation utilisés en 2001 était encore plus significative, puisque ce nombre a diminué de presque la moitié par rapport aux deux années précédentes.

## DEMANDES POUR INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Cet indicateur fait référence au nombre de demandes pour invalidité de longue durée approuvées pour les employés des régions sanitaires chaque année.

Demandes pour invalidité de longue durée, régions sanitaires seulement*, 1998 à 2000			
	1998	1999	2000
Nombre total de demandes	20	16	21
* Les données concernant l'invalidité de longue durée sont disponibles pour l'ensemble de la fonction publique, mais pas pour les ministères individuellement. Les chiffres ci-dessus comprennent donc les employés des cinq régions sanitaires, mais pas les employés du Ministère.			

**Résumé :** Un très petit nombre d'employés des régions sanitaires ont pris des congés d'invalidité de longue durée, et ce nombre a très peu varié au cours de la période de trois ans.

## SUCCÈS EN MATIÈRE DE RECRUTEMENT DE MÉDECINS

Toutes les provinces sont confrontées à une pénurie de médecins de famille et spécialistes. Le nombre de postes à pourvoir en médecine familiale et en médecine spécialisée a des répercussions sur les services offerts à la population. Le recrutement se fait de façon continue, mais, malgré les efforts déployés, il y aura toujours des postes à pourvoir en médecine, que ce soit à cause des départs à la retraite ou de la décision de certains médecins de quitter le système.



À ce jour, la stratégie de recrutement des médecins de l'Île-du-Prince-Édouard a connu bien du succès. Le succès en matière de recrutement fait référence au nombre de postes pourvus au cours d'une année donnée et sert à évaluer la réussite des efforts de recrutement. À l'Île-du-Prince-Édouard, le Comité de planification des ressources médicales a établi un « effectif visé », lequel représente le nombre total de postes à pourvoir en médecine. Cet indicateur compare le nombre visé de médecins de famille et spécialistes au nombre de postes pourvus pour une période donnée.

Effectif visé et postes pourvus, Î.-P.-É.				
	En mars 2001		En mars 2002	
	Effectif visé	Postes pourvus*	Effectif visé	Postes pourvus*
Médecins de famille	75	70,5	75	72,8
Médecins spécialistes	93,9	76,8	96,1	85,5
<b>TOTAL</b>	<b>168,9</b>	<b>147,3</b>	<b>171,1</b>	<b>158,3</b>

**Résumé :** Le nombre de postes pourvus en médecine a augmenté, passant de 147,3 en 2001 à 158,3 en 2002. Leur pourcentage a aussi augmenté. En effet, en 2001, 87,2 % des postes étaient pourvus, alors que, en 2002, 92,5 % des postes l'étaient. Bien que le nombre de médecins à l'Île-du-Prince-Édouard demeure tout juste au-dessous de l'effectif visé dans certaines spécialités, on peut constater une augmentation en ce qui a trait aux médecins de famille, aux obstétriciens et gynécologues, aux oncologues, aux psychiatres, aux physiothérapeutes, aux chirurgiens et aux radiologues.

## SUCCÈS EN MATIÈRE DE RECRUTEMENT D'INFIRMIÈRES AUTORISÉES

Le personnel infirmier autorisé représente le groupe de fournisseurs de soins de santé le plus important. Le maintien d'un nombre adéquat d'infirmières passe par le recrutement de nouveaux effectifs et par le maintien en poste de la main-d'œuvre existante. La stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier de l'Île-du-Prince-Édouard comprend plusieurs initiatives visant : a) à recruter de nouvelles infirmières en créant des postes et en accordant des bourses aux étudiants inscrits au baccalauréat en sciences infirmières; et b) à maintenir les infirmières en poste grâce à des initiatives comme l'aide financière offerte aux infirmières autorisées qui prennent part à des programmes de mise à jour. Cet indicateur fait référence à ces trois initiatives et au nombre de personnes recrutées pour travailler à l'Île-du-Prince-Édouard.

Stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier de l'Î.-P.-É.		
	2000-2001	2001-2002
Nombre de postes d'infirmière autorisée créés	27	15
Nombre de bourses accordées aux étudiants (3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> années)*	24	35
Nombre d'infirmières autorisées recrutées pour travailler à l'Î.-P.-É.	27	18
Nombre d'infirmières autorisées qui ont reçu de l'aide financière pour prendre part à des programmes de mise à jour	2	4

\* Les étudiants qui reçoivent cette bourse doivent ensuite travailler un an au sein du système de santé de l'Î.-P.-É.

**Résumé :** Au cours de la période de deux ans commençant en 2000-2001, la stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier a permis de créer 42 postes, de remettre une bourse à 59 étudiants et de recruter 45 infirmières pour travailler à l'Île-du-Prince-Édouard. Le nombre de bourses accordées aux étudiants a considérablement augmenté en 2001-2002, ce qui est très intéressant puisque les étudiants qui reçoivent une bourse doivent travailler un an au sein du système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard à la fin de leurs études.

## TAUX D'ATTRITION

L'attrition correspond au nombre d'employés qui ont quitté leur poste pour une raison ou une autre. Cet indicateur fait référence : a) au pourcentage d'employés qui ont quitté le système, selon la raison de leur départ; et b) au pourcentage de personnes qui ont été réaffectées au sein du système de santé et de services sociaux, selon le type de réaffectation.

## DÉPART DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le nombre d'employés permanents qui ont quitté le système de santé et de services sociaux a diminué au cours des deux dernières années. En 2000-2001, 137 des 3 843 employés (3,6 %) ont quitté le système, alors que, en 2001-2002, 121 des 4 111 employés (2,9 %) l'ont fait.

<b>Pourcentage d'employés permanents qui ont quitté le système de santé et de services sociaux, selon la raison de leur départ, avril 2000-2001 et mars 2001-2002</b>			
<b>Raison du départ</b>		<b>Avril 2000-2001 (sur 137 qui ont quitté le système)</b>	<b>Mars 2001-2002 (sur 121 qui ont quitté le système)</b>
Départ volontaire		34 %	45 %
Retraite	Retraite normale	34 %	36 %
	Retraite anticipée	8 %	3 %
	Retraite volontaire 2002	ne s'applique pas	3 %
Raisons de santé, raisons familiales ou décès		16 %	8 %
Non-retour à la suite d'un congé, d'un arrêt de travail (invalidité de longue durée et Commission des accidents du travail), d'une mise à pied ou d'un rendement insatisfaisant		8 %	5 %

**Résumé :** En 2000-2001 et 2001-2002, les départs volontaires et les retraites représentaient plus de 80 % des départs. Le pourcentage des départs volontaires était considérablement plus élevé en 2001-2002, tandis que les départs pour des raisons personnelles étaient plus nombreux en 2000-2001.



## RÉAFFECTATION AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Assez peu d'employés ont été réaffectés au sein du système de santé et de services sociaux au cours des deux dernières années. En 2000-2001, 45 des 3 843 employés (1,2 %) avaient été réaffectés, comparativement à 44 des 4 111 employés (1,1 %) en 2001-2002.

Pourcentage des employés permanents réaffectés au sein du système de santé et de services sociaux, selon le type de réaffectation, avril 2000-2001 et mars 2001-2002		
Type de réaffectation	Avril 2000-2001 (sur 45 qui ont été réaffectés)	Mars 2001-2002 (sur 44 qui ont été réaffectés)
Départ volontaire et acceptation d'un autre poste	73 %	68 %
Réaffectation à un autre poste	27 %	32 %

**Résumé :** En 2000-2001 et 2001-2002, le pourcentage d'employés qui ont volontairement quitté un poste (pour en accepter un autre dans le système) était deux fois plus élevé que le pourcentage d'employés qui ont été réaffectés.

## UTILISATION DU PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS

Le Programme d'aide aux employés vise à assurer la santé des employés et une main-d'œuvre productive et satisfaite. Le programme offre aux employés des séances de counseling individuelles, de même que des séances de groupe axées sur le mieux-être en milieu de travail. Le pourcentage d'utilisation des séances individuelles offertes par le Programme d'aide aux employés donne une idée du nombre d'employés qui ont de tels besoins en matière de santé et de leur volonté de trouver de l'aide pour assurer leur mieux-être. Cet indicateur rend compte de données concernant les séances de counseling individuelles et fait référence : a) au nombre d'employés des régions sanitaires qui utilisent chaque année les services offerts par le Programme d'aide aux employés; et b) à la répartition de ceux qui utilisent le Programme d'aide aux employés selon le groupe d'âge et l'ancienneté. Les données concernant le Programme d'aide aux employés sont disponibles pour l'ensemble de la fonction publique, mais pas pour les ministères individuellement. Les chiffres ci-dessous comprennent donc les employés des cinq régions sanitaires, mais pas ceux du Ministère.

Pourcentage d'utilisation du Programme d'aide aux employés, régions sanitaires, 2000-2001 et 2001-2002			
Répartition selon l'âge et l'ancienneté		2000-2001 (sur 492 qui ont utilisé le Programme)	2001-2002 (sur 614 qui ont utilisé le Programme)
<b>Groupes d'âge</b>	de 36 à 45 ans	42,4 %	38,2 %
	de 46 à 55 ans	23,6 %	21,5 %
<b>Ancienneté</b>	de 6 à 10 ans	25,0 %	22,5 %
	de 11 à 19 ans	41,3 %	38,1 %
	20 ans et plus	12,3 %	12,0 %

**Résumé :** Un nombre relativement élevé d'employés des régions sanitaires ont profité du Programme d'aide aux employés au cours des deux dernières années. En 2000-2001, 492 des 3 698 employés (13,3 %) ont utilisé le Programme d'aide aux employés, alors que 614 des 3 952 employés (15,5 %) ont fait de même en 2001-2002. Environ 20 % plus d'employés des régions sanitaires ont utilisé les services offerts par le Programme d'aide aux employés en 2001-2002, comparativement à l'année précédente.

Au cours de ces deux années, les trois principaux problèmes ayant nécessité une consultation étaient les problèmes conjugaux, les conflits en milieu de travail et l'anxiété. Chaque année, plus du quart de ceux qui ont utilisé les services offerts par le Programme d'aide aux employés ont indiqué que leurs problèmes avaient des répercussions sur la qualité de leur travail et leur rendement. Près de 20 % des employés ont indiqué que leurs problèmes avaient entraîné des conflits au travail, et plus de 15 % des employés ont indiqué qu'ils avaient même dû s'absenter de leur travail à cause de ces problèmes.

En ce qui concerne l'ancienneté, ceux qui avaient cumulé entre 10 et 19 années de service avaient le taux de participation au Programme d'aide aux employés le plus élevé. Finalement, le groupe des 36 à 45 ans avait utilisé le Programme d'aide aux employés presque 2 fois plus souvent que le groupe des 46 à 55 ans.



# ***Plan ministériel du système de santé et de services sociaux***

## **Mission, vision, principes et objectifs**

### **MISSION**

La mission du système de santé et de services sociaux est de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé et l'autonomie des Insulaires.

### **VISION**

Des services de qualité dont le but est de promouvoir la santé et l'autonomie grâce à des relations fondées sur la confiance et le partage des responsabilités.

### **PRINCIPES**

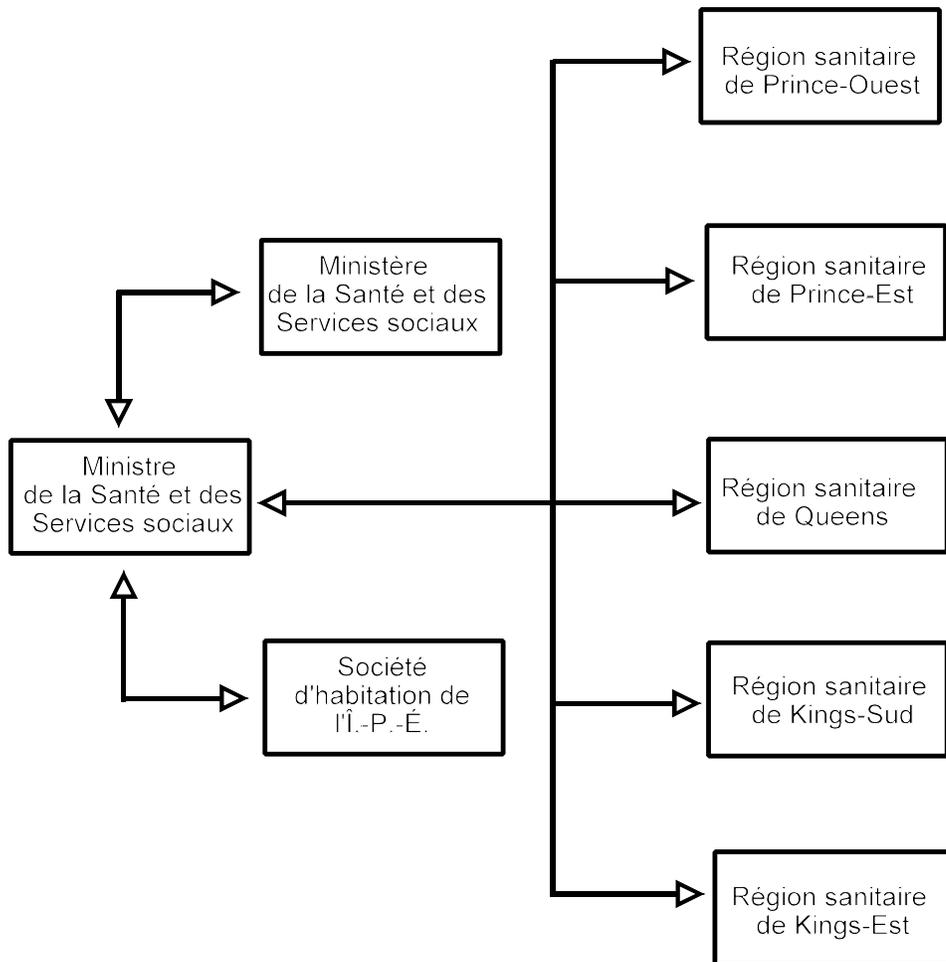
<b>Mieux-être</b>	~	Notre priorité est le mieux-être et la santé des enfants.
<b>Viabilité</b>	~	Nous distribuerons les ressources de façon à répondre aux besoins changeants et à assurer un accès continu à des programmes et à des services de qualité.
<b>Responsabilisation</b>	~	Nous allons mesurer notre rendement et les résultats atteints, puis en rendre compte.

### **OBJECTIFS**

- ▶ Améliorer l'état de santé des Insulaires
- ▶ Accroître la responsabilisation en matière de santé
- ▶ Améliorer la viabilité du système
- ▶ Accroître la confiance du public dans le système
- ▶ Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel
- ▶ Maintenir les acquis

# ***Structure organisationnelle du système de santé et de services sociaux***

**Île-du-Prince-Édouard  
au 31 mars 2002**



# ***Rôles et responsabilités du ministre***

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable devant l'Assemblée législative de l'Île-du-Prince-Édouard de la qualité du système provincial de santé et de services sociaux et de ses répercussions sur la santé et le mieux-être des Insulaires. Le ministre, en collaboration avec les régies régionales de la santé, est responsable de l'orientation des stratégies, des plans et des politiques à l'échelle du système. Il se charge aussi de communiquer les besoins et préoccupations des régies régionales de la santé et des Insulaires au Conseil exécutif ainsi qu'à l'Assemblée législative. Le ministre s'occupe d'allouer les ressources aux régies régionales de la santé de manière juste et équitable, surveille le rendement du système et les résultats obtenus, puis en rend compte.

**Le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans les domaines suivants :**

**En collaboration avec les personnes, les familles, les collectivités, les régies régionales de la santé, les médecins, les autres ministères provinciaux, les fournisseurs de soins de santé non gouvernementaux et les organismes en santé :**

- ▶ La santé des personnes
- ▶ La responsabilisation des personnes, des familles et des collectivités en matière de santé
- ▶ L'influence des milieux physique et social sur la santé des personnes
- ▶ L'autonomie des personnes ayant des handicaps physiques ou intellectuels, ou encore des problèmes financiers
- ▶ La qualité des logements dans la province
- ▶ La qualité des politiques gouvernementales qui influencent la santé des personnes
- ▶ La viabilité du système provincial de santé et de services sociaux

**En collaboration avec les régies régionales de la santé, les médecins et les fournisseurs de soins :**

- ▶ La qualité des services et ses répercussions sur les personnes
- ▶ La rentabilité des services de santé et des services sociaux
- ▶ La satisfaction des patients, des familles et de la clientèle
- ▶ L'accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux
- ▶ La santé, la sécurité et le respect de la dignité des personnes qui reçoivent des soins
- ▶ Le mieux-être en milieu de travail et le moral des fournisseurs de soins et du personnel du domaine des services de santé et des services sociaux provinciaux et régionaux
- ▶ La santé et la sécurité au travail du personnel et des bénévoles
- ▶ La confiance du public dans le système de santé et de services sociaux

**Le ministre est également responsable des éléments suivants :**

- ▶ La qualité et le rendement des fournisseurs de soins et du personnel du domaine des services de santé et des services sociaux provinciaux et régionaux, et la façon dont ils accomplissent leurs tâches
- ▶ La confiance des médecins et des fournisseurs de soins dans le système de santé et de services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard
- ▶ Les relations avec les autres gouvernements, les intervenants et les organismes
- ▶ La qualité de la surveillance des résultats en matière de santé, de même que du rendement des services de santé et des services sociaux
- ▶ L'état des installations et de l'équipement du système de santé et de services sociaux

- ▶ L'état des finances du système de santé et de services sociaux
- ▶ Le respect des lois et des règlements gouvernementaux
- ▶ L'application des lois et des règlements pertinents

**Il doit également assumer les autres responsabilités et obligations qui lui sont de temps à autre assignées par l'Assemblée législative et le Conseil exécutif.**

# ***Rôles et responsabilités du sous-ministre***

Le rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux est de faire preuve de leadership en matière d'innovations et d'amélioration continue du système de santé et de services sociaux, et d'offrir des services administratifs et de réglementation de grande qualité au système de santé et aux Insulaires.

**Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans les domaines suivants :**

**1. La qualité\* des conseils, de l'aide, de l'information et du leadership offerts au ministre et, au besoin, aux régies régionales de la santé et à leur personnel, et aux fournisseurs de soins de santé publics et privés, dans les domaines ci-dessous :**

- ▶ L'élaboration et l'application des politiques
- ▶ L'élaboration et l'adoption de normes en matière de résultats
- ▶ La surveillance des résultats en matière de santé et de l'état de santé de la population
- ▶ L'élaboration de cadres et de processus de planification
- ▶ L'allocation des ressources
- ▶ La planification des projets d'investissement
- ▶ Les stratégies de communication
- ▶ La planification et le développement des ressources humaines
- ▶ La planification des systèmes de technologie de l'information
- ▶ La gestion des questions
- ▶ L'élaboration et l'interprétation des lois et des règlements, ainsi que leur respect
- ▶ L'interaction avec les autres gouvernements et leurs processus
- ▶ La diffusion des connaissances scientifiques et des données comparatives
- ▶ Tous les domaines compris dans la « Mission du système de santé et de services sociaux »

**Le sous-ministre est également responsable des éléments suivants :**

**2. La qualité de l'administration et des services primaires :**

- ▶ Enregistrement, perception des primes, paiement des fournisseurs et autres services de paiement des médecins
- ▶ Obtention de services de santé à l'extérieur de la province et paiements connexes
- ▶ Contrôle de la tuberculose, des MTS et des autres maladies transmissibles
- ▶ Contrats avec les services ambulanciers et politiques connexes
- ▶ Contrats avec les services transfusionnels
- ▶ Systèmes de technologie de l'information
- ▶ Consultations avant et après l'adoption
- ▶ Contrats avec les organismes provinciaux non gouvernementaux
- ▶ Programmes sur l'autisme
- ▶ Ressources d'information sur la santé

**3. La qualité de la législation relative à la santé et aux services sociaux et l'application des lois et des règlements pertinents**

**4. La qualité de la surveillance des résultats provinciaux et régionaux en matière de santé**

- 5. La satisfaction de la clientèle et des fournisseurs de soins**
  - 6. L'exercice de son influence sur les décisions des autres gouvernements, ministères et organismes liés à la santé, au besoin**
  - 7. La qualité des relations avec les autres gouvernements, les régies régionales de la santé et leur personnel, les ministères, les organismes, les associations, les fournisseurs, les entrepreneurs, etc.**
  - 8. La qualité, le rendement, le moral et la conduite du personnel ainsi que la santé et la sécurité au travail**
  - 9. La confiance du public dans le système de santé et de services sociaux**
  - 10. Les coûts et la rentabilité**
  - 11. L'état des finances et des actifs du Ministère**
  - 12. Le respect des lois et des politiques du gouvernement au sein du Ministère**
  - 13. Les autres tâches et obligations qui sont de temps à autre assignées par le ministre**
- \* La qualité englobe la fiabilité, l'utilité, la quantité, les délais, le coût, l'attitude et la confidentialité (lorsqu'elle est requise).**

# ***Rôles et responsabilités du conseil des régions régionales de la santé***

En 1993, on a intégré cinq régions régionales de la santé (Prince-Ouest, Prince-Est, Queens, Kings-Sud et Kings-Est) au système de santé et de services sociaux; celles-ci doivent rendre compte au ministre de la Santé et des Services sociaux. Chaque région est dirigée par un conseil d'administration local qui a pour mandat d'assurer la prestation des services de santé et des services sociaux dans sa région. Ces services comprennent les services de traitement des dépendances, les services à l'enfance et à la famille (programmes d'aide financière et de services de soutien), les services communautaires en santé mentale, les services dentaires, les soins et les services de soutien à domicile, les services hospitaliers, les services de logement, les services d'hébergement en manoir, les services de pharmacie, les services infirmiers de santé publique et les services d'hygiène du milieu.

Le rôle du conseil des régions régionales de la santé est de définir le plan stratégique de la région sanitaire en se basant sur le plan stratégique provincial; d'évaluer l'état de santé et les besoins de la population en matière de santé et d'en rendre compte; de surveiller le rendement du système de santé, ainsi que ses répercussions sur les résultats, sur l'état budgétaire et sur le moral et le rendement du chef de la direction et du personnel, puis d'en rendre compte; puis de collaborer avec d'autres organismes communautaires qui ont une influence sur les déterminants de la santé de leurs résidents; et de conseiller le ministre sur des questions touchant le système de santé et de services sociaux.

**Le conseil des régions régionales de la santé est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans sa région dans les domaines suivants :**

**En collaboration avec les personnes, les familles, les collectivités, les médecins, les autres ministères provinciaux, les fournisseurs de soins de santé non gouvernementaux et les organismes de santé et de services sociaux :**

- ▶ La santé des résidents de la région
- ▶ La responsabilisation des personnes, des familles et des collectivités en matière de santé
- ▶ L'influence des milieux physique et social sur la santé des personnes
- ▶ L'autonomie des personnes ayant des handicaps physiques ou intellectuels, ou encore des problèmes financiers
- ▶ La qualité des logements dans la région
- ▶ La qualité des politiques gouvernementales qui influencent la santé dans la région
- ▶ La viabilité du système régional de santé et de services sociaux

**En collaboration avec les médecins et les fournisseurs de soins de santé :**

- ▶ La qualité des services de santé et des services sociaux, et ses répercussions sur les personnes
- ▶ La rentabilité des services de santé et des services sociaux
- ▶ La satisfaction des patients, des familles et de la clientèle
- ▶ L'accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux
- ▶ La santé, la sécurité et le respect de la dignité des personnes qui reçoivent des soins
- ▶ La confiance du public dans le système de santé et de services sociaux de la région

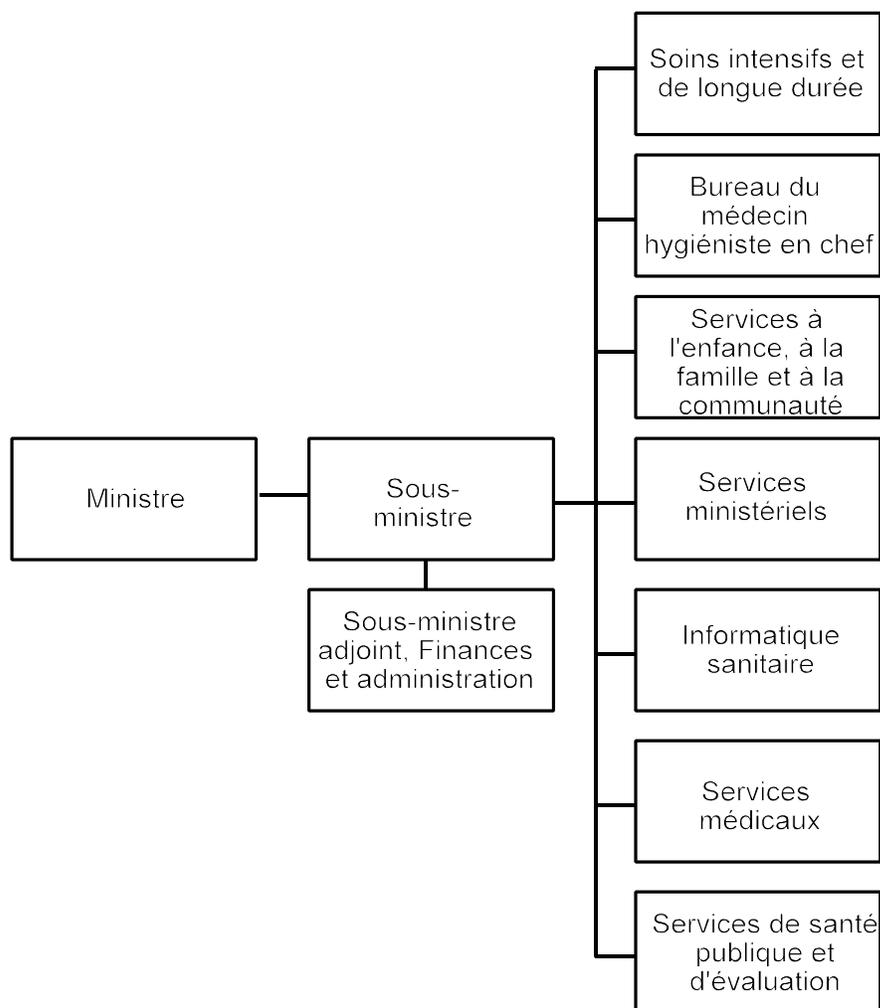
**Le conseil des régies régionales de la santé est également responsable des éléments suivants :**

- ▶ Le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel de la régie régionale de la santé et des services sociaux
- ▶ La qualité et le rendement du personnel de la régie régionale dans la façon dont il accomplit ses tâches
- ▶ La santé et la sécurité au travail du personnel et des bénévoles régionaux
- ▶ La confiance des médecins et des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux dans la régie régionale
- ▶ Les relations avec les autres régies régionales, le Ministère, les intervenants et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux à l'intérieur et à l'extérieur de la province
- ▶ La qualité du suivi des résultats en matière de santé, de même que des services de santé et des services sociaux
- ▶ L'état des installations et de l'équipement de la régie régionale de la santé
- ▶ L'état des finances de la régie régionale de la santé
- ▶ Le respect des lois et des règlements gouvernementaux
- ▶ L'application des lois et des règlements pertinents

**Le conseil doit également assumer les autres responsabilités et obligations qui lui sont assignées par le ministre et les conseils.**

# ***Structure organisationnelle du ministère de la Santé et des Services sociaux***

**Île-du-Prince-Édouard  
au 31 mars 2002**



# ***Rôles des divisions***

## **SOINS INTENSIFS ET PROLONGÉS**

La Division des soins intensifs et prolongés est responsable de la qualité des conseils et de l'aide offerts au ministre et aux régions sanitaires en matière d'élaboration de politiques et de programmes, d'innovations et d'améliorations continues dans les domaines suivants : soins intensifs, soins prolongés et soins à domicile, services hospitaliers à l'intérieur et à l'extérieur de la province, évaluation des technologies médicales, services ambulanciers et services d'évacuation aérienne d'urgence, services transfusionnels, protection des adultes, politique à l'égard des aînés, services de dialyse et programmes de médicaments.

## **BUREAU DU MÉDECIN HYGIÉNISTE EN CHEF**

Le rôle du médecin hygiéniste en chef est de gérer et d'appliquer la *Public Health Act* et les règlements connexes, de superviser et de diriger les programmes de vaccination et les mesures de lutte contre les maladies transmissibles et autres, et de coordonner la surveillance des maladies chroniques et des projets de recherche connexes. Le Bureau du médecin hygiéniste en chef est responsable de la réduction des risques pour la santé des personnes, des familles et des collectivités. Pour ce faire, il remplit des fonctions de réglementation dans les domaines suivants : lutte contre les maladies transmissibles (dont 50 maladies à déclaration obligatoire), traitement de l'eau destinée à la consommation humaine, santé et sécurité associées aux piscines, normes régissant les abattoirs, les établissements alimentaires et les installations produisant des aliments pour la consommation humaine, lutte contre les épidémies, programmes et lignes directrices en matière de vaccination, normes relatives au lait et aux produits laitiers, inspection des édifices et des installations (p. ex. garderies) et prestation de services personnels (p. ex. perçage et tatouage).

## **SERVICES À L'ENFANCE, À LA FAMILLE ET À LA COLLECTIVITÉ**

La Division des services à l'enfance, à la famille et à la collectivité est responsable de la qualité des conseils et de l'aide offerts au ministre et aux régions sanitaires en matière d'élaboration de politiques et de programmes, d'innovations et d'améliorations continues dans les domaines suivants : traitement des dépendances, adoption, protection de l'enfant, aide aux personnes handicapées, services à la petite enfance, services de santé et services sociaux d'urgence, amélioration de l'emploi et formation professionnelle, ordonnances de soutien financier de la famille, aide financière, développement de l'enfant en santé, logement, santé mentale et jeunesse.

## **SERVICES MINISTÉRIELS**

La Division des services ministériels est responsable de la qualité des conseils et de l'aide offerts au ministre, au personnel du Ministère et aux régions dans les domaines suivants : planification stratégique et opérationnelle, élaboration des politiques ministérielles, planification des ressources humaines, soutien législatif, gestion de dossiers, services en français, relations publiques pour le système de santé et relations entre les gouvernements fédéraux et provinciaux.

## **SERVICES MÉDICAUX**

La Division des services médicaux est responsable de la qualité des conseils et de l'aide offerts au ministre, au personnel du Ministère et aux régions sanitaires dans les domaines suivants : planification et recrutement des ressources médicales, administration du régime d'assurance-maladie, politiques médicales, innovations et améliorations liées aux programmes. La Division est également responsable de la création de partenariats efficaces entre les médecins et les autres personnes œuvrant au sein du système de soins de santé.

## **FINANCES ET ADMINISTRATION**

La Division des finances et de l'administration est responsable de la qualité des conseils et de l'aide offerts au ministre, aux directeurs et au personnel du Ministère, de même qu'aux régions dans les domaines suivants : budgétisation et gestion financière, politiques financières et administratives, projets d'investissement, gestion des risques, établissement du budget et suivi et prévisions budgétaires, traitement des dépenses ministérielles, gestion des recettes, planification et analyse financières, services de vérification et d'enquête, ainsi que gestion des exigences administratives associées à la *Housing Corporation Act*. La Division collabore de près avec les gestionnaires de services et les régies régionales de la santé afin d'offrir des conseils et de l'aide concernant les questions financières et administratives.

## **INFORMATIQUE SANITAIRE**

La Division de l'informatique sanitaire est responsable de la qualité de la planification, de la conception, de l'application et de l'exploitation de la technologie de l'information et des solutions de gestion de l'information pour le système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard, et ce, en collaboration avec les régies régionales de la santé et les clients du Ministère, et dans le cadre de la stratégie en matière de technologie de l'information mise en œuvre par le système de santé et le gouvernement provinciaux. Cela comprend les systèmes d'information en matière de santé et l'élaboration de politiques relatives aux technologies de communications, les protocoles de sécurité et de confidentialité des systèmes d'information sur la santé, les besoins en matière d'information, l'élaboration et l'adoption de normes d'exploitation pour les systèmes d'information sur la santé et la gestion des questions qui concernent la Division. La Division est également responsable de l'exploitation du Bureau de l'état civil. Le directeur de l'informatique sanitaire partage aussi la responsabilité de toutes les étapes de planification, d'élaboration, de conception et de construction du nouvel établissement de santé de Prince-Est.

## **SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION**

La Division des services de santé publique et d'évaluation offre du soutien et un leadership provincial dans les domaines de la promotion de la santé, de la protection de la santé, de la prévention des maladies chroniques et des blessures, de la surveillance des maladies chroniques et des projets connexes et des politiques en matière de modes de vie sains. La Division appuie également le système de santé et de services sociaux grâce à l'évaluation des programmes et à des initiatives de recherche visant à mesurer le rendement et les résultats du système et à en rendre compte.

La Division est responsable de la qualité des conseils et de l'aide offerts au ministre et aux régions sanitaires dans les domaines suivants : santé publique, programmes communautaires de nutrition, services pour diabétiques, hygiène du milieu, santé dentaire, soins dentaires pour enfants, soins génésiques, cancer du col utérin, allaitement maternel, VIH/SIDA, réduction du tabagisme, accès à de l'information fiable en matière de santé, politique en matière de modes de vie sains, éducation sanitaire, marketing social, évaluation des programmes, mesure des résultats, Programme de recherche sur la santé à l'Île-du-Prince-Édouard et recherches en santé. La Division comprend également un service d'épidémiologie qui mène des recherches sur les maladies transmissibles, entre autres.

# *Membres du conseil des régions régionales de la santé*

au 31 mars 2002

## Région sanitaire de Kings-Est

Weston W. Rose, président du conseil  
Marian Trowbridge, vice-présidente  
Henry Compton  
Peter F. MacAdam  
Mary MacPhee  
Freda McKie  
James McCabe

Mark MacPherson, chef de la direction

## Région sanitaire de Prince-Ouest

Robbie Thibodeau, président du conseil  
Ernest Hudson, vice-président  
Barry Clohossy  
Juanita Gaudet  
Harry MacAusland  
Donald Stewart  
Richard Wightman

Ken Ezeard, chef de la direction

## Région sanitaire de Kings-Sud

Michael Gallant, président du conseil  
David White, vice-président  
Thomas Carver  
June Glover  
Sherry Kacsmarik  
Thelma MacLeod  
Sandra Myers

Betty Fraser, chef de la direction

## Région sanitaire de Prince-Est

D' Allen MacLean, président du conseil  
Barry Murray, vice-président  
Stewart Affleck  
Henri Gallant  
Doreen Gunn  
Blanche Maynard  
Carol Peters  
Gertrude Trainor  
Elmer Williams

David Riley, chef de la direction



## Région sanitaire de Queens

Sylvia Poirier, présidente du conseil  
Leon Loucks, vice-président  
D' Don Clark  
Kristen Connor  
William Fitzpatrick  
Judy Gillis  
D' Bob Johnson  
Doug MacDonald  
D' David McKenna

Sylvia Barron, chef de la direction

## **Population par région (2001)**

<b>Prince-Ouest</b>	<b>14 600</b>	<b>(10,5 %)</b>
<b>Prince-Est</b>	<b>33 608</b>	<b>(24,3 %)</b>
<b>Queens</b>	<b>68 447</b>	<b>(49,4 %)</b>
<b>Kings-Sud</b>	<b>14 501</b>	<b>(10,5%)</b>
<b>Kings-Est</b>	<b>7 357</b>	<b>(5,3 %)</b>

# *Responsabilités législatives*

Liste de lois administrées par le système de santé et de services sociaux et dont le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable :

- |  |  |
|--|--|
| 1. Adoption Act  | 21. Marriage Act                           |
| 2. Adult Protection Act                                | 22. Medical Act                            |
| 3. Change of Name Act                                  | 23. Mental Health Act                      |
| 4. Child Care Facilities Act                           | 24. Nurses Act                             |
| 5. Chiropractic Act                                    | 25. Occupational Therapists Act            |
| 6. Community Care Facilities and Nursing Homes Act     | 26. Optometry Act                          |
| 7. Consent to Treatment and Health Care Directives Act | 27. Pharmacy Act                           |
| 8. Dental Profession Act                               | 28. Physiotherapy Act                      |
| 9. Dietitians Act                                      | 29. Premarital Health Examination Act      |
| 10. Dispensing Opticians Act                           | 30. Provincial Health Number Act           |
| 11. Donation of Food Act                               | 31. Psychologists Act                      |
| 12. Drug Cost Assistance Act                           | 32. Public Health Act                      |
| 13. Family and Child Services Act                      | 33. Rehabilitation of Disabled Persons Act |
| 14. Health and Community Services Act                  | 34. Social Work Act                        |
| 15. Health Services Payment Act                        | 35. Tobacco Sales to Minors Act            |
| 16. Hospital and Diagnostic Services Insurance Act     | 36. Vital Statistics Act                   |
| 17. Hospitals Act                                      | 37. Welfare Assistance Act                 |
| 18. Housing Corporation Act                            | 38. White Cane Act                         |
| 19. Human Tissue Donation Act                          |  |
| 20. Licensed Nursing Assistants Act                    |  |

**Nota :** Deux autres lois, qui sont en fait des projets de lois d'initiative parlementaire et qui ne font pas partie de la codification officielle de la province, sont considérées comme la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux :

- Dental Technicians Association Act
- Funeral Directors and Embalmers Act

# ***Profil des programmes***

---

Le système de santé et de services sociaux doit rendre compte à la population sur deux plans, soit son rendement et les résultats en santé, qu'il doit d'abord évaluer, puis en communiquer les résultats.

Le profil des programmes précise les indicateurs de rendement actuels et prévus du système, y compris ceux permettant d'évaluer le rendement des programmes et ceux établissant leur incidence sur la santé des usagers (résultats obtenus par les clients). Le système recueille également des renseignements sur l'état de santé de la population de l'Île-du-Prince-Édouard selon divers déterminants, y compris l'espérance de vie, la mortalité infantile, la qualité de vie, l'importance des maladies et les maladies chroniques, dont on fera éventuellement état. Ces déterminants, une fois établis, permettront de déterminer à quel point les Insulaires sont en santé, bien qu'il ne soit pas nécessairement possible d'établir à quel point leur état est dû au système de santé et de services sociaux, car la santé est influencée par beaucoup d'autres déterminants, comme le revenu, l'éducation et les expériences de vie dans la petite enfance.

En ce qui a trait aux renseignements fournis sous la rubrique Ressources des profils, on doit noter ceci :

## **RESSOURCES HUMAINES**

Le nombre précisé de personnes œuvrant au sein d'un programme correspond à l'approximation en équivalent temps plein (ETP) et, à moins d'autres précisions, regroupe l'ensemble du personnel de la région sanitaire et du Ministère.

## **RESSOURCES FINANCIÈRES**

Les dépenses sont arrondies au millier près.





# ***Table des matières des profils***

---

Soins intensifs .....	53
Services de traitement des dépendances .....	56
Services d'adoption .....	59
Services ambulanciers – Ambulance aérienne .....	61
Services ambulanciers – Amulance .....	62
Services de protection de l'enfant .....	64
Établissements de soins communautaires .....	66
Services de santé dentaire .....	67
Programme de soins pour diabétiques .....	69
Programme d'appui aux personnes handicapées .....	71
Programme d'aide au coût des médicaments .....	73
Services à la petite enfance .....	76
Services d'hygiène du milieu .....	78
Programme de logements familiaux .....	80
Services de placement en famille d'accueil .....	82
Centre d'information et de ressources sur la santé .....	84
Soins à domicile .....	86
Programme de dialyse à domicile .....	89
Programmes de création d'emplois et d'amélioration de l'emploi .....	90
Soins de longue durée .....	91
Services en santé mentale .....	93
Services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province .....	95
Services médicaux fournis à l'extérieur de la province .....	96
Services de paiement des médecins .....	97
Programmes relatifs aux infirmières de santé publique .....	99
Programme de logement des aînés .....	100
Programme d'aide sociale .....	101
Programme de lutte contre le tabagisme .....	102
Programme sur les statistiques de l'état civil .....	104



# Soins intensifs

## DESCRIPTION :

L'Île-du-Prince-Édouard comprend deux hôpitaux centraux (les hôpitaux Queen Elizabeth et du comté de Prince), ainsi que cinq hôpitaux communautaires (les hôpitaux de Souris, Memorial du comté de Kings, Western, communautaire et Stewart Memorial). Viennent s'ajouter à cela les soins intensifs auxquels les Insulaires ont accès dans des hôpitaux à l'extérieur de la province.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les régies régionales de la santé doivent assumer la gestion et la prestation des services des soins intensifs.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
<b>PERSONNEL (ETP)</b>				
Hôpital Queen Elizabeth	986	1 000	1 031	1 036
Hôpital du comté de Prince	341	360	373	379
Hôpital Memorial du comté de Kings	71	83	85	83
Hôpital Western	57	57	59	60
Hôpital communautaire	57	62	68	66
Hôpital de Souris	56	63	65	62
Hôpital Stewart Memorial	28	33	33	32
<b>TOTAL</b>	<b>1 596</b>	<b>1 658</b>	<b>1 714</b>	<b>1 718</b>
<b>RESSOURCES FINANCIÈRES</b>	99 035 000 \$	102 406 000 \$	106 406 000 \$	112 198 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre de lits dans les hôpitaux
- ▶ Nombre d'admissions et de jours d'hospitalisation
- ▶ Durée moyenne du séjour
- ▶ Nombre de naissances (y compris dans les hôpitaux à l'extérieur de la province)
- ▶ Nombre de visites aux salles d'urgence ou aux soins ambulatoires
- ▶ Temps d'attente dans les services d'urgence
- ▶ Nombre d'interventions chirurgicales (avec ou sans hospitalisation)
- ▶ Raisons d'hospitalisation les plus courantes
- ▶ Nombre d'hospitalisations pour des affections sensibles aux soins ambulatoires
- ▶ Nombre total d'interventions pour le remplacement de la hanche et du genou
- ▶ Temps d'attente pour un remplacement de la hanche ou du genou
- ▶ Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant une crise cardiaque ou un ACV
- ▶ Nombre de directives de prise en charge données au moment du congé après une insuffisance cardiaque
- ▶ Nombre de prélèvements sanguins avant un traitement pour une pneumonie
- ▶ Taux de dépistage de la pneumonie ou de vaccination antipneumococcique
- ▶ Satisfaction de la clientèle
- ▶ Satisfaction du personnel

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### Indicateurs actuels et prévus

- Réadmissions imprévues pour insuffisance cardiaque, pneumonie, crise cardiaque et hémorragie gastro-intestinale.

## CERTAINS RÉSULTATS :

Nombre de lits dans les hôpitaux par année	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Hôpital Queen Elizabeth	274	274	274	274
Hôpital du comté de Prince	112	112	112	112
Hôpital Memorial du comté de Kings	30	30	30	30
Hôpital de Souris	17	17	17	17
Hôpital Western	27	27	27	27
Hôpital communautaire	10	10	10	10
Hôpital Stewart Memorial	4	4	4	4
<b>Total (Île-du-Prince-Édouard)</b>	<b>474</b>	<b>474</b>	<b>474</b>	<b>474</b>
Total (à l'extérieur de la province)*	50	42	31**	28**
<b>TOTAL</b>	<b>524</b>	<b>516</b>	<b>505</b>	<b>504</b>
Indice lit/population	3,8	3,8	3,7	3,6

\* Représente une équivalence de lits.

\*\* Équivalence de lits pour 2000-2001 et 2001-2002 excluant 3 224 et 5 142 jours respectivement pour les pavillons, hôtels et programmes de réadaptation en traitement des dépendances. Ces jours sont inclus dans les années précédentes.

- Les usagers de 65 ans et plus représentaient 49 % des jours d'occupation des lits aux hôpitaux Queen Elizabeth et du comté de Prince.
- Les usagers de 65 ans et plus représentaient 66 % à 76 % des jours d'occupation des lits dans les hôpitaux communautaires.

Données sur les hôpitaux de la province par année	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Nombre d'admissions	18 148	17 796	18 280	16 409
Nombre de jours d'occupation des lits	144 189	148 473	140 716	133 395
Durée moyenne du séjour	8	8	8	8
Nombre de naissances (y compris celles dans les hôpitaux à l'extérieur de la province)	1 566	1 546	1 385	1 356
Nombre de jours d'occupation (nouveau-nés)	5 570	5 570	5 280	5 439
Durée moyenne du séjour (nouveau-nés)	4	4	4	4
Nombre de visites aux salles d'urgence ou aux soins ambulatoires	125 062	126 696	136 681	143 694
Nombre d'interventions chirurgicales (avec hospitalisation)	5 235	4 852	4 743	4 689
Nombre d'interventions chirurgicales (sans hospitalisation)	5 911	6 303	6 212	5 573

<b>RAISONS D'HOSPITALISATION LES PLUS COURANTES* 2001-2002</b>			
<b>Selon le nombre de cas</b>		<b>Selon le nombre total de jours d'hospitalisation</b>	
1. Troubles gastro-intestinaux et maladies digestives	982	1. Autres déterminants (convalescence, postcure)	5 016
2. Nouveau-nés (> 2 500 grammes)	877	2. Troubles gastro-intestinaux et maladies digestives	4 819
3. Naissances (accouchement par voie naturelle)	599	3. ACV	4 468
4. Pneumonie typique et pleurésie	497	4. Pneumonie typique et pleurésie	4 436
5. Insuffisance cardiaque	361	5. Insuffisance cardiaque	4 210
6. Procédures gynécologiques	345	6. Troubles dépressifs	4 146

Source : Base de données sur les congés des hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard.

\* Données fondées sur des groupes composant la clientèle.

# Services de traitement des dépendances

## DESCRIPTION :

Les services de traitement des dépendances s'occupent de l'évaluation, du counseling, de la désintoxication avec ou sans hospitalisation, des programmes d'intervention précoce, de la réadaptation, de la postcure, de la sensibilisation de la population, du soutien à la famille, des programmes pour adolescents, de même que des programmes de traitement de la dépendance au jeu, avec ou sans hospitalisation.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les établissements provinciaux de traitement des dépendances offrent divers services, dont la désintoxication avec hospitalisation, le counseling en matière de toxicomanie pour les clients et les familles, les programmes destinés aux femmes et aux personnes ayant une dépendance au jeu, de même que la réadaptation avec hospitalisation. Ces services sont offerts à tous les Insulaires. Chaque région sanitaire offre des programmes de désintoxication sans hospitalisation, de counseling familial, de renoncement au tabac et d'aide aux étudiants. Le Ministère travaille en outre avec des partenaires dans le domaine des dépendances afin d'élaborer des politiques, des normes et des programmes, de coordonner les efforts et de favoriser la sensibilisation de la population aux problèmes de dépendance.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	88	106	109	113
RESSOURCES FINANCIÈRES	3 988 000 \$	4 545 000 \$	5 603 000 \$	5 901 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre de clients qui utilisent les programmes (désintoxication avec ou sans hospitalisation, réadaptation sans hospitalisation, dépendance au jeu, pour les femmes, pour les jeunes, de renoncement au tabac et de counseling familial)
- ▶ Taux d'hospitalisation
- ▶ Taux de réadmission
- ▶ Temps d'attente pour l'admission, le diagnostic, le service et le suivi
- ▶ Durée du suivi et niveau de soutien communautaire
- ▶ Coût unitaire du service
- ▶ Satisfaction de la clientèle
- ▶ Satisfaction du personnel

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Taux d'abstinence
- ▶ Taux de consommation d'alcool
- ▶ Capacités fonctionnelles (capacité de fonctionner au quotidien)
- ▶ Nombre de clients capables de respecter leurs engagements professionnels et familiaux pendant le traitement
- ▶ Nombre de clients qui ont recours aux programmes sans hospitalisation pour faciliter leur réinsertion sociale
- ▶ Nombre de clients qui font appel aux programmes d'intervention précoce par rapport à ceux optant pour la désintoxication avec hospitalisation

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Lits pour les personnes hospitalisées pour dépendance, établissements provinciaux de traitement des dépendances*

CATÉGORIE	1999	2000	2001	2002
Désintoxication	48	25	25	25
Réadaptation	16	15	15	15
Refuge	8	6	6	6
Longue durée	37	31	31*	31*
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>77</b>

\* St. Eleanors House (9 lits), Talbot House (14 lits) et Lacey House (8 lits). Lacey House fermera ses portes en mai 2002. Les patients recevront temporairement des soins de l'établissement provincial de traitement des dépendances de Mt. Herbert.

### *Établissements provinciaux de traitement des dépendances, admissions à la désintoxication avec hospitalisation, par région*

RÉGION	2000-2001*	2001-2002	TOTAL
Prince-Ouest	68	107	175
Prince-Est	134	197	331
Queens	543	771	1 315
Kings-Sud	76	105	179
Kings-Est	45	95	140
Autre		31	31
<b>TOTAL</b>	<b>866</b>	<b>1 306</b>	<b>2 171</b>

\* Admissions pour 2000-2001 : de la date d'ouverture des établissements provinciaux de traitement des dépendances, le 11 novembre 2000, à la fin de l'exercice financier, le 31 mars 2001.

### *Établissements provinciaux de traitement des dépendances, admissions aux programmes avec hospitalisation, par région, 2001-2002*

RÉGION	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Prince-Ouest	94	13	107
Prince-Est	165	32	197
Queens	615	156	771
Kings-Sud	91	14	105
Kings-Est	84	11	95
Autre	26	5	31
<b>TOTAL</b>	<b>1 075</b>	<b>231</b>	<b>1 306</b>

**Admissions aux programmes sans hospitalisation, par région, 2001-2002**

RÉGION	DÉPEN- DANCE <sup>1</sup>		RÉADAP- TATION		SERVICES FAMILIAUX		SERVICES AUX ADO- LESCENTS		AUTRE		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Prince-Ouest	117	79	73	16	5	29	30	18	113	103	<b>583</b>
Prince-Est	207	70	372	64	7	70	79	42	s/o	s/o	<b>911</b>
Queens	108	54	231	162	7	52	89		75	121	<b>899</b>
Kings-Sud et Kings-Est	81	71	163	91	0	80	46	87	1	16	<b>636</b>
<b>TOTAL</b>	<b>513</b>	<b>274</b>	<b>839</b>	<b>333</b>	<b>19</b>	<b>231</b>	<b>199</b>	<b>192</b>	<b>18</b>	<b>240</b>	<b>3029</b>

<sup>1</sup> Comprend l'alcool et les autres drogues, le jeu et le tabac.

# Services d'adoption

## DESCRIPTION :

Les services d'adoption recrutent des familles adoptives pour les enfants de la province qui ont besoin d'un nouvel environnement familial. Le programme supervise par ailleurs les adoptions qui ont cours dans le secteur privé afin de s'assurer qu'elles sont conformes aux normes établies par la loi. De plus, il permet d'offrir de l'aide aux personnes qui s'engagent dans un processus d'adoption internationale. Enfin, un service à la clientèle est également offert aux adultes adoptés et aux familles biologiques qui souhaitent obtenir des renseignements ou être réunis.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Gérés par le Ministère, les services d'adoption collaborent avec les régions sanitaires quant à l'inscription d'enfants sur la liste d'adoption, ainsi qu'à la supervision et au soutien du processus de placement en vue de l'adoption.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	9,5	9,5	9,5	9,5
RESSOURCES FINANCIÈRES	<i>Programme financé dans le cadre du budget global des services de protection de l'enfant.</i>			

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre d'adoptions (y compris les adoptions privées et internationales)
- ▶ Nombre de nouvelles demandes pour les services post-adoption
- ▶ Nombre de jumelages
- ▶ Nombre de placements réussis
- ▶ Taux de placement des enfants
- ▶ Délai d'évaluation et du placement pour les enfants
- ▶ Nombre d'adoptions découlant de tutelles permanentes
- ▶ Nombre de demandeurs et de familles approuvées pour l'adoption
- ▶ Nombre de demandes de renseignements sur l'adoption (y compris les adoptions privées et internationales)

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Résultats positifs pour les enfants pris en charge qui sont adoptés

## CERTAINS RÉSULTATS :

- ▶ Augmentation du nombre d'adoptions découlant de tutelles permanentes
- ▶ Augmentation du nombre de demandeurs et de familles approuvées pour l'adoption
- ▶ Baisse du délai d'attente pour l'évaluation des familles adoptives, plus particulièrement dans la région de Queens
- ▶ Il est de plus en plus difficile de trouver des familles qui souhaitent adopter des enfants avec des besoins spéciaux sans bénéficier d'un programme d'adoption avec soutien continu (Le nouveau Programme d'adoption avec soutien de l'Île-du-Prince-Édouard sera mis en œuvre en 2003)
- ▶ Augmentation du nombre de recherches actives des adultes adoptés
- ▶ Augmentation du nombre de demandes à propos des adoptions internationales

### ***Nombre d'adoptions***

<b>EXERCICE FINANCIER</b>	<b>1997-1998</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>Total</b>	23	29	37	23	24
<b>Privées*</b>	17	22	27	16	15
<b>Ministérielles</b>	5	7	9	6	9
<b>Internationales (Privées)</b>	1	0	1	1	1

\* Comprend les beaux-parents.

### ***Nouvelles demandes aux services post-adoption***

<b>EXERCICE FINANCIER</b>	<b>1997-1998</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>Nouvelles demandes</b>	73	57	83	71	62
<b>Services fournis</b>	118	140	114	64*	156
<b>Recherches actives au nom d'adultes adoptés</b>	48	47	39	23*	64
<b>Jumelages</b>	7	15	9	6	10

\* Conseiller en post-adoption en congé de maladie en 2000-2001.

### ***Adoptions publiques d'enfants aux besoins spéciaux***

<b>EXERCICE FINANCIER</b>	<b>1997-1998</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>Adoptions d'enfants aux besoins spéciaux</b>	4	5	5	5	5

### ***Tutelles permanentes***

<b>Décennie</b>	<b>1980-1989</b>	<b>1990-1999</b>
<b>Nombre moyen d'adoptions d'enfants à faible risque par an</b>	9	4
<b>Nombre moyen d'adoptions d'enfants aux besoins spéciaux par an</b>	9	5
<b>Nombre total d'adoptions découlant de tutelles permanentes</b>	175	90

# *Services ambulanciers – Ambulance aérienne*

## DESCRIPTION :

Les services d'évacuation d'urgence par air sont assumés par New Brunswick Air Care et Nova Scotia Emergency Health Services. Ce service, qui coûte de 6 500 \$ à 11 000 \$ par transfert, est complet et ne doit être demandé par les médecins que lorsque les malades répondent aux critères d'un transfert primordial.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Ce service est géré par le Ministère, selon les normes et les critères de rendement établis dans le protocole d'entente avec les gouvernements néo-écossais et néo-brunswickois.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
RESSOURCES FINANCIÈRES	497 000 \$	380 000 \$	580 000 \$	502 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre de transferts par ambulance aérienne
- ▶ Respect des normes en termes de temps de réponse et de durée du vol
- ▶ Respect des normes de qualification et de formation pour le personnel à bord de l'appareil
- ▶ Respect du Programme de sécurité aérienne

## CERTAINS RÉSULTATS :

TRANSFERTS EN AMBULANCE AÉRIENNE	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
N.B. Air Care	8	3	7	6
Nova Scotia EHS	41	39	48	47
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>55</b>	<b>53</b>

## SUIVI DES NORMES DE RENDEMENT :

On effectue le suivi d'un certain nombre de normes de rendement grâce aux contrats entre le Ministère et les fournisseurs de services ambulanciers aériens, entre autres :

- a) du respect des normes relatives au temps de réponse et à la durée du vol;
- b) du respect des normes de qualification et de formation pour le personnel à bord de l'appareil;
- c) du respect du Programme de sécurité aérienne.

Les normes sont respectées pour tous ces aspects.

# *Services ambulanciers – Ambulance*

## DESCRIPTION :

Services ambulanciers 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, dont les services d'urgence préhospitaliers sont assumés par 5 opérateurs privés.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

La sous-traitance aux opérateurs privés est régie par le Programme d'aide financière pour les services ambulanciers de l'Île-du-Prince-Édouard, administré par le Ministère. La Commission des services médicaux d'urgence autorise et régit le service de sorte à assurer le respect des normes prévues par la loi et des règlements en vigueur.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP) *	0,7	0,7	0,7	0,7
RESSOURCES FINANCIÈRES	1 699 000 \$	1 852 000 \$	2 887 000 \$	3 152 000 \$

\* Ministère seulement.

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre d'appels aux services ambulanciers (y compris les transferts à l'extérieur de la province)
- ▶ Nombre de transferts à l'extérieur de la province
- ▶ Nombre de rapatriements (retour à l'Île-du-Prince-Édouard)
- ▶ Délai entre la réception de l'appel et le départ de l'ambulance
- ▶ Respect des protocoles de soins aux malades
- ▶ Respect du Programme d'entretien des ambulances
- ▶ Contenu détaillé des formulaires de rapport des appels et des rapports d'accident
- ▶ Satisfaction des malades

## CERTAINS RÉSULTATS :

- ▶ Le nombre d'appels aux services ambulanciers a augmenté de 33 % depuis 1998-1999
- ▶ Le nombre de transferts à l'extérieur de la province a augmenté de 54,5 % depuis 1998-1999

### *Répartition des appels aux services ambulanciers*

SERVICES AMBULANCIERS	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Neils	2 909	2 708	3 297	3 991
Royal	1 655	1 788	2 042	2 271
Rooneys	725	911	790	953
Prince-Ouest	661	643	764	852
SMU du comté de Kings	1 334	1 411	1 597	1 647
<b>TOTAL</b>	<b>7 284</b>	<b>7 461</b>	<b>8 490</b>	<b>9 714</b>

### **Transferts à l'extérieur de la province<sup>1</sup>**

<b>TRANSFERTS EN AMBULANCE</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001<sup>2</sup></b>	<b>2001-2002</b>
<b>Transferts de l'Île-du-Prince-Édouard à des hôpitaux à l'extérieur de la province</b>	226	225	332	406
<b>Rapatriement à l'Île-du-Prince-Édouard</b>	178	195	187	218
<b>TOTAL</b>	<b>404</b>	<b>420</b>	<b>519</b>	<b>624</b>

<sup>1</sup> Les transferts à l'extérieur de la province sont inclus dans le nombre total d'appels indiqué dans le tableau ci-dessus.

<sup>2</sup> Le Programme de soutien au transport pour recevoir des soins médicaux à l'extérieur de la province est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000.

### **SUIVI DES NORMES DE RENDEMENT :**

Le contrat de services ambulanciers axés sur le rendement définit les normes en matière de procédures d'exploitation et de qualité du service. Les opérateurs s'ajustent bien aux nouvelles normes de rendement et, en général, les respectent dans tous les secteurs, dont :

- a) le délai entre la réception de l'appel et le départ de l'ambulance
- b) le respect des protocoles de soins aux malades
- c) le respect du Programme d'entretien des ambulances
- d) le contenu détaillé des formulaires de rapport des appels et des rapports d'accident

On a mené une enquête sur la satisfaction des usagers des services ambulanciers en décembre 2001. Cette enquête indique un très haut niveau de satisfaction par rapport aux services ambulanciers terrestres.

- ▶ 94 % des répondants ont affirmé que leur expérience des services ambulanciers avait été « excellente » ou « bonne ».
- ▶ Toutes les autres questions visant à établir la satisfaction des usagers (comme l'arrivée rapide sur les lieux, la propreté, des véhicules bien équipés, un personnel d'allure professionnelle, l'attitude courtoise du personnel, le respect de la vie privée, le fait d'être tenu au courant et l'explication des interventions) ont reçu des notes de satisfaction semblables.
- ▶ Les 5 services ambulanciers ont respecté la norme de satisfaction de 90 % prévue au contrat pour ce qui est du rendement.

# Services de protection de l'enfant

## DESCRIPTION :

Les services de protection de l'enfant répondent au besoin de mener des procédures légales contribuant à résoudre les problèmes de protection de l'enfant afin d'assurer une certaine considération de sensibilité par rapport à ses besoins développementaux. Le but premier de ces services est de prévenir, d'éliminer ou de minimiser les causes d'abus ou de négligence.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les régions sanitaires sont responsables des activités et de la prestation locales des services de protection de l'enfant. Le Ministère est quant à lui chargé de diverses fonctions d'administration générale et d'application, dont le soutien juridique aux opérations et les enquêtes.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	58,9*	58,9*	60*	60*	60*
RESSOURCES FINANCIÈRES	4 090 000 \$**	4 278 000 \$**	4 679 000 \$**	5 149 000 \$**	7 700 000 \$

\* Ces postes sont axés entièrement ou en partie sur la protection de l'enfant.

\*\* Cela comprend les budgets ministériels, le coût des allocations spéciales pour les enfants pris en charge, les coûts associés aux soins des enfants de même que ceux des foyers de groupe provinciaux.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Nombre de dossiers de protection de l'enfant par année
- ▶ Nombre d'enfants pris en charge par année
- ▶ Nombre de cas actifs d'enfants pris en charge
- ▶ Nombre de jours pour les enfants pris en charge
- ▶ Nombre d'« enfants dans le besoin » qui ont obtenu de l'aide juridique
- ▶ Nombre d'enquêtes initiales conclues en trois mois
- ▶ Nombre d'interventions ciblées réalisées en six mois
- ▶ Délai d'évaluation des enfants pris en charge
- ▶ Coût unitaire des services pour les enfants pris en charge

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Capacités fonctionnelles des enfants pris en charge

## CERTAINS RÉSULTATS :

- ▶ Réduction du nombre de rapports nécessitant l'intervention des services
- ▶ Réduction du pourcentage d'enfants pris en charge par rapport au nombre de dossiers à l'étude des services de protection
- ▶ Réduction du nombre total de jours par enfant pris en charge
- ▶ Réduction du délai entre l'ouverture et la fermeture du dossier
- ▶ Augmentation du nombre d'enquêtes liées à la protection de l'enfant dans les régions de Prince-Est et de Queens

**Dossiers de protection de l'enfant, par région**

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Prince-Ouest	117	110	102	41
Prince-Est	130	144	189	113
Queens	220	293	333	326
Kings-Sud	42	39	44	38
Kings-Est	23	23	19	20
<b>TOTAL</b>	<b>532</b>	<b>609</b>	<b>678</b>	<b>538</b>

**Enfants pris en charge, par région**

EXERCICE FINANCIER	1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	EN JOURS	AU TOTAL	EN JOURS	AU TOTAL	EN JOURS	AU TOTAL
Prince-Ouest	5 567	28	6 499	30	7 869	35
Prince-Est	12 241	70	13 216	72	12 466	72
Queens	36 232	174	39 915	175	50 262	182
Kings-Sud	7 308	31	8 166	29	8 419	29
Kings-Est	1 405	10	2 370	11	3 478	11
<b>TOTAL</b>	<b>62 753</b>	<b>313</b>	<b>70 166</b>	<b>317</b>	<b>82 494</b>	<b>329</b>

**Soutien juridique (autres que les cas liés au Code criminel)**

ANNÉE CIVILE	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de clients représentés	37	72	83	72	77

# Établissements de soins communautaires

## DESCRIPTION :

Un établissement de soins communautaires est un établissement privé et licencié comptant au moins cinq bénéficiaires. Ce type d'établissements fournit des services aux aînés en perte d'autonomie, de même qu'aux adultes handicapés mentaux ou physiques semi-autonomes : l'hébergement, le ménage, la supervision des activités quotidiennes, les repas et l'assistance aux soins personnels, comme la toilette et l'hygiène. Les établissements de soins communautaires reçoivent une indemnité journalière pour les bénéficiaires qui nécessitent une subvention en vertu du Programme d'aide sociale.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les établissements de soins communautaires sont licenciés par le Community Care Facilities and Nursing Homes Board. Ce conseil surveille également les établissements afin de s'assurer qu'ils respectent les normes prévues par la loi et les règlements en vigueur.

## RESSOURCES :

### RESSOURCES FINANCIÈRES

*Programme financé dans le cadre du budget global du Programme d'aide sociale*

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- Nombre de lits dans les établissements de soins communautaires licenciés

## CERTAINS RÉSULTATS :

- Augmentation de 17,3 % du nombre de lits dans les établissements de soins communautaires licenciés depuis 1998

LITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS COMMUNAUTAIRES LICENCIÉS	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Prince-Ouest	91	91	91	91
Prince-Est	190	243	243	245
Queens	369	379	423	445
Kings-Sud	92	92	82	95
Kings-Est	32	32	32	32
<b>TOTAL</b>	<b>774</b>	<b>837</b>	<b>871</b>	<b>908</b>

# Services de santé dentaire

## DESCRIPTION :

Les services de santé dentaire aident les Insulaires à obtenir et à maintenir une bonne hygiène buccale. Selon la nature du traitement, le service peut être offert par le personnel des services ou en clinique privée. Parmi les programmes offerts, mentionnons le Programme de soins dentaires pour enfants, le Programme de soins orthodontiques préventifs, le Programme de soins dentaires dans les établissements de soins de longue durée, les initiatives du Programme de soins dentaires pour les jeunes enfants, le Programme de financement du traitement orthodontique de la fissure du palais, ainsi que le Programme de soins dentaires spécialisés pour les enfants.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les services de santé dentaire sont fournis et administrés par la régie régionale de la santé de Queens pour l'ensemble de la province. La prestation et le suivi des services fournis par les cliniques privées participantes sont rendus possibles grâce aux frais convenus avec la Dental Association of PEI.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP) *	22,8	23,2	24,1	23,4
RESSOURCES FINANCIÈRES	2 075 000 \$	2 106 000 \$	2 256 000 \$	2 301 000 \$

\* Régional seulement.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Nombre d'enfants accédant aux services dentaires offerts par les services de santé dentaire
- ▶ Nombre d'enfants inscrits à la clinique de soins orthodontiques préventifs
- ▶ Nombre d'enfants qui portent des appareils orthodontiques
- ▶ Nombre d'enfants qui bénéficient de services de soins dentaires préventifs
- ▶ Nombre d'enfants évalués par le Programme de soins dentaires pour les jeunes enfants
- ▶ Nombre de clients évalués dans les établissements de soins de longue durée

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Taux de dents cariées, arrachées ou obturées
- ▶ Pourcentage d'enfants qui ont besoin de soins dentaires

## CERTAINS RÉSULTATS :

CATÉGORIE	1999-2000	2000-2001	2001-2002
<b>Programme de soins dentaires pour enfants</b>			
<b>Enfants bénéficiant de services dentaires</b>	17 988	17 482	18 115
<b>Taux d'utilisation, enfants de 3 à 17 ans</b>		69 %	73,9 %
<b>Nombre moyen de dents cariées, arrachées ou obturées chez les enfants de la 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> années</b>		1	0,8
<b>Absence de carie sur la dentition adulte chez les enfants de 12 et 13 ans</b>		65 %	69,1 %
<b>Nombre moyen de dents cariées, arrachées ou obturées chez les adolescents qui ne sont plus admissibles au programme de soins dentaires pour les enfants</b>			2,2
<b>Adolescents ne présentant aucune carie sur leur dentition adulte</b>			46 %
<b>Enfants qui bénéficient de soins dentaires préventifs</b>	16 869	16 907	15 984
<b>Clinique de soins orthodontiques préventifs</b>			
<b>Enfants inscrits</b>	516	513	497
<b>Nombre d'enfants qui portent des appareils orthodontiques</b>	287	289	232
<b>Programme de soins dentaires pour les jeunes enfants</b>			
<b>Nombre d'enfants évalués</b>	600	778	544
<b>Programme de financement du traitement orthodontique de la fissure du palais</b>			
<b>Parents bénéficiant d'une aide financière</b>	11	7	6
<b>Clients évalués dans les établissements de soins de longue durée</b>	886	1 002	886

- ▶ On estime à 4 000 le nombre d'enfants vus par des dentistes grâce à des assurances privées, ce qui fait augmenter le taux d'utilisation des services dentaires chez les 3 à 17 ans à environ 90 %. Il s'agit du taux le plus élevé au pays.
- ▶ Quant aux chiffres sur l'absence de carie sur la dentition adulte des enfants de la 6<sup>e</sup> et de la 7<sup>e</sup> années, de même que des adolescents qui ne sont plus admissibles au programme de soins dentaires pour les enfants, ils sont équivalents ou même supérieurs à ceux des autres provinces.

# Programmes de soins pour diabétiques

## DESCRIPTION :

Le Programme de soins pour diabétiques de l'Île-du-Prince-Édouard renseigne les Insulaires qui vivent avec le diabète, et leur famille, sur cette maladie. Des séances de formation en groupes fournissent des renseignements de base aux personnes nouvellement déclarées diabétiques, de même que des renseignements supplémentaires pour les aider à adopter de nouvelles pratiques sanitaires afin de réduire les risques de complications. Des évaluations individuelles et un suivi sont aussi offerts. Les cliniques spécialisées dans le diabète gestationnel, le diabète juvénile et l'injection d'insuline offrent des services conçus pour répondre aux besoins de ces groupes précis.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Le Programme de soins pour diabétiques de l'Île-du-Prince-Édouard a adopté un nouveau modèle de gestion et de prestation par comté en 2002, conçu pour répondre à la demande actuelle et éventuelle de services, tout en améliorant l'accessibilité aux soins partout dans la province. En vertu de ce modèle, des équipes effectuent la coordination et la prestation des soins pour diabétiques dans leur région respective tout en rendant compte aux équipes régionales de gestion. Deux postes au sein du Ministère soutiendront les services provinciaux aux diabétiques : le coordonnateur provincial des services fournira conseils, aide et renseignements aux équipes régionales, tandis que le directeur médical assurera la liaison avec les médecins offrant les soins primaires.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	4,7	8,5
RESSOURCES FINANCIÈRES	253 000 \$	507 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre de programmes ou de cliniques, par type
- ▶ Nombre de participants aux programmes ou aux cliniques, par type
- ▶ Nombre de cas référés, par région
- ▶ Nombre de malades qui atteignent les objectifs cliniques établis pour le contrôle du métabolisme, tels que précisés dans les lignes directrices pour la pratique clinique
- ▶ Nombre de diabétiques victimes de complications

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Programmes, cliniques et participants*

Programme	1999-2000	2000-2001	2001-2002
<b>Clinique de soins pédiatriques</b>	- 2 cliniques - 15 enfants déclarés diabétiques	- 5 cliniques - 12 enfants déclarés diabétiques	- 6 cliniques - 12 enfants déclarés diabétiques
<b>Suivi individuel du diabète gestationnel</b>	Région de Queens - 22 clients Summerside - 5 clients	- 30 clients	- 21 clients
<b>Programme de formation en groupes sur l'insuline</b>		Région de Queens - 5 programmes	Région de Queens - 4 programmes (23 participants)
<b><i>Programme Getting Started</i></b>	Avant mai 2000, techniques de survie montrées à l'hôpital	Région de Queens - 18 programmes - 117 clients - 44 membres de la famille	Région de Queens - 20 programmes - 229 clients
<b>Cours <i>Bien vivre avec le diabète</i></b>	Région de Queens - 20 cours - 265 participants Montague - 2 cours - 23 participants Souris - 1 cours - 4 participants Summerside - 13 cours - 136 participants O'Leary - 2 cours - 26 participants  * Remarque : Le cours <i>Bien vivre avec le diabète</i> est maintenant offert sous forme de modules plutôt qu'en programme de deux jours.	Région de Queens - 17 cours - 174 participants Montague - 1 cours - 10 participants Souris - 1 cours - 15 participants Summerside - 16 cours - 162 participants O'Leary - 2 cours - 13 participants Lennox Island - 1 cours - 9 participants	Région de Queens - 24 cours - 259 participants Montague - 1 cours - 15 participants Souris - 1 cours - 4 participants Summerside - 8 cours - 79 participants O'Leary - 2 cours - 29 participants

### ***Cas référés***

Cas référés	Nouveaux cas		Cas existants	
	2000-2001	2001-2002	2000-2001	2001-2002
<b>Prince-Ouest</b>	45	43	31	34
<b>Prince-Est</b>	s/o	179	s/o	123
<b>Queens</b>	290	309	129	261
<b>Kings-Sud</b>	39	34	11	32
<b>Kings-Est</b>	33	36	3	15
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>601</b>	<b>174</b>	<b>465</b>

# Programme d'appui aux personnes handicapées

## DESCRIPTION :

Le Programme d'appui aux personnes handicapées de l'Île-du-Prince-Édouard comprend trois volets : services d'aide à l'emploi et professionnels; mesures de soutien aux enfants handicapés et intervention précoce; ainsi que mesure de soutien aux personnes handicapées. Accessible partout dans la province, ce service fournit de l'aide pour les soins personnels, des services d'intervention thérapeutique précoce, de même que des prothèses, de l'aide à l'emploi et du soutien pour les enfants d'âge préscolaire souffrant d'un trouble du spectre autistique.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Le Ministère est responsable de l'élaboration des politiques, normes et communications du Programme d'appui aux personnes handicapées, de même que de la prestation du Programme d'intervention précoce auprès des enfants autistes, d'âge préscolaire partout dans l'Île. La prestation de tous les autres volets du Programme d'appui aux personnes handicapées relève des régions sanitaires.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	21
DÉPENSES	1 500 000 \$*

\* Le Programme d'appui aux personnes handicapées a commencé le 1<sup>er</sup> octobre 2001. L'aide financière prévue dans le cadre du Programme était auparavant incluse dans les programmes d'aide financière, de soutien familial, l'AEPH et autres.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Nombre de personnes qui ont accès à des services de soutien offerts aux personnes handicapées
- ▶ Nombre d'enfants qui ont accès aux mesures de soutien aux enfants handicapés
- ▶ Nombre de mécanismes de suivi et d'évaluation en place
- ▶ Nombre de processus de formation en place
- ▶ Niveau de centralisme de la prestation des services

## CERTAINS RÉSULTATS :

### Services actifs du Programme, par région, en 2001-2002

Région	Prince-Ouest	Prince-Est	Queens	Kings-Sud	Kings-Est	Total
Services	31	340	356	64	61	852

### Profil des clients des services actifs du Programme, par groupe d'âge, en 2001-2002

Groupe d'âge	de 0 à 6	de 7 à 12	de 13 à 18	de 19 à 34	de 34 à 54	55 et plus	Total
Nombre de clients*	74	117	91	112	223	74	691

\* Cela comprend les conjoints et les personnes à charge qui reçoivent un service.

***Profil des clients des services actifs du Programme, par sexe, en 2001-2002***

<b>Sexe</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Total</b>
<b>Nombre de clients</b>	307	384	691

***Profil des clients des services actifs du Programme, par handicap, en 2001-2002***

<b>Handicap</b>	<b>Physique</b>	<b>Développemental</b>	<b>Mental</b>	<b>Dépendance</b>	<b>Total</b>
<b>Nombre de clients</b>	153	199	18	7	377

# ***Programme d'aide au coût des médicaments***

## **DESCRIPTION :**

Ce type de programmes fournit une aide financière aux personnes admissibles pour l'achat de médicaments, les frais de consultations pharmaceutiques et l'accès aux établissements et programmes des régies régionales et du gouvernement, en plus d'offrir une source abordable de médicaments pour le système provincial de santé et de services sociaux. Le Programme d'aide au coût des médicaments comprend le Programme de surveillance du diabète, le régime de prestations familiales de maladie, le Programme d'aide financière, le Programme de médicaments pour la sclérose en plaques, le Programme d'aide au coût des médicaments des personnes âgées, le Programme des foyers de soins, de même que les programmes propres à certaines maladies.

## **GESTION ET RESPONSABILISATION :**

La prestation des programmes se fait par l'intermédiaire des pharmacies dans les collectivités et de la pharmacie provinciale, qui est exploitée par la région sanitaire de Queens, où elle est également située. La prestation du programme par les pharmacies locales est surveillée par le Ministère, par l'intermédiaire d'ententes de prestation de services conclues avec la PEI Pharmaceutical Association.

## **RESSOURCES :**

<b>EXERCICE FINANCIER</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>PERSONNEL (ETP)</b>	15,7	13,2	12,2
<b>RESSOURCES FINANCIÈRES</b>			
<b>Programme de surveillance du diabète</b>	597 000 \$	920 000 \$	885 000 \$
<b>Régime de prestations familiales de maladie</b>	26 000 \$	56 000 \$	138 000 \$
<b>Programme d'aide financière</b>	2 400 000 \$	3 026 000 \$	3 957 000 \$
<b>Programme de médicaments pour la sclérose en plaques</b>	440 000 \$	607 000 \$	661 000 \$
<b>Programme d'aide au coût des médicaments des personnes âgées</b>	5 678 000 \$	6 630 000 \$	7 199 000 \$
<b>Autres programmes connexes</b>	non disponible	2 673 000 \$	2 151 000 \$

## **RENDEMENT :**

### ***Indicateurs actuels et prévus***

Le Programme d'aide au coût des médicaments comprend le Programme de surveillance du diabète, le régime de prestations familiales de maladie, le Programme d'aide financière, le Programme de médicaments pour la sclérose en plaques et le Programme d'aide au coût des médicaments des personnes âgées :

- ▶ Nombre de clients inscrits

## CERTAINS RÉSULTATS :

<b>PROGRAMME DE SURVEILLANCE DU DIABÈTE*</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
Nombre de clients inscrits	5 030	5 596
Nombre de clients qui reçoivent une allocation	3 836	4 079
Nombre de réclamations payées	30 396	34 664
Nombre moyen de réclamations par client	7,92	8,5
Coûts moyens par client	223,89 \$	216,92 \$
Coûts moyens par réclamation	28,26 \$	25,52 \$

\* Les statistiques relatives au Programme pour l'exercice 1999-2000 ne sont pas disponibles.

<b>RÉGIME DE PRESTATIONS FAMILIALES DE MALADIE</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
Nombre de clients inscrits	560	925	1 477
Nombre de clients qui reçoivent une allocation	223	321	792
Nombre de réclamations payées	977	1 752	5 297
Nombre moyen de réclamations par client	4,38	5,46	6,69
Coûts moyens par client	118,38 \$	175,80 \$	173,81 \$
Coûts moyens par réclamation	27,02 \$	32,21 \$	25,98 \$

<b>PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE*</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
Nombre de clients inscrits	12 462	11 628
Nombre de clients qui reçoivent une allocation	6 132	6 507
Nombre de réclamations payées	97 012	131 942
Nombre moyen de réclamations par client	15,82	20,28
Coûts moyens par client	472,39 \$	608,20 \$
Coûts moyens par réclamation	29,86 \$	29,99 \$

\* Les statistiques relatives au Programme pour l'exercice 1999-2000 ne sont pas disponibles.

<b>PROGRAMME DE MÉDICAMENTS POUR LA SCLÉROSE EN PLAQUES</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
Nombre de clients inscrits	50	75	58
Nombre de clients qui reçoivent une allocation	39	53	58
Nombre de réclamations payées	324	450	547
Nombre moyen de réclamations par client	8,31	8,49	9,43
Coûts moyens par client	11 228,00 \$	11 456,08 \$	11 390,87 \$
Coûts moyens par réclamation	1 389,69 \$	1 349,27 \$	1 207,94 \$

<b>PROGRAMME D'AIDE AU COÛT DES MÉDICAMENTS DES PERSONNES ÂGÉES</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>Nombre de clients inscrits</b>	19 482	19 629	19 671
<b>Nombre de clients qui reçoivent une allocation</b>	12 444	12 955	13 405
<b>Nombre de réclamations payées</b>	153 210	170 571	180 368
<b>Nombre moyen de réclamations par client</b>	12,31	13,17	13,46
<b>Coûts moyens par client</b>	456,05 \$	507,72 \$	537,19 \$
<b>Coûts moyens par réclamation</b>	37,04 \$	38,56 \$	39,91 \$

# Services à la petite enfance

## DESCRIPTION :

Le Ministère, par l'intermédiaire des services à la petite enfance, appuie le gouvernement, le secteur privé et à la collectivité en fournissant des conseils professionnels et en coordonnant ou gérant les politiques et programmes destinés aux jeunes enfants. Le Ministère est également responsable du développement de politiques et de normes dans le cadre d'initiatives pour la petite enfance, y compris la Stratégie de développement de l'enfant en santé. Les services à la petite enfance sont responsables de la prestation des programmes de financement et de subventions directes du programme pour besoins spéciaux, et ce, pour tous les centres de la petite enfance licenciés, ainsi que de l'administration de tous les programmes réglementaires et de financement liés à ces centres.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Le Child Care Facilities Board accorde les licences aux centres de la petite enfance, les certifie et a pour mandat de surveiller le respect des normes prévues par la loi et des règlements en vigueur par ces mêmes centres. Le Ministère, en plus de fournir les ressources nécessaires au conseil pour qu'il s'acquitte de ces fonctions, assume la prestation des programmes provinciaux de financement pour les centres licenciés. Le Programme de subventions à la garde d'enfants offert aux familles insulaires est quant à lui exécuté par les coordonnateurs régionaux des cinq régions sanitaires.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	6	6	6	6	6
RESSOURCES FINANCIÈRES	2 692 000 \$*	3 628 000 \$*	4 257 000 \$*	4 403 000 \$*	4 500 000 \$*

\* Ces dépenses comprennent : les subventions à la garde d'enfants offertes aux familles insulaires, les subventions pour les besoins spéciaux, les programmes de financement direct, de même que le budget d'exploitation de la section des services communautaires et du Child Care Facilities Board. Ces chiffres ne comprennent pas les salaires des employés régionaux.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Nombre d'enfants inscrits aux programmes licenciés de garde d'enfants
- ▶ Nombre de places dans les centres de la petite enfance licenciés
- ▶ Nombre de personnes qualifiées œuvrant dans le secteur

## CERTAINS RÉSULTATS :

### Nombre d'enfants inscrits aux programmes licenciés de garde d'enfants

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Nombre d'enfants inscrits	3 968	3 929	4 216	4 220	4 420

### Nombre de programmes licenciés de garde d'enfants

Année civile	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Programmes	125	124	124	131	135	133

**Nombre de places dans les centres de la petite enfance licenciés**

EXERCICE FINANCIER	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Places	3 717	3 994	3 953	4 270	2,786* (4 286)	2,941* (4 608)

\* Ces chiffres ne comprennent pas les enfants inscrits aux programmes de la maternelle (1 500 en 2001; 1 667 en 2002)

**Nombre d'enfants financés**

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Enfants financés	785	1 089	1 166	1 072	1 037

**Investissements dans les programmes de garde d'enfants**

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Subventions à la garde d'enfants	1 819 000 \$	2 415 000 \$	3 085 000 \$	3 314 000 \$	3 090 000 \$* (allocation)

**Nombre de personnes qualifiées œuvrant en éducation de la petite enfance**

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Personnes qualifiées*	246	255	253	**	281

\* On entend par personne qualifiée une personne certifiée comme « employée du programme » en vertu de la Child Care Facilities Act.

\*\*Données non disponibles.

**Investissements pour les enfants à besoins spéciaux**

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Dollars dépensés	447 000 \$	506 000 \$	639 000 \$	783 000 \$	867 000 \$

# Services d'hygiène du milieu

## DESCRIPTION :

Les services d'hygiène du milieu aident le médecin hygiéniste en chef à s'acquitter de ses tâches et à faire appliquer la *Public Health Act*. De plus, les services d'hygiène du milieu font la promotion et établissent, par l'intermédiaire de la sensibilisation, de consultations et d'inspections, ainsi que de normes qui correspondent à la loi. Parmi les programmes d'inspection menés par les services, mentionnons ceux sur la salubrité des aliments, les logements locatifs, la vente de tabac aux mineurs, les abattoirs, les piscines, les terrains de caravaning, les terrains de camping, ainsi que les établissements publics, comme les garderies, les maternelles, les établissements de soins communautaires, les hôpitaux, les foyers de soins et les établissements correctionnels.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les services d'hygiène du milieu sont fournis et gérés par la région sanitaire de Queens, pour toute la province.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	5,5	6,1	6,2	7
RESSOURCES FINANCIÈRES	330 000 \$	387 000 \$	422 000 \$	427 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre d'analyses de la qualité de l'air ambiant
- ▶ Nombre de cours en nutrition
- ▶ Nombre d'inspections (piscines, établissements alimentaires, logements locatifs, centres de la petite enfance et hygiène du milieu)
- ▶ Nombre de vérifications de l'application de la loi sur le tabac

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Incidence des maladies d'origine alimentaire rapportées
- ▶ Niveau de sensibilisation et des connaissances par rapport aux protocoles de manipulation sûre des aliments

## CERTAINS RÉSULTATS :

<b>TABLEAU</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>Analyse de la qualité de l'air ambiant</b>	125	142	80
<b>Cours en nutrition</b>	11	11	77
<b>Inspections des piscines</b>	89	87	92
<b>Inspections des établissements alimentaires</b>	1 600	1 500	1 500
<b>Inspections des logements locatifs</b>	65	68	82
<b>Inspections des centres de la petite enfance</b>	134	134	132
<b>Vérifications de l'application de la loi sur le tabac</b>	1 559	1 293	1 652
<b>Inspections relatives à l'hygiène du milieu</b>	330	299	625

# Programme de logements familiaux

## DESCRIPTION :

Ce programme fournit un logement subventionné aux familles à revenu faible ou modeste qui sont incapables d'obtenir un logement adéquat à prix abordable sur le marché privé. Les unités offertes, dont le loyer correspond à 25 % du revenu, se trouvent dans neuf collectivités de la province. Le supplément au loyer est une autre forme d'aide au logement des familles; on l'utilise pour des logements privés de façon à rendre leur prix abordable à l'aide de subventions au logement.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Au sein de la PEI Housing Corporation, neuf autorités locales (des résidents de la collectivité sont nommés par le conseil exécutif) sont responsables de la gestion des activités courantes des projets, ce qui comprend le choix des locataires, la collecte du loyer et la maintenance. Le personnel de la région sanitaire traite les demandes et fournit l'encadrement et le soutien technique nécessaire à ces conseils.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP) *	10,7	10,7	10,7	10,7	9,85
RESSOURCES FINANCIÈRES	2 640 000 \$	2 590 000 \$	2 640 000 \$	2 570 000 \$	2 665 300 \$

\* 8,1 des postes relèvent des autorités locales. Le reste de ces postes correspond au personnel régional et ministériel, qui travaille en partie pour le logement des aînés.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Nombre d'unités
- ▶ Nombre de nouvelles demandes
- ▶ Nombre de placements
- ▶ Nombre de familles sur les listes d'attente
- ▶ Roulement

## CERTAINS RÉSULTATS :

### Unités familiales

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Unités	479	479	479	479	482*
Placements	77	86	86	67	73
Nouvelles demandes	328	319	325	290	328
Liste d'attente	920	850	734	944	547

\* Cela comprend 18 suppléments au loyer, 12 à Charlottetown et 6 à Summerside, ainsi que 4 unités transformées, à Crapaud.

### Roulement pour le logement familial

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Unités disponibles	16,7 %	18,6 %	18,6 %	14,6 %	15,1 %

**Listes d'attente, par région**

<b>EXERCICE FINANCIER</b>	<b>1997-1998</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>Prince-Ouest</b>	61	59	71	113	59
<b>Prince-Est</b>	139	167	167	167	80
<b>Queens</b>	612	503	390	550	322
<b>Kings-Sud</b>	96	106	100	100	75
<b>Kings-Est</b>	12	15	6	14	11
<b>Total</b>	920	850	734	944	547*

\* Ces chiffres représentent un aperçu des demandes d'inscription aux listes d'attente.

# Services de placement en famille d'accueil

## DESCRIPTION :

Ce programme vise à assurer la présence à l'Île-du-Prince-Édouard d'une série de foyers évalués, formés et appuyés pouvant fournir des soins aux enfants qui sont sous la responsabilité du gouvernement provincial dans le cadre des services sociaux à l'enfance. Ce programme conclut une entente avec les familles afin de répondre aux besoins actuels et éventuels en matière de logement et de soins pour ces enfants.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Le programme est offert par les régions sanitaires. Les familles retenues peuvent être affiliées à des associations régionales et à une fédération provinciale. Un contrat de services non gouvernementaux est conclu avec la Fédération, et le Ministère en assure l'application. Le directeur des services sociaux à l'enfance est pour sa part responsable de l'administration et de l'application du programme de placement en famille d'accueil.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP) *	21	24	24	24
RESSOURCES FINANCIÈRES	<i>Le financement de ce programme est compris dans le budget général des services de protection de l'enfant.</i>			

\* Les titulaires de postes peuvent travailler entièrement ou en partie pour le Programme de placement en famille d'accueil.

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre d'enfants placés dans une famille d'accueil ou confiés à un parent
- ▶ Nombre de familles d'accueil et de nouvelles familles d'accueil
- ▶ Délai nécessaire à l'évaluation de la situation des enfants pris en charge
- ▶ Nombre de familles d'accueil « inactives »
- ▶ Nombre d'enfants placés dans d'autres régions
- ▶ Nombre de familles qui cessent de participer au programme
- ▶ Nombre d'enfants aux besoins spéciaux en famille d'accueil
- ▶ Nombre de jours à charge
- ▶ Coût unitaire des services pour les enfants pris en charge

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Capacités fonctionnelles des enfants pris en charge (capacité à fonctionner au quotidien)

## CERTAINS RÉSULTATS :

- ▶ Baisse du nombre de familles d'accueil disponibles
- ▶ Baisse du nombre de familles s'inscrivant au programme
- ▶ Augmentation du nombre de familles qui cessent de participer au programme régulier
- ▶ Augmentation du nombre d'enfants confiés à un parent ou une famille d'accueil apparentée
- ▶ Augmentation des besoins spéciaux pour les enfants pris en charge
- ▶ Augmentation du nombre de jours à charge

**Foyers d'accueil, par région**

RÉGION	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Prince-Ouest	19	17	21
Prince-Est	33	33	39
Queens	58	73	82
Kings-Sud	2	23	3
Kings-Est	7	6	7
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>152</b>	<b>152*</b>

\* Le nombre de foyers d'accueil comprend les foyers établis à la fin de l'exercice.

**Nouveaux foyers d'accueil, par région**

RÉGION	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Prince-Ouest	6	4	0
Prince-Est	9	7	10
Queens	6	20	30
Kings-Sud	6	4	1
Kings-Est	2	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>42*</b>

\* Ces chiffres comprennent seulement les nouveaux cas et foyers établis. En raison des modifications apportées aux services en 2001-2002, il est difficile de suivre avec précision le nombre de nouveaux cas entre décembre 2001 et le 31 mars 2002.

# Centre d'information et de ressources sur la santé

## DESCRIPTION :

Le Centre d'information et de ressources sur la santé (CIRS) donne gratuitement accès aux Insulaires à des renseignements fiables et opportuns afin de les aider à faire des choix éclairés par rapport à leur santé et à celle de leur famille. Des renseignements sur différents sujets liés à la santé, comme l'état pathologique et l'aide et les services accessibles sont fournis au centre provincial, situé à Charlottetown, ou dans l'un des bureaux satellite de la province. On peut aussi téléphoner au numéro sans frais ou visiter le site Web du CIRS. Le CIRS offre également les services du Programme d'accès communautaire et du Réseau canadien de la santé.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Le CIRS est un service fourni par le Ministère; son comité de coordination est composé de représentants d'usagers, ainsi que de professionnels de la santé, du système de santé, d'organismes communautaires et du secteur privé.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	2	2	3	3
RESSOURCES FINANCIÈRES	99 000 \$	131 000 \$	168 000 \$	169 000 \$
REVENUS		20 000 \$	91 000 \$	148 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- Nombre de demandes de renseignements
- Satisfaction de la clientèle

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- Utilisation individuelle de l'information sanitaire obtenue du CIRS

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Demandes de renseignements*

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Demandes de renseignements	12 000*	15 599	27 204	50 263

\* Comprend 1 047 appels au registre provincial (ce qui comprend les visites, les appels et les consultations en ligne).

### *Enquête de 1997*

- Les consommateurs, les organismes de santé et les médecins ont indiqué être très satisfaits

<b>Utilisation individuelle de l'information sanitaire obtenue au CIRS</b>	<b>% des clients</b>
Approfondir ses connaissances sur une question ou un problème en particulier	87,5
Prendre soin de soi	56
Apprendre à composer avec une maladie ou un problème de santé	56
Aborder une question avec un professionnel de la santé	43,7
Prendre des décisions plus éclairées par rapport à un traitement	37,5
Prendre soin de quelqu'un qui éprouve un problème de santé	31
Améliorer son mode de vie et prévenir un futur problème de santé	25
Mieux connaître les médicaments que l'on consomme	12,5

# Soins à domicile

## DESCRIPTION :

Les soins à domicile font l'évaluation et la planification des soins pour les personnes stables du point de vue médical et des groupes précis ayant des besoins spéciaux qui, sans le soutien offert par le système de santé, risquent de ne plus pouvoir rester à leur domicile ou quitter l'hôpital ou un autre établissement de soins. Les programmes de services de soutien à domicile de l'Île-du-Prince-Édouard comprennent les soins infirmiers à domicile, le programme communautaire de dialyse, les auxiliaires familiales, les travailleurs communautaires, l'ergothérapie, la physiothérapie, la protection des adultes, ainsi que le placement de longue durée. D'autres services, comme le travail social, la nutrition et l'orthophonie, peuvent aussi être obtenus par l'intermédiaire des ressources régionales.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les régions sanitaires ont la responsabilité d'offrir ces programmes. Le Ministère doit quant à lui assurer l'élaboration des politiques et normes connexes.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	107	107	110	110
RESSOURCES FINANCIÈRES	5 140 000 \$	5 790 000 \$	6 205 000 \$	6 547 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Répartition des clients selon le groupe d'âge
- ▶ Répartition du nombre de cas, selon le type de clients
- ▶ Nombre d'admissions et de congés
- ▶ Nombre moyen de cas par mois, selon le service
- ▶ Nombre de visites pour les soins infirmiers et les services de soutien à domicile
- ▶ Satisfaction de la clientèle
- ▶ Satisfaction du personnel
- ▶ Nombre d'admissions aux services publics de soins à domicile par habitant (en général et plus de 75 ans)
- ▶ Pourcentage de la population qui bénéficie de différents soins à domicile (p. ex. les soins infirmiers, les auxiliaires familiales et l'ergothérapie)

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Modification des capacités fonctionnelles d'un groupe-client des soins prolongés (capacité à fonctionner au quotidien)
- ▶ Niveau de contrôle des symptômes
- ▶ Importance du fardeau du soignant

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Répartition des clients, selon le groupe d'âge, en 2001-2002*

Groupe d'âge	0 à 18	19 à 39	40 à 64	65 à 74	75 à 79	80 et plus
Répartition	5,2 %	3,9 %	14,6 %	15,5 %	14,3 %	46,6 %

Les aînés représentent une proportion importante des cas de soins à domicile :

- ▶ 46,6 % des clients ont plus de 80 ans
- ▶ 61 % des clients en ont plus de 75

### ***Répartition du nombre de cas, selon le type de clients, en 2001-2002***

Type de clients	Répartition (%)
Soins prolongés (65 ans et plus) (p. ex. maladie chronique ou impotence)	57,5
Soins prolongés (personnes handicapées de moins de 65 ans)	9
Substitution aux soins intensifs et de courte durée (p. ex. thérapie intraveineuse, pansements complexes et soins postopératoires)	22,3
Aide à la dialyse	2,2
Soins palliatifs	3
Pédiatrie	4
Autres (programmes en santé mentale, d'aide et de suivi)	2

### ***Admissions et congés, soins à domicile***

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Total des admissions aux soins à domicile	1 855	1 813	1 903	2 021
Total des admissions pour les personnes de plus de 75 ans	1 119	1 070	1 122	1 127

- ▶ Le nombre total d'admissions aux soins à domicile a augmenté de 9 % depuis 1998-1999
- ▶ En 2001-2002, 61 % des cas admis étaient des personnes de 75 ans et plus, ce qui est semblable à l'exercice précédent
- ▶ Il y a environ 160 admissions et 160 congés accordés par mois, ainsi qu'un taux de roulement des cas d'environ 10 % par mois

### ***Nombre moyen de cas par mois, par service***

SERVICE	NOMBRE MOYEN DE CAS PAR MOIS		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Soins infirmiers	903	982	963
Soutien à domicile	704	726	649
Ergothérapie	159	220	268
Physiothérapie	50	39	48
Travail social	s/o	s/o	22
Travailleurs communautaires	87	124	141
Protection des adultes	48	49	51
Nutrition	45	22	23
Télésoins	0	0	14
Nombre total de cas	1 996	2 162	2 179

- ▶ Le nombre moyen de cas par mois est de 2 179, ce qui comprend les personnes qui reçoivent des soins de plus d'un service (soit environ 20 % des clients). Le nombre moyen de clients par mois est de 1 757.
- ▶ De 1999-2000 à 2000-2001, le nombre moyen de cas par mois a augmenté de 166, soit 8,3 %.
- ▶ De 2000-2001 à 2001-2002, on n'a noté aucun changement significatif dans le nombre de cas.
- ▶ Le plus grand nombre de cas est dans le domaine des soins infirmiers (45 %), du soutien à domicile (30 %) et de l'ergothérapie (12 %).

### ***Nombre de visites pour les soins infirmiers et le soutien à domicile***

- ▶ En 2001-2002, on a fait 40 463 visites pour les soins infirmiers, et 63 758 pour le soutien à domicile.
- ▶ Le rapport entre le nombre de visites et le nombre de cas pour les soins infirmiers varie selon la région de 2,5 à 5,3 par client par mois.
- ▶ Le rapport entre le nombre de visites et le nombre de cas pour le soutien à domicile varie selon la région de 6,1 à 10,3 par client par mois.

# Programme de dialyse à domicile

## DESCRIPTION :

Le Programme de dialyse à domicile de l'Île-du-Prince-Édouard offre deux formes de traitement : l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale. Dans le cas de l'hémodialyse, la personne reçoit un traitement sous la supervision directe d'une infirmière autorisée, à l'un des cinq sites régionaux de soins à domicile dans la province ou l'une de deux résidences privées. La dialyse péritonéale, quant à elle, est gérée par la personne, à la maison, avec l'aide de membres de sa famille ou d'autres soignants. Les soins infirmiers à domicile fournissent un certain soutien à la personne et à sa famille quant aux pansements, aux changements de tubes, à la formation et à la sensibilisation.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Ce programme est sous la supervision médicale de l'équipe de néphrologie du Queen Elizabeth II Health Sciences Centre, à Halifax, en Nouvelle-Écosse. La prestation du Programme de dialyse à domicile est toutefois sous la responsabilité des régies régionales de la santé. Le Ministère doit quant à lui s'occuper de la gestion du programme; il compte pour ce faire un coordonnateur à temps partiel, qui agit comme agent de liaison entre les programmes insulaires et néo-écossais, ainsi qu'avec les gestionnaires régionaux des soins à domicile. Un comité consultatif provincial a été créé afin de guider les hauts fonctionnaires du système de santé de la province dans la création d'un programme provincial coordonné relatif aux maladies du rein.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	s/o	s/o	10,8	10,8
RESSOURCES FINANCIÈRES	649 000 \$*	698 000 \$*	687 000 \$*	734 000 \$*

\* Allocations provinciales seulement. Les programmes régionaux de soins à domicile comprennent également la prestation directe de services dans leur budget. La répartition précise des fonds ne fait pas l'objet d'une entrée distincte dans le budget.

## RENDEMENT :

- Nombre moyen de personnes recevant annuellement un traitement d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Nombre moyen d'Insulaires recevant annuellement un traitement de dialyse*

EXERCICE FINANCIER	1997	1998	1999	2000	2001
Hémodialyse	7	10	14	20	21
Dialyse péritonéale	31	24	27	20	20
TOTAL	38	34	41	40	41

# *Programmes de création d'emplois et d'amélioration de l'emploi*

## DESCRIPTION :

Le Programme de création d'emplois a été conçu pour aider les bénéficiaires de l'aide sociale à maintenir leurs compétences ou en acquérir de nouvelles grâce à des emplois à court terme leur permettant d'acquérir graduellement leur autonomie. Le Programme fournit généralement un salaire subventionné dont les coûts sont partagés avec l'employeur. Le Programme d'amélioration de l'emploi vise quant à lui à aider les bénéficiaires de l'aide sociale en leur offrant des possibilités de formation et de travail contribuant à éliminer les obstacles à leur embauche. Ce programme fait partie de la planification des cas faite avec le client pour l'aider à quitter graduellement le Programme d'aide financière.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

La prestation de ces deux programmes dans l'ensemble de la province est assumée par les régions sanitaires. Le Ministère est pour sa part chargé de concevoir les politiques et normes connexes.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	14	14	14	14	14
RESSOURCES FINANCIÈRES (en millions de dollars)	1,4	1,8	1,9	1,8	1,7

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- Nombre de clients inscrits aux programmes de création d'emplois et d'amélioration de l'emploi

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- Nombre de clients devenant membres de la population active après leur participation aux programmes

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Placements dans le cadre des programmes de création d'emplois et d'amélioration de l'emploi*

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Création d'emplois	1 015	1 032	897	822	796
Amélioration de l'emploi	1 429	1 024	814	1 727	2 021
<b>TOTAL</b>	<b>2 444</b>	<b>2 056</b>	<b>1 711*</b>	<b>2 549</b>	<b>2 817</b>

\* Ces chiffres reflètent un changement dans les méthodes de cueillette de données.

# Soins de longue durée

## DESCRIPTION :

Au total, on compte 18 établissements de soins de longue durée dans la province : neuf privés et neuf autres publics. Les personnes jugées admissibles à une place dans un foyer de soins requièrent la supervision d'une infirmière autorisée en permanence. Chaque personne bénéficiant de soins de longue durée doit en acquitter les frais. Toutefois, lorsqu'un bénéficiaire n'est pas en mesure de payer pour ces services, il peut faire une demande d'aide financière afin que ses soins soient subventionnés.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les foyers de soins privés sont licenciés par le Community Care Facilities and Nursing Homes Board. Ce conseil surveille de plus les établissements afin de s'assurer qu'ils respectent les normes prévues par la loi et les règlements en vigueur. Les foyers de soins et manoirs sont toutefois gérés et exploités par les régions sanitaires.

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre de lits dans les foyers de soins privés et publics
- ▶ Nombre d'admissions dans les foyers de soins
- ▶ Nombre moyen de personnes inscrites sur les listes d'attente
- ▶ Durée moyenne des séjours en foyer de soins
- ▶ Âge moyen à l'admission
- ▶ Pourcentage des bénéficiaires dont les soins sont subventionnés
- ▶ Satisfaction de la clientèle et des familles

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	624	666	672	694
RESSOURCES FINANCIÈRES	30 682 000 \$	33 434 000 \$	35 962 000 \$	37 607 000 \$*

\* Ce total ne comprend pas les revenus découlant des bénéficiaires dont les soins ne sont pas subventionnés.

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Nombre de lits dans les foyers de soins privés et publics, par région*

RÉGION	1998-1999		1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	Privés	Publics	Privés	Publics	Privés	Publics	Privés	Publics
Prince-Ouest	-	64	-	64	-	64	-	64
Prince-Est	46	172	46	172	46	172	52	170
Queens	320	208	320	207	320	207	299	222
Kings-Sud	31	51	31	51	41	51	41	51
Kings-Est	-	53	-	52	-	52	-	52
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>548*</b>	<b>397</b>	<b>546*</b>	<b>407</b>	<b>546*</b>	<b>392</b>	<b>559*</b>
<b>Grand total</b>	<b>945</b>		<b>943</b>		<b>953</b>		<b>951</b>	

Environ 63 % des bénéficiaires des foyers de soins privés reçoivent des soins subventionnés, ainsi qu'environ 79 % de ceux des foyers publics. En général, de 71 à 73 % des bénéficiaires reçoivent des soins de longue durée subventionnés à un moment ou à un autre.

\* Remarque : Cela comprend 11 lits réservés au service de la relève dans les foyers de soins publics.

### *Admissions aux soins de longue durée*

INDICATEURS	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Admissions	380	353	350	345
Nombre moyen de personnes inscrites sur les listes d'attente	30	54	41	55
Âge moyen à l'admission	82,6	85,5	82,2	82,8
Durée moyenne du séjour*	2,4 ans	2,5 ans	2,7 ans	2,7 ans

\* Ces chiffres représentent la durée moyenne d'un séjour dans 96 à 98 % des cas. Un petit nombre de bénéficiaires, de soins de longue durée depuis plus de dix ans ne sont pas inclus dans les calculs.

# Services en santé mentale

## DESCRIPTION :

Le modèle de prestation des services en santé mentale met l'accent sur un système d'intervention d'urgence et l'expansion des services communautaires, qui comprennent l'évaluation initiale, la sensibilisation, le soutien et le réseautage avec d'autres fournisseurs de services, de même que la consultation, le traitement et le soutien continu. Des programmes avec hospitalisation sont fournis dans les hôpitaux du comté de Prince, Queen Elizabeth et de Hillsborough. Les programmes provinciaux comprennent la pédopsychiatrie, la consultation psychiatrique et la gérontopsychiatrie, en plus d'un réseau en santé mentale pour les enfants de 0 à 18 ans et leur famille.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les programmes en santé mentale sont offerts par les régions sanitaires et leurs partenaires communautaires. Les programmes communautaires sont accessibles dans les régions de Prince-Est (qui sert également Prince-Ouest), de Queens et de Kings-Sud (qui sert aussi Kings-Est). Les programmes avec hospitalisation sont accessibles à l'hôpital du comté de Prince, dans Prince-Est (qui sert également Prince-Ouest), à l'hôpital Queen Elizabeth (qui sert aussi Kings-Sud, Kings-Est et le reste de la province dans le cas d'institutionnalisations involontaires) et à l'hôpital de Hillsborough (qui sert l'ensemble de la province), tous deux dans le comté de Queens. Les programmes provinciaux sont administrés par la région de Queens. Le Ministère, pour sa part, prodigue des conseils spécialisés, effectue la coordination et travaille avec des partenaires afin d'élaborer des politiques et des normes, ainsi que de sensibiliser la population aux différentes questions relatives à la santé mentale.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP) *	166,9	166,9	170,9	171,9
RESSOURCES FINANCIÈRES	10 180 000 \$	10 206 000 \$	10 578 200 \$	12 241 700 \$

\* Ces chiffres ne tiennent pas compte des psychiatres rémunérés à l'acte ni selon des ententes contractuelles.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Taux d'hospitalisation par diagnostic
- ▶ Nombre de diagnostics-congés
- ▶ Durée moyenne de l'hospitalisation
- ▶ Pourcentage des congés de l'aile psychiatrique par rapport au total des diagnostics-congés
- ▶ Nombre de cas de dépression référés
- ▶ Nombre d'aînés référés
- ▶ Nombre de consultations en psychiatrie, y compris par l'intermédiaire du service Télésanté
- ▶ Délai entre le moment où le cas est référé et traité dans le cas des services communautaires en santé mentale
- ▶ Coût unitaire du service pour les services en établissements
- ▶ Satisfaction de la clientèle
- ▶ Satisfaction du personnel

## **RÉSULTATS OBTENUS :**

### ***Indicateurs actuels et prévus***

- ▶ Capacités fonctionnelles (capacité de fonctionner au quotidien)
- ▶ Nombre de clients capables de respecter leurs engagements professionnels et familiaux pendant le traitement
- ▶ Nombre de clients qui font appel aux programmes d'intervention précoce par rapport à ceux avec hospitalisation
- ▶ Modification des symptômes chez les dépressifs
- ▶ Modification de la qualité de vie des dépressifs
- ▶ Réadmissions non prévues des dépressifs

## **CERTAINS RÉSULTATS :**

- ▶ Augmentation des cas moyens référés (c.-à-d. les cas de dépression, de troubles du stress et de problèmes conjugaux)
- ▶ Augmentation du nombre de jeunes enfants aiguillés aux services en santé mentale pour enfants
- ▶ Sensibilisation accrue de la population par rapport au suicide chez les jeunes

# *Services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province*

## DESCRIPTION :

Chaque année, un certain nombre d'Insulaires ont accès à des services hospitaliers à l'extérieur de la province, que ce soit pour des traitements, des procédures ou des consultations hautement spécialisées, avec ou sans hospitalisation. Afin de contrôler le plus possible les coûts, le Ministère a établi un service de liaison pour les services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province à Halifax, en Nouvelle-Écosse, qui aide les Insulaires à retourner au bercail le plus tôt possible.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Il est nécessaire d'obtenir l'autorisation préalable du Ministère pour accéder à des services hospitaliers à l'extérieur de la province. Les médecins, au nom de leurs malades, peuvent présenter une demande pour fins d'approbation quand il s'agit de soins spécialisés qui ne sont pas offerts à l'Île-du-Prince-Édouard.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	6	6	6	6
RESSOURCES FINANCIÈRES	14 379 000 \$	13 380 000 \$	13 612 000 \$	14 292 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre de jours-patient dans des hôpitaux à l'extérieur de la province (avec ou sans hospitalisation)
- ▶ Nombre de patients retransférés à l'Île-du-Prince-Édouard
- ▶ Économies de jours d'hospitalisation et de frais réalisées en retransférant les patients à l'Île-du-Prince-Édouard
- ▶ Satisfaction des patients

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Programme de liaison pour les services fournis à l'extérieur de la province*

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Nombre de patients retransférés à l'Île-du-Prince-Édouard	202	203	219	218
Économies de jours d'hospitalisation	3 066	3 702	3 600	3 600*
Économies (en millions de dollars)	2,42	2,79	2,88	2,88*

*\* Estimations, car les chiffres exacts ne sont pas disponibles en raison des délais dans la présentation des rapports par les hôpitaux.*

# *Services médicaux fournis à l'extérieur de la province*

## DESCRIPTION :

Ce programme finance la prestation de services médicaux que les Insulaires reçoivent à l'extérieur de la province. Les services fournis par des spécialistes de passage dans la province sont également couverts en vertu de ce programme.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Ce programme est administré par le Ministère; les services non urgents doivent d'abord être approuvés. Les frais sont établis selon les taux convenus dans les régimes d'assurance-maladie des autres provinces et facturés en vertu de l'entente interprovinciale sur la facturation réciproque. Les spécialistes de passage dans la province sont payés par séance.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	4,2	4,2	4,2	4,2	4,5
RESSOURCES FINANCIÈRES	2 875 000 \$	3 185 000 \$	3 209 000 \$	3 531 000 \$	4 143 000 \$

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Nombre et types de cas référés à des médecins à l'extérieur de la province
- ▶ Nombre et types de spécialistes itinérants

## CERTAINS RÉSULTATS :

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Nombre de cas référés à des médecins à l'extérieur de la province	2 361	2 439	2 330	2 724	2 584

- ▶ **Nombre de spécialistes itinérants : 23 (2 occasionnels ou de relève)**

# *Services de paiement des médecins*

## **DESCRIPTION :**

Le Programme de services médicaux provinciaux est responsable du paiement des médecins, ce qui comprend l'administration des diverses modalités de paiement.

## **GESTION ET RESPONSABILISATION :**

C'est le Ministère qui est chargé de la prestation du programme, en consultation avec les cinq régions sanitaires. Le nombre de médecins est contrôlé par la représentation régionale, telle que recommandée par le comité de planification des ressources médicales et approuvée par le ministre.

## **RESSOURCES :**

<b>EXERCICE FINANCIER</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>PERSONNEL (ETP)</b>	11,7	11,7	11,7	8,4
<b>RESSOURCES FINANCIÈRES</b>	32 520 000 \$	33 300 000 \$	35 293 000 \$	36 808 000 \$

## **RENDEMENT :**

### ***Indicateurs actuels et prévus***

- ▶ Nombre de postes de médecins approuvés
- ▶ Nombre de postes pourvus
- ▶ Nombre de médecins recrutés
- ▶ Nombre et types de changements de pratique chez les médecins, comme l'approche de l'équipe multidisciplinaire

# Répartition des médecins

À compter de mars 2002

	Répartition approuvée par le Comité de planification des ressources médicales	Postes pourvus (ETP)		
	Mars 2002	Permanents	Suppléants	Total
Médecine familiale	75	69,7	3,1	72,8
Services de traitement des dépendances	2	1		1
Médecine d'urgence	9	8		8
<b>SPÉCIALISATIONS</b>				
Anesthésie	9	6	1	7
Dermatologie	1	1		1
Médecine interne	10,2	10,2		10,2
Neurologie	1	1		1
Obstétrique et gynécologie	8	7		7
Ophthalmologie	4	3,3	0,7	4
Oto-rhino-laryngologie	3	2		2
Pédiatrie	7	6		6
Psychiatrie	10	10,2		10,2
Chirurgie : générale	7	7		7
orthopédique	3	3		3
esthétique	2	1		1
urologique	2	2		2
Médecine physique	1	1		1
* Oncologie (ass. clin. 0,6 ETP)	3,3	3,3		3,3
Radiologie	7,6	5,8	1	6,8
Médecine biologique				
Pathologie	4	3		3
Microbiologie	1	1		1
Hématologie	1			
<b>TOTAL</b>	<b>171,1</b>	<b>152,5</b>	<b>5,8</b>	<b>158,3</b>

\* Comprend l'oncologie médicale et la radio-oncologie.

# *Programmes relatifs aux infirmières de santé publique*

## **DESCRIPTION :**

Les programmes relatifs aux infirmières de santé publique visent la promotion et la protection de la santé, de même que la prévention des maladies et de la mortalité. Les programmes de santé mère-enfant, de santé à l'école, de contrôle des maladies transmissibles, ainsi que de vaccination, constituent la principale contribution de ce programme.

## **GESTION ET RESPONSABILISATION :**

Ce sont les régions sanitaires qui assurent la prestation des programmes relatifs aux infirmières de santé publique. L'élaboration de politiques et de normes relève à la fois du Ministère et de la région sanitaire, par l'intermédiaire du Comité provincial de coordination des infirmières de santé publique.

## **RESSOURCES :**

<b>EXERCICE FINANCIER</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>PERSONNEL (ETP)</b>	30,2	31,5	34,1
<b>RESSOURCES FINANCIÈRES</b>	2 112 000 \$	2 269 000 \$	2 524 000 \$

## **RENDEMENT :**

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Taux d'allaitement maternel
- ▶ Taux de vaccination des enfants de 0 à 2 ans
- ▶ Taux de participation et résultat des tests à l'examen médical standard pour les enfants de quatre ans
- ▶ Coûts unitaires des examens médicaux des enfants
- ▶ Intervalles entre la notification de maladies à déclaration obligatoire et la notification du client

## **RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :**

### *Indicateurs actuels et prévus*

- ▶ Taux de vaccination des enfants d'âge préscolaire
- ▶ Taux de participation à l'examen médical standard pour les enfants de quatre ans
- ▶ Taux d'allaitement maternel
- ▶ Incidence du suivi pour les maladies transmissibles

## **CERTAINS RÉSULTATS :**

- ▶ Les infirmières de santé publique ont visité 1 330 nouveau-nés et leur famille en 2000-2001
- ▶ 32,1 % des femmes enceintes ont pris part à des rencontres prénatales en 1999, comparativement à 26,6 % en 1998
- ▶ Le pourcentage de participation le plus élevé est chez les 15 à 19 ans (55 %)
- ▶ En 1999, 25,7 % des femmes enceintes fumaient, comparativement à 29,3 % en 1998

# Programme de logement des aînés

## DESCRIPTION :

Les projets du Programme de logement des aînés sont répartis dans 38 collectivités et offrent des unités locatives autonomes de type appartement aux aînés à revenu faible ou modeste qui ne peuvent répondre seuls à leurs besoins en matière de logement. Le pavillon-jardin est un autre type de logement subventionné pour les aînés. Ces unités à une chambre à coucher sont situées sur le terrain d'une famille hôte et peuvent facilement être déménagées lorsque le locataire n'en a plus besoin. Le loyer de l'un ou l'autre de ces types de logement équivaut à 30 % du revenu.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Ce sont les régions sanitaires qui sont responsables de la gestion globale de ces propriétés. Le Ministère doit pour sa part s'assurer que les ententes fédérales-provinciales en matière de logement sont respectées et agir à titre d'agent de liaison avec le gouvernement fédéral.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)*	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
RESSOURCES FINANCIÈRES	6 160 000 \$	6 230 000 \$	6 430 000 \$	6 680 000 \$	6 571 900 \$

\* Les titulaires de certains de ces postes œuvrent également à temps partiel pour le logement des familles. Ces chiffres ne comprennent pas l'entretien des logements pour aînés dans la région de Prince-Est, car ce travail est fait dans le cadre du budget général de maintenance de la région.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Nombre d'unités
- ▶ Nombre de placements
- ▶ Nombre de nouvelles demandes
- ▶ Nombre d'aînés sur les listes d'attente

## CERTAINS RÉSULTATS :

- ▶ Baisse progressive du nombre d'aînés qui recourent aux programmes de supplément de loyer pour faible revenu
- ▶ Taux d'occupation relativement stable partout dans la province, à l'exception de deux collectivités (Kinkora et New London), où un taux d'inoccupation toujours élevé a nécessité l'évaluation des besoins en matière de logement; on étudiera les options d'utilisation

### Logement des aînés

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Unités*	1 176	1 176	1 176	1 176	1 148*
Placements	194	195	172	193	221
Nouvelles demandes	195	248	206	209	190
Listes d'attente	301	273	297	252	208

\* Portefeuille composé de 1 142 unités pour aînés et 6 pavillons-jardin. Les changements dans 28 unités sont dus à la concession de 4 unités, à Crapaud, au programme régional de logement des familles et aux rénovations (unités à deux chambres à coucher, salons communautaires, etc.), dans l'ensemble de la province.

# Programme d'aide sociale

## DESCRIPTION :

Le Programme d'aide sociale comprend trois éléments de base : l'aide, en argent ou en services, à ceux incapables de répondre à leurs besoins fondamentaux (nourriture, vêtements, logement, etc.) ou en cas d'urgence; les services pour aider à promouvoir et à favoriser l'autonomie; ainsi que les services de prévention de la dépendance sociale.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Les régions sanitaires assurent la prestation du Programme d'aide sociale, tandis que le Ministère veille à l'élaboration de politiques et de normes connexes. La Commission d'appel de l'aide sociale (qui compte des membres de partout en province nommés par le conseil exécutif) est quant à elle responsable de l'étude des appels des demandeurs et des bénéficiaires.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)				50,5	50,5
RESSOURCES FINANCIÈRES (en millions de dollars)	38,3	35,9	31,4	30,3	29,4

## RENDEMENT :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- Changement dans le nombre de cas d'aide sociale au fil du temps
- Changement dans les dépenses liées à l'aide sociale au fil du temps

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### *Indicateurs actuels et prévus*

- Nombre d'Insulaires qui vivent sans le soutien de l'aide sociale

## CERTAINS RÉSULTATS :

### *Nombre de cas d'aide sociale, par exercice financier*

Exercice financier	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Nombre de cas	5 465	5 143	4 668	4 213	4 135
Changement dans le nombre de cas	-1,7 %	-5,9 %	-9,2 %	-9,75 %	-1,85 %
Coûts du programme (en millions de dollars)	38,3	35,9	31,4	30,3	29,4
Changement dans les coûts du programme	-0,8 %	-6,3 %	-12,5 %	-3,5 %	-2,97 %

# Programme de renoncement au tabac

## DESCRIPTION :

L'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard, qui comprend des organismes privés et publics, a été fondée en 1999. Elle vise trois types d'activités pour réduire la consommation de tabac : la prévention, soit aider les Insulaires à ne pas fumer; le renoncement, soit inciter et aider les fumeurs à ne plus consommer de tabac; ainsi que la protection, soit éliminer l'exposition à la fumée secondaire.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Le Ministère travaille avec les partenaires communautaires et publics de l'Alliance pour appuyer, mettre en œuvre et évaluer la stratégie de lutte contre le tabac de l'Île-du-Prince-Édouard, y compris la coordination et le suivi de ces activités. Les organismes membres de l'Alliance sont responsables de la prestation des programmes, dont le programme de renoncement au tabac et le programme de renoncement au tabac pour adolescents *Sans nicotine Kick the Nic*, régis par les régions sanitaires; le programme de prévention SWITCH (Students Working in Tobacco Can Help) dans les écoles secondaires, sous la supervision de la division provinciale de la Société canadienne du cancer; ainsi que le personnel du Eastern School District et du Western School Board, et la campagne d'autocollants *Maison sans fumée*, appuyée par de nombreux organismes communautaires.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP)	1,0*	13,8**	13,8**
RESSOURCES FINANCIÈRES	61 000 \$	100 000 \$	112 000 \$

\* Ministère seulement.

\*\* Comprend les infirmières des services de traitement des dépendances.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Nombre de participants aux programmes
- ▶ Satisfaction de la clientèle
- ▶ Nombre d'appels à la ligne sans frais
- ▶ Niveau de sensibilisation des adolescents par rapport au taux de tabagisme chez les jeunes et aux effets du tabac
- ▶ Taux de tabagisme
- ▶ Nombre de foyers où les enfants sont exposés à la fumée secondaire
- ▶ Pourcentage de la population en faveur des lieux publics sans fumée

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Nombre de participants aux programmes de renoncement qui n'ont pas recommencé à fumer après le programme, après trois mois et après six mois
- ▶ Nombre de participants aux programmes de renoncement qui ont réduit leur consommation de tabac
- ▶ Nombre de participants aux programmes de renoncement qui suivent les étapes du spectre du renoncement

## CERTAINS RÉSULTATS :

<b>Programme pour adolescents <i>Sans nicotine Kick the Nic</i> 2001-2002</b>	130 élèves inscrits	35 % ont terminé le programme	7,6 % ont cessé de fumer	plus de 90 % ont réduit leur consommation de tabac
---	---------------------	-------------------------------	--------------------------	--

### *Programme de renoncement au tabac de l'Île-du-Prince-Édouard, en 2001*

Taux de participation	Hommes	Femmes	Total
Kings-Sud	63	83	146
Kings-Est	43	69	112
Queens	90	122	212
Prince-Est	75	102	177
Prince-Ouest	44	64	108
<b>TOTAL</b>	<b>315 (42 %)</b>	<b>440 (58 %)</b>	<b>755</b>

### *Taux de réussite du programme*

Participants avec qui on a communiqué après 3 mois	Ne fument plus	Ne fument maintenant que quelques cigarettes
209	31 %	16 %

### *Taux de tabagisme en 2001*

*(Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada, 2001)*

Groupe d'âge	Île-du-Prince-Édouard	Canada
Plus de 15 ans	25,6 %	21,7 %
De 15 à 19 ans	20,4 %	22,5 %

### *Pourcentage des foyers où les enfants de 0 à 11 ans sont exposés à la fumée secondaire*

Année	2000	2001
Île-du-Prince-Édouard	25 %	26 %
Canada	24 %	19 %

# Programme sur les statistiques de l'état civil

## DESCRIPTION :

Le Programme sur les statistiques de l'état civil collecte, enregistre, met à jour et diffuse des renseignements relatifs à l'état civil dans la province. Ces renseignements comprennent les naissances, les décès, les mariages, les adoptions, les divorces, les mortinaissances et les changements de nom. Le programme est également en charge de la certification et de l'identification des personnes et des événements, des données utilisées à des fins statistiques et administratives, ainsi que des changements de nom, des certificats de mariage et d'autres tâches connexes.

## GESTION ET RESPONSABILISATION :

Ce programme provincial est régi par le Ministère en vertu de la *Vital Statistics Act*, de la *Marriage Act* et de la *Change of Name Act*, qui a également des responsabilités connexes en vertu de la *Child Status Act* et de l'*Adoption Act*. Ce programme fait partie de la Division de l'informatique sanitaire.

## RESSOURCES :

EXERCICE FINANCIER	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
PERSONNEL (ETP) *	5	5	5	5
RESSOURCES FINANCIÈRES	178 000 \$	193 000 \$	208 000 \$	204 000 \$
REVENUS	213 000 \$	236 000 \$	247 000 \$	283 000 \$

\* Ministère seulement.

## RENDEMENT :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Capacité de rapport améliorée
- ▶ Accessibilité des services sur les statistiques de l'état civil aux points d'accès
- ▶ Fonctionnalité de rapport à Statistique Canada améliorée
- ▶ Sécurité améliorée au sein du programme
- ▶ Maintenance importante des registres
- ▶ Interface avec le registre commun de la clientèle

## RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CLIENTS :

### Indicateurs actuels et prévus

- ▶ Amélioration de l'efficacité des rapports ad hoc pour les demandes des clients grâce aux nouveaux systèmes informatiques
- ▶ Rapport amélioré des statistiques relatives à la province par Statistique Canada (de 6 à 8 semaines, contrairement à 2 ou 3 ans)
- ▶ Procédures améliorées augmentant la sécurité des renseignements
- ▶ Législation revue améliorant la prestation du programme
- ▶ Interface avec le registre commun de la clientèle améliorant l'efficacité des communications au sein du système de santé

# ***Annexe A***

## **BUREAU DE L'ÉTAT CIVIL 2001-2002**

Le Bureau de l'état civil est responsable de la collecte, de l'enregistrement, de la mise à jour et de la diffusion des renseignements relatifs à l'état civil dans la province. Ces renseignements comprennent les naissances, les décès, les mariages, les adoptions, les divorces, les mortinaissances et les changements de nom. Le Bureau délivre également les certificats de mariage et procède à l'enregistrement des ecclésiastiques pour les cérémonies de mariage. Le programme relatif à l'état civil offre des services au public et à une grande variété d'intervenants. Les données sur l'état civil ont plus d'une utilité. Par exemple, le processus d'enregistrement des naissances constitue la première étape officielle vers le droit à une identité légale et la première reconnaissance officielle de l'existence d'une personne par les autorités canadiennes. Les certificats de naissance sont délivrés dans le cadre du processus d'enregistrement et constituent un document d'identification légale de première importance. Ils sont requis par la plupart des gouvernements et des organismes privés, pour des raisons aussi variées que la détermination de l'admissibilité d'une personne à certains programmes, avantages et services, et l'identification au moment d'un voyage à l'extérieur du pays. Les données de l'état civil sont aussi utilisées par tous les ordres de gouvernement et par le secteur privé à des fins démographiques et d'administration publique efficace. Les données de l'état civil sont également très utiles aux systèmes statistiques nationaux et provinciaux d'information sur la population et sur la santé. Ces renseignements sont surtout utilisés par les chercheurs et les responsables de la planification en santé afin de déterminer la santé de la population et les services de santé requis.

Le Bureau de l'état civil est situé à Montague. On trouve également un bureau satellite à Charlottetown. Ces bureaux offrent un grand éventail de services au public. La collecte des enregistrements est effectuée dans les 21 centres de services à la population. Les registraires de district transmettent les enregistrements au directeur de l'état civil pour qu'ils soient vérifiés, traités et classés de façon permanente. Des normes provinciales, nationales et internationales doivent être respectées lors du processus, étant donné que ces renseignements sont communiqués à Statistique Canada, qui les traite et les transmet ensuite à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS totalise les données et en fait le rapport partout dans le monde.

Le Bureau gère l'application de la *Vital Statistics Act*, de même que de la *Change of Name Act* et de la *Marriage Act*, et s'assure de l'efficacité de l'enregistrement des ordonnances rendues par un tribunal en vertu de l'*Adoption Act* et de la *Child Status Act*.



# Annexe A

## ENREGISTREMENTS, CERTIFICATS ET AUTRES DOCUMENTS TRAITÉS PAR LA DIVISION DE L'ÉTAT CIVIL

(selon l'année civile)

### ENREGISTREMENTS ACCEPTÉS EN VERTU DE LA *VITAL STATISTICS ACT* :

	2000	2001
Naissances .....	1 416	1 353
Mariages .....	973	901
Décès .....	1 208	1 142
Mortinaissances .....	4	7
Adoptions .....	20	31
Jugements de divorce .....	286	250
Enregistrements différés .....	6	8

**NOMBRE TOTAL D'ENREGISTREMENTS REÇUS .....** 3 913 3 692

* Changements au registre des naissances à la suite d'un mariage .....	53	s/o
** Changements apportés aux registres .....	5 115	15 462
Changements de nom enregistrés en vertu de la <i>Change of Name Act</i> .....	47	46

### CERTIFICATS DÉLIVRÉS EN VERTU DE LA *VITAL STATISTICS ACT* :

Naissance (petit format) .....	5 857	5 877
Naissance (grand format) .....	394	427
Mariage .....	409	400
Décès .....	161	101
Nombre total de certificats .....	6 821	6 805
Certificats de mariage délivrés en vertu de la <i>Marriage Act</i> .....	963	902

\* Ne s'applique pas en raison d'une modification à la *Vital Statistics Act*.

\* Inclut les modifications apportées pour mettre à jour les registres.

# Annexe A

## ÉTAT CIVIL ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD, 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Population</b>	137,2	137 023	137,6	138,1	138,5
<b>Naissances vivantes par résidence*</b>	1 591	1 506	1 515	*	*
<b>Taux par 1 000 habitants</b>	11,6	11	11	*	*
<b>Naissances vivantes par occurrence</b>	1 570	1 476	1 493	1 416	1 353
<b>Taux par 1 000 habitants</b>	11,4	10,8	10,8	10,2	9,7
<b>Décès par résidence</b>	1 030	1 228	1 137	*	*
<b>Taux par 1 000 habitants</b>	7,5	9	8,2	*	*
<b>Décès par occurrence</b>	1 023	1 164	1 106	1 209	1 142
<b>Taux par 1 000 habitants</b>	7,5	8,5	8	8,7	8,2
<b>Accroissement naturel de la population</b>	561	278	378	*	*
<b>Taux par 1 000 habitants</b>	4,1	2,02	2,7	*	*
<b>MORTINAISSANCES</b>					
<b>De 20 à 27 semaines de grossesse**</b>	0	0	0	0	3
<b>Taux par 1 000 naissances</b>					2,2
<b>28 semaines et plus de grossesse</b>	4	3	6	4	4
<b>Taux par 1 000 naissances vivantes</b>	2,5	2,03	4,01	2,8	2,9
<b>Mariages</b>	876	882	931	973	901
<b>Taux par 1 000 habitants</b>	6,4	6,4	6,8	7,04	6,5
<b>Divorces</b>	243	309	290	286	250
<b>Taux par 100 000 habitants</b>	177,1	225,5	210,7	207,09	180,5

Nota : En raison d'enregistrements différés, des ajustements peuvent être faits au rapport annuel de l'année dernière.

\* Les naissances vivantes par résidence ne sont pas disponibles à ce jour.

\* Les décès par résidence ne sont pas disponibles à ce jour.

\* L'accroissement naturel de la population se fonde sur les naissances vivantes par résidence et sur les décès par résidence.

\*\* Est passé de 22 à 20 semaines en 1999.



# ***Annexe B***

## **PROGRAMME D'AIDE SOCIALE 2001-2002**

Le Programme d'aide sociale a établi ses principaux objectifs : la prestation de services visant à prévenir la dépendance sociale, la prestation d'avantages monétaires et non monétaires aux gens dans le besoin, ainsi que la prestation de services de rétablissement et de réadaptation afin d'aider les gens à accroître leur autonomie.

On continue à mettre l'accent sur l'évaluation de l'employabilité et sur les plans d'intervention pouvant inclure de la formation, le placement professionnel, les subventions salariales, les aptitudes en matière de recherche d'emploi, les aptitudes à la vie quotidienne, l'alphabétisation, la formation générale des adultes, etc. Ces interventions, de pair avec d'autres services de soutien, comme le régime de prestations familiales de maladie, le programme d'ordonnances de soutien financier de la famille, les allocations améliorées pour frais de garde et l'aide à l'employabilité des personnes handicapées, ont permis à des personnes et à des familles de devenir plus autonomes.

Au cours de la dernière année, les allocations mensuelles pour enfants en santé sont passées de 14 \$ à 38 \$ par enfant. Ces allocations sont versées afin de permettre aux enfants de participer aux activités culturelles et de loisirs offertes dans leur collectivité.

### ***Clientèle de l'aide sociale***

<b>EXERCICE FINANCIER</b>	<b>1997-1998</b>	<b>1998-1999</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>
<b>Nombre moyen de cas par mois</b>	5 465	5 143	4 668	4 213	4 135
<b>Changement en %</b>	- 1,7 %	- 5,9 %	- 9,2 %	- 9,75 %	-1,85 %
<b>Coût total du programme (en millions de dollars)</b>	38,3	35,9	31,4	30,3	29,4
<b>Changement en %</b>	- 0,8 %	- 6,2 %	- 12,5 %	- 3,5 %	-2,97 %

## **PROGRAMME D'ORDONNANCES DE SOUTIEN FINANCIER DE LA FAMILLE**

Le programme d'ordonnances de soutien financier de la famille offre des services juridiques aux clients afin de les aider à respecter les ententes du tribunal relativement aux soins et au soutien des enfants par un parent n'en ayant pas la garde. Les résultats sont les suivants : aide financière continue aux clients une fois qu'ils ne reçoivent plus de prestations du programme d'aide financière, une réduction du niveau de prestations requis et une réduction globale du nombre de familles ayant besoin d'aide de façon continue. En 2001, le programme a directement aidé 129 familles à atteindre l'autonomie financière. Les dépenses liées au programme ont ainsi diminué de 334 525 \$.

# Annexe B

## PROGRAMMES DE CRÉATION D'EMPLOIS ET D'AMÉLIORATION DE L'EMPLOI

Les responsables des programmes de création d'emplois et d'amélioration de l'emploi continuent de travailler en étroite collaboration avec Développement des ressources humaines Canada afin de créer des occasions de participation active au marché du travail. On a centré les efforts sur les services offerts aux clients qui doivent surmonter de nombreux obstacles pour trouver un emploi. Parmi les mesures mises en place, mentionnons l'évaluation améliorée des besoins du client et le renvoi à des programmes de formation générale des adultes.

Ces différentes mesures ont permis d'obtenir les résultats suivants pour l'exercice financier 2001-2002 :

1. Une diminution de l'ordre de 1,85 % (78 cas) du nombre de prestataires d'aide sociale par rapport à l'année précédente.
2. Une diminution de l'ordre de 2,97 % des dépenses relatives à l'aide sociale par rapport à l'année précédente.
3. Une augmentation du nombre de personnes qui ont intégré le marché du travail provincial (plus de 268 personnes).

### *Programmes de création d'emplois et d'amélioration de l'emploi*

Exercice financier	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Placements	2 444	2 056	1 711	2 549	2 817
Dépenses (en millions de dollars)	1,4	1,8	1,9	1,8	1,7



# Annexe B

## PROGRAMMES DE CRÉATION D'EMPLOIS ET D'AMÉLIORATION DE L'EMPLOI ACTIVITÉS SELON LA RÉGION EN 2001-2002

RÉGION	NOMBRE DE PLACEMENTS	DÉPENSES
<b>Prince-Ouest</b>		
PAE	41	32 039
PAE – aucun coût pour la région	229	-
PCE	<u>52</u>	<u>141 537</u>
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>173 576 \$</b>
<b>Prince-Est</b>		
PAE	99	20 410
PAE – aucun coût pour la région	354	-
PCE	<u>117</u>	<u>175 548</u>
<b>Total</b>	<b>570</b>	<b>195 958 \$</b>
<b>Queens</b>		
PAE	168	64 092
PAE – aucun coût pour la région	596	-
PCE	<u>413</u>	<u>951 489</u>
<b>Total</b>	<b>1 177</b>	<b>1 015 581 \$</b>
<b>Kings-Sud</b>		
PAE	4	329
PAE – aucun coût pour la région	218	-
PCE	<u>133</u>	<u>214 153</u>
<b>Total</b>	<b>355</b>	<b>212 320 \$</b>
<b>Kings-Est</b>		
PAE	70	15 990
PAE – aucun coût pour la région	242	-
PCE	<u>81</u>	<u>128 518</u>
<b>Total</b>	<b>393</b>	<b>144 508 \$</b>
<b>Total</b>	<b>2 817</b>	<b>1 744 105 \$</b>

# Annexe B

## COMMISSION D'APPEL DE L'AIDE SOCIALE

Du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 mars 2002, 54 appels ont été entendus. Parmi ceux-ci, 43 ont été rejetés, 11 ont été acceptés et 5 ont été rejetés parce que l'appelant ne s'est pas présenté à l'audience.

Les dépenses totales pour les honoraires, les déplacements et les fournitures de bureau, ainsi que les frais de téléphone et juridiques, se sont élevées à 53 750 \$.

### *Commission d'appel de l'aide sociale – Activités par région en 2001-2002*

RÉGION	APPELS REÇUS	APPELS REJETÉS	APPELS ACCUEILLIS	* L'APPELANT NE S'EST PAS PRÉSENTÉ/ APPEL REJETÉ
Prince-Ouest	0	0	0	0
Prince-Est	22	18	2	2
Queens	28	20	5	3
Kings-Sud	4	1	3	0
Kings-Est	5	4	1	0
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>11</b>

*\* Si l'appelant ne se présente pas à l'audience, son appel est rejeté.*



# Annexe C

## ÉTATS FINANCIERS

### Bilan financier

	2001-2002 Prévisions	2001-2002 Chiffres réels	Écart
<b>DÉPENSES</b>			
<b>Gestion et services ministériels</b>			
Services ministériels	1 573 000	1 486 800	86 200
Bureau du médecin hygiéniste en chef	452 400	469 200	(16 800)
Services médicaux	41 830 200	42 906 000	(1 075 800)
Finances et administration	8 341 000	7 950 700	390 300
Informatique sanitaire et état civil	6 205 500	8 990 000	(2 784 500)
Soins intensifs et prolongés	22 870 400	23 151 100	(280 700)
Services de santé publique et d'évaluation	2 053 400	1 736 100	317 300
Services à l'enfance, à la famille et à la collectivité	7 632 200	5 708 400	1 923 800
Expansion du Centre de traitement du cancer et des services d'IRM	-	212 300	(212 300)
<b>Total – Gestion et services ministériels</b>	<b>90 958 100</b>	<b>92 610 600</b>	<b>(1 652 500)</b>
<b>Services offerts dans les régions</b>	<b>253 909 300</b>	<b>257 806 200</b>	<b>(3 896 900)</b>
<b>Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux</b>	<b>344 867 400</b>	<b>350 416 800</b>	<b>(5 549 400)</b>
<b>Établissement de santé de Prince-Est</b>	<b>13 000 000</b>	<b>20 141 500</b>	<b>(7 141 500)</b>
<b>Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux</b>	<b>357 867 400</b>	<b>370 558 300</b>	<b>(12 690 900)</b>
<b>REVENUS</b>			
<b>Gestion et services ministériels</b>			
Fédéral	5 185 200	6 040 600	855 400
Licences et permis	94 800	77 200	(17 600)
Frais et services	359 400	796 900	437 500
Ventes	104 000	42 700	(61 300)
Investissements	700 000	694 700	(5 300)
<b>Total – Gestion et services ministériels</b>	<b>6 443 400</b>	<b>7 652 100</b>	<b>1 208 700</b>
<b>Revenus des régions</b>	<b>18 210 700</b>	<b>19 007 800</b>	<b>797 100</b>
<b>Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux</b>	<b>24 654 100</b>	<b>26 659 900</b>	<b>2 005 800</b>

# Annexe C

## ÉTATS FINANCIERS

### Dépenses – Principaux programmes

	<u>1999-2000</u>	<u>2000-2001</u>	<u>2001-2002</u>
<b>Soins de santé</b>			
Services hospitaliers	104 050 100	107 814 200	115 545 200
Services médicaux	36 508 700	38 823 600	40 950 600
Services transfusionnels	2 665 000	3 321 600	3 647 400
Services ambulanciers	2 232 300	3 467 100	3 654 400
Soins à domicile	5 789 800	6 205 200	6 547 100
Soins prolongés	33 434 400	35 961 600	37 607 300
Pharmacie provinciale	12 328 800	14 511 300	16 042 400
Santé mentale	10 205 900	10 578 200	12 241 700
Services infirmiers de santé publique	2 111 900	2 268 800	2 524 000
Services de traitement des dépendances	4 544 900	5 603 000	5 901 400
Santé dentaire	2 106 000	2 256 500	2 301 400
Établissement de santé de Prince-Est	2 244 100	5 894 900	20 141 500
Autres programmes	<u>18 877 000</u>	<u>20 735 200</u>	<u>26 858 500</u>
<b>Total – Soins de santé</b>	<b>237 098 900</b>	<b>257 441 200</b>	<b>293 962 900</b>
<b>Services sociaux</b>			
Services à l'enfance et à la famille	56 844 000	59 253 100	59 176 300
Création d'emplois	2 329 800	2 236 800	2 278 700
Logements sociaux	9 178 200	9 268 500	8 932 500
Subventions – Organismes non gouvernementaux	5 101 700	6 100 000	6 207 900
<b>Total – Services sociaux</b>	<b>73 453 700</b>	<b>76 858 400</b>	<b>76 595 400</b>
<b>Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux</b>	<b><u>310 552 600</u></b>	<b><u>334 299 600</u></b>	<b><u>370 558 300</u></b>

# Annexe C

## ÉTATS FINANCIERS

### Principaux programmes et pourcentage du budget total

	<u>1999-2000</u>	<u>2000-2001</u>	<u>2001-2002</u>
<b>Soins de santé</b>			
Services hospitaliers	33,5	32,3	31,2
Services médicaux	11,8	11,6	11,1
Services transfusionnels	0,9	1,0	1,0
Services ambulanciers	0,7	1,0	1,0
Soins à domicile	1,8	1,9	1,8
Soins prolongés	10,8	10,8	10,2
Pharmacie provinciale	4,0	4,3	4,3
Santé mentale	3,3	3,2	3,3
Services infirmiers de santé publique	0,7	0,7	0,7
Services de traitement des dépendances	1,5	1,6	1,6
Santé dentaire	0,7	0,7	0,6
Établissement de santé de Prince-Est	0,7	1,7	5,4
Autres programmes	<u>6,0</u>	<u>6,2</u>	<u>7,2</u>
<b>Total – Soins de santé</b>	<b>76,4</b>	<b>77,0</b>	<b>79,3</b>
<b>Services sociaux</b>			
Services à l'enfance et à la famille	18,3	17,7	16,0
Création d'emplois	0,7	0,7	0,6
Logements sociaux	3,0	2,8	2,4
Subventions – Organismes non gouvernementaux	1,6	1,8	1,6
<b>Total – Services sociaux</b>	<b>23,6</b>	<b>23,0</b>	<b>20,7</b>
<b>Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux</b>	<b><u>100,0</u></b>	<b><u>100,0</u></b>	<b><u>100,0</u></b>