ASSEMBLÉE NATIONALE
№ 1186-30041019

2003-2004

RAPPORT ANNUEL

DE GESTION

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux des Laurentides

Québec

ASSEMBLÉE NATIONALE
Nº 11 06 - 00041019

RAPPORT ANNUEL

DE GESTION

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Laurentides

Coordination :	Louise Anne Clément, secrétaire générale
Conception et réalisation :	Louise Anne Clément, secrétaire générale Élise Prévost, responsable des communications
Contribution :	Tous les groupes de l'Agence
Secrétariat :	Monique Chapleau, secrétariat général
Graphisme et mise en page :	Louise Dubois, service des communications

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LE 24 SEPTEMBRE 2004
ISBN : 2-89547-084-7
Dépôt légal : 3e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec

Internet : http://www.rrsss15.gouv.qc.ca

Mot de la présidente-directrice générale

Micheline Vallières Joly

En 2003-2004, la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides a fait place à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides. Nouveau nom, nouveau paradigme. L'ensemble du réseau a été convié à s'ouvrir à une nouvelle vision de sa structure, vision qui porte en elle-même le projet de nouvelles stratégies d'organisation et d'action. La mission de conduire le réseau à travers ce passage d'une réalité à une autre nous a été confiée. La Régie, devenue l'Agence, s'est donc consacrée, en grande partie, à relever ce défi.

Il faut retenir que, durant cette période de transition, les grands objectifs qui ont été au cœur de nos actions des dernières années n'ont pas cessé de nous mobiliser. La mise en place de réseaux locaux de services est, en effet, un moyen privilégié d'atteindre les objectifs, partagés par l'ensemble des acteurs du réseau, de rapprocher les services de la population et de mieux intégrer les services.

Au début de 2003-2004, la Régie régionale et le réseau s'apprêtaient à mettre en œuvre le plan stratégique triennal préparé durant l'année précédente. Avec l'arrivée du nouveau gouvernement, nous nous sommes appropriés les nouvelles règles du jeu. Après l'annonce du budget, nous nous sommes attaqués à la diminution des listes d'attente, la première priorité énoncée par le ministre. Nous étions fins prêts à nous mettre à la tâche, d'autant plus que cette priorité figurait dans la planification stratégique régionale.

Toutefois, les autres priorités du plan ont été mises en veilleuse et, comme dans toute année de transition, nos efforts ont à la fois porté sur la poursuite des actions déjà en cours et sur l'appropriation du nouveau projet proposé par le ministre.

En octobre, en effet, M. Couillard a convié les dirigeants du réseau à deux rencontres où il a exposé très clairement ses nouvelles orientations. Ces orientations, qui se sont traduites par les projets de loi 25 et 30, placent désormais le niveau local comme pivot des décisions, l'imputabilité passant du régional au local.

L'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides a donc pris ses responsabilités et travaillé à mieux comprendre les tenants et aboutissants de ces projets de loi. Les travaux de planification faits durant l'année précédente nous ont permis d'acquérir une connaissance plus précise et plus juste des besoins de la région, et de définir de meilleurs indicateurs. Ces acquis nous ont largement servi dans la préparation des changements, notamment dans la détermination des balises pour mieux intégrer les services.

Notre premier geste, comme Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux, a été de préparer et tenir une série de rencontres d'information et de sensibilisation à l'intention des dirigeants du réseau, dans le but de leur présenter un portrait le plus clair possible de la réalité de chaque territoire et du projet à réaliser. Nous avons rendu accessibles les documents d'information élaborés pour cette tournée et avons invité les citoyens et les groupes intéressés à en prendre connaissance. Lors de la consultation qui a suivi les sessions d'information, 108 avis et mémoires ont fait l'objet d'analyse, et 37 groupes ou instances différents se sont fait entendre lors des audiences publiques.

Je voudrais ici rendre hommage aux membres de ce conseil, qui se sont investis avec sérieux et compétence, dès leur nomination, pour que soit menée à bien cette opération déterminante tant pour les établissements que pour les citoyens de notre région. Le travail du conseil précédent, dont le mandat a pris fin avec la création de l'Agence, est, lui aussi digne de mention. Je désire remercier ses membres du soutien et de l'enrichissement qu'ils m'ont apportés, tout particulièrement dans le dossier majeur de la planification stratégique.

Je remercie également le personnel de l'Agence qui a travaillé de près ou de loin pour documenter et baliser tant l'information que la consultation pour la détermination du nouveau modèle d'organisation, rendant l'exercice non seulement possible, mais pertinent et crédible. Merci aussi à ceux qui, plus éloignés

de ce mandat, ont continué d'offrir leur soutien et leur expertise habituels au réseau et à la population des Laurentides. Au nombre des bons coups, il faut souligner au passage l'adoption par le ministère d'une nouvelle méthodologie d'allocation budgétaire qui devrait corriger sur un horizon de sept ans le sous-financement de notre région et d'autres régions du Québec. C'est le résultat d'efforts importants, tant du ministère que des régions, poursuivis durant plusieurs années, auxquels plusieurs d'entre nous ont contribué significativement.

Notre rôle sera maintenant d'aider à mettre en œuvre le nouveau modèle d'organisation. C'est un rôle important, qui sollicitera encore une fois l'engagement de notre personnel, dans un contexte où le budget de l'Agence est réduit de façon importante. Quant au personnel des établissements, chacun des hommes et des femmes qui en font partie sera touché par les changements imminents. Je suis convaincue que chacun d'eux souscrit aux objectifs de la réforme. Il nous incombe maintenant de travailler avec les dirigeants des établissements pour bien informer leurs personnels, tant sur la mise en place et la mission des réseaux locaux de services que sur les nouvelles balises régissant les relations de travail, afin de mieux les faire comprendre et de susciter leur adhésion.

Le *Conseil* d'administration

Mot du président

Monsieur Gilles Madore

Le 30 janvier 2004, le conseil d'administration que je préside entrait en fonction avec la création de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. C'est donc dire que le présent conseil n'avait que deux mois d'existence à la fin de l'année 2003-2004, mais deux mois d'intense activité, où l'expérience et le savoir-faire de ses membres ont été grandement sollicités.

La première responsabilité confiée à l'Agence a été de mener la consultation régionale sur le découpage territorial à favoriser pour l'établissement des réseaux locaux de services. Le nouveau conseil d'administration a contribué activement et attentivement à cette démarche, de même qu'aux étapes subséquentes d'analyse des opinions reçues, et cela en regard des données sociodémographiques et des nombreux enjeux locaux et régionaux. Je souligne ici l'excellence et la rigueur remarquable des travaux réalisés par la permanence de l'Agence, qui ont soutenu et soutiennent encore le conseil en cette période d'évolution rapide et décisive du réseau.

Durant cette consultation et ainsi durant l'exercice de planification triennale 2003-2006, l'Agence a développé et raffiné sa connaissance de la région, de ses besoins, de ses enjeux et de ses ressources. Elle a donc une vision plus claire que jamais des solutions et des développements à privilégier pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Le Plan d'action en santé publique lancé par l'Agence en 2003-2004 et le cadre référence que nous préparons pour jeter les bases de l'organisation clinique des futurs réseaux locaux auront sans nul doute une influence fondamentale sur l'efficacité de ces derniers.

Il y a, évidemment, une autre condition de succès pour les réseaux locaux de services : un financement adéquat. À cet égard, le conseil d'administration s'est réjoui de la décision du Ministère d'adopter une nouvelle méthode d'allocation budgétaire basée sur les besoins des régions. Un pas important vient d'être franchi : la région des Laurentides, comme les autres régions historiquement sous-financées, devrait à terme recevoir un financement équitable qui, sans nécessairement suffire aux ambitions de la réforme en cours, permettra certainement à l'Agence et aux réseaux locaux de services de mieux répondre aux besoins de la population.

En terminant, je désire saluer le travail des membres des conseils d'administration de la Régie régionale, qui ont accompagné cette dernière de 1993 à 2004. À travers moult réformes et en dépit de difficultés financières majeures, ces derniers ont à leur actif des réalisations qui toutes, petites et grandes, ont découlé de décisions prises dans le plus grand intérêt de la population des Laurentides. Ils ont contribué, par leur engagement éclairé, à assurer aux citoyens et citoyennes de la région un réseau de services de qualité et, qui plus est, de plus en plus intégré, ce qui nous permet aujourd'hui d'entrer avec assurance dans la nouvelle phase d'intégration que représente la mise en place des réseaux locaux de services.

Régie régionale

Marie Beauchamp
Manon Desjardins
Dr Paul-André Hudon
Louise Laliberté
Madeleine Leduc
Michel Nepveu
Nancy Rupnik
Micheline Vallières-Joly
Michel Boisjoly
Johanna Earle
Georges Lafleur
Jean-Claude Lebel
Nicole Héon-Lepage
France Ratelle
Gilles Turcotte

Agence

Marie-France Bélisle
Michel Boisjoly
Manon Desjardins
Paul-André Hudon
Gilles Madore
Jean Poitras
Andrée Taylor
Gilles Turcotte
France Berthelette
Maurice D'Almeida
Johanna Earle
Jean-Claude Lebel
Louise Paradis
Réal Proulx
Ronald Tittlit
Micheline Vallières Joly

Régie régionale

Officiers du conseil d'administration

Mme Madeleine Leduc, présidente
Mme Nicole Héon-Lepage, vice-présidente
Mme Micheline Vallières Joly, secrétaire

Comité de vérification

M. Michel Nepveu
Mme Johanna Earle
Mme Manon Desjardins
M. Jean-Claude Lebel

Comité d'éthique et de déontologie

Mme Madeleine Leduc
M. Jean-Claude Lebel
Mme Nicole Héon-Lepage

Agence

Officiers du conseil d'administration

M. Gilles Madore, président
M. Jean Poitras, vice-président
Mme Micheline Vallières Joly, secrétaire

Comité de vérification

M. Jean-Claude Lebel
Mme Johanna Earle
M. Michel Boisjoly
M. Jean Poitras

Comité d'éthique et de déontologie

M. Gilles Madore
Mme Andrée Taylor
Mme Marie-France Bélisle

Autres Comités

Forum de la population

Jacques Bordier
Monique Bourgeois Maccabée
Julienne Chouinard Landry
Suzanne Cloutier
Jocelyn Gunville
Réal Huot
Ginette Landry
Michel Langevin
Claude Le Bourdais
Michel Lupien
Christine Nantel
Bernard Piché
Martine Piché
Audrey Poirier Tétrault
Charles Sénécal
Nathalie Sénéchal
Jean-Claude Sigouin

Comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise

Réal Daoust
Peter Haldimand
Duncan J. Howard
Jo-Anne Ladouceur
Ellen Lakoff
Jocelyn Ouellet
Heather Stephens
Jane Thomson
Kathy Van Bronswyk
James N. Warbanks

Comité de direction du Département régional de médecine générale (DRMG)

Dr Bertrand Bissonnette
Dr Claude Brissette
Dr Jean Champagne
Dr André Lapointe
Dr Luc Laurin
Dr Claude Poulin
Dr Jean-Pierre Savaria, chef du département
Dr Jean L. Thisdale
Dr Chantal Valois

Commission médicale régionale

Dr Jean-François Desjardins
Dr Guy Deslauriers
Dr Johanne Gauthier
Dr Paul-André Hudon
Dr Alain Larouche
Dr Michel Lynch
Dr André Martineau
Dr Pierre-David Pigeon
Dr Richard Racette
Dr Alain Reid
Dr Jean-Pierre Savaria

Commission infirmière régionale

Linda Bernier
Sylvain Brousseau
Maurice D'Almeida
Nicole Héon-Lepage
Anne-Marie Julien
Sarah Lane
Thérèse Lessard
Murielle Ménard
Raymonde Robitaille
Nathalie Rochette

Commission régionale multidisciplinaire

Chantal Bérubé
Jeannette Carrier
Manon Desjardins
Louise Dubé
Georges Gagnon
Sylvie Jetté
Micheline Meloche
Julie Paquin
Denise Trano

Les principales *décisions* du conseil d'administration du 1er avril 2003 au 31 mars 2004

Les principales *décisions* du conseil d'administration

Le 21 mai 2003

Nomination d'une directrice régionale pour les services préhospitaliers d'urgence

Approbation du projet de fusion du Centre hospitalier Laurentien et du CLSC-CHSLD des Trois Vallées

Adoption du Cadre de gestion relatif à la signature et au suivi des conventions de gestion avec les établissements publics de la région des Laurentides

Engagement de la Régie régionale des Laurentides à soutenir le déploiement de l'Initiative Amis des Bébés (IAB) dans les établissements du réseau de la santé des Laurentides, et ce, dans le cadre des orientations ministérielles en matière d'allaitement maternel

Autorisation du refinancement d'emprunt d'au plus 10 765 951 $ prévu à la convention de prêt conclue avec la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)

Acceptation de la liste des projets priorisés en matière d'investissements en haute technologie pour l'exercice 2003-2004

Le 18 juin 2003

Adoption du Répertoire des conditions de travail des personnes syndicables mais non syndiquées

Adoption des dix politiques locales de gestion pour le personnel d'encadrement

Adoption des états financiers vérifiés de la Régie régionale des Laurentides pour l'exercice financier 2002-2003 et le rapport financier annuel consolidé - fonds de santé au travail - activités courantes au 11 janvier 2003

Acceptation de la répartition de la subvention de 541 185 $ confirmée par le ministère pour l'achat de lits électriques pour les soins de longue durée

Le 7 juillet 2003

Adoption de la répartition intrarégionale des crédits 2003-2004 pour le réseau de la santé et des services sociaux de la région des Laurentides sur base déboursée et annualisée

Adoption de la répartition de la cible minimale déficitaire de 14 M$ pour la région des Laurentides

Le 18 septembre 2003

Adoption du rapport annuel d'activités de la Régie régionale des Laurentides pour l'année 2002-2003

Adoption du rapport annuel sur le régime d'examen des plaintes en santé et services sociaux 2002-2003

Les principales *décisions* du conseil d'administration

Le 15 octobre 2003

Adoption du Plan régional-Laurentides 2003-2008 pour les personnes présentant une déficience intellectuelle

Avis favorable de la Régie régionale des Laurentides relativement à la transaction concernant l'acquisition d'un terrain par l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Avis favorable de la Régie régionale des Laurentides relativement à la disposition de l'édifice Manoir Grand-Moulin en faveur de la ville de Deux-Montagnes

Adoption du budget de la Régie régionale des Laurentides pour l'exercice financier 2003-2004

Le 17 décembre 2003

Appropriation des orientations du projet de Plan d'action régional en santé publique et présentation de l'avis du Forum de la population des Laurentides

Adoption du rapport financier périodique de la Régie régionale des Laurentides du 1er avril au 18 octobre 2003 et les ajustements proposés au budget 2003-2004

Le 18 février 2004

Élection des officiers du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides

Nomination des membres du comité d'éthique et de déontologie de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides

Nomination des membres du comité de vérification de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides

Adoption de la démarche de consultation en vue de la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans les Laurentides et approbation de la documentation afférente

Adoption du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la région des Laurentides

Approbation du projet de fusion du Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle et du Centre local de services communautaires des Hautes-Laurentides

Adoption du Cadre de référence pour la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables hébergées en ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux

Adoption de la Procédure d'intervention pour la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables hébergées en ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le 31 mars 2004

Adoption de la répartition du Plan régional des effectifs médicaux en spécialités (PREM) 2004 pour la région des Laurentides

Table des matières

Le mot de la présidente-directrice générale

Le conseil d'administration :
- Le mot du président
- Le conseil d'administration de la Régie régionale
- Le conseil d'administration de l'Agence
- Les comités du conseil et de la direction (Forum de la population - CRASLA - DRMG - CMR - CIR - CRM)
- Les principales décisions du conseil d'administration

La mission 1

La région 3

Les acteurs régionaux 7

La déclaration de fiabilité de la direction 13

Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux 15

La Direction générale 21

La Direction régionale de la santé publique, de la planification et de l'évaluation 29

La Direction régionale de l'organisation des services et de la main-d'oeuvre 39

La Direction régionale des affaires médicales et hospitalières 57

Le Département régional de médecine générale 69

La Direction régionale des ressources financières 75

La Direction des services administratifs et préhospitaliers 83

La réponse aux objectifs de l'entente de gestion et d'imputabilité 95

La situation financière régionale 119
- la situation financière des établissements 123
- la situation financière des organismes communautaires 127
- la situation financière de l'Agence et des fonds qu'elle gère 137

Le code d'éthique et de déontologie 155

Les annexes :
- l'organigramme de l'Agence 167
- les effectifs de l'Agence au 31 mars 2004 169

Développement des réseaux locaux

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides a pour mission de mettre en place, dans sa région, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Elle doit, pour ce faire, définir et proposer un modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services.

Ces réseaux seront constitués selon un découpage territorial et une organisation favorisant le plus possible les objectifs suivants :

- assurer à la population l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne;
- garantir à la population l'accès aux services spécialisés et surspécialisés;
- permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers, ainsi que l'instauration de protocoles cliniques;
- impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux;
- favoriser la collaboration des autres secteurs d'activité du territoire;
- s'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires.

Amélioration de la santé et du bien-être

Plus généralement, l'Agence a pour mission de maintenir et améliorer la santé et le bien-être des individus, des familles et des communautés de la région des Laurentides.

Pour ce faire, elle consacre ses ressources à assurer à la population une organisation régionale efficace, dispensant universellement et équitablement des services de santé et des services sociaux de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des différentes clientèles. Ainsi elle :

- développe prioritairement des services pour les clientèles les plus vulnérables;
- assure la protection de la santé de la population;
- assure la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population;
- favorise la prévention et la promotion de la santé et du bien-être;
- favorise le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel;
- favorise l'équité d'accès aux services;
- garantit la promotion et la défense des droits des usagers;
- recherche l'accord et la contribution de ses différents partenaires tout en respectant leur autonomie et leur compétence.

La *région*

Située immédiatement au nord de Laval, en périphérie de Montréal, la région des Laurentides s'étend, sur une superficie de 21 554 km², jusqu'aux portes du parc de La Vérendrye, en Abitibi. Sa frontière sud-ouest longe sur quelques kilomètres, la province de l'Ontario, puis la région de l'Outaouais. À l'est, elle voisine la région de Lanaudière. Cette situation géographique lui confère des caractéristiques contrastées qui influent sur les conditions de vie et les besoins de sa population.

Au 31 mars 2004, le territoire des Laurentides compte 74 municipalités, regroupées en huit municipalités régionales de comté (MRC) et sept territoires de CLSC. Il comporte cinq commissions scolaires, deux cégeps et deux districts judiciaires. Trois grandes zones se distinguent lorsque l'on tente de décrire ce territoire : le sud, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la dynamique de la grande région de Montréal; le centre, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et le nord, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier.

Le sud suburbain

Le sud de la région des Laurentides correspond aux MRC de Thérèse-De Blainville et de Deux-Montagnes. S'y rattache aussi le sud de la MRC de Mirabel. Cette zone connaît, autour des villes de Sainte-Thérèse et de Saint-Eustache, une croissance importante depuis plusieurs années. Avec Laval et le sud de la région de Lanaudière, elle s'intègre à la banlieue montréalaise : elle en possède les caractéristiques suburbaines, avec ses quartiers résidentiels traversés d'autoroutes.

Situées au sud et au centre de la région, des usines, comme celles de Bombardier Aéronautique, Bell Helicopter (Mirabel) et Paccar (Sainte-Thérèse) et des centaines d'autres entreprises manufacturières constituent les principaux moteurs économiques des Laurentides. Ce dynamisme entraîne une forte poussée démographique qui change d'année en année le profil de la région.

Le centre diversifié

Le centre de la région regroupe le nord de la MRC de Mirabel et les MRC de la Rivière-du-Nord, d'Argenteuil, des Pays-d'en-Haut et des Laurentides. Saint-Jérôme en est la ville principale. Elle constitue, avec son agglomération, le plus ancien centre urbain des Laurentides. À l'instar du sud de la région, Saint-Jérôme regroupe de nombreux établissements industriels dont l'usine de papier Cascades (Rolland). De plus, elle continue de se développer, notamment comme importante ville de services. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, le palais de justice du district de Terrebonne, la Conférence régionale des élus et plusieurs directions régionales de l'administration publique québécoise y sont installés.

Tout autour de Saint-Jérôme s'étend une zone rurale où l'agriculture est pratiquée activement, notamment dans la MRC d'Argenteuil. Toutefois, c'est le tourisme qui caractérise de plus en plus la vie économique de ce secteur. La beauté des paysages, les lacs, les rivières, les montagnes et les forêts attirent des milliers de touristes et d'amateurs de plein air, notamment à Saint-Sauveur et à Mont-Tremblant où d'importants complexes récréotouristiques se sont développés ces dernières années. La population des Laurentides s'accroît donc de milliers de vil-

légiateurs, principalement durant l'été et l'hiver. À titre d'exemple, au 1er janvier 2002, la proportion de la population saisonnière sur le total des résidents (incluant la population saisonnière) atteignait 43,4 % dans la MRC des Laurentides et 38,8 % dans celle des Pays-d'en-Haut[1] .

Le nord rural

Le nord de la région des Laurentides, correspondant au vaste territoire de la MRC d'Antoine-Labelle, est presque entièrement couvert de forêt et beaucoup moins densément peuplé. C'est un secteur où l'activité touristique demeure importante et continue de se développer. L'industrie forestière emploie aussi une bonne part de la population locale. Mont-Laurier en est le principal centre urbain.

Une population toujours en croissance

En 2004, la population des Laurentides s'élève à 491 934 personnes[2] . La région vient de passer, cette année, du cinquième au quatrième rang des régions du Québec, après Montréal, la Montérégie et La Capitale nationale[3] , dépassant maintenant la région de Mauricie-Centre-du-Québec, pour ce qui est du nombre de ses habitants. La densité de la population décroît du sud au nord, passant de 688,3 habitants par km² dans la MRC de Thérèse-De Blainville à 6 habitants par km² dans la MRC d'Antoine-Labelle, alors que la moyenne régionale est de 42,4 habitants par km². À titre de comparaison, notons que la densité de la population de la région de Montréal est de 3650,4 habitants par km².

Entre 1991 et 2001, la population des Laurentides s'est accrue de 21,3 % comparativement à 4,7 % pour l'ensemble du Québec, facteur particulièrement significatif en ce qui concerne les besoins à venir. Bien que de manière moins prononcée, la population des Laurentides continue d'augmenter au cours de la période de 2001 à 2011, avec un taux d'accroissement de 11,2 % (Québec, 3,3 %)[4] .

---

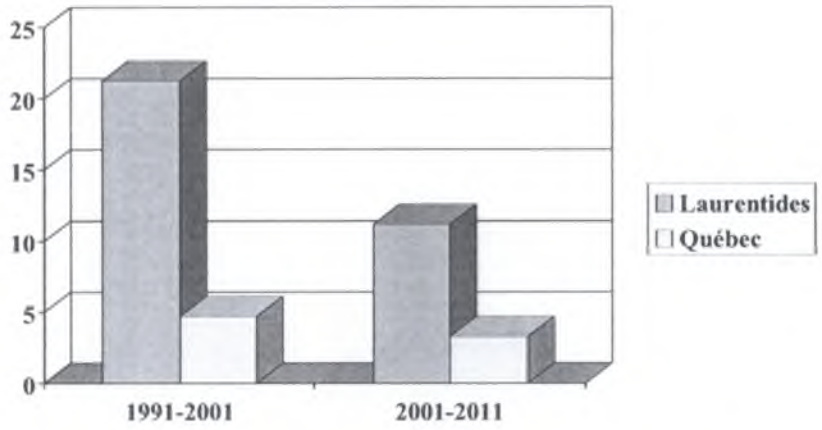
[1] Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides (2004). Mise à jour des données sociosanitaires de la région des Laurentides et des territoires de CLSC, Fascicule 1 Démographie : dimensions sociale et économique. Saint-Jérôme, page 24.

[2] Ibid. page 3.

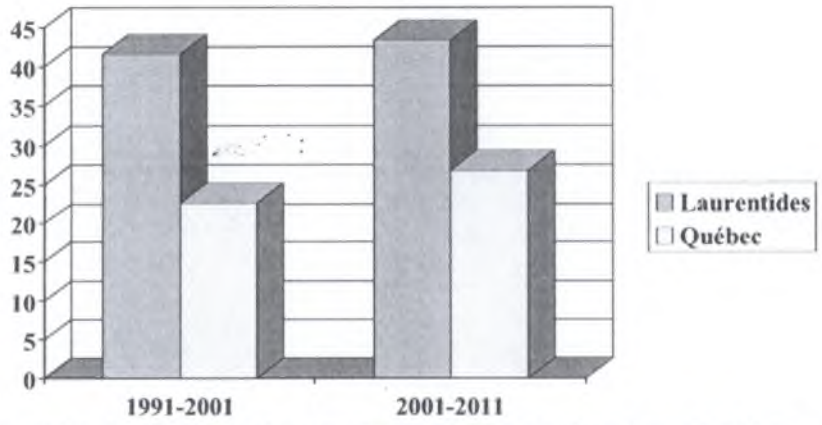
[3] Institut de la statistique du Québec, sur la base du recensement de 1996 et Ministère des Affaires municipales, compilation selon le recensement de 1991.

[4] Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides (2001). Connaître pour agir. Portrait de santé de la population du territoire du CLSC d'Antoine-Labelle [6 autres volumes], page 1-5.

Taux d'accroissement de la population totale, selon la région des Laurentides et le Québec, 1991-2001 et 2001-2011



Taux d'accroissement de la population âgée de 65 ans ou plus, selon la région des Laurentides et le Québec, 1991-2001 et 2001-2011



Source : Ministère de la santé et des services sociaux (2000). La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire, pour la période de 1981 à 2021, no. 38 de la collection données statistiques et indicateurs, Gouvernement du Québec.

La population des Laurentides, plus jeune que celle de l'ensemble du Québec, n'échappe pas au phénomène du vieillissement. Il faut noter qu'en nombre absolu la population âgée des Laurentides devrait passer, entre 2001-2011, de 51 678 à 74 092 personnes. C'est dire que le taux d'accroissement de la population âgée d'au moins 65 ans sera de 43,4 % entre 2001 et 2011 pour la région des Laurentides, alors qu'il sera de 26,8 % pour l'ensemble du Québec.

Les établissements du réseau

Pour desservir la population, la région des Laurentides compte des établissements de santé et de services sociaux publics, privés conventionnés et privés non conventionnés, où travaillent près de 10 000 personnes.

Au cours des années, dans les territoires qui s'y prêtaient, plusieurs fusions ou intégrations d'établissements ont été réalisées pour améliorer la continuité des services et l'efficience de la gestion. Il est devenu courant, maintenant, qu'un établissement cumule deux ou même plusieurs missions.

- La mission des centres locaux de services communautaires (CLSC)
  Les CLSC offrent des services de santé et des services sociaux de première ligne à la population de leur territoire. Il peut s'agir de services de nature préventive ou curative, de services de réadaptation ou de réinsertion sociale. Ils offrent, notamment, les services de soins et de soutien à domicile pour les personnes malades ou en perte d'autonomie. Ils sont responsables des services téléphoniques Info-Santé CLSC et Info sociale, offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

- La mission des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)
  Les centres hospitaliers offrent des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés, des soins infirmiers, des services psychosociaux spécialisés, des services préventifs et des services de réadaptation.

- La mission des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
  Les CHSLD sont un milieu de vie substitut pour les adultes lourdement atteints par l'âge et la maladie. Ils offrent, notamment, des services d'hébergement, de surveillance, de réadaptation, des services psychosociaux, médicaux, infirmiers et pharmaceutiques.

- La mission des centres de réadaptation (CR)
  Les centres de réadaptation desservent une clientèle particulière, soit les personnes ayant une déficience intellectuelle, soit les personnes ayant une déficience physique, soit les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Ils offrent des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale, d'accompagnement et de soutien à l'entourage.

- La mission de Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
  Cette mission consiste à offrir aux jeunes et à leur famille des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale requis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur les jeunes contrevenants. Il est également responsable des services de placement d'enfants et de médiation familiale.

Au 31 mars 2004, des travaux étaient en cours dans les Laurentides, comme dans toutes les régions du Québec, pour créer les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en vertu du mandat spécifique de l'Agence.

Ces travaux ont connu leur aboutissement le 23 juin 2004 avec la détermination de sept réseaux locaux de services pour la région des Laurentides, correspondant à sept territoires locaux délimités en fonction des territoires de MRC :

- Territoire de la MRC de Thérèse-De Blainville
- Territoire de la MRC de Deux-Montagnes et du sud de la MRC de Mirabel
- Territoire de la MRC de La Rivière-du-Nord et du nord de la MRC de Mirabel
- Territoire de la MRC d'Argenteuil
- Territoire de la MRC des Pays-d'en-Haut
- Territoire de la MRC des Laurentides
- Territoire de la MRC d'Antoine-Labelle

Le 5 juillet 2004, sept instances locales, les *centres de santé et de services sociaux* (CSSS), étaient créées pour prendre la responsabilité de ces réseaux locaux. Ces instances constituent un nouvel établissement local regroupant, selon le cas, deux ou trois des grandes missions de première ligne, soit :

- les soins hospitaliers de proximité;
- les services de CLSC, incluant la prévention et la promotion de la santé;
- l'hébergement et les soins de longue durée.

Pour compléter son offre de services, chaque CSSS travaillera en réseau avec les autres partenaires du même territoire, c'est-à-dire les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les pharmaciens, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les différentes ressources privées du territoire, notamment celles qui offrent des services d'hébergement.

Les établissements qui avaient déjà fait l'objet, avant le 5 juillet, d'une fusion regroupant les missions dévolues aux CSSS ont conservé le même nom, mais ils prendront sous peu, eux aussi, le nom de *centre de santé et de services sociaux*.

LES ACTEURS RÉGIONAUX

Distribution des établissements dans les différents territoires des Laurentides

SELON LES TERRITOIRES DE MRC *Situation au 31 mars 2004*	SELON LES TERRITOIRE DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES *Situation actuelle*
MRC de Thérèse-De Blainville ▪ CLSC-CHSLD Thérèse-De Blainville ▪ CHSLD Boisé Sainte-Thérèse **	**MRC de Thérèse-De Blainville** ▪ CLSC-CHSLD Thérèse-De Blainville ▪ CHSLD Boisé Sainte-Thérèse **
MRC de Deux-Montagnes et partie sud de la MRC de Mirabel ▪ CH Saint-Eustache ▪ CLSC Jean-Olivier-Chénier ▪ CHSLD de la Rive et de Mirabel ▪ CHSLD Deux-Montagnes inc. * ▪ Manoir Oka inc. ** ▪ Société en commandite CA l'Ermitage **	**MRC de Deux-Montagnes et partie sud de la MRC de Mirabel** ▪ Centre de santé et de services sociaux Deux-Montagnes \ Sud-de-Mirabel (1) ▪ CHSLD Deux-Montagnes inc. * ▪ Manoir Oka inc. ** ▪ Société en commandite CA l'Ermitage **
MRC de la Rivière-du-Nord et partie nord de la MRC de Mirabel ▪ Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme ▪ CLSC Arthur-Buies ▪ CHSLD de la Rivière du Nord ▪ CHSLD Villa-Soleil * ▪ Pavillon Ste-Marie inc. *	**MRC de la Rivière-du-Nord et partie nord de la MRC de Mirabel** ▪ Centre de santé et de services sociaux Rivière-du-Nord \ Nord-de-Mirabel (2) ▪ CHSLD Villa-Soleil * ▪ Pavillon Ste-Marie inc. *
MRC d'Argenteuil ▪ Établissement de santé d'Argenteuil ▪ La Résidence de Lachute	**MRC d'Argenteuil** ▪ Établissement de santé d'Argenteuil ▪ La Résidence de Lachute
MRC des Laurentides ▪ CH-CLSC-CHSLD des Sommets	**MRC des Laurentides** ▪ CH-CLSC-CHSLD des Sommets
MRC des Pays-d'en-Haut ▪ CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	**MRC des Pays-d'en-Haut** ▪ CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut
MRC d'Antoine-Labelle ▪ CH et CR Antoine-Labelle ▪ CLSC des Hautes-Laurentides	**MRC d'Antoine-Labelle** ▪ CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle (3)
Établissements à vocation régionale ▪ CR Le Bouclier ▪ Centre du Florès ▪ CH et CR Antoine-Labelle (pour sa mission de centre de réadaptation en déficience intellectuelle) ▪ Centre jeunesse des Laurentides ▪ Centre André-Boudreau	**Établissements à vocation régionale** ▪ CR Le Bouclier ▪ Centre du Florès ▪ CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle (pour sa mission de centre de réadaptation en déficience intellectuelle) ▪ Centre jeunesse des Laurentides ▪ Centre André-Boudreau

* Établissement privé conventionné
** Établissement privé non conventionné

(1) Fusion : CH Saint-Eustache, CLSC Jean-Olivier-Chénier et CHSLD de la Rive et de Mirabel
(2) Fusion : Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, CLSC Arthur-Buies et CHSLD de la Rivière du Nord
(3) Fusion : CH et CR Antoine-Labelle et CLSC des Hautes-Laurentides

Au 31 mars 2004

Établissements du réseau de la santé et des services sociaux – Région des Laurentides

Centres d'hébergement et de soins de longue durée

1 CHSLD de la Rive et de Mirabel
2 CHSLD Deux-Montagnes *
3 CHSLD de la Rivière du Nord
4 CHSLD Villa Soleil *
5 La Résidence de Lachute
6 CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville
7 CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut
8 CH-CLSC-CHSLD des Sommets
9 CH-CLSC-CHSLD des Sommets
10 Établissement de santé d'Argenteuil
11 CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)
12 CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)

Centres hospitaliers

1 CH-CLSC-CHSLD des Sommets
2 CH Saint-Eustache
3 CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)
4 CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)
5 Établissement de santé d'Argenteuil
6 Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

1 Centre jeunesse des Laurentides (Saint-Jérôme)
2 Sainte-Thérèse
3 Oka
4 Lachute
5 Mont-Laurier
6 Sainte-Agathe
7 Huberdeau
8 Saint-Eustache

Centre de réadaptation
Déficience intellectuelle

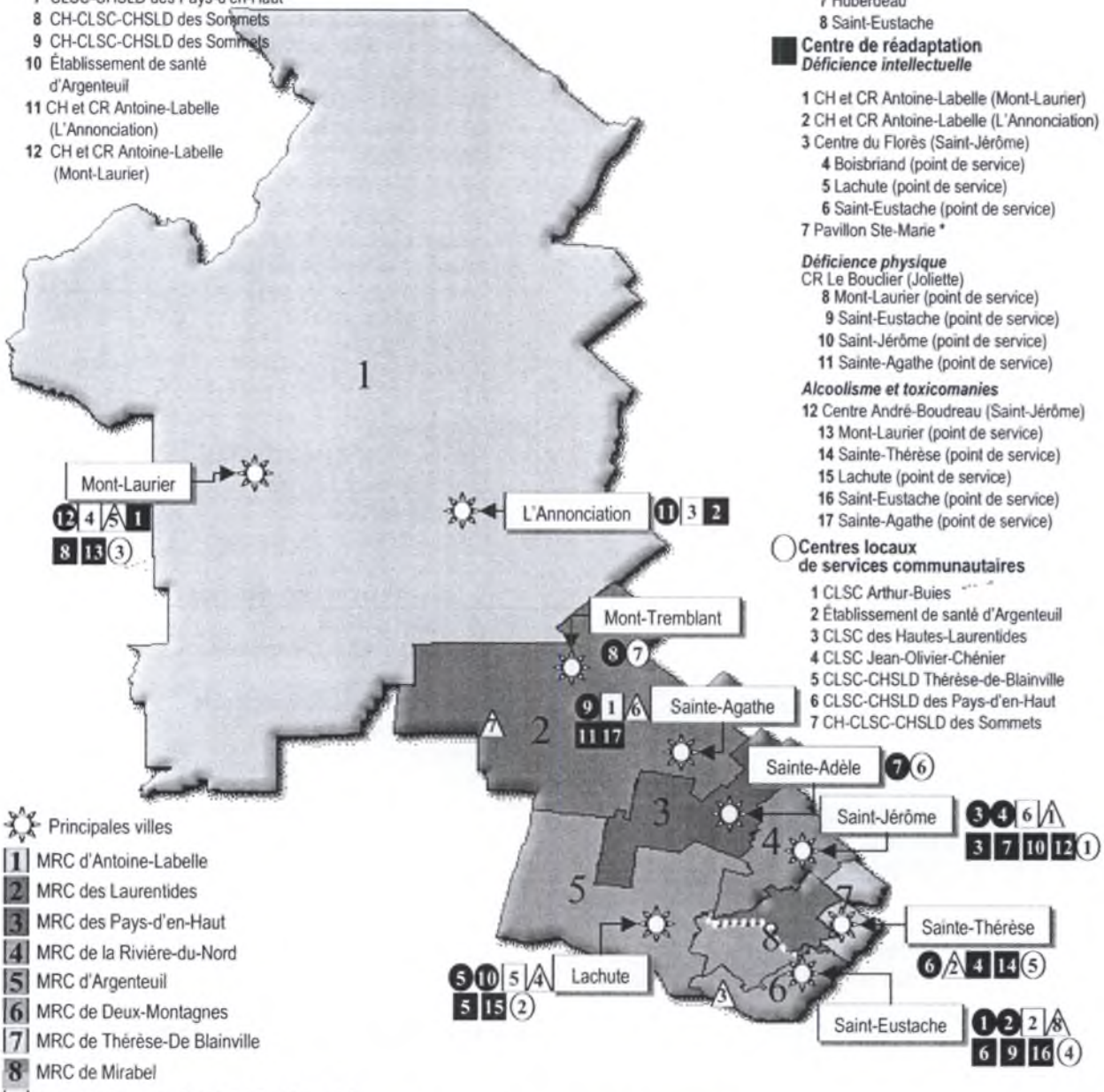
1 CH et CR Antoine-Labelle (Mont-Laurier)
2 CH et CR Antoine-Labelle (L'Annonciation)
3 Centre du Florès (Saint-Jérôme)
4 Boisbriand (point de service)
5 Lachute (point de service)
6 Saint-Eustache (point de service)
7 Pavillon Ste-Marie *

Déficience physique
CR Le Bouclier (Joliette)
8 Mont-Laurier (point de service)
9 Saint-Eustache (point de service)
10 Saint-Jérôme (point de service)
11 Sainte-Agathe (point de service)

Alcoolisme et toxicomanies
12 Centre André-Boudreau (Saint-Jérôme)
13 Mont-Laurier (point de service)
14 Sainte-Thérèse (point de service)
15 Lachute (point de service)
16 Saint-Eustache (point de service)
17 Sainte-Agathe (point de service)

Centres locaux de services communautaires

1 CLSC Arthur-Buies
2 Établissement de santé d'Argenteuil
3 CLSC des Hautes-Laurentides
4 CLSC Jean-Olivier-Chénier
5 CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville
6 CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut
7 CH-CLSC-CHSLD des Sommets



Principales villes
1 MRC d'Antoine-Labelle
2 MRC des Laurentides
3 MRC des Pays-d'en-Haut
4 MRC de la Rivière-du-Nord
5 MRC d'Argenteuil
6 MRC de Deux-Montagnes
7 MRC de Thérèse-De Blainville
8 MRC de Mirabel

Limite des territoires du CLSC Arthur-Buies et du CLSC Jean-Olivier-Chénier à l'intérieur de la MRC de Mirabel

* Établissement privé conventionné

Situation actuelle

Établissements du réseau de la santé et des services sociaux – Région des Laurentides

Centres de santé et de services sociaux

1 CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle
2 CH-CLSC-CHSLD des Sommets
3 CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut
4 CSSS Rivière-du-Nord \ Nord-de-Mirabel*
5 Établissement de santé d'Argenteuil*
6 CLSC-CHSLD Thérèse-De Blainville
7 CSSS Deux-Montagnes \ Sud-de-Mirabel*

Centres d'hébergement de soins de longue durée

1 La Résidence de Lachute
2 Villa Soleil **
3 CHSLD Deux-Montagnes**

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

1 Centre jeunesse des Laurentides (Saint-Jérôme)
2 Sainte-Thérèse
3 Oka
4 Lachute
5 Mont-Laurier
6 Sainte-Agathe
7 Huberdeau
8 Saint-Eustache

Centre de réadaptation

Déficience intellectuelle

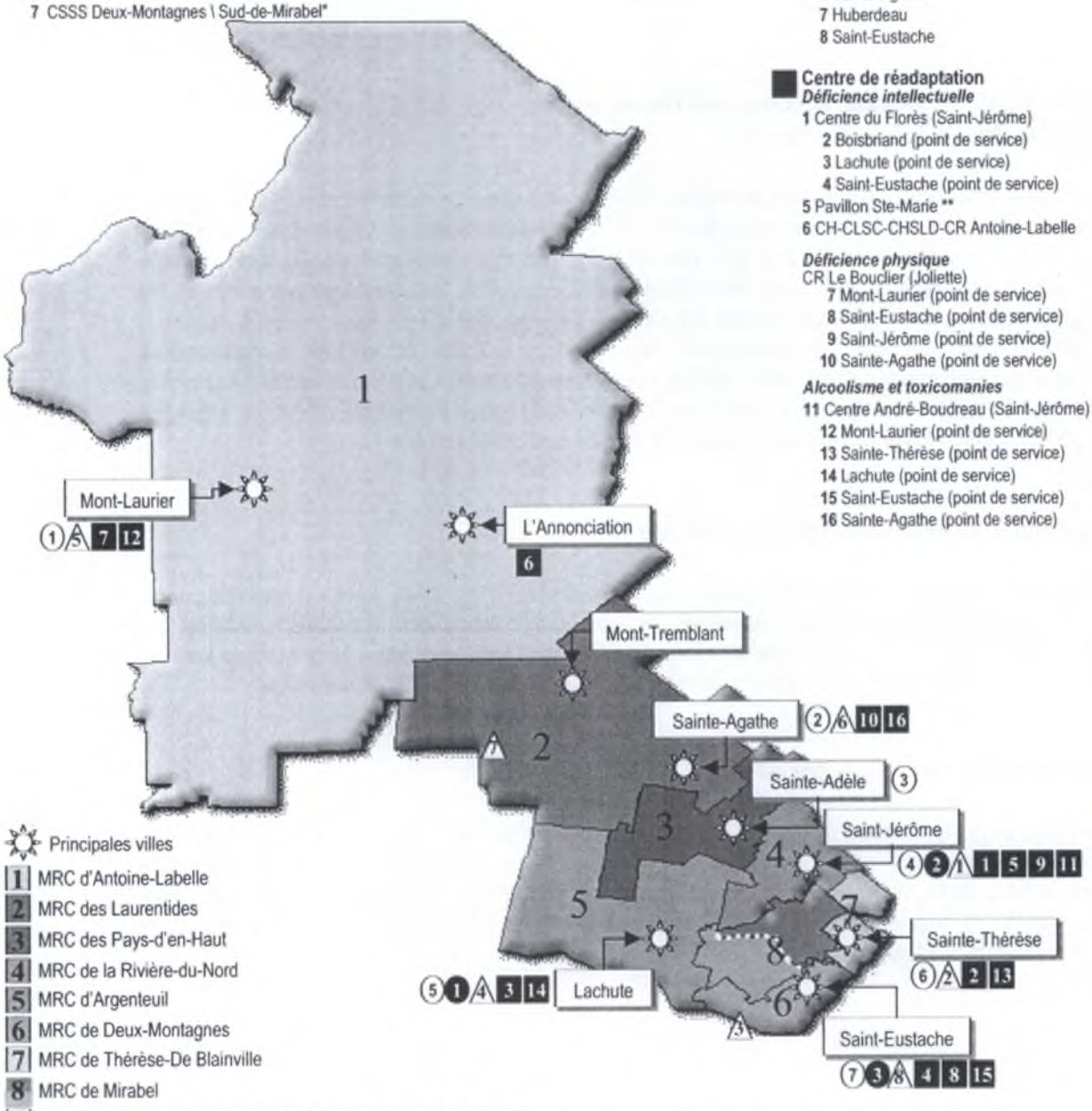
1 Centre du Florès (Saint-Jérôme)
2 Boisbriand (point de service)
3 Lachute (point de service)
4 Saint-Eustache (point de service)
5 Pavillon Ste-Marie **
6 CH-CLSC-CHSLD-CR Antoine-Labelle

Déficience physique

CR Le Bouclier (Joliette)
7 Mont-Laurier (point de service)
8 Saint-Eustache (point de service)
9 Saint-Jérôme (point de service)
10 Sainte-Agathe (point de service)

Alcoolisme et toxicomanies

11 Centre André-Boudreau (Saint-Jérôme)
12 Mont-Laurier (point de service)
13 Sainte-Thérèse (point de service)
14 Lachute (point de service)
15 Saint-Eustache (point de service)
16 Sainte-Agathe (point de service)



Principales villes

1 MRC d'Antoine-Labelle
2 MRC des Laurentides
3 MRC des Pays-d'en-Haut
4 MRC de la Rivière-du-Nord
5 MRC d'Argenteuil
6 MRC de Deux-Montagnes
7 MRC de Thérèse-De Blainville
8 MRC de Mirabel

Limite des territoires du CSSS de la Rivière-du-Nord et Nord de Mirabel et du CSSS Deux-Montagnes et Sud de Mirabel

* CH-CLSC-CHSLD
** Établissement privé conventionné

Les organismes communautaires

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires sont des acteurs qui contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ils sont actifs auprès de diverses clientèles dont les femmes, les jeunes, les personnes âgées et personnes malades. De plus, leurs modes d'intervention favorisent notamment la prise en charge des personnes rejointes. Ils sont des partenaires essentiels à l'atteinte des résultats du réseau de la santé et des services sociaux.

Les cabinets de médecins, les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille

Environ 500 médecins omnipraticiens sont inscrits au Département régional de médecine générale, dont plus de 300 ont une pratique en cabinet ou dans l'une des 75 cliniques médicales des Laurentides. Quelque 180 spécialistes peuvent aussi être consultés en région. Ces médecins jouent un rôle de premier plan dans la prestation des services de santé auprès de la population. Plusieurs cliniques et cabinets sont ouverts le soir et les fins de semaine. Outre les consultations médicales, les cliniques peuvent offrir des services connexes, comme la radiographie, et d'autres services professionnels, comme ceux de psychologues, de dentistes, de nutritionnistes. Enfin, trois groupes de médecine de famille (GMF) sont maintenant accrédités et opérationnels dans la région. Il s'agit des GMF de L'Annonciation, de Ville de Mont-Tremblant et de Lorraine. Ces GMF offrent à la population inscrite de leur secteur des services médicaux généraux et des services psychosociaux.

Les services préhospitaliers d'urgence

Un autre maillon important du système de santé et de services sociaux des Laurentides est constitué par les services préhospitaliers d'urgence, responsables du transport en ambulance vers les centres hospitaliers des malades et des victimes d'accidents. Coordonnés et supervisés par l'Agence de santé et de services sociaux, ces services sont assurés par neuf entreprises privées, propriétaires, au total, de 39 ambulances.

Les partenaires multisectoriels

Enfin, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux fait régulièrement appel à ses partenaires des autres secteurs de la communauté, en particulier le milieu de l'éducation, celui de la justice, les secteurs municipal et socioéconomique, pour partager ses préoccupations et contribuer, chacun dans son champ de compétence, à créer les conditions favorables à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population des Laurentides.

La *déclaration* de fiabilité de la direction

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2003-2004 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare qu'à ma connaissance, les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2004.

Micheline Vallières Joly
Présidente-directrice générale

Les *réseaux* locaux de services de santé et de services sociaux

Les *réseaux* locaux de services de santé et de services sociaux

Instituée par la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, l'Agence des Laurentides assume ses nouvelles responsabilités depuis le 30 janvier 2004.

Le mandat

Instance de transition, dont le mandat s'étend jusqu'en janvier 2006, l'Agence a pour mission première de mettre en place dans la région des Laurentides une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés et, pour ce faire, de proposer un modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services.

Ces réseaux sont constitués selon un découpage territorial et une organisation favorisant le plus possible les objectifs :

- d'assurer à la population l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne; de garantir à la population l'accès aux services spécialisés et surspécialisés;
- de permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers, ainsi que l'instauration de protocoles cliniques;
- d'impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux;
- de favoriser la collaboration des autres secteurs d'activité du territoire;
- de s'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires.

Pour réaliser son mandat, l'Agence devait déposer sa proposition au ministre avant le 30 avril 2004 en précisant les éléments suivants :

- la détermination des territoires des réseaux locaux;
- la détermination des établissements qui, dans chaque réseau local, seraient regroupés sous une seule instance de gouverne.

Chacun des réseaux locaux devrait comprendre en tenant compte de la volonté ministérielle traduite dans la loi sur les agences, une instance locale regroupant les établissements offrant des services d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et d'un centre hospitalier (CH); toutefois, une instance locale qui ne comprendrait pas un établissement offrant les services d'un CH aura l'obligation de prendre une entente avec un CH pour assurer à la population de son territoire l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés.

DÉTERMINATION DES TERRITOIRES ET DES INSTANCES LOCALES

Le processus d'information et de consultation

Aux fins de définir et de proposer le modèle d'organisation de services de la région des Laurentides, l'Agence s'est assurée de véhiculer une information adéquate pour permettre aux individus et aux organisations de donner un avis éclairé sur les propositions mises de l'avant.

Ainsi, dans une première étape, la documentation produite, comprenant un document d'information de même qu'un document intitulé » obtention d'avis », a fait l'objet d'une présentation exhaustive dans le cadre de sessions d'information et d'une large diffusion auprès des différents groupes.

Dans une deuxième étape, en plus de s'adresser à l'ensemble de la population, l'Agence a mené une démarche de consultation spécifique auprès, notamment :

- des conseils d'administration des établissements de la région;
- du Département régional de médecine générale (DRMG);
- de la population par l'intermédiaire du Forum de la population des Laurentides;
- de la Commission médicale régionale (CMR);
- de la Commission régionale multidisciplinaire (CRM);
- de la Commission infirmière régionale (CIR);
- des médecins des municipalités régionales de comté (MRC) concernées;
- des représentants des syndicats;
- des élus.

Dans le cadre de cette importante démarche, l'Agence a reçu plus d'une centaine de mémoires et avis et a, de plus, tenu des consultations particulières sous forme d'audiences, dans les deux territoires où plus d'un scénario était envisagé.

Au terme de ce processus, tous ont pu donner leur avis, préciser et bonifier les scénarios proposés dans le document produit par l'Agence et intitulé « La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans les Laurentides - Définition des territoires et désignation des instances locales ».

On constate donc que les mesures appropriées ont été prises et que les actions menées en région ont permis l'expression des opinions sur les scénarios envisagés.

La proposition de l'Agence

En fonction des objectifs visés par les modifications législatives de décembre 2003, et à la lumière de l'information déjà disponible sur les caractéristiques sociosanitaires de notre région et de celle recueillie dans le cadre de l'exercice de consultation publique, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides a proposé six territoires de réseau local, soit :

1. Territoire constitué de la MRC d'Antoine-Labelle
2. Territoire constitué de la MRC d'Argenteuil
3. Territoire constitué de la MRC des Laurentides et de la MRC des Pays-d'en-Haut
4. Territoire constitué de la MRC de la Rivière-du-Nord et de la partie nord de la MRC de Mirabel
5. Territoire constitué de la MRC de Deux-Montagnes et la partie sud de la MRC de Mirabel
6. Territoire constitué de la MRC de Thérèse-De-Blainville

Les instances locales

Une telle délimitation implique que les établissements de ces territoires offrant les services de première ligne constituent, par fusion pour plusieurs, les nouvelles instances locales qui auront pour nom officiel Centre de santé et de services sociaux.

Le Centre de santé et de services sociaux doit assurer à la population de son territoire l'accès aux services médicaux, aux services hospitaliers généraux et spécialisés, de même qu'aux services sociaux.

La décision

À partir de l'analyse de la situation régionale, le ministre a procédé à la détermination des territoires et à la constitution des instances locales.

La décision du ministre étant connue au moment de la publication du présent rapport, voici la situation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans la région des Laurentides.

TERRITOIRES	INSTANCE LOCALE ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS
MRC d'Antoine-Labelle	• CH et CR Antoine-Labelle • CLSC des Hautes-Laurentides ***Fusion requise***
MRC des Laurentides	• CH-CLSC-CHSLD des Sommets
MRC des Pays-d'en-Haut	• CLSC-CHSLD des Pays d'en-Haut
MRC de la Rivière-du-Nord et partie nord de la MRC de Mirabel	• CLSC Arthur-Buies * • CHSLD de la Rivière du Nord * • Hôtel-Dieu de St-Jérôme ***Fusion requise***
MRC de Thérèse-De Blainville	• CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville
MRC de Deux-Montagnes et partie sud de la MRC de Mirabel	• CLSC Jean-Olivier-Chénier ** • CHSLD de la Rive et de Mirabel ** • CH St-Eustache ***Fusion requise***
MRC d'Argenteuil	• Établissement de santé d'Argenteuil

* Établissements administrés par un même conseil d'administration en vertu de l'article 126.1 de la LSSS (L.R.Q., c. S-4.2)

** Idem

Note : La Résidence de Lachute est exclue de l'instance locale de la MRC d'Argenteuil, en tant qu'établissement reconnu en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (L.R.Q., c. C-11)

LA SUITE

L'Agence accompagne les conseils d'administration des établissements nouvellement constitués et les soutient dans les actions à poser suite à une fusion, incluant la sélection d'un directeur général pour les nouveaux Centres de santé et de services sociaux.

LE CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA RÉALISATION DU PROJET CLINIQUE RÉGIONAL

Le réseau local de services de santé et de services sociaux et son instance ont comme principale responsabilité d'offrir à la population de leur territoire une gamme précise de services, accessibles et intégrés. Les acteurs du territoire et leurs partenaires doivent par ailleurs favoriser la hiérarchisation de ces services afin de dispenser le service le plus approprié et en temps opportun.

Des travaux importants se font sous la responsabilité d'un comité aviseur formé de directeurs généraux d'établissements et de la permanence de l'Agence. Ce comité a pour mandat d'élaborer le cadre de référence pour la réalisation du projet clinique régional.

Ce cadre de référence ne se substitue pas aux travaux que les instances et réseaux locaux auront à réaliser en vue de leur planification stratégique. Il vise plutôt à établir les assises d'une organisation homogène, complète et intégrée de services.

Pour ce faire, il détermine de façon précise :

- la gamme des services devant être disponibles dans chacun des réseaux locaux, dans un contexte d'organisation intégrée de services;
- les niveaux d'accès aux services : 1re ligne, 2e ligne et 3e ligne;
- les rôles et responsabilités des acteurs;
- les modalités de prestation : responsabilité directe de l'instance locale, corridors de services ou ententes;
- les enjeux à aborder.

La conception du cadre de référence s'appuie sur des travaux ministériels (orientations, politiques, stratégies, plans d'action) et des travaux régionaux (planification stratégique, plan régional d'organisation de services (PROS), protocoles, plans d'action, etc.).

Sur la base de l'état de situation actuel, les travaux du comité aviseur sur le projet clinique permettront à terme de faire évoluer l'offre de services en fonction des nouveaux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette démarche permettra de clarifier les responsabilités et l'imputabilité des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à l'endroit de la population du territoire, tout en mettant en évidence les enjeux qui devront faire l'objet d'une préoccupation particulière dans les mois à venir.

Dans ce contexte, le cadre de référence visera donc à clarifier la gamme de services et les modalités d'accès des citoyens à ceux-ci. L'approche préconisée se base sur les programmes-services tel que définis par le ministère. Un programme-services est un ensemble de services et activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique particulière.

La *direction* générale

Mot de la directrice

Micheline Vallières Joly

Année de transition s'il en est une, l'année 2003-2004 a permis aux équipes de la direction générale de poursuivre les actions entreprises l'an dernier dans plusieurs secteurs.

En effet, pour ce qui est du secteur de la qualité des services et des relations avec la population, les actions se sont multipliées afin de faire conjuguer les efforts pour l'amélioration continue de la qualité des services. Dans cet esprit, il faut noter que le Forum de la population a été très actif pour témoigner des questionnements et des préoccupations de la population et que le regroupement des comités des usagers sur le plan régional, avec le soutien de l'Agence, s'est avéré un élément très positif.

Outre la poursuite des mandats réguliers pour lesquels le secrétariat général et les communications ont continué d'offrir leur soutien et leur expertise habituels aux directions de l'Agence et au réseau, des efforts importants ont été consentis pour bien faire connaître les changements découlant de l'adoption de la Loi sur les agences de développement et de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, et permettre une bonne appropriation tant à l'interne qu'à l'externe de l'organisation.

Tous les membres de l'équipe de la direction générale ont apporté une contribution importante à l'atteinte des objectifs de l'Agence et le soutien de chacun a été précieux à la présidente-directrice générale.

LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES RELATIONS AVEC LA POPULATION

Soulignons que la qualité des services et les relations avec la population ne sont pas la responsabilité d'un service ou d'une personne en particulier mais bien la tâche de plusieurs personnes à l'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides, comme on pourra le constater à la lecture du présent rapport et, de façon plus détaillée, dans le *Rapport annuel 2003-2004 sur le régime des plaintes en matière de santé et de services sociaux et sur l'amélioration de la qualité des services.*

Toutefois, le service du commissaire à la qualité des services et coordonateur des relations avec la population demeure la porte d'entrée pour toute personne qui demande une information ou qui désire être assistée ou accompagnée vers le bon service.

Le Forum de la population, qui en est à sa deuxième année d'existence, s'est réuni à neuf reprises durant la dernière année pour donner son avis au conseil d'administration de l'Agence sur le *Plan stratégique triennal d'organisation de services pour la région des Laurentides 2003-2006*, sur le *Plan d'action régional en santé publique* et dans le cadre de la consultation sur la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans les Laurentides.

Les membres apprécient les états de situation qui leur sont faits par la permanence de l'Agence et sont toujours heureux de témoigner des questionnements et des préoccupations de la population.

Les comités des usagers des établissements se sont rencontrés sur le plan régional à deux reprises pour partager leurs préoccupations et leurs réalisations en ce qui a trait à la promotion et la défense des droits des usagers.

Le soutien par l'Agence de leur regroupement sur le plan régional permet aux différents comités d'être informés et d'être au cœur des enjeux, particulièrement dans un contexte de transition dû à la création des réseaux locaux.

La prestation sécuritaire des services a interpellé les 21 établissements de la région qui ont reçu l'information pertinente pour se conformer aux nouvelles exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Au 1er avril 2004, 17 établissements avaient un répondant, 12 avaient formé un comité de gestion du risque, 5 avaient élaboré une politique de divulgation, 12 avaient fait la déclaration de tout accident ou incident et 11 ont constitué un registre local.

Nous constatons qu'il reste du chemin à parcourir pour se conformer à l'esprit de la loi; il faut se rappeler que la création des réseaux locaux de services suscitera encore certains ajustements et que les établissements ayant une mission sociale pourront s'appuyer sur l'expertise des établissements de santé en matière de gestion du risque.

Les visites ministérielles en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ont eu lieu à travers le Québec et deux CHSLD des Laurentides ont reçu ces visites d'appréciation de la qualité.

Le commissaire régional à la qualité des services et coordonnateur des relations avec la population a été chargé de coordonner les opérations qui se sont avérées très pertinentes et ont permis de mobiliser tous les acteurs de notre réseau qui se préoccupent de la qualité des milieux de vie des personnes âgées.

Globalement, les endroits visités ont été appréciés de façon positive surtout pour la qualité du personnel qui y œuvre; certaines recommandations d'amélioration ont cependant été signifiées à ces centres. Un bilan de ces opérations a d'ailleurs été produit par le ministère. Par ailleurs, il serait souhaitable que ces visites d'appréciation de la qualité des services puissent se poursuivre, et ce, dans tous les milieux de vie substituts à caractère institutionnel et non institutionnel pour toutes les clientèles.

Le régime des plaintes et les signalements sont des activités qui nous interpellent beaucoup et qui sont déterminantes pour l'amélioration de la qualité. Ces insatisfactions illustrent la perception des usagers, de leurs proches et de plusieurs autres personnes.

Les commissaires locaux à la qualité des services, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux sont déterminés et mobilisés pour exercer une vigie afin que le régime des plaintes, en constante évolution, puisse constituer un levier important pour assurer l'amélioration continue de la qualité des services.

Voici, en capsules, **les faits saillants des activités de l'Agence** :

- 25 plaintes en première instance ont été reçues (augmentation de 4 par rapport à 2002-2003);
- 27 plaintes en première instance ont été conclues (le même nombre que durant l'exercice précédent);
- 39 signalements concernant les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du MSSS ont été reçus (une augmentation de 21, plus du double par rapport à 2002-2003);
- 34 signalements concernant les ressources résidentielles privées ont été conclus (20 de plus que l'an dernier);

les faits saillants des activités des établissements :

- 717 plaintes en première instance ont été reçues (une augmentation de 26 % par rapport à 2002-2003);
- 708 plaintes en première instance ont été conclues (une augmentation de 21 % par rapport à 2002-2003) :
  - 534 plaintes ont été conclues selon la procédure générale ;
  - 174 plaintes ont été conclues par les médecins examinateurs.

La table régionale des commissaires locaux, la formation sur le système d'information, la promotion, les ententes de services, les procédures d'intervention dans les ressources résidentielles privées, la concertation avec les différents partenaires sont autant de moyens utilisés cette année pour donner une assurance qualité à la population.

Nous tenons à remercier les premiers concernés, la population, les usagers et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux pour leur engagement et leur ouverture à travailler dans le même sens.

LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Les principales contributions du Secrétariat général au cours de cette année se sont d'abord situées en continuité des actions entreprises lors de l'exercice précédent et se sont traduites principalement dans les activités de gestion des affaires corporatives et institutionnelles.

Un début d'année pour compléter les opérations entourant la mise en place des conseils d'administration des établissements et la formation de leurs membres, de même que pour soutenir et accompagner la fusion du centre hospitalier et du CLSC-CHSLD dans le territoire de la MRC des Laurentides, ainsi que la sélection de directeurs généraux d'établissements.

Une mi-année, toujours en continuité, pour consolider en collaboration avec les directions de l'Agence concernées, des éléments de gestion interne tels la révision du calendrier de conservation des documents administratifs, qui a reçu l'approbation des Archives nationales du Québec, le déploiement d'un système d'information sur les établissements et les capacités à leur permis (CIEL), et l'inventaire de l'état actuel de la sécurité des actifs informationnels afin d'élaborer le plan de travail de la prochaine année pour s'inscrire dans le plan régional.

Une fin d'année plus axée sur le changement avec l'adoption de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Appropriation, soutien et accompagnement ont constitué le principal apport du Secrétariat général pour préparer et harmoniser ce passage de « régie à agence » : d'abord auprès du personnel pour réaliser cette mutation, auprès du conseil d'administration de la nouvelle instance, des directions générales et des conseils d'administration des établissements pour cheminer vers la mise en place des réseaux locaux de services dans la région.

LES COMMUNICATIONS

Durant la première moitié de l'exercice, l'équipe de communication de l'Agence a entre autres contribué aux travaux de rédaction et d'édition du Plan d'action régional en santé publique 2003-2006. La prévention du virus du Nil occidental a aussi mobilisé l'équipe, qui a produit le plan de communication régional et soutenu les démarches d'information de la population pour l'été 2003.

À l'automne 2003, un changement important a été apporté à l'organisation des communications à l'Agence. L'un des deux agents d'information a été attaché à la Direction de santé publique, quittant du même coup l'équipe de communication de la Direction générale.

La collaboration essentielle entre les ressources de communication n'a pas cessé pour autant. En effet, le Plan stratégique de communication de la Direction de santé publique, terminé au début de 2003-2004, a été élaboré conjointement, tout en faisant appel à l'expertise de ressources externes. Parallèlement, des travaux pour établir une politique de communication pour l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont été menés. La politique devrait être adoptée avant la fin de l'été 2004.

Avec la création de l'Agence, la conformation au Programme d'identification visuelle du gouvernement du Québec a sollicité beaucoup d'attention. Toutefois, c'est l'information sur la mise en place des réseaux locaux et la consultation régionale réalisée à cet égard qui ont été les points forts de la communication en février et mars. Édition, publication et distribution des documents, publicité, communiqués et conférences de presse, site web, présentations visuelles sont autant d'activités qui ont soutenu la présidente-directrice générale de l'Agence dans ses démarches.

Parmi les nombreuses autres activités sollicitant l'expertise en communication, le *Salon de l'emploi en santé*, organisé par la Direction régionale de l'organisation des services et de la main-d'œuvre les 12 et 13 mars 2004 mérite d'être signalé, ayant connu un franc succès auprès du public.

Mentionnons enfin que, outre le bulletin interne Entre nous, les différents bulletins de l'Agence ont été publiés toute l'année et qu'ils sont accessibles sur le site web :

- Info éclair (bulletin du conseil d'administration)
- Info DRMG
- Bobos, microbes et cie!
- Les maux qui courent.

La *direction* de santé publique, de la planification et de l'évaluation

Mot de la directrice

Blandine Piquet-Gauthier

À la Direction de santé publique des Laurentides, l'année 2003-2004 a été marquée par l'élaboration du Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, « Prévenir pour l'avenir... ». Ce plan d'action, adopté par le conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides le 18 février 2004, est l'aboutissement d'une démarche prescrite par la Loi sur la santé publique. Il vise à mettre en oeuvre les orientations du Programme national de santé publique tout en tenant compte de nos spécificités régionales. Ce plan d'action a été réalisé en collaboration étroite avec les sept CLSC, qui ont eux-mêmes dû élaborer leur propre plan d'action local. Ce travail structurant a permis de définir ensemble les rôles et responsabilités de la Direction de santé publique et des CLSC. Il représente donc l'offre de services de la santé publique faite à la population des Laurentides pour les trois prochaines années.

Pour soutenir la réalisation des objectifs du plan d'action régional et, surtout, pour permettre à la directrice de remplir adéquatement le mandat d'informer la population sur son état de santé que lui confie la Loi sur la santé et les services sociaux, la Direction de santé publique s'est également dotée d'un plan de communication.

En cette période de transition que vit actuellement le réseau de la santé et des services sociaux, le principal défi de la prochaine année sera de maintenir la prévention au cœur des préoccupations quotidiennes dans des environnements aussi mouvants. En effet, au-delà des modifications structurelles que vivra le réseau, notre mission reste toujours la même, à savoir de maintenir et améliorer la santé de la population des Laurentides.

LA SURVEILLANCE, LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION

La coordination de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation a mené à bien les activités régulières qui constituent ses trois mandats principaux : la surveillance de la santé et du bien-être de la population, le suivi et l'évaluation de l'organisation des services et la recherche appliquée. Les principales réalisations de l'année sont les suivantes.

Mise à jour des données sociosanitaires par territoire de CLSC
Dans le cadre du développement des plans d'actions locaux de santé publique des CLSC de la région, ces derniers ont fait la demande que soient mis à jour les Portraits de santé par territoire de CLSC publiés par la coordination en 2001. L'équipe s'est donc attelée à la tâche et a publié une mise à jour des données sociosanitaires par territoire dans les délais serrés impartis à la planification des CLSC.

Mise en œuvre du plan commun de surveillance
L'équipe a participé activement aux diverses consultations entreprises par le Groupe de travail sur la mise en œuvre du plan commun et par la Table de concertation nationale en surveillance ainsi qu'aux diverses sessions de formation offertes pour appuyer la mise en œuvre.

Soutien à la planification en santé publique, à la planification des réseaux locaux et à la planification financière
En sus de ses activités régulières, la coordination a collaboré à la rédaction du Plan d'action régional en santé publique (PAR), structuré et collaboré à l'inventaire des activités en CLSC, participé au comité de validation du PAR et de plans d'action locaux et surtout participé au développement d'indicateurs de suivi du PAR; elle a aussi compilé et analysé les données pour mettre en contexte et appuyer la proposition régionale de découpage des territoires des réseaux locaux et collaboré avec la Direction régionale des ressources financières à l'élaboration d'indices régionaux pour la répartition des ressources

Tableau de bord sociosanitaire régional
En collaboration avec l'InfoCentre régional, la coordination a considérablement avancé les travaux requis pour la mise en place du tableau de bord, ZOOM, de données sociosanitaires à l'usage du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides. Les travaux devraient être complétés dans la prochaine année financière.

Recherches sur les aînés
La conclusion du projet de recherche sur l'accès aux services par les aînés dans la MRC des Laurentides et la diffusion de ses résultats au courant de l'année 2003-2004 portent sans cesse des fruits dans le milieu. « L'accès des aînés aux services de santé et aux services sociaux des Laurentides » a fait l'objet de nombreuses présentations et le milieu démontre une appropriation des résultats conduisant à des actions concrètes. Par exemple, suite au constat qu'il faut rapprocher les services préventifs des gens, le Salon VIP (vaccination-information-prévention) est maintenant tenu dans huit petites localités au lieu des deux grosses localités précédemment visitées dans la MRC. De plus, les résultats de la recherche ont suscité chez les maires de la MRC une réflexion sur l'adaptation des projets domiciliaires aux besoins des aînés. Cette démarche s'est vue renforcée par la publication par la coordination des résultats d'une autre étude descriptive sur « Les environnements physique et social contributifs de l'autonomie des aînés de la région des Laurentides ».

LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Maladies infectieuses

Avec la collaboration des CLSC, des enquêtes épidémiologiques ont été effectuées lors de la déclaration de maladies à déclaration obligatoire (MADO), de problèmes infectieux ou d'épidémie, et les mesures de contrôle appropriées ont été mises en place. Les données ont été saisies dans le fichier provincial MADO.

La gestion des programmes d'immunisation sur le territoire a été assurée en collaboration avec les intervenants concernés : gestion des produits immunisants, suivi des manifestations cliniques reliées à l'immunisation, contrôle de la chaîne du froid, formation des intervenants. La collecte et l'analyse des données de surveillance de la couverture vaccinale et des manifestations cliniques ont fait l'objet de rapports appropriés.

Des activités spécifiques de surveillance et de contrôle des infections nosocomiales se sont poursuivies. Le soutien offert aux établissements en rapport avec la problématique des bactéries multirésistantes (SARM et ERV) a été maintenu.

Faits saillants

Au cours de l'année 2003-2004, les points suivants méritent d'être particulièrement soulignés.

1. La campagne intensive de promotion de la vaccination contre l'influenza a mené à une augmentation significative de la couverture vaccinale auprès des groupes ciblés, notamment auprès de la clientèle des milieux ouverts et du personnel soignant.
2. Un plan d'action régional au regard des maladies respiratoires sévères a été diffusé et sa mise en œuvre est en cours dans les établissements concernés.
3. Notre participation a été sollicitée pour l'investigation et le contrôle d'éclosions provinciales, et ce, en collaboration avec les autres régions.
4. Programme d'échange de seringues : un effort particulier a été consenti par la Direction de santé publique en collaboration avec le Centre Sida Amitié, afin d'augmenter le nombre de pharmaciens impliqués dans le Programme d'échange de seringues pour les utilisateurs de drogues injectables. Sept pharmaciens ont adhéré au programme et offrent des services-conseil et de la référence en plus de distribuer le matériel stérile et de récupérer le matériel utilisé lors de la consommation de drogues. Ces nouveaux sites d'échange de seringues couvrent la partie sud du territoire des Laurentides.
5. Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Centre de détention de St-Jérôme : le projet de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang développé conjointement par le CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut (les services infirmiers), le Centre Sida Amitié et la Direction de santé publique a permis d'offrir des services de dépistage et de vaccination à 465 personnes incarcérées. Des activités de promotion, d'éducation et de prévention ont aussi été réalisées auprès des personnes incarcérées et du personnel.

6. Intervention préventive auprès des partenaires des personnes infectées par une infection transmissible sexuellement (ITS) : dans le cadre de la protection de la population face à la dissémination des ITS par des personnes infectées, trois CLSC ont été désignés pour assurer le suivi de la notification aux partenaires pour l'ensemble de la région.

Santé environnementale

Les activités de l'équipe de santé environnementale consistent à répondre aux besoins des professionnels, aux demandes ad hoc des groupes communautaires ou des partenaires du MSSS et d'autres ministères comme le MENV (ministère de l'Environnement). Ainsi, lors de la déclaration de situations associées à l'environnement d'origine toxicologique (ex.: matières dangereuses), infectieuse (ex. : contamination microbienne de l'eau potable) ou physique (ex. : exposition au radon) pouvant mettre en danger la population, des enquêtes ont été menées pour bien circonscrire la situation et ainsi prendre les mesures nécessaires. De plus, conjointement avec l'équipe des maladies infectieuses, nous couvrons la garde pour les urgences en santé publique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Toutes ces activités couvrent le territoire des Laurentides mais aussi, de façon intérimaire, celui du Nord-du-Québec. Outre les dossiers que l'équipe gère au quotidien, certains ont retenu plus particulièrement notre attention au cours de la dernière année.

Problématique du radon
L'équipe régionale continue de se préoccuper particulièrement des maisons surexposées au radon à Oka, Saint-Joseph-du-Lac et Saint-André d'Argenteuil.

Études d'impact et audiences du BAPE
La Direction de santé publique a été impliquée dans l'évaluation d'un projet d'implantation d'une usine de cogénération d'énergie dans la région des Hautes-Laurentides. L'équipe s'est aussi penchée sur le projet d'oléoduc dans le parc d'Oka. Notre expertise a été sollicitée également pour le projet de construction du tronçon Lachute-Montebello de l'autoroute 50.

Eau potable
L'application du nouveau règlement sur l'eau potable au Québec a continué de mobiliser une grande partie des ressources de l'équipe de santé environnementale. Nous continuons notre système de réponse aux déclarations hors norme avec nos partenaires du MENV. Notre équipe a aussi mis au point une base de données qui tient à jour les dossiers en cours les plus importants sur le plan de la santé publique. L'équipe participe aussi à un comité permanent de la Table nationale de concertation en santé environnementale (TNCSE) sur la problématique de l'eau potable.

Information aux citoyens
L'équipe s'assure, par la mise à jour de la banque des réponses aux demandes ad hoc des citoyens, d'outiller les infirmières d'Info-santé. De plus, elle informe la population au moyen de plusieurs communications publiées dans quelques hebdomadaires régionaux.

Santé en milieu de travail

L'équipe régionale de santé en milieu de travail a assuré des services de soutien-conseil et d'expertise auprès des équipes locales des deux CLSC mandataires du territoire, soit le CLSC Jean-Olivier-Chénier et le CLSC Artur-Buies. Pour l'année 2003, les équipes locales ont offert aux entreprises du territoire des Laurentides des services de surveillance environnementale (principalement sur le bruit et le monoxyde de carbone), des services de surveillance médicale (principalement sur les risques biologiques et le bruit), des services de prévention et de formation (principalement sur les risques biologiques, la contrainte thermique-chaleur et le bruit) au sein de 622 entreprises regroupant près de 27 000 travailleurs.

Par ailleurs, l'équipe régionale a apporté son soutien dans des dossiers spécifiques (organisation des premiers secours et des premiers soins en forêt, administration de l'adrénaline reliée aux piqûres d'insectes et prévention du coup de chaleur).

La gestion du programme Maternité sans danger, qui permet aux femmes enceintes ou qui allaitent de continuer à travailler en étant affectées à des tâches sécuritaires, est assurée par les médecins de l'équipe régionale; l'étude des postes nécessaire à la prise de décision est assurée par les équipes locales des CLSC. En 2003, près de 1 500 demandes ont été traitées. Nous nous sommes particulièrement efforcés de favoriser la réaffectation des travailleuses plutôt que leur retrait de leur milieu de travail. En outre, dans le cadre de ce programme, nous avons réalisé des projets spécifiques pour certains types d'entreprises (centres de réadaptation, centres hospitaliers).

De plus, l'équipe régionale et les équipes locales des CLSC ont répondu à plus de 158 demandes de service provenant des milieux de travail, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et des médecins traitants. Généralement, il s'agit de procéder à une évaluation du milieu et d'informer les employeurs et les travailleurs sur les risques présents et les mesures préventives à mettre en oeuvre.

LA PRÉVENTION ET PROMOTION

Développement et adaptation sociale

Petite enfance
Le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) a été mis sur pied et consolidé dans l'ensemble de la région. Le dépôt du cadre de référence ministériel sur *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité* est venu concrétiser l'amorce de la fusion du programme Naître égaux - Grandir en santé (NÉ-GS) et du Programme de soutien aux jeunes parents.

Jeunesse
L'année 2003-2004 est marquée par un contexte particulier puisqu'une nouvelle entente de collaboration entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux balise désormais les démarches et les activités régionales et locales.

Dans cet esprit, en concertation avec le réseau scolaire (bureau régional du MEQ, commissions scolaires, cégeps) et le Forum Jeunesse, la Direction de santé publique a participé à l'élaboration d'une entente sur la réussite éducative des jeunes des Laurentides, et l'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides est devenue signataire de cette entente régionale.

Afin d'assurer une meilleure intégration des interventions de santé publique en milieu scolaire, la Direction de santé publique a développé « POP Santé », un outil de planification des interventions (prévention, promotion et protection) s'adressant aux intervenants des CLSC en milieu scolaire.

Adultes
Beaucoup d'énergie a été investie dans le soutien à l'implantation du programme de formation de citoyens et d'intervenants en prévention du suicide déployé dans les Hautes-Laurentides (communément appelé Sentinelles). Le programme de formation implanté dans les Hautes-Laurentides et évalué par la Direction de santé publique (DSP) a rejoint plus de 400 personnes dans sa première année. Un nouveau programme adapté est en élaboration depuis mars dernier.

En ce qui concerne le dossier des dépendances, qui comprend les problématiques de la toxicomanie, de l'alcool et du jeu pathologique, une collaboration étroite s'est développée avec la Direction régionale de l'organisation de services et de la main-d'œuvre (DROSMO) de l'Agence afin de réaliser une analyse de la situation actuelle à l'égard des dépendances dans la région. De plus, des efforts communs et concertés (DSP, DROSMO et partenaires) ont été orientés surtout vers la problématique du jeu pathologique en soutenant la tournée régionale de sensibilisation des intervenants du milieu au jeu pathologique, en amorçant une campagne de sensibilisation et d'information des acteurs principaux de différents secteurs (santé, économique, justice) pouvant être en contact avec d'éventuels joueurs pathologiques ou leur entourage. Afin de consolider les activités offertes par le programme expérimental du jeu pathologique, le comité régional sur les dépendances a également été réactivé cette année.

Habitudes de vie et prévention des maladies chroniques

L'équipe travaillant à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques s'est consacrée, au cours de l'année 2003-2004, à consolider l'implantation du programme intégré de prévention des maladies chroniques sur le territoire de l'Établissement de santé d'Argenteuil et à promouvoir ce programme dans l'ensemble de la région des Laurentides. Nous entamons une démarche d'implantation du programme au sein de l'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides.

Ce programme communément appelé « **0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION** » a pour principal objectif d'améliorer le profil de risque de la population adulte à l'égard des trois habitudes de vie étroitement associées à la survenue des maladies chroniques dans notre société, le tabagisme, l'alimentation et la pratique de l'activité physique : « 0 » pour 0 consommation de tabac, « 5 » pour consommation de 5 fruits et légumes par jour et « 30 » pour 30 minutes d'activité physique par jour.

Ce programme combine deux grandes stratégies d'intervention, des interventions dites éducationnelles et des interventions visant la création d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie.

Soulignons, dans le cadre de la stratégie d'intervention éducationnelle, plus particulièrement concernant les pratiques cliniques préventives des dentistes oeuvrant en cabinet privé, l'organisation d'une formation et de suivis pour inciter ces derniers à guider leurs patients vers la cessation du tabagisme.

Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

En avril 2003, l'unité mobile de mammographie CLARA, opérée par l'Institut national de santé publique, a été de passage à Lachute pendant trois semaines, ce qui a permis à 506 femmes de 50 à 69 ans du secteur d'Argenteuil de s'inscrire au programme au moment de passer leur mammographie de dépistage.

Le théâtre et l'humour ont été retenus à nouveau cette année pour faire la promotion du programme. La pièce de théâtre « La mammo...quel scénario! », du théâtre Parminou, qui traite de la mammographie de dépistage et de la participation au PQDCS sur un mode humoristique, a été présentée à Sainte-Agathe et à Saint-Eustache en octobre 2003 devant un total de 675 spectateurs qui ont bien apprécié leur soirée.

L'équipe de coordination du PQDCS et celle de la recherche et de l'évaluation ont collaboré à la rédaction d'un bilan régional pour la période 1999-2002. On y retrouve un bref historique de l'implantation du programme dans la région, des données sur les activités des centres de dépistage ainsi que les résultats de quelques indicateurs pour cette période.

La *direction* de l'organisation des services et de la main-d'oeuvre

Mot de la directrice

Ginette Leblanc

La rédaction du rapport annuel est un moment privilégié pour apprécier avec un certain recul le travail réalisé en cours d'année. Les prochaines pages présentent les principales actions menées dans chacun des secteurs de la Direction régionale de l'organisation des services et de la main-d'œuvre.

Grâce aux sommes dévolues à la région en 2003-2004, le réseau des Laurentides a pu accroître ou mettre sur pied des services, et réaliser des actions selon les cibles prioritaires ministérielles qui s'inscrivaient dans la planification régionale. En ce qui a trait au secteur des programmes, les développements ont permis d'améliorer l'offre, la continuité et l'intégration des services. Pour ce qui est du secteur des ressources humaines, les activités ont été réalisées dans le souci d'améliorer la disponibilité du personnel dans la région.

Malgré des améliorations notables, il n'en demeure pas moins que les besoins ne sont pas tous comblés et que l'offre de services demeure incomplète, limitant ainsi l'accessibilité pour la clientèle. Les travaux menés par le ministère au cours de l'année précisent les sommes qui permettraient d'atteindre un niveau équitable de services pour la région des Laurentides. Les besoins sont grands et les attentes des intervenants de notre région le sont tout autant. Leur volonté d'améliorer l'offre de services à la hauteur des besoins de la clientèle est inébranlable.

L'année 2003-2004 a été marquée par des modifications législatives, entre autres les lois 25 et 30, qui apportent des changements importants tant à la structure de nos établissements et de l'organisation des services cliniques qu'aux conventions collectives. Avec la collaboration des directeurs généraux, l'Agence a entrepris des travaux pour revoir, par le biais du projet clinique, l'offre de

service et les rôles et responsabilités de chacun, dans la perspective des réseaux locaux de services. Ces travaux se situent dans la continuité de ceux des dernières années et mettent à profit l'expertise régionale et la collaboration de tous, qui font notre force.

Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour souligner le travail des membres de l'équipe qui, malgré la turbulence de l'année, ont su porter le flambeau dans chacun leurs secteurs tout en demeurant disponibles pour soutenir le réseau.

ORGANISATION DES SERVICES

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Dans le secteur de la déficience physique, l'année 2003-2004 a été caractérisée par d'importants travaux visant la continuité et la complémentarité des services entre les régions et les établissements.

Le consortium de soins et de services de l'Ouest du Québec pour les personnes atteintes d'un traumatisme craniocérébral (TCC) a été désigné par un groupe d'experts nommés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, reconnaissant ainsi les services spécialisés requis par ces personnes et un chemin rapide et continu pour y accéder. Ainsi, une personne des Laurentides ayant un tel traumatisme passera avec fluidité de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour des services médicaux spécialisés, à l'Hôpital Juif de réadaptation de Laval pour la réadaptation fonctionnelle à l'interne. Elle pourra ensuite recevoir, dans sa région, les services de réadaptation à l'externe par le Centre de réadaptation Le Bouclier, lequel a reçu le financement nécessaire pour offrir des services à toutes les personnes des Laurentides qui ont un TCC modéré ou sévère. Les travaux ont favorisé la reconnaissance, par un financement additionnel, du travail réalisé par les intervenants du Centre d'aide aux personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques des Laurentides qui offre des activités de soutien dans la communauté à cette clientèle.

De plus, la référence aux services dans la région des Laurentides des personnes atteintes d'une blessure médullaire a été améliorée.

Finalement, l'organisation des services pour les enfants de moins de six ans ayant des retards ou des troubles de la parole et du langage a été améliorée. Les liens de complémentarité entre l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, le Centre de réadaptation le Bouclier et les CLSC Arthur-Buies, Jean-Olivier-Chénier et Thérèse-de-Blainville ont été clarifiés pour permettre aux enfants et aux familles de recevoir les services appropriés. Un budget supplémentaire a été alloué au Centre de réadaptation Le Bouclier pour les enfants ayant des troubles de langage, permettant ainsi d'augmenter le nombre d'enfants bénéficiant de ses services, dans la portion sud du territoire.

AIDES TECHNIQUES

Après deux années de non-récurrence, le ministère de la Santé et des Services sociaux a assuré la récurrence au budget de trois programmes d'aides techniques destinés à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées vivant à domicile :

- oxygénothérapie 39 861 $
- AVQ / AVD 55 954 $
- fonctions d'élimination 28 750 $

De plus, une somme de 154 176 $ du plan triennal d'investissements pour les équipements de services à domicile 2003-2004 a été entièrement attribuée au fiduciaire, le Centre de réadaptation Le Bouclier, pour diminuer la liste d'attente en Aide à la vie quotidienne et en Aide à la vie domestique (AVQ / AVD).

Un arrimage entre le cadre en oxygénothérapie du MSSS et le programme régional des soins respiratoires à domicile, sous la responsabilité de la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, a mené à la mise en place d'un nouveau cadre de gestion régional sur les mesures en soins respiratoires à domicile. Le Centre de réadaptation Le Bouclier a accepté d'en être également le fiduciaire.

La complémentarité de toutes ces mesures a contribué à diminuer considérablement les listes d'attente à ces programmes, voire en réduire une à zéro dans le cas de l'oxygénothérapie.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Les personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED), incluant l'autisme, ont bénéficié d'une augmentation significative de services en 2003-2004. Ainsi, plusieurs enfants de moins de six ans ayant un diagnostic de TED ont eu la possibilité de recevoir entre 10 et 20 heures d'intervention comportementale intensive par semaine, lesquelles ont été offertes soit en milieu de garde, dans les locaux du Centre du Florès ou du CH et CR Antoine-Labelle et en milieu familial.

Le projet de désinstitutionnalisation de la Résidence Sainte-Marguerite s'est concrétisé. Au 31 mars 2004, sur 54 résidents, 39 ont été intégrés au sein de ressources dans la communauté, avec la collaboration du personnel et des familles. Le Centre du Florès est responsable de ce projet et prévoit fermer la Résidence pour le mois d'octobre 2004.

Comme le MSSS déposait, en 2002-2003, ses orientations dans le cadre de sa politique sur la déficience intellectuelle « *De l'intégration sociale à la participation* », un plan d'action en déficience intellectuelle 2003-2008 a été adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale des Laurentides en octobre 2003.

PERSONNES ÂGÉES ET AUTRES ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE

Nous avons réalisé plusieurs actions visant à assurer aux personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie des services accessibles, continus et de qualité, que ce soit à domicile ou en milieu d'hébergement.

Les principales actions réalisées sont les suivantes :

- consolidation financière des services de soutien à domicile dispensés par les CLSC;

- mise en place d'équipes d'intervention en CLSC dédiées au désengorgement des centres hospitaliers par la mise en place de mesures facilitant le retour à domicile;
- mise en place de nouvelles ressources intermédiaires pour contribuer au désengorgement des centres hospitaliers pour les personnes ayant besoin de convalescence en vue d'un retour à domicile ou de transition en vue d'un hébergement en CHSLD;
- ajout de places d'hébergement dans trois CHSLD privés non conventionnés pour y loger des personnes en attente d'hébergement dans des lits de soins de courte durée afin de désengorger les centres hospitaliers;
- élaboration de projets de ressources alternatives à l'hébergement en CHSLD pour les personnes de moins de 65 ans ayant des limitations physiques importantes (ex. : sclérose en plaques);
- appui à deux projets de maisons de soins palliatifs à Saint-Jérôme et à Saint-Eustache;
- allocations budgétaires aux CHSLD afin de leur permettre d'atteindre un taux de réponse aux besoins de 71 %;
- réalisation d'un programme de formation à l'intention de plus de 400 intervenants concernant l'utilisation de la grille multiclientèle comme outil unique d'évaluation des besoins des usagers;
- collaboration avec le Mouvement des Aînés du Québec (FADOQ Laurentides), dans le cadre du programme des Roses d'Or qui vise à apprécier la qualité des services en résidences privées d'hébergement pour personnes âgées;
- tenue à jour d'un registre de quelque 150 résidences privées d'hébergement pour personnes âgées.

RESSOURCES RÉSIDENTIELLES PRIVÉES

L'année 2003-2004 a connu des dénouements significatifs en ce qui a trait au dossier de l'hébergement en résidence privée. Un comité de travail, formé de représentants du réseau public (établissements, Agence, Commissaire régional à la qualité des services) et de propriétaires de ressources privées d'hébergement, a produit deux documents d'orientation qui ont fait l'objet d'une adoption par le conseil d'administration de l'Agence au début de 2004. Ces documents portent le titre de *Cadre de référence pour la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables hébergées dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux* et *Procédure d'intervention pour la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables hébergées dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.*

Le processus de qualification et son pendant, la procédure de traitement des signalements, sont au cœur d'une approche multidimensionnelle. Une particularité de notre région dans ce dossier, par rapport aux travaux réalisés ailleurs, est que notre cadre de référence ne s'adresse pas qu'aux résidences pour personnes âgées mais à toutes les ressources résidentielles hébergeant des clientèles vulnérables.

RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

L'allocation de dépenses personnelles (barème éclaté) aux jeunes hébergés en famille d'accueil a été majorée passant de 2 $ à 3 $ par jour. Le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit qu'elle atteindra 5 $ en 2005-2006 en l'augmentant graduellement de 1 $ par année. Cette allocation permet aux familles d'accueil de mieux couvrir les besoins des enfants qu'elles hébergent tels les vêtements, les loisirs, le matériel scolaire et l'argent de poche.

Une nouvelle forme d'allocation de type forfaitaire de 1 $ par jour par personne hébergée est versée aux ressources de type familial (RTF) depuis le 1er septembre 2004, à titre de complément à la rétribution quotidienne des ressources de type familial (famille d'accueil pour les 0-18 ans) et résidences d'accueil (18 ans et plus).

Ces mesures permettent aux RTF de maintenir la qualité des services à leurs usagers.

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

L'implantation du cadre de gestion des ressources intermédiaires (RI) étalée sur une période de trois ans en était à sa dernière année. Il faut se rappeler que les régions avaient trois ans pour implanter le cadre des RI et, principalement, pour rétribuer les ressources en fonction de l'échelle des taux de rétribution quotidienne déterminée par « *l'instrument d'identification de l'intensité des services requis de la ressource intermédiaire* ».

Notre région a terminé l'ajustement, dès le 1er avril 2003, en injectant de son enveloppe régionale environ 1 000 000 $ afin d'atteindre l'échelle des taux utilisés pour rétribuer les RI reconnues avant le 1er avril 2001.

Le développement de ce type de ressources permet aux personnes d'être hébergées dans des lieux physiques qui s'apparentent davantage au milieu de vie naturel de l'individu. C'est un type de ressources en expansion dans tous les programmes-clientèle. Ainsi, la région des Laurentides a développé, en 2003-2004, les places suivantes :

• personnes adultes en perte d'autonomie	3 RI	41 places
• santé mentale	3 RI	22 places
• jeunesse protection	1 RI	8 places
• déficience intellectuelle	19 RI	32 places
• déficience physique	2 RI	5 places

MESURES DE CONTRÔLE

En juin 1998, le ministère modifiait la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin d'y inclure, par l'article 118.1, l'obligation pour les établissements d'adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles, de le diffuser auprès de leurs usagers et de procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. Les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* et le plan d'action en découlant ont été publiés en 2003.

Afin de mieux outiller les établissements dans leur obligation légale, nous avons tenu une journée d'appropriation avec l'ensemble des établissements de la région en juin 2003. À la suite de cette activité, un comité de travail régional s'est créé et a élaboré un protocole d'application type qui sera diffusé à tous les établissements.

Cette démarche a encouragé les établissements à faire une profonde réflexion sur leur utilisation des mesures de contrôle et sur la recherche de mesures de remplacement permettant ainsi d'en réduire l'usage dans bien des cas.

SANTÉ MENTALE, ADAPTATION SOCIALE

Services aux enfants, aux jeunes en difficulté d'adaptation et à leur famille

Pour une troisième année consécutive, il y a eu augmentation des services aux jeunes et à leur famille. Cette année, les CLSC ont ciblé l'accroissement de l'offre de services auprès des 6-17 ans. Ces efforts pour offrir le service opportun au bon moment contribuent à éviter l'apparition de problèmes graves requérant la mobilisation de services plus lourds tels que le signalement d'enfants à la protection de la jeunesse.

En matière de concertation, les établissements offrant des services aux jeunes (CLSC, Centre jeunesse, Centre de réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle, en toxicomanie) ont poursuivi leurs efforts, toujours dans l'objectif de mieux aider les jeunes et les familles. Ces travaux devraient contribuer à ce que moins de jeunes se retrouvent « entre deux chaises ». Dans cette optique, un projet de recherche portant le nom d'Équipe d'intervention jeunesse a été implanté dans un territoire-pilote. On y retrouve des représentants de tous les établissements de notre réseau offrant des services aux jeunes ainsi que ceux du milieu scolaire.

Au regard du développement de bonnes pratiques d'intervention, à l'instar des autres régions du Québec, plusieurs intervenants et gestionnaires du Centre jeunesse et des CLSC des Laurentides ont participé à un Programme national de formation.

Au cours de l'année, près de 1 100 jeunes des Laurentides ont fait l'objet d'un placement en milieu substitut, soit 723 en famille d'accueil, 157 en ressource intermédiaire et 211 en places internes en centre d'accueil. Afin de soulager l'engorgement chronique que nous connaissons depuis quelques années, 24

nouvelles places ont été ajoutées au permis du Centre jeunesse. De plus, ce dernier a fait des efforts importants afin d'améliorer la pertinence de ses mesures au regard de l'hébergement dans le cadre d'un projet dit « Bon jeune, bonne place ».

Dans la foulée des orientations en matière d'agression sexuelle, des activités se sont poursuivies (journée d'appropriation, rencontres de travail) afin de bonifier les interventions face aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. Ces activités s'inscrivent dans une entente convenue entre les policiers, les procureurs de la couronne, la direction de la protection de la jeunesse, le milieu scolaire et le secteur des milieux de garde afin de répondre de façon adéquate et coordonnée aux besoins d'aide et de protection de ces enfants. Les organismes communautaires et les centres hospitaliers ont également été associés à ces travaux.

Enfin, l'année 2003-2004 a été marquée par la mise en place de la nouvelle loi fédérale : la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), qui remplace la Loi sur les jeunes contrevenants. L'Agence, de concert avec le Centre jeunesse et les organismes de justice alternative, a travaillé à évaluer les impacts financiers et organisationnels générés par ce nouveau cadre législatif.

De nouvelles pratiques ont été développées en conformité avec cette loi, notamment l'intensification de mesures de probation et de surveillance dans la communauté ainsi qu'un nombre accru de références policières aux organismes de justice alternative pour ces jeunes ayant commis des actes de délinquance.

Services de santé mentale aux enfants, aux jeunes et à leur famille

Trois projets ou situations particulières ont marqué l'année 2003-2004.

Le Centre jeunesse des Laurentides s'est vu confirmer sa mission en santé mentale par la mise en opération de deux unités de vie pour des enfants et des jeunes présentant des troubles concomitants d'adaptation sociale et de santé mentale. Ces unités permettent maintenant de mieux répondre aux besoins de ces jeunes.

Par ailleurs, un projet-pilote impliquant le CLSC Arthur-Buies, le CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville et l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme a été amorcé à l'automne 2003. Ce projet vise la mise en place de services de première ligne en santé mentale infantile. Plus de 80 jeunes ont reçu des services appropriés à leur situation et la liste d'attente à la clinique externe de l'Hôtel-Dieu a été allégée.

Enfin, l'absence temporaire du pédopsychiatre à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme a suscité une mobilisation des partenaires, rendant possible la mise en place d'un plan de contingence efficace. Ainsi, cette situation difficile a créé une opportunité de collaboration dynamique de l'Hôtel-Dieu tant avec des établissements de la région que d'autres hors région. La crise appréhendée a donc été résorbée.

Dépendances

Les problématiques de l'alcoolisme, de la toxicomanie et du jeu pathologique sont maintenant réunies dans un seul programme « dépendances » au ministère, ce qui devrait permettre une harmonisation des actions entreprises.

Dans le secteur des services à la jeunesse en toxicomanie, le Centre André-Boudreau a poursuivi la gestion du Mécanisme d'Accès jeunesse (MAJT) : 83 jeunes ont formulé une demande d'aide et la collaboration entre les partenaires impliqués demeure très bonne.

De plus, en rapport avec le *Cadre normatif sur la certification des organismes privés ou communautaires oeuvrant en toxicomanie et offrant de l'hébergement*, l'Agence a sensibilisé les partenaires de la santé et des services sociaux et intersectoriels à l'importance d'avoir recours prioritairement au centre de réadaptation ou aux centres certifiés afin de s'assurer que les clients reçoivent des services de qualité dans un contexte adéquat.

Enfin, dans le cadre du programme expérimental d'aide aux joueurs pathologiques, l'Agence et les partenaires ont procédé à un bilan 2000-2004. Il y a une bonne adéquation entre les besoins de la population en matière de prévention du jeu pathologique et l'expertise que peuvent offrir les organismes communautaires à ce sujet.

En ce qui concerne le traitement, plus de 500 clients ont été desservis par le Centre André-Boudreau depuis quatre ans. Des suivis de groupe ont été développés afin de répondre à un besoin exprimé par les clients. Des difficultés à rejoindre tant les clients que les proches des joueurs ont émergé mais la prochaine année sera axée sur des campagnes plus dynamiques de promotion des services disponibles.

Services de santé mentale pour les adultes

Afin d'améliorer l'intégration des personnes dans la communauté et de favoriser une plus grande fluidité entre les services (urgences, hospitalisation de courte durée, de longue durée et services dans la communauté), le Centre du Florès s'est vu confier le mandat de développer une ressource intermédiaire de courte durée et une de longue durée. De plus, le CLSC Arthur-Buies a reçu un soutien financier afin de développer des interventions de soutien dans la communauté pour les personnes présentant des troubles graves de santé mentale.

Enfin, dans une perspective d'échanges cliniques, un comité a été mis sur pied sous la responsabilité d'un psychiatre conseil. Ce comité permet à divers professionnels des établissements du bassin sud de la région de traiter de cas cliniques auxquels ils ont été confrontés tout en visant à perfectionner leurs approches et à les ajuster à celles de leurs collègues. Depuis le printemps 2004, des psychiatres de la région participent également aux rencontres.

Services aux personnes itinérantes

Les services aux personnes itinérantes, presque absents de notre milieu antérieurement, ont été développés grâce à l'apport d'une contribution du gouvernement fédéral dans le cadre du programme Initiative de Partenariats en Action Communautaire (IPAC), mais également grâce à l'effort et à la contribution des organismes communautaires de notre région et de représentants des CLSC. Ce programme fédéral vise à offrir des services à des personnes sans-abri ou sans domicile fixe, itinérantes ou à risque de le devenir.

La première phase du programme IPAC, qui s'est terminée en septembre 2003, a permis le déploiement de plusieurs activités et services, notamment le renforcement du volet prévention de l'itinérance, la liaison à l'intérieur du territoire ainsi qu'avec des ressources de Montréal, l'hébergement pour les femmes en difficulté, l'hébergement-dépannage et dégrisement ainsi qu'un transport régional pour toute la clientèle ciblée (18-99 ans), l'hébergement transitoire pour les 17-30 ans, le travail de rue, l'achat de deux cafés de rue et d'une petite boutique servant de plateau de travail ainsi qu'une bâtisse permettant l'hébergement à moyen terme de huit personnes avec du soutien social. De la formation a également été offerte aux personnes oeuvrant auprès des personnes itinérantes et des activités de sensibilisation ont été réalisées auprès de la population.

Ce programme se poursuit avec une phase 2 et il devrait se terminer le 31 mars 2006. La contribution du gouvernement fédéral, pour la phase 2, s'élève à 2 703 971 $. Des projets financés lors de la phase 1 du programme ont été reconduits. Par ailleurs, nous attendons d'autres projets qui devraient permettre d'augmenter l'étendue des services, particulièrement en ce qui a trait à l'hébergement transitoire et à moyen terme avec soutien social.

Afin d'élargir la représentation des différents secteurs concernés par l'itinérance, nous avons invité d'autres personnes de divers secteurs à se joindre à un comité consultatif régional. Ce comité remplacera la Table régionale des partenaires qui a existé jusqu'à l'automne 2003. Nous croyons que leur implication contribuera à l'aide apportée aux personnes itinérantes ou à risque de le devenir. Ce comité se composera de représentants des secteurs de la santé et des services sociaux, des municipalités, du milieu socio-économique, du milieu scolaire, de la sécurité publique et du milieu universitaire.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Au cours de l'année, les travaux concernant les organismes communautaires ont été consacrés à l'implantation de la politique gouvernementale sur l'action communautaire autonome adoptée en 2001-2002.

Un des objectifs d'application de la politique a trait au rattachement financier des organismes communautaires au ministère ou à l'organisme gouvernemental ayant la mission la plus compatible avec sa raison d'être. Ainsi, cette opération a eu pour résultat de transférer à l'Agence des subventions de quarante-neuf organismes déjà soutenus par le MSSS (535 221 $) et dix-sept non soutenus par le MSSS (221 018 $). Seulement deux organismes communautaires ont été transférés au Secrétariat à l'action communautaire autonome (125 881 $).

De plus, l'Agence a dû répartir des allocations budgétaires aux organismes communautaires directement visés par les cibles ministérielles signifiées dans les ententes de gestion. Elle a également travaillé au développement de quinze nouveaux organismes non financés jusqu'à cette année par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Le résultat concret de ces travaux nous a permis d'améliorer l'accessibilité dans les secteurs suivants :

• Femmes violentées	194 221 $
• Troubles envahissants du développement autisme	34 997 $
• PSOC (toxicomanie, enfance et jeunesse, déficience physique et intellectuelle, pauvreté)	310 000 $

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

L'Agence a poursuivi ses activités visant à améliorer l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, de concert avec le Comité régional mandaté à cette fin.

Nous avons lancé un appel d'offres auprès des organismes communautaires et des organismes incorporés sans but lucratif de la communauté anglophone (ex. : écoles, églises, associations) pour susciter des projets visant l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Nous avons ainsi réparti un budget de 42 000 $ pour financer neuf organismes qui ont mené à bien divers projets tels que de la traduction de documents, la production de dépliants en langue anglaise, la production d'un bulletin local d'information destiné à la communauté anglophone, une chronique dans un journal mensuel sur les services de santé et les services sociaux accessibles à la communauté anglophone.

ORGANISATION DE LA MAIN-D'OEUVRE

Ce bilan des réalisations est fait en regard du Plan d'action 2003-2004 issu des travaux de la table régionale des directeurs et des directrices ou responsables des ressources humaines de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux des Laurentides.

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'OEUVRE

La disponibilité de la main-d'œuvre est demeurée, en 2003-2004, une préoccupation importante, considérant que le réseau de la santé et des services sociaux est aux prises avec un problème de pénurie de main-d'œuvre, dans plusieurs catégories d'emploi. L'équipe des ressources humaines-réseau a poursuivi son mandat de soutenir, d'outiller et de travailler conjointement avec les établissements à la réalisation de la démarche de planification de main-d'œuvre (PMO) locale et régionale. Ces actions visaient notamment à :

- Soutenir les établissements dans la réalisation de leur planification de main-d'œuvre dans la foulée de la démarche régionale qui a mené à la conception du Guide « 1-2-3 Go! PMO »;
- Offrir la possibilité aux établissements d'obtenir une expertise technique et professionnelle afin de mettre en oeuvre la démarche de PMO dans leur établissement;
- Donner le soutien requis aux établissements afin de leur permettre de réaliser, pour le 31 mars 2004, la première étape de la PMO, soit l'inventaire des effectifs;
- Donner le soutien requis aux établissements qui seront rendus aux étapes de l'étude de vulnérabilité et la projection des effectifs, s'il y a lieu;
- Orienter les stratégies régionales au regard des besoins de main-d'œuvre;
- Rendre les établissements autonomes dans la poursuite de l'exercice de planification de main-d'œuvre.

Il a donc été convenu d'offrir aux établissements une banque d'heures pour les aider dans la réalisation de leur PMO locale. Cette banque d'heures a pu être utilisée pour du soutien technique lié à la compréhension et à l'utilisation de l'outil informatique ainsi que pour l'analyse des données. Elle a pu être utilisée également pour du soutien professionnel, coaching ou autre.

La planification de la main-d'œuvre cadre a été priorisée afin de pouvoir mettre en oeuvre le programme d'identification et de préparation de la relève du personnel d'encadrement et de faire ressortir les priorités d'action en considération des secteurs névralgiques.

Les données recueillies auprès de chaque établissement ont permis la réalisation du rapport régional sur les effectifs.

Cet exercice de planification de main-d'œuvre permettra, pour la prochaine année, de dégager des pistes d'action visant la mise en place de mesures particulières pour assurer la relève et atténuer la pénurie anticipée.

RECRUTEMENT RÉGIONAL

L'Agence a planifié et organisé deux journées de recrutement intensif pour la région : le Salon Emploi de la santé et des services sociaux des Laurentides, les 12 et 13 mars 2004. Cet événement est une première pour les Laurentides et a permis d'attirer plus de 650 personnes dans divers domaines d'emploi reliés à la santé et aux services sociaux. Ce premier Salon Emploi s'est tenu dans un site enchanteur à Sainte-Adèle et misait, entre autres, sur les attraits touristiques de la région. La majorité des établissements ont participé à ces deux journées et les retombées, en terme de recrutement, ont été positives pour les établissements présents.

GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

L'équipe ressources humaines-réseau, en concertation avec les établissements, a poursuivi la mise en œuvre du Plan d'action triennal en gestion de la présence au travail, visant à soutenir et maintenir au travail les ressources humaines.

L'accélération du rythme des changements et le contexte propre au réseau de la santé et des services sociaux affectent les ressources humaines et se traduisent par une croissance de l'absentéisme causée, dans une grande proportion, par des invalidités reliées à des états de détresse affectant l'équilibre des individus. Cet état de fait préoccupe les organisations et de belles réalisations sont à noter afin de supporter les équipes de travail en améliorant par le fait même le climat organisationnel et, par conséquent, la présence au travail. Toutefois, beaucoup d'efforts restent à faire par les établissements afin de soutenir dans le changement les équipes de travail dans le contexte actuel de transformation du réseau.

SERVICE RÉGIONAL DE MAIN-D'OEUVRE

Le service régional de main-d'œuvre (SRMO) a poursuivi ses activités afin de favoriser le replacement des salariés en sécurité d'emploi et des cadres en stabilité d'emploi.

Au 31 mars 2004, le nombre de salariés inscrits au Service régional de main-d'œuvre est de onze dont neuf sécuritaires. En ce qui a trait au personnel d'encadrement, il y a quinze personnes en stabilité d'emploi dont six ont opté pour la mesure de préretraite et neuf ont choisi le replacement. Sur ces neuf personnes, trois sont actuellement en prêt de service.

Le Service régional de main-d'œuvre a traité 869 requêtes de main-d'œuvre au cours de l'exercice se terminant le 31 mars 2004. Elles proviennent principalement des secteurs d'emploi suivants : paratechniques (35 %), infirmières (25 %) et professionnels (9 %).

SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

Le plan d'action 2003-2004 élaboré par le Comité régional de développement du personnel d'encadrement à la table des directeurs et directrices des ressources humaines a permis notamment la mise en place :

- d'un microprogramme de 2e cycle en gestion dispensé par l'Université Laval, adapté aux besoins particuliers de la région. Une première cohorte a débuté au mois d'avril dernier et une deuxième est prévue en septembre prochain;
- d'un programme d'identification et de développement de la relève des cadres intermédiaires assorti d'une offre de service visant à répondre aux besoins personnalisés de chaque établissement;
- de groupes de codéveloppement, soit trois groupes interétablissements et un groupe interfonctions dans le même établissement;
- de déjeuners conférences sous les thèmes suivants : la reconnaissance des styles sociaux, l'approche de codéveloppement, le leadership et la gestion de soi dans le changement.

Dans le contexte de changements et de transformation du réseau, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement a défini différentes autres activités pour répondre à ces besoins.

RELATIONS DE TRAVAIL

Le contexte de renouvellement des conventions collectives dans le réseau de la santé et des services sociaux et des nouvelles lois du travail a nécessité la mise en place de différentes actions au niveau régional.

Parmi les actions, signalons en particulier qu'un comité régional de gestion de crise en relations de travail a été créé pour faire face aux moyens de pression appréhendés des syndicats. Les principaux objectifs de ce comité sont de coordonner la collecte, auprès des établissements, des données relatives au maintien des services auprès de la population et d'apporter le soutien nécessaire aux établissements de la région, si les moyens de pression ont un caractère régional.

L'Agence a également collaboré à l'organisation de la Tournée régionale d'information du Ministère, regroupant les régions de Laval, Lanaudière et des Laurentides, sur la Loi concernant les unités de négociation dans le secteurs des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (loi 30).

Enfin, l'adoption et l'entrée en vigueur en janvier 2003 de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé a nécessité l'organisation d'activités de formation. Cette nouvelle loi vise à moderniser la structure professionnelle du système de santé en vue d'une meilleure organisation des services dans l'intérêt des usagers. Une formation a été donnée aux gestionnaires des établissements afin de les outiller pour la mise en application de la loi, du point de vue clinique, juridique et de gestion.

La *direction* régionale des affaires médicales et hospitalières

Mot du directeur

Pierre Gfeller

L'année 2003-2004 dans notre direction, principale répondante à l'Agence pour les centres hospitaliers et les médecins de la région, s'est inscrite dans la poursuite des actions déjà posées en 2002-2003 afin de mieux assurer l'accès, la continuité et la qualité des services médicaux dans la région des Laurentides, aussi bien dans les cinq centres hospitaliers que dans les autres milieux de soins.

La vision qui anime cette démarche est d'aborder de façon systémique chacun des éléments (modèle d'organisation, répartition de la main d'œuvre médicale, haute technologie, systèmes d'information, immeubles, ressources financières, etc.) qui déterminent l'offre de services. Nous croyons en effet qu'il doit exister une logique et une cohérence entre les différentes mesures mises de l'avant et qui touchent des aspects pouvant sembler, de prime abord, totalement distincts et sans aucune interrelation.

C'est ainsi que l'étude sur les besoins régionaux en lits de courte durée d'ici 2011, un exercice d'envergure ayant mobilisé tous les centres hospitaliers et CLSC, est venue compléter le plan de réorganisation des services hospitaliers déposé l'année précédente et orienter les développements immobiliers, tout en identifiant des pistes potentielles de réorganisation pour certains de nos futurs réseaux locaux de services.

L'adoption en 2003 des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), aussi bien en omnipratique qu'en spécialités, a également fait l'objet de travaux impliquant tous les établissements et, dans le cas des médecins de famille, le Département régional de médecine générale (DRMG). Il faut d'ailleurs souligner l'essor important que le DRMG a pris dans la région des Laurentides et le leadership qu'il exerce au niveau provincial.

Bien que la situation régionale de la main d'œuvre médicale s'améliore légèrement chaque année, malgré le contexte général de pénurie au Québec, des situations extrêmement difficiles persistent en omnipratique et dans plusieurs spécialités (psychiatrie, anesthésie, hémato-oncologie) et dans certains territoires (Antoine-Labelle, Argenteuil). Les difficultés d'accès à un médecin de famille sont malheureusement devenues une réalité dans l'ensemble de la région comme dans plusieurs régions du Québec et il faut espérer que certaines initiatives (Groupes de médecine de famille (GMF), partage du travail avec les autres professionnels, et en particulier les infirmières cliniciennes, recrutement de nouveaux médecins, réorganisation des services dans les réseaux locaux, etc.) permettront éventuellement d'améliorer cette situation.

La haute technologie et la télésanté ont également retenu notre attention : révision de la grille de priorisation des équipements, appel d'offres de mai 2003, étude sur la médecine nucléaire, implantation du PACS régional, études de numérisation de l'information clinique, etc.

La rédaction du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007 s'est poursuivie et a impliqué le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides mis en place par la Présidente-directrice générale de l'Agence. Elle devait se conclure par son adoption au Conseil d'administration au début de 2004-2005.

En plus de traiter certains autres dossiers (sages-femmes, agréments en traumatologie, développement des réseaux intégrés en maladies chroniques, etc.), le personnel de la direction a dû faire face, comme à chaque année, à des crises ponctuelles dans certains établissements menaçant l'accès aux services (pédopsychiatrie, anesthésie, urgence). La collaboration des médecins de la région, des gestionnaires, des fédérations médicales et du ministère a permis d'éviter les fermetures appréhendées.

J'aimerais remercier tout le personnel de la direction et les professionnels des autres directions qui ont collaboré à certains de nos dossiers pour les efforts soutenus et les résultats obtenus en 2003-2004. Je désire également souligner l'implication des médecins des Laurentides, des membres de la Commission médicale régionale, ceux de la Commission infirmière régionale et la constante collaboration des gestionnaires de nos établissements.

LES SALLES D'URGENCE

Le nombre de visites aux urgences des Laurentides a augmenté de 5 205, soit une hausse de 2,5 % par rapport à l'année dernière. Quant aux transports ambulanciers ils ont augmenté de 1 009, soit une hausse de 4 %. Par contre, les hospitalisations en provenance de l'urgence ont connu une baisse de 4 %. Cette réduction est une conséquence de la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation des personnes, comme l'augmentation de l'accès à la médecine de jour en est un bon exemple. Les travaux d'agrandissement des deux salles d'urgence du CH-CLSC-CHSLD des Sommets et de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme débuteront à l'été 2004. Ces projets sont de bon augure pour 2005.

Indicateurs d'activités aux urgences	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Total des visites aux urgences des Laurentides	207 051	206 181	211 386
Nombre de personnes gardées sur les civières de la région	57 392	58 593	60 166
Nombre de personnes arrivées en ambulance aux urgences et gardées sur civière par la suite[1]	24 084	25 094	26 103
Nombre total de personnes hospitalisées en provenance des urgences	26 054	25 379	24 392

Source : Registre de la clientèle sur civière, MSSS.

LA RÉDUCTION DES LISTES D'ATTENTE EN CHIRURGIE

Dès janvier 2003, des démarches spécifiques ont débuté avec les hôpitaux de la région afin de réduire les listes d'attente hors délai en chirurgie, le délai étant fixé à trois mois pour une prothèse de la hanche ou du genou et à six mois pour les opérations de la cataracte.

Le nombre de chirurgies de la cataracte est passé de 2 572 en 2002-2003 à 3 206 en 2003-2004, ce qui représente une augmentation de 24,7 %. Quant aux nombres de chirurgies du genou et de la hanche, on observe des hausses respectives de 14 % et 29,5 %. Malheureusement, plusieurs personnes attendent encore plus de trois mois en orthopédie avant d'être opérées. L'accessibilité limitée aux blocs opératoires des centres hospitaliers de notre région et le peu de disponibilité des médecins spécialistes font en sorte que, malgré toute la collaboration des intervenants, l'objectif de ramener à zéro les listes d'attente hors délai sera difficile à atteindre.

[1] *Le nombre total de personnes amenées par ambulance aux urgences est nettement supérieur puisque plusieurs de ces patients sont redirigés vers la salle d'attente, en mode clientèle ambulatoire.*

LA CONSOLIDATION DES SERVICES EN HÉMODIALYSE

Nous constatons une hausse de 5 à 10 % par année des demandes en dialyse semi-autonome et en hémodialyse traditionnelle de la part des citoyens des Laurentides. Malgré l'augmentation des places de 96 à 120 à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, ce dernier ne répond plus à la demande. Par conséquent, plusieurs personnes doivent, pour obtenir des services, se rendre à Laval ou à Montréal. Cette situation est très préoccupante et l'Agence devra, au cours des prochains mois, trouver d'autres solutions avec les différents partenaires du réseau de la santé.

LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA TRAUMATOLOGIE

Les établissements désignés de notre région ayant des salles d'urgence affiliées au réseau québécois de la traumatologie sont les suivants : Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, centre secondaire, Centre hospitalier Saint-Eustache, centre secondaire, CH-CLSC-CHSLD des Sommets, centre primaire, et le Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle, site de Mont-Laurier, centre primaire. Ces établissements offrent des niveaux de services différents, ce qui explique les désignations de centre primaire ou secondaire.

Les équipes des salles d'urgence désignées ont traité plus de 450 cas de polytraumatisés, dont 116 avaient des atteintes neurologiques. Plus de 70 enfants étaient au nombre de ces traumatisés majeurs. Des corridors de transferts sont établis avec les deux centres pédiatriques universitaires de Montréal, soit l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. Quant aux adultes, ils sont dirigés vers l'Hôpital du Sacré-Cœur pour tous les cas qui nécessitent des traitements spécialisés.

LA COORDINATION RÉGIONALE EN SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

Les activités en sécurité civile - mission santé, ont mobilisé des ressources dans les secteurs suivants : les services préhospitaliers, la santé publique et les services psychosociaux. De plus, nos activités nous ont conduits à intervenir en collaboration avec la Sécurité civile, le ministère du Transport, le ministère de l'Environnement, les différents services de police et les services de prévention des incendies.

En 2003-2004, les activités de mise en alerte en sécurité civile pour une situation appréhendée ou à survenir ont augmenté de 29 %. Cette augmentation a été générée, entre autres, par la mise en place du Centre de veille national en sécurité civile, ce qui a permis à l'Agence d'être informée rapidement et de bien planifier les interventions dans leur ensemble.

Nombre	2002-2003	2003-2004
Mises en alerte	65	92
Interventions téléphoniques	57	85
Interventions terrain	8	7

En matière de planification, l'Agence maintient sa collaboration avec l'Organisation régionale en sécurité civile (ORSC) comme avec les 13 ministères et les organismes impliqués dans le Plan régional en sécurité civile (PRSC). Le PRSC -mission santé est terminé et il a été transmis à la Sécurité civile.

Les coordonnateurs des mesures d'urgence mission santé en CLSC ont maintenu la formation de base volet psychosocial, ce qui a permis de former 20 nouveaux intervenants et de tenir une séance de formation continue afin de connaître les outils développés par chacun d'entre eux dans un contexte d'intervention.

En ce qui a trait à sa participation au comité ministériel en sécurité civile mission santé, l'Agence a collaboré à différents travaux et discussions sur la planification d'une intervention possible en cas de pandémie d'influenza, d'émergence du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et d'acte terroriste à caractère biologique, chimique ou radiologique, ainsi que sur l'impact de la Loi sur la sécurité civile sur le réseau de la santé et des services sociaux.

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

Suite aux recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), le MSSS propose d'implanter 300 groupes de médecine de famille (GMF) dans toutes les régions du Québec. L'objectif ministériel est que ce mode de pratique devienne prépondérant au Québec et que 80 % de la population soit prise en charge par un médecin de famille.

Au cours de la dernière année, trois groupes de médecine de famille ont vu le jour dans notre région. Le GMF de la Rouge offre des services dans trois sites différents, à savoir la Clinique de médecine familiale du Centre hospitalier et centre de réadapation Antoine-Labelle, une clinique à Labelle et une clinique à Nominingue. Le GMF Mont-Tremblant regroupe les médecins du Centre médical Saint-Jovite. Finalement, il y a le GMF de Lorraine qui est situé à la Clinique médicale Lorraine. L'implantation de ces GMF aura permis à près de 12 000 personnes de s'inscrire auprès d'un médecin de famille et d'avoir accès à des services médicaux généraux et psychosociaux adaptés à leurs besoins.

Pour la prochaine année, ces trois GMF permettront à environ 11 000 personnes de plus d'être suivies dans le cadre d'un GMF. De plus, nous prévoyons implanter deux nouveaux GMF sur le territoire.

LA MODERNISATION CLINIQUE

L'environnement du système de santé dans les Laurentides subit une métamorphose technologique depuis plusieurs années. Par exemple, les systèmes d'imagerie médicale sur films conventionnels ont été remplacés par des systèmes numériques et les systèmes d'information de laboratoires sont implantés dans tous les centres hospitaliers. Désormais, les technologies requises pour assurer l'interface entre les technologies de l'information, les télécommunications et les équipements médicaux font partie intégrante de la médecine.

La consolidation des services médicaux et l'important souci de devenir plus efficace nécessitent le partage d'information, fil conducteur de cette transition technologique. En ce sens, l'année 2003-2004 a vu naître de nouveaux défis et des occasions de poursuivre nos efforts afin d'améliorer l'organisation et l'intégration de ces services.

L'imagerie médicale et la télésanté

Le PACS

L'imagerie médicale a connu une activité très intense de développement. Après plusieurs années de planification et d'interventions stratégiques (mobiliser les établissements à s'engager dans un projet commun, réaliser une étude de faisabilité, réviser les besoins et le financement, terminer deux appels d'offres de groupe, implanter un système d'information en radiologie (SIR), s'entendre sur une architecture informationnelle) les centres hospitaliers ont terminé la mise en place du système PACS régional (Picture Archiving and Communication System). Ce système informatique organisé en réseau permet d'assurer la saisie, la numérisation, la transmission, l'affichage, le traitement, l'analyse et l'archivage d'images médicales numériques provenant de multiples techniques d'imagerie diagnostique. Nous sommes la première région au Québec à avoir réalisé un projet PACS régional.

Il est à noter que le projet PACS a fait l'objet d'une visite par le groupe de télésanté du MSSS et a été présenté aux membres du ministère de la Santé de la France dans le cadre du programme d'activités pour la mission au Québec en télésanté. L'Agence a également participé à l'élaboration du document « Orientations pour le déploiement des systèmes PACS au Québec » pour le Comité de coordination et de concertation des ressources informationnelles du MSSS.

Le développement de la télésanté

De nos jours, la télésanté permet de concrétiser le principe selon lequel chaque personne doit avoir accès aux soins et aux services, peu importe où elle vit. La télésanté représente une solution aux problèmes d'accès en améliorant la circulation de l'information diagnostique. D'ailleurs, grâce à la nouvelle technologie du PACS, nous avons réussi dans les Laurentides un développement important en télésanté car les spécialistes peuvent maintenant consulter les images à distance, même si plusieurs kilomètres les séparent. Au cours des prochaines années, nous aurons davantage recours à de l'équipement de vidéoconférence et à des liens par Internet pour amener des services de santé de première qualité vers le domicile d'une personne malade, et des centres régionaux vers les centres éloignés.

LA BIOLOGIE MÉDICALE

Transmission des résultats de laboratoire aux Groupes de médecine de famille (GMF)

En lien avec leur mise en place au Québec, le MSSS a retenu comme prioritaire la transmission des résultats de laboratoire aux GMF et des subventions ont été octroyées en 2003. L'Agence a reçu un montant de 143 448 $. Au début 2004, nous avons donc débuté l'implantation de la technologie nécessaire afin de transmettre les résultats de laboratoires aux GMF de la Rouge et de Mont-Tremblant.

Le système du sang

Depuis 1997, un nouveau système de gestion du sang est mis en œuvre au Québec. En 2003-2004, selon les attentes du MSSS, nous avons formé un comité de médecine transfusionnelle. Des ententes de services entre le centre désigné, l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, et les centres associés du système du sang ont été signées. Les activités transfusionnelles, la mise à jour du logiciel SIIATH (système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance) relié aux banques de sang, la mise à jour de la gestion des inventaires de produits sanguins et leur budgétisation se poursuivront en 2004-2005.

Les analyses hors laboratoire

Des subventions importantes totalisant 389 000 $ provenant du Programme d'accélération des investissements publics et du MSSS pour le maintien à domicile ont permis à la région des Laurentides de mettre en application les directives en matière d'analyses hors laboratoire émises en 2001 par le MSSS. Il s'agit d'un pas important vers un meilleur suivi de la glycémie capillaire faite en centre hospitalier ou à domicile par l'entremise d'un système d'information et de communication. Nous avons, au cours de la dernière année, effectué une analyse des besoins des centres hospitaliers, des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et sommes allés en appel d'offres coordonné par la Corporation d'approvisionnement Laurentides-Lanaudière. Le déploiement de ces équipements informatisés de glycémie se fera l'an prochain. Cette technologie permettra la transmission des résultats et des données de contrôle de la qualité à distance.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Le Comité de lutte contre le cancer des Laurentides (CLCL) a été très actif depuis sa première réunion en janvier 2003. Afin de compléter les informations contenues dans l'État de situation de la lutte contre le cancer dans la région des Laurentides produit en 2002[1], un sous-comité de travail du CLCL s'est formé au printemps 2003. Un questionnaire sur l'organisation du travail en oncologie a été élaboré et envoyé aux centres hospitaliers, aux CLSC et aux CHSLD de la région. À l'automne suivant, les membres du CLCL représentant les centres hospitaliers ont contribué à tracer la trajectoire des personnes atteintes de cancer, et ce, du moment de la consultation en oncologie, jusqu'aux soins de fin de vie. Enfin, à l'hiver 2003 un autre sous-comité du CLCL a été créé afin d'élaborer une trousse d'information sur le cancer qui sera remise à toute personne ayant un diagnostic de cancer dans les Laurentides. Le contenu de la trousse, son visuel et son mode de diffusion seront déterminés pour la fin juin 2004.

À la demande du MSSS à l'effet que toutes les agences produisent pour le 31 mars 2004[2] un plan régional d'action de lutte contre le cancer pour les trois prochaines années, l'Agence s'est entre autres

[1] *Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, La lutte au cancer dans les Laurentides : État de situation au 31 mars 2002, 229 pages (plus annexes).*
[2] *Soulignons qu'une première date avait été fixée par le MSSS, soit le 31 mars 2003, celle-ci fut cependant reportée d'un an.*

servie des travaux du CLCL et de l'expertise de ses membres afin de rédiger le sien. Une version préliminaire du Plan d'action a été transmise au MSSS tel que demandé. Le document fut par la suite présenté pour information ou pour adoption auprès des instances suivantes : le Forum de la population, la Commission médicale régionale, la Commission infirmière régionale, la Table des directeurs des services professionnels (DSP) et des directeurs de soins infirmiers (DSI) et le Conseil d'administration de l'Agence. C'est suite à l'adoption du Plan d'action régional de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007 par le conseil d'administration de l'Agence en juin 2004, que la version finale a été acheminée au MSSS et diffusée largement auprès des établissements et des organismes concernés des Laurentides afin qu'il soit implanté.

LES SOINS PALLIATIFS

La Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, responsable du dossier cancer à l'Agence, a participé activement au Comité de travail régional sur l'organisation des services en soins palliatifs mis sur pied à la fin juin 2003 par la Direction régionale d'organisation de services et de la main d'œuvre. L'objectif de ce comité, réunissant des représentants de centres hospitaliers, de CLSC et de CHSLD, était de définir un modèle d'organisation des services de soins palliatifs dans la région des Laurentides dans le contexte de la réorganisation des services en centre hospitalier. Un document est en cours de rédaction à cet effet : Organisation des services de soins palliatifs dans la région des Laurentides. Ce dernier sera achevé au cours des prochains mois. Il va de soi que l'administration des services de soins palliatifs s'inscrira dans la philosophie de la Politique en soins palliatifs de fin de vie et du Plan d'action de lutte contre le cancer dans les Laurentides 2004-2007.

LA FORMATION SUR LES MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES CHRONIQUES ET L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Lors de l'événement Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et insuffisance cardiaque tenu par le MSSS en octobre 2000, toutes les régions du Québec avaient désigné la formation comme prioritaire. À l'automne 2001, le MSSS a décidé d'élaborer un programme de formation pour les professionnels de la santé qui interviennent dans ce domaine. Ce programme provincial comprenant douze modules a été acheminé aux régies régionales à l'automne 2003. Par ailleurs, chaque région a la responsabilité de recruter des formateurs/experts et d'offrir les formations selon les besoins relevés.

À la suite d'une consultation effectuée à l'automne 2003 auprès de tous les établissements sur leurs besoins de formation, nous avons à ce jour offert 17 ateliers de formation et rejoint environ 330 intervenants (inhalothérapeutes, infirmières, travailleurs sociaux, nutritionnistes) travaillant dans les centres hospitaliers, les CLSC et les CHSLD.

LA CLINIQUE D'ENSEIGNEMENT ET DE SUIVI MPOC

Dans un souci de complémentarité et d'accessibilité pour l'ensemble de la clientèle atteinte de MPOC, une sixième clinique d'enseignement et de suivi MPOC a été créée, soit celle du Groupe de médecine de famille (GMF) de Mont-Tremblant. Cette clinique s'ajoute aux cliniques déjà existantes dans chacun des cinq centres hospitaliers des Laurentides. Elle s'inspire, tout comme les précédentes, du concept d'autogestion préconisé dans l'outil d'enseignement Mieux vivre avec une MPOC. Ce concept d'autogestion favorise la prise de décision permettant à l'individu de poser des gestes concrets afin de faire face à ses problèmes de santé dans le but d'améliorer sa qualité de vie.

Au cours des prochains mois, nous souhaitons rendre accessibles ces services d'enseignement et de suivi au nouveau GMF de Lorraine ainsi que dans tous les futurs GMF des Laurentides.

LE PROGRAMME RÉGIONAL EN ASSISTANCE VENTILATOIRE À DOMICILE

Selon le cadre de référence du MSSS sur l'assistance ventilatoire à domicile, la prise en charge de la clientèle ventilée à domicile revient automatiquement à la région où habite cette personne. Ainsi, afin de répondre à ce mandat, nous avons proposé, en mars 2002, une organisation régionale des services adaptée aux besoins particuliers de cette clientèle[3]. Cette organisation prévoit l'accessibilité à ces services sur tout le territoire des Laurentides en tenant compte, dans les rôles dévolus à l'Agence par le cadre de référence, de notre réalité régionale ainsi que des ressources humaines et financières mises à notre disposition.

Une coordination régionale, tant médicale qu'organisationnelle, est évidemment nécessaire afin d'établir des liens de partenariat avec le Programme national en assistance ventilatoire à domicile du Centre universitaire de santé Mc Gill (CUSM) et les établissements du territoire des Laurentides, afin d'assurer une prestation adéquate et sécuritaire des services professionnels aux clientèles ventilées à domicile et de maintenir un véritable continuum des services surspécialisés offerts entre le milieu hospitalier et le domicile.

Pour la région des Laurentides, c'est l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme qui, répondant à tous les critères de désignation du cadre de référence du MSSS, a reçu le mandat de centre satellite du CUSM. Mentionnons qu'il est le premier centre satellite désigné au Québec.

Les services d'assistance ventilatoire à domicile sont assurés par une équipe composée d'un pneumologue et de deux inhalothérapeutes possédant une expérience en soins respiratoires à domicile et en assistance ventilatoire, et ce, en complémentarité avec les équipes multidisciplinaires du programme de soutien à domicile (SAD) des CLSC et des CHSLD.

Chaque personne bénéficie ainsi d'interventions personnalisées pouvant aller de l'enseignement à la réinsertion sociale, lui assurant une autonomie à la fois physique, psychologique, médicale, sociale et financière. Ces interventions visent également la prise en charge par la personne et ses proches de la situation de santé et de l'amélioration de la qualité de vie.

[3] *Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. Organisation des services en assistance ventilatoire à domicile des Laurentides, mars 2002, révisé en octobre 2003.*

Le *département* régional de médecine générale

Mot du chef

Jean-Pierre Savaria

Le Département régional de médecine générale (DRMG) est un outil puissant mis à la disposition des médecins omnipraticiens pour favoriser une meilleure organisation des soins de santé de 1ère ligne dans un territoire.

Tout médecin pratiquant dans la région des Laurentides est membre d'office du DRMG. Ces médecins élisent trois médecins qui eux nomment sept autres médecins pour former le comité de direction du Département régional de médecine générale.

Le comité de direction du DRMG s'est réuni à six reprises du 1er juin 2003 au 31 mars 2004. Des dossiers très variés y ont été traités, du plan régional en effectifs médicaux aux communications avec diverses instances régionales ou nationales quant aux activités médicales particulières ou à l'implantation des groupes de médecine de famille en passant par le traitement de demandes précises faites par des médecins omnipraticiens ou des établissements.

LES RÉALISATIONS

Les groupes de médecine de famille (GMF)
Un troisième Groupe de médecine de famille a été accrédité dans les Laurentides, le GMF de Lorraine. Le DRMG a consacré beaucoup d'efforts pour expliquer de façon collective la réalité d'un GMF aux omnipraticiens des Laurentides. Des conversations informelles, des parutions d'interviews ou d'articles dans l'*Info-DRMG* et des présentations ont été réalisées au bénéfice de plusieurs cliniques et groupes de médecins, tables médicales territoriales. Tous ces moyens ont contribué à l'épanouissement du concept GMF dans les Laurentides.

Les tables médicales territoriales
Le DRMG des Laurentides est fier d'avoir tenu six tables médicales territoriales au cours de la dernière année. Ces ateliers d'échanges et de formation continue ont été agréés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et bénéficiaient du soutien financier à la participation des médecins. Dès que l'entente sur les Activités médicales particulières[1] (AMP) a été rendue publique, les tables médicales territoriales ont accordé une large part à cette nouvelle réalité incontournable. Près de 150 médecins omnipraticiens ont participé à ces rencontres.

Les tables de concertation
Le DRMG des Laurentides a également tenu sept tables de concertation (focus group) visant à identifier, auprès de médecins impliqués dans leur milieu, les problèmes prioritaires dans l'organisation locale des soins. Les commentaires recueillis serviront de base à la réflexion du DRMG sur la nouvelle intégration des soins de 1ère ligne dans les Laurentides.

Le bulletin Info DRMG
L'Info-DRMG a été publié sur une base régulière, soit huit numéros par année, avec une pause estivale et pendant la période des Fêtes. Il cherche à informer nos membres de façon claire, objective et complète sur les grands sujets de l'heure en omnipratique : tout un défi quand on considère le format (un feuillet recto-verso) et les modestes moyens mis à sa disposition. Le bulletin Info-DRMG est envoyé non seulement à tous les médecins omnipraticiens des Laurentides mais aussi à plusieurs personnes et organismes ayant un intérêt à en prendre connaissance (ministre, Collège des médecins, FMOQ, directeurs d'établissements, députés des Laurentides, DRMG de toutes les régions, etc.).

Les autres dossiers
Le DRMG a également travaillé à la recherche de solutions à des problèmes spécifiques d'accessibilité aux soins médicaux, par exemple, la grave pénurie à l'urgence de Mont-Laurier ou encore, l'effet de la fermeture de la Clinique 640, à l'été 2003, en raison d'un incendie. Il a également innové en animant pour la première fois un stand d'information lors de la Journée carrière des médecins résidants et internes au Palais des Congrès de Montréal. Enfin, il a participé aux travaux et aux audiences publiques tenues dans la foulée du projet de loi 25 et a émis un avis sur la structure organisationnelle du territoire laurentidien concernant les soins de santé.

---

[1] *Les AMP sont des activités médicales délaissées par les médecins à cause de leur impopularité ou de la faible rémunération correspondant à ce travail. Elles sont devenues obligatoires pour tous les médecins.*

La *direction* régionale des ressources financières

Mot du directeur

Jean-Marie Raoult

Le contexte financier 2003-2004 en a été essentiellement un de transition. Cette période de transition, malgré des investissements ministériels importants, s'est révélée particulièrement difficile et exigeante sur le plan budgétaire, sous l'effet combiné de plusieurs facteurs :

- importance des déficits reconduits de l'exercice financier précédent;
- éléments non contrôlables ayant pour effet d'accroître ce niveau de déficit (financements antérieurs non récurrents, croissance et vieillissement de la population, rapatriement de la clientèle);
- sous-financement du réseau régional (par rapport à la moyenne provinciale);
- potentiels de rationalisation limités (la majorité des établissements étant très efficients).

Considérant la responsabilité de l'Agence de services de santé et de services sociaux des Laurentides en termes de respect des ressources et cibles budgétaires allouées à la région ainsi que les exigences de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (loi 107), les efforts et énergies de la Direction ont porté sur une multitude d'analyses, d'échanges, de suivis avec les établissements concernés et le Ministère et ce, tout au long de l'année.

Je tiens à souligner la précieuse collaboration du personnel de la direction dans un contexte particulièrement exigeant; les nouvelles recrues, débordantes d'énergie et de motivation, se sont adaptées rapidement. Une telle intégration n'aurait par ailleurs pu se faire sans un haut niveau d'implication, de support et d'expertise des collègues de travail en place. Les liens et habiletés ainsi développés sont assurément enrichissants et porteurs de succès pour l'avenir.

ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Voici un tableau détaillant les ajouts budgétaires confirmés au cours des quatre derniers exercices financiers :

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Indexation (salaires et autres dépenses)	21,5 M$	13,8 M$	12,8 M$	17,3 M$
Autres ajustements (tarifications, revenus,...)	1,4 M$	1,7 M$	1,6 M$	0,6 M$
Développements	10,1 M$	5,3 M$	2,1 M$	11,5 M$
Rehaussement des bases budgétaires	38,0 M$	0,5 M$	-	-
Équité - Efficience	-	-	5,8 M$	
Pour un total de :	**71,0 M$**	**21,3 M$**	**22,3 M$**	**29,4 M$**

Au printemps 2003, la région se voyait octroyer, en sus des ajustements pour indexation, des budgets de développement récurrents totalisant 11,5 M$ sur une base annualisée ainsi que des crédits non récurrents de l'ordre de 4 M$.

	Crédits non récurrents	Crédits récurrents *(base annuelle)*
Clientèles vulnérables		
Troubles envahissants du développement (TED)		1 358 836 $
Autres clientèles - déficience intellectuelle		408 693 $
Déficience physique		872 016 $
Jeunes en difficulté		1 467 939 $
Femmes violentées		356 176 $
Santé mentale		800 606 $
Hébergement - personnes âgées		296 568 $
Sous-total		**5 560 834 $**
Services à domicile		
Personnes âgées		1 555 012 $
Autres clientèles		800 120 $
Sous-total		**2 355 132 $**
Désengorgement des urgences	1 742 500 $	1 036 355 $
Réduction des délais d'attente en chirurgie	1 129 200 $	- $
Consolidation des services d'hémodialyse	1 165 000 $	- $
Ressources de type familial		637 409 $
Programme de soutien aux jeunes parents		645 182 $
Résonance magnétique		500 000 $
Services préhospitaliers d'urgence		723 875 $
Total	**4 036 700 $**	**11 458 787 $**

Malgré l'importance de ces injections budgétaires, les nouveaux paramètres confirmés à la région eurent toutefois pour effet d'accentuer la problématique budgétaire régionale, essentiellement pour les raisons suivantes :

- services mis en place antérieurement financés de manière non récurrente ;
- crédits de développement mentionnés ci-dessus en bonne partie « ciblés » et affectés au développement de nouveaux services;
- absence de correctifs en matière d'équité interrégionale;
- non-financement des dépenses additionnelles associées à l'évolution démographique (croissance, vieillissement) ainsi qu'à une plus grande rétention de la clientèle régionale.

C'est dans ce contexte que, suite à de nombreux et intenses échanges, le ministère reconnaissait au début de l'automne le bien-fondé des représentations effectuées par l'Agence et acceptait, sur une base tout à fait exceptionnelle, d'augmenter à 24 M$ la cible déficitaire régionale établie dans un premier temps à 14 M$, l'Agence dégageant de son côté des disponibilités additionnelles non récurrentes de l'ordre de 3 M$ en utilisant toutes les sources de financement envisageables, incluant les surplus de fonds affectés.

PERSPECTIVES BUDGÉTAIRES

Les perspectives budgétaires pour l'exercice financier 2004-2005 demeurent dans ce contexte très préoccupantes compte tenu de :

- l'ampleur du déficit régional et de l'écart par rapport à la cible régionale autorisée;
- l'importance des sources de financement non récurrentes en 2003-2004;
- l'annualisation de dépenses pour des services mis en place en cours d'exercice;
- la pression continue sur les services en rapport avec l'évolution démographique (croissance et vieillissement) et la plus grande rétention de la clientèle.

La Table nationale de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources a pour mandat de définir un nouveau cadre d'allocation des ressources devant s'appliquer dès l'exercice financier 2004-2005.

La *direction* des services administratifs et préhospitaliers

Mot de la directrice

France Trépanier

La Direction des services administratifs et préhospitaliers a connu une année fébrile et riche en réalisations en 2003-2004. Tout d'abord, rappelons que cette direction a accueilli et intégré deux coordinations au cours de la dernière année, soit la coordination des ressources immobilières et la coordination des technologies de l'information et des communications.

Parmi les faits marquants de l'année, soulignons l'implantation de l'imagerie médicale, une meilleure couverture du réseau ambulancier, l'acquisition de nouveaux moniteurs défibrillateurs, le rajeunissement du parc informatique de l'Agence et les travaux menés à l'interne pour améliorer les espaces physiques et ainsi offrir aux employés de l'Agence un environnement de travail plus adéquat.

En matière d'immobilisation, l'implication de l'Agence a été requise dans plusieurs dossiers chauds. Entre autres, dans le cadre de la disposition du Manoir Grand-Moulin en faveur de la ville de Deux-Montagnes, beaucoup d'énergie a été consacrée à préparer des documents notariés à la satisfaction des parties impliquées. Également, de nombreux problèmes d'ordre fonctionnel ont été réglés, particulièrement en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), et les travaux de rénovation des salles d'urgence de deux hôpitaux de la région ont débuté.

Par ailleurs, la situation financière de l'Agence est devenue préoccupante. Aux efforts de rationalisation imposés par le ministère en 2003-2004, s'est ajoutée l'annonce de compressions budgétaires pour les deux prochains exercices finan-

ciers portant à 594 700 $ en 2004-2005, annualisée à 886 200 $ en 2005-2006, la somme des mesures de réduction des dépenses à effectuer. À cet effet, une planification budgétaire misant sur l'attrition, l'adaptabilité et le soutien de nos ressources humaines a été élaborée. En parallèle, nos mandats se sont accrus nécessitant de développer des stratégies visant la réorganisation du travail et l'utilisation optimale des compétences et des ressources au sein de la Direction. Le défi est de taille et, pour le relever, nous devons faire preuve de créativité et compter sur la collaboration de tous.

L'année qui s'amorce sera sans aucun doute tout aussi fertile. Déjà, nos équipes de travail élaborent la vision stratégique et le plan d'action régional des ressources informationnelles, préparent l'implantation des nouveaux moniteurs défibrillateurs, assurent la formation de tous les techniciens ambulanciers de la région et font les représentations requises afin que les besoins de la région en matière d'immobilisations et d'équipements de haute technologie soient considérés comme prioritaires par le ministère.

En terminant, il est important de souligner le dévouement et la qualité du travail du personnel de la Direction des services administratifs et préhospitaliers. Grâce à celui-ci, notre direction a réalisé et poursuivi un nombre impressionnant d'activités et de nombreux mandats ont été menés à terme.

LES RESSOURCES HUMAINES INTERNES

Cette année, nos actions et activités ont été fortement influencées par l'environnement législatif. En effet, l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi n° 25) ainsi que l'adoption de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (projet de loi n° 30) nous ont amenés à adapter et à revoir nos pratiques de façon à répondre aux besoins engendrés par un contexte suscitant de nombreux questionnements.

Nos pratiques de gestion ont également été conditionnées par le contexte de restrictions budgétaires qui nous ont été imposées et qui se poursuivront malheureusement au cours des prochaines années. Cependant, nous sommes d'avis que les principales mesures adoptées, soit l'attrition et la réorganisation du travail, ont permis d'atténuer les effets négatifs de cet exercice.

Continuant sur notre lancée de l'année dernière, nous avons, cette fois, rédigé une politique de développement des ressources humaines et procédé à la révision de la politique de prévention et d'intervention en matière de harcèlement et de violence. Ces deux politiques en sont à l'étape de la consultation. De plus, nous avons précisé les modalités d'application des bonis au rendement, enclenché la démarche d'identification des compétences pour le personnel d'encadrement, proposé des mesures d'aménagement du temps de travail et procédé au calibrage de plusieurs postes d'encadrement.

Les activités de recrutement, de sélection et de gestion des mouvements du personnel ont été nombreuses et ont exigé une contribution importante de l'équipe : 16 dotations de postes, 6 nouveaux employés, 10 stagiaires, 11 départs, renouvellement d'assignations, plusieurs congés, etc. Dans le secteur des relations de travail, nous avons tenu 13 rencontres avec les représentants syndicaux et plusieurs rencontres avec le personnel d'encadrement, ce qui a facilité les échanges et les communications.

La formation des ressources humaines a été une préoccupation majeure cette année puisque plus de 240 000 $ ont été investis dans 123 projets individuels ou collectifs, rejoignant 92 % (157) des employés. Deux projets s'adressant à l'ensemble du personnel, auxquels ont participé 131 employés, ont été réalisés à l'automne 2003.

Afin de reconnaître la contribution du personnel à l'organisation, nous avons tenu une « Semaine pour notre mieux-être » du 29 avril au 7 mai 2003 qui, pour une première édition, fut grandement appréciée, le taux de participation s'étant élevé à 70 %.

Finalement, nous nous sommes impliqués dans notre milieu en assumant la responsabilité de l'organisation et de la coordination des activités de la campagne Centraide qui, grâce à la collaboration de chacun, a connu un succès dépassant nos attentes.

LE SECTEUR DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Suite à des travaux additionnels concernant les priorités de consolidation d'horaires de travail des techniciens ambulanciers, de nouveaux horaires ont été ajoutés dans la région des Laurentides. En effet, un budget de 594 884 $ a été consenti à la région permettant ainsi de régler des problématiques dans certaines zones ambulancières et d'assurer une gestion optimale des ressources. Ces horaires de travail, correspondant à 17 637 heures, ont été ajoutés à Sainte-Thérèse, Sainte-Adèle et Grenville. Nous avons aussi augmenté notre flotte de véhicules ambulanciers, portant leur nombre à 39 sur le territoire.

Nous avons procédé cette année au renouvellement des moniteurs-défibrillateurs semi-automatiques pour toutes les ambulances du territoire. Cet appareil est doté d'une technologie hautement spécialisée dont l'efficacité est prouvée lorsqu'il est utilisé dans les minutes qui suivent un arrêt cardiorespiratoire. Son utilisation par les techniciens ambulanciers formés permet donc de sauver des vies.

Activités cliniques

Les activités cliniques des programmes déjà en place ont été maintenues. Ces programmes sont : réanimation cardio-respiratoire, Combitube-Moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA), ainsi que le protocole d'arrêt des manœuvres. Une journée de formation sur la mise à jour de ces programmes a été réalisée pour tous les techniciens ambulanciers. Les activités de suivi de ces programmes ont aussi été maintenues avec la révision de tous les cas d'utilisation du MDSA, du Combitube, de l'épinéphrine et de tous les cas d'allergies.

De plus, nous avons formé les techniciens ambulanciers pour l'utilisation des nouveaux moniteurs-défibrillateurs. Quant aux 37 nouveaux techniciens ambulanciers, qui ont terminé leur cours cette année, ils ont reçu la formation « intégration », formation leur permettant de travailler sur notre territoire.

La région des Laurentides a dispensé le programme de formation « Administration de quatre médicaments » à 36 techniciens ambulanciers portant ainsi à 124 le nombre total de techniciens ambulanciers formés sur le territoire. Le suivi de chacune de ces interventions démontre un grand succès de ce programme. Pour les premiers répondants, nous avons fait la mise à jour et assuré un suivi de l'assurance-qualité concernant la défibrillation externe automatique.

LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS

L'année 2003-2004 a vu la réalisation d'une multitude de projets. L'équipe a travaillé sur plusieurs dossiers majeurs : l'achèvement de l'implantation de l'imagerie médicale, la réalisation de nouveaux tableaux de bord en mode Web par l'InfoCentre, la poursuite de l'implantation des technologies dans les groupes de médecine de famille (GMF) et différentes interventions en sécurité.

Le Technocentre régional

Plusieurs réalisations méritent particulièrement de retenir l'attention.

Sécurité
Suite à la mise en place du Comité des responsables locaux de la sécurité, les activités suivantes ont eu lieu :

- présentation de cinq guides permettant d'accompagner les établissements dans la prise en charge du dossier de la sécurité;
- réalisation de portraits locaux et d'un portrait régional de la sécurité, permettant d'établir une comparaison entre la situation actuelle et la situation souhaitée et de déterminer le niveau d'investissement requis;
- rédaction, toujours en cours, des procédures administratives entourant la gestion des mots de passe, des copies de sécurité, des profils et des anti-virus.

Groupes de médecine de famille (GMF)
L'implantation des technologies a été réalisée dans les deux GMF rencontrés à la fin de l'année budgétaire 2002-2003 ainsi que dans un nouveau GMF situé dans la ville de Lorraine.

SIR/PACS
De concert avec le réseau et la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières, le Technocentre participe à l'implantation du SIR (Système d'information de radiologie) en hébergeant deux centres hospitaliers de la région. De plus, l'installation du PACS (Picture Archiving and Communication System) a été faite dans les cinq centres hospitaliers de la région. Trois d'entre eux logent leurs archives au Technocentre.

I-CLSC
La migration de cette application à la version « Terminal Server » a été réalisée dans les sept CLSC de la région. Cette technologie a permis d'augmenter le temps réponse de façon très significative éliminant, par le fait même, un grand nombre de frustrations des utilisateurs de ce système.

Soutien au réseau
Le Technocentre déploie présentement un nouveau système de gestion des demandes de soutien. Cette année de transition ne nous a pas permis de générer les statistiques habituelles portant sur le nombre de demandes reçues et traitées. Ces statistiques seront présentées au cours de la prochaine année financière.

L'InfoCentre

L'entrepôt régional de données est une réalité. Une offre de services aux établissements est présentement en cours de rédaction afin de donner accès à ces outils modernes de gestion.

Par ailleurs, nous avons poursuivi la réalisation d'un tableau de bord pour les CLSC et terminé la réalisation d'une première version d'un tableau de bord CHSLD, en collaboration avec l'Association des CLSC-CHSLD du Québec et la Société de gestion informatique Sogique Inc. Ces tableaux de bord, destinés principalement aux CLSC et CHSLD de la province, offriront aux administrateurs des établissements un outil convivial de gestion des activités. De plus, un contrat de soutien technique à ce sujet a été renouvelé pour une période d'un an.

Finalement, une entente de deux ans a été conclue avec la région du Nord-du-Québec afin de l'assister dans la mise en place de son InfoCentre.

Le développement de systèmes d'information provinciaux

L'Agence est mandataire ou responsable de la réalisation technique d'un certain nombre de projets provinciaux.

Deux projets sont principalement à retenir :

- SIC DI (Système d'Information Clientèle - Déficience Intellectuelle) : le déploiement de la mallette de garde informatisée sur plate-forme Pocket Pc a été réalisé dans 13 centres du Québec. Une nouvelle version de l'application SIC DI a aussi été livrée et est présentement en phase finale de déploiement à travers la province.

- SISPUQ (Système d'Informatisation des Services Préhospitaliers d'Urgence du Québec) : comme à chaque année, une nouvelle version a été déployée dans les agences. Nous avons aussi effectué un projet pilote pour la mise en place d'une saisie de déclarations de transports à l'aide d'une technologie Pocket Pc. Ce projet est présentement en phase de présentation aux différents partenaires.

LA COORDINATION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Le service des ressources informationnelles et autres technologies

La phase de rajeunissement du parc informatique de l'Agence a été complétée. En effet, la migration vers Windows 2000 est maintenant terminée et tous les postes de travail inadéquats ont été remplacés.

Les services documentaires

Gestion des documents administratifs

L'application du calendrier de conservation s'est poursuivie en 2003-2004 et l'implantation du guide de classification est terminée dans l'ensemble des unités administratives de l'Agence pour un total de 16 000 dossiers actifs enregistrés et repérables à l'aide du logiciel Documentik.

De plus, l'achat de classeurs mobiles destinés au rangement et au repérage des boîtes de dossiers déclassés a été effectué. Une augmentation de prêts et de consultation de dossiers semi-actifs et inactifs, représentant 49 % de plus que l'an passé, a été enregistrée pour cette année.

Centre de documentation

Le catalogage et la classification de l'ancienne collection du Centre de documentation se sont poursuivis en 2003-2004. Quelque 1 207 nouvelles notices (descriptions de documents), incluant les nouvelles acquisitions, se sont ainsi ajoutées à notre catalogue. La collection du Centre de documentation compte maintenant plus de 5 000 notices.

Il est également intéressant de souligner que les demandes de PEB (prêt entre bibliothèques) ont connu une augmentation significative, soit plus de 200 %, comparativement à l'an passé. Cet accroissement de demandes est sans doute dû au nombre restreint de nos abonnements mais aussi à l'amélioration continue de nos services de recherche documentaire ainsi qu'à une meilleure connaissance de ceux-ci de la part de notre clientèle.

Les services financiers internes

Avec l'arrivée d'un nouveau coordonnateur des services administratifs, nous avons procédé à une réorganisation des tâches des membres de l'équipe des services financiers internes. Nous avons aussi mis de l'avant l'implantation d'un nouveau module « compte-clients », rattaché au logiciel comptable, dans le but de faciliter le suivi de la facturation ainsi que celui des encaissements.

De plus, le ministère a apporté plusieurs modifications quant à la distribution des allocations budgétaires, ce qui a nécessité des ajustements au niveau de la gestion des fonds affectés. Les allocations destinées aux établissements du réseau sont maintenant intégrées à leur budget et ne transitent plus par les fonds affectés de l'Agence.

LA COORDINATION DES RESSOURCES IMMOBILIÈRES

En plus des enveloppes récurrentes de 3,8 M$ accordées par le ministère pour assurer le maintien des actifs en matière d'immobilisations et d'équipements, la région des Laurentides a bénéficié en 2003-2004 d'annonces supplémentaires totalisant près de 11,2 M$ (versus 32,5 M$ en 2002-2003). Cependant, même si cette année a été moins riche sur le plan des investissements, elle fut certainement aussi mouvementée au niveau du contenu des dossiers.

Immobilisations

Tout d'abord, bien que dans le cadre de la Programmation des projets d'immobilisation (PPI) le ministère n'ait mis aucun nouveau projet à l'étude (sur les 14 projets inscrits en septembre 2002, 13 sont toujours en attente d'une annonce ministérielle), l'implication de l'Agence a été requise pour assurer l'avancement des dossiers.

Par ailleurs, le ministère confirmait sa volonté de développer des partenariats avec le secteur privé. Ainsi, pour le nouveau CHSLD de 112 lits à Ste-Adèle (les documents de l'étape concept étaient finalisés en novembre 2003), le ministère a retenu de comparer le coût de réalisation de ce projet en mode traditionnel et en mode partenariat public privé (PPP). Une démarche dans ce sens a été amorcée en avril 2004. Également, le ministère évalue les avantages de construire le nouveau CLSC à Sainte-Thérèse en partenariat avec la ville de Sainte-Thérèse.

Pour l'agrandissement du CH St-Eustache, les plans et devis préliminaires ont été complétés et le budget de 23 155 440 $ autorisé pour les travaux d'immobilisation a été respecté. Toutefois, l'établissement a évalué à 21 155 780 $ le budget requis pour l'acquisition du mobilier et des équipements (ordinaires, médicaux et médicaux spécialisés) ainsi que pour les ressources informationnelles. La demande de l'établissement est présentement analysée par le ministère.

Quant au nouveau CHSLD de 212 lits à Saint-Jérôme, une étude a été réalisée pour le choix d'un site; des quatre sites retenus comme étant dignes d'intérêt et d'une superficie suffisante, les deux sites les plus intéressants ont dû être écartés, le premier parce qu'il était contaminé et le deuxième parce que les propriétaires ne souhaitent pas vendre. L'établissement complète présentement l'analyse des deux autres sites afin de faire un choix.

Enfin, l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et le CH-CLSC-CHSLD des Sommets signaient à l'hiver 2004 le contrat avec l'entrepreneur responsable de la réalisation de leur projet respectif de rénovations et d'agrandissements de leur urgence. Rappelons qu'une fois ces projets réalisés, le nombre de civières à l'urgence de l'Hôtel-Dieu sera augmenté à 39 plutôt que 21, et l'urgence du CH-CLSC-CHSLD des Sommets comptera 18 civières plutôt que 12. La réalisation de ces deux projets représente des investissements de 23,8 M$. Le CH-CLSC-CHSLD des Sommets a un autre projet en cours, soit la construction de 128 lits de longue durée (les travaux seront terminés en novembre 2004). Pour ce projet, le ministère a versé un budget de 2,2 M$ pour renouveler le parc de mobilier et d'équipements de l'établissement.

L'ensemble des projets pour lesquels les plans et devis sont présentement en préparation ou dont les travaux sont en cours de réalisation, représentent des investissements totalisant plus de 96 M$. Soulignons que la coordination des ressources immobilières s'implique activement dans la réalisation de ces projets et collabore étroitement avec les établissements concernés.

Par ailleurs, la région des Laurentides a bénéficié de plusieurs subventions provenant du ministère et permettant d'améliorer la fonctionnalité d'immeubles. Ainsi, dans le cadre d'un nouveau programme annoncé par le Ministère pour améliorer la qualité de vie des résidants dans les établissements de longue durée, la région a obtenu une subvention de 1,971 M$ lui permettant de réaliser 13 projets. Le CH et CR Antoine-Labelle a également obtenu une subvention de 855 000 $ lui permettant de rénover l'unité de besoins complexes et l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, une subvention de 1,744 M$ pour l'aménagement de locaux permettant l'installation de 10 stations de dialyse semi-autonomes.

À même l'enveloppe régionale de maintien d'actifs que lui accorde le ministère, l'Agence a contribué financièrement à l'aménagement de sept chambres à pression négative afin de répondre à la recom-

mandation du directeur national de santé publique concernant le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). L'Agence a également contribué au financement des travaux de sécurité incendie au Manoir de la Pointe-Bleue (élimination de corridors en impasse et ajout d'un escalier d'issue extérieur), permettant l'évacuation optimale de la clientèle advenant un sinistre, et ce, d'ici à ce que la nouvelle installation soit construite à Sainte-Adèle. Enfin, l'Agence libérait 221 325 $ pour soutenir les établissements dans la préparation ou la mise à jour de leur « Plan directeur immobilier » (PDI) ou d'un « Programme fonctionnel et technique » (PFT), lesquels sont des documents requis par le MSSS et préalables à tout nouveau projet d'immobilisation.

Équipements

Dans le cadre des investissements en haute technologie, le ministère a confirmé, en juin 2003, une première subvention de 2 133 200 $ pour l'achat d'équipements. Il accordait par ailleurs à la région une deuxième subvention de 597 700 $ provenant du solde de l'enveloppe provinciale de 2002-2003 dédiée aux équipements de radiologie. La subvention visait l'acquisition de quatre échographes, soit deux pour l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et deux pour le CH St-Eustache.

Enfin, la région a reçu du ministère une subvention de 764 471 $ pour l'acquisition d'équipements pour le maintien à domicile ainsi qu'une subvention de 363 822 $ pour l'acquisition de petits équipements chirurgicaux pour les salles d'opération.

Locations

En 2003-2004, l'Agence a réussi à contribuer financièrement au règlement de deux dossiers problématiques, et ce, même si l'enveloppe de locations d'espace n'a pas été majorée de façon significative depuis 1996.

Tout d'abord, conséquemment à la réalisation du projet de rénovation et d'agrandissement de son urgence et faute d'espace dans le pavillon principal, il est devenu urgent pour l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme de déménager ses services administratifs dans l'immeuble situé au 185 de la rue Durand et lui appartenant. Rappelons que cet immeuble était occupé en partie par le siège social du Centre du Florès. Ainsi, grâce à une subvention de l'Agence, le Centre du Florès a pu s'installer dans de nouveaux locaux et réorganiser ses services du secteur de Saint-Jérôme, et l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme libérer des espaces dans son pavillon principal pour améliorer son offre de services.

Dans un même ordre d'idée, le Centre jeunesse de Montréal a demandé au Centre jeunesse des Laurentides de libérer les deux unités qu'il occupait à Montréal. La collaboration de l'Agence a permis de négocier un bail et de réaliser les aménagements pour recevoir 24 jeunes dans les délais prévus (moins de deux mois). L'Agence a assumé le coût des travaux d'aménagement et contribue au financement du bail.

Quant au règlement obtenu relativement à la disposition du Manoir Grand-Moulin, situé à Deux-Montagnes, l'Agence a dû faire de nouveaux efforts en 2003-2004 pour établir des documents notariés reflétant les préoccupations des parties impliquées, soit la ville de Deux-Montagnes et le CHSLD de la Rive et Mirabel. Le dossier ainsi que les documents notariés ont reçu l'aval du ministère et de son service du contentieux.

Perspectives 2004-2005

En matière d'immobilisation, l'année 2004-2005 s'annonce mouvementée pour les établissements. D'une part, les façons de faire vont être considérablement modifiées puisque le ministère élabore présentement un nouveau cadre de gestion pour la réalisation des projets de plus de 2 M$ pour le maintien de l'actif immobilier et pour la haute technologie.

Avec la création de réseaux locaux, chaque établissement aura sous sa responsabilité un parc immobilier plus important. L'Agence devra innover dans ses façons de faire pour maintenir un support adéquat aux établissements.

La *réponse* aux objectifs de l'entente de gestion et d'imputabilité

Depuis l'adoption du projet de loi 28 « *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* », les règles qui gouvernent le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux ont changé de façon significative. Ces changements s'insèrent dans un nouveau cycle de gestion centré sur les résultats et, par conséquent, obligent les Agences à conclure annuellement une entente de gestion et d'imputabilité avec le ministère (articles 385.1-385.6 de la LSSSS) et à établir des ententes de gestion et d'imputabilité avec les établissements de notre territoire (articles 182.1- 182.8 de la LSSSS).

Rappelons que le contexte entourant l'élaboration de l'entente de gestion 2003-2004 avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fut teinté du changement de gouvernement au pouvoir et qu'elle n'a été conclue qu'en juillet 2003. Les objets de suivis au niveau de la production de services ont été restreints aux secteurs ciblés de développements annoncés par le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard.

Cette première année nous a permis d'instaurer tout le processus de reddition de comptes et d'amorcer un changement de culture quant à la régularité et la constance de l'opération de saisie et de cueillette de données.

Les perspectives pour la prochaine année sont d'élaborer une entente de gestion élargie à de nouveaux objets et de peaufiner le processus de reddition de comptes.

Vous trouverez dans les pages suivantes les résultats obtenus quant à l'atteinte des cibles convenues avec le MSSS pour 2003-2004.

Saint-Jérôme, le 17 juin 2004

Monsieur Roger Paquet
Sous-ministre associé à la Coordination
Ministère de la santé et des services sociaux
Direction générale de la Coordination
Direction des ententes de gestion
1075, chemin Sainte-Foy, 3e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Monsieur,

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

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2003-2004 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides :

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

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2003-2004.

Veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

La présidente-directrice générale,

Micheline Vallières Joly

SG/MVJ/lc

Micheline Vallières Joly

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Urgence**

Résultats attendus	Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière
	Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur des civières
	Réduire le séjour moyen sur civière des personnes admises

Indicateurs	***réel 2002-2003***	***cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Durée moyenne de séjour en heure	11,2	11,2	14,2
Pourcentage de plus de 48 heures	3,1 %	1 %	4,8
Séjour moyen sur civière dans les unités d'urgence en heure (personnes admises)	13,6	12	19,4

Commentaires

Durée moyenne globale de séjour sur civières (hres)

- tous les CH sauf celui de l'Annonciation ont dépassé la cible nationale. Les plus touchés sont ceux d'Argenteuil avec une DMS de 20,9 h et de St-Eustache avec 15,7 h. Les trois autres CH oscillent à 13 h.
- la DMS des personnes âgées de 75 ans et plus sur civières est passée de 15,2 h en 2002-2003 à 18,9 h en 2003-2004. le CH de St-Eustache est le plus touché; passant de 12,1 h à 21,5 h. Dans les autres CH, la DMS varie de 2 à 4 heures. Seul l'Annonciation a connu une baisse importante de 17,6 h à 13,8 h.

Appréciation de l'atteinte

Malgré le peu de ressources pour faire face aux situations de séjours excessifs dans les six salles d'urgence des Laurentides, chaque CH a un plan d'action de contingence pour désengorger son urgence. Le suivi quotidien est fait avec nos établissements qui éprouvent des difficultés et des actions ponctuelles sont posées tout au cours de l'année. L'efficacité de cette démarche concertée s'observe en regard de la stabilité du séjour moyen et des 48 h même si ceux-ci dépassent la cible nationale.

Les salles d'urgence offrent un filet de sécurité pour la population compte tenu du peu de ressources en 1re ligne en suivi et prise en charge médicale des clientèles vulnérables. Certaines activités médicales particulières feront la différence en 2004-2005, mais en rétrospective, le manque d'omnis qui acceptent de suivre de nouveaux patients est à zéro...ce qui ne laisse qu'une porte d'entrée possible, l'urgence.

Précautions dans l'interprétation et l'utilisation des données

À noter que la DMS sur civières débute à l'ouverture du dossier AH-280 à l'accueil après le triage. S'il y a quelque deux à quatre heures d'attente avant de voir le médecin de garde à l'urgence, ce délai est comptabilisé sur la DMS globale.

Évolution des services et de la demande au cours des dernières années (2002-2003 et 2003-2004)

- visites à l'urgence : augmentation de 2,5 % (206 181 à 211 386);
- patients arrivés en ambulance et gardés sur civières : augmentation de 4 % (25 094 à 26 103);
- nombre de patients-civières : augmentation de 2,7% (de 58 593 à 60 166);
- nombre d'hospitalisations en provenance de l'urgence : baisse de 4,1 % (25 379 à 24 392).

Commentaires :

Entre l'offre et la demande (la pression de la porte d'entrée /visites et ambulances / et la demande d'hospitalisations), il va sans dire qu'une baisse au niveau de la demande d'hospitalisation s'explique, entre autres par la rigueur qui existe de plus en plus associée aux mécanismes en place pour offrir une alternative à l'hospitalisation, afin de diriger les patients soit vers la médecine de jour, les cliniques externes ou le CLSC. Le manque de disponibilité en lits de courte durée oriente toute cette démarche actuelle vers l'augmentation des ressources alternatives à l'hospitalisation.

Moyens mis en place (réorganisation, fonctionnement, développement, financement)

- Le rationnel qui sous-tend l'atteinte des résultats anticipés dans notre plan d'action régional repose sur la pérennité des actions simultanées qui doivent se passer tant à l'interne du centre hospitalier qu'en première ligne et en CLSC pour la prestation des services à domicile.

1) Favoriser la mise en place d'une action simultanée CH-CLSC par :
   - L'instauration d'un poste d'infirmière 7/7 en gestion des lits / co-gestionnaire avec le médecin coordonnateur des urgences;
   - La réduction de la durée de séjour à l'urgence des patients sur civières implique de réduire la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés aux unités de soins afin de libérer les lits hospitaliers pour accueillir rapidement les patients en attente d'hospitalisation aux urgences.

2) Reconnaître, dès l'admission du patient à l'urgence ou à l'unité de soins le CLSC d'appartenance en vue du suivi de services.

3) Ré-orienter le patient au CLSC pour une prise en charge immédiate par l'équipe SWATT- CLSC[1]. (urgence via domicile).

4) Organiser dès la première journée d'hospitalisation à l'intérieur de 24 heures, le congé de l'hôpital et la prise en charge rapide par l'équipe SWATT-CLSC en prévision du retour à domicile du patient.

5) Intervenir tôt dans l'épisode de soins du patient hospitalisé afin que celle-ci se limite aux besoins réels des plateaux techniques et scientifiques du CH. Dès que possible, l'épisode de soins doit se poursuivre à domicile, par la prise en charge des équipes SWATT-CLSC, ou dans une ressource alternative de transition (moins lourde que le CH et plus rehaussée que le domicile).

6) Éviter qu'un patient en attente de placement ne séjourne dans un lit de courte durée.

Nom :	RÉGION 15	Date :	19 mai 2004.

[1] **ÉQUIPE SWATT-CLSC :** C'est une équipe multi-disciplinaire **à domicile** qui offre une approche clinique dans un mode d'interventions ciblées répondant aux incapacités temporaires ou permanentes de la personne hospitalisée ou à domicile. Cette équipe répond aux situations de crise qui mettent en péril l'autonomie de la personne et le support de ses proches. La mobilisation rapide du réseau naturel, des ressources du maintien à domicile des CLSC et des ressources communautaires est le leitmotiv de cette nouvelle association CH-CLSC liée directement au désengorgement des urgences. Prise en charge rapide des patients hospitalisés et ou, augmentation des services à domicile pour éviter le retour en CH.

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Chirurgie cardiaque**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies cardiaques

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente		
3 mois – total hors délais		
Nombre de chirurgies		

Commentaires

S.O.

Nom :	RÉGION 15	Date :	

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Hémodynamie et angioplastie**
Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 2 mois
	Augmenter le nombre de procédures

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente		
2 mois - total hors délais		
Nombre de procédures		

Commentaires

S.O.

Nom :	RÉGION 15	Date :	

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Radio-oncologie**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de cas traités

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente		
3 mois – total hors délais		
Nombre de cas traités		

Commentaires

S.O.

Nom :	RÉGION 15	Date :	

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Cataracte**
Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	688	703
6 mois – total hors délais	0	104
Nombre de chirurgies	3 034	3 206

Commentaires

La cible régionale pour l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme était de réaliser 449 interventions hors délais (493 900 $).

Résultat de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme :

- 449 cas hors délais financés pour 493 900 $;
- Production de : 3 206 chirurgies cette année par rapport à 2 572 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 703 cas au total dont 104 hors délais.

Nom :	RÉGION 15	Date :	19 mai 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Genou**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	50	45
3 mois – total hors délais	0	19
Nombre de chirurgies	172	178

Commentaires

La cible régionale était de réaliser 20 interventions hors délais (212 000 $).

Cible au CH St-Eustache :
- 11 cas hors délais financés pour 116 600 $;
- Production de : 69 prothèses totales du genou cette année par rapport à 40 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 25 cas au total dont 13 cas hors délais.

Cible à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme :
- 9 cas hors délais financés pour 95 400 $;
- Production de : 109 prothèses totales du genou cette année par rapport à 112 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 20 cas au total dont 6 cas hors délais.

PRODUCTION RÉGIONALE TOTALE DE CHIRURGIES DU GENOU : 178 CETTE ANNÉE PAR RAPPORT À 152 L'AN DERNIER.

Nom :	RÉGION 15	Date :	19 mai 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Hanches**
Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	23	22
3 mois – total hors délais	0	9
Nombre de chirurgies	184	210

Commentaires

La cible régionale était : 10 cas hors délais (110 000 $).

Cible au CH St-Eustache :
- 4 cas hors délais financés pour 44 000 $;
- Production de : 73 prothèses totales de hanche cette année par rapport à 55 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 9 cas au total dont 4 cas hors délais de 3 mois.

Cible à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme :
- 6 cas hors délais financés pour 66 000 $;
- Production de : 137 prothèses totales de hanche cette année par rapport à 93 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 13 cas au total dont 5 cas hors délais.

PRODUCTION RÉGIONALE TOTALE DE CHIRURGIES : 210 CETTE ANNÉE PAR RAPPORT À 148 L'AN DERNIER.

Nom :	RÉGION 15	Date :	19 mai 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Chirurgie d'un jour**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	3 186	2 603
6 mois – total hors délais	193	540
Nombre de chirurgies	11 248	13 072

Commentaires

La cible régionale était : 640 cas hors délais (aucun financement spécifique).

CH St-Eustache :
- Production de : 2 586 cas par rapport à 2 372 l'an DERNIER (+ 214 cas);
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 595 cas au total dont 169 cas hors délais.

Hôtel-Dieu de St-Jérôme :
- Production de : 7 765 cas cette année par rapport à 6 730 l'an dernier (+ 1 035 cas);
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 1 651 cas au total dont 329 cas hors délais.

CH des Sommets :
- Production de : 1 085 cas cette année par rapport à 1 139 l'an dernier (- 54 cas);
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 180 cas au total dont 2 cas hors délais.

CH Mont-Laurier : (CH-CR Antoine-Labelle)
- Production de : 547 cas cette année par rapport à 402 l'an dernier (+ 145 cas);
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 157 cas dont 40 cas hors délais.

CH Argenteuil :
- Production de : 1 089 cas cette année par rapport à 933 l'an dernier (+ 156 cas);
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 20 cas et aucun hors délais.

PRODUCTION RÉGIONALE TOTALE DE CHIRURGIES : 13 072 CETTE ANNÉE PAR RAPPORT À 11 576 L'AN DERNIER.

Nom :	RÉGION 15	Date :	19 mai 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Chirurgie avec hospitalisation**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	942	817
6 mois – total hors délais	211	183
Nombre de chirurgies	8 214	9 150

Commentaires

CH St-Eustache :
- Production de : 3 127 cas par rapport à 2 715 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 379 cas au total dont 109 cas hors délais.

Hôtel-Dieu de St-Jérôme :
- Production de : 4 275 cas cette année par rapport à 4 328 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 319 cas au total dont 57 cas hors délais.

CH des Sommets :
- Production de : 977 cas cette année par rapport à 1 065 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 66 cas au total dont 0 cas hors délais.

CH-CR Antoine-Labelle :
- Production de : 541 cas cette année par rapport à 508 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 52 cas dont 17 cas hors délais.

CH Argenteuil :
- Production de : 230 cas cette année par rapport à 306 l'an dernier;
- Liste d'attente en fin de P13 au 31 mars 2004 : 1 cas et aucun hors délai.

PRODUCTION RÉGIONALE TOTALE DE CHIRURGIES : 9 150 CETTE ANNÉE PAR RAPPORT À 8 922 L'AN DERNIER.

Nom :	RÉGION 15	Date :	19 mai 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Troubles envahissants de développement**

Résultats attendus	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services d'intervention comportementale intensive
	Augmenter le nombre d'heures de services d'intervention comportementale intensive aux enfants de moins de six ans
	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services de soutien
	Augmenter le montant versé aux familles
	Augmenter le nombre d'adultes recevant des services spécialisés

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre total d'enfants différents ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année EN P-13 (voir note 1).	27	26
Nombre moyen d'heures de services d'intervention comportementale intensive reçu par enfant de moins de six ans au cours de l'année EN P-13 (voir note 1).	20	10,0
Nombre d'enfants différents recevant des services de soutien depuis le début de l'année (voir note 2).	99	180
Montants versés aux familles.	0$	135 465,17$
Nombre d'adultes différents recevant des services spécialisés depuis le début de l'année (voir note 3).	43	55

Commentaires

Note 1 :
Donnée en P-13, pour ABA. Le nombre moyen d'heures de services par enfant est de 10,0 heures par semaine (1 037 heures en P-13, 26 enfants).

Pour l'ensemble des périodes P-1 à P-13, on compte **7425 heures pour ABA pour 28 enfants différents**; moyenne par enfant de 5,1 heures par semaine.

À NOTER QUE LA CIBLE IDENTIFIÉE EST POUR LE 31 MARS 2004. Remarquons à cet égard que le nombre moyen d'heures par enfant est en progression depuis le début de l'année. Précisons également que l'embauche de 25 ressources humaines s'est faite en février 2004.

Note 2 :

Initialement, un nombre d'heures d'intervention devait être ciblé. La donnée présentée ici ne tient pas compte du nombre d'heures.

Note 3 :

Inscrits et admis.

Nom :	RÉGION 15	Date :	2 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Enfants dysphasiques**
Résultats attendus	Augmenter le nombre de jeunes ayant reçu des services
	Réduire le nombre de jeunes en attente de services

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre de jeunes différents ayant reçu des services depuis le début de l'année	375	446
Nombre de jeunes en attente de services à la 13e période	150	132

Commentaires

CIBLES ATTEINTES

Nom :	RÉGION 15	Date :	2 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Jeunes en difficulté**
Résultats attendus	Réduire la liste d'attente réelle à l'évaluation
	Réduire la liste d'attente à l'application des mesures
	Réduire le taux d'engorgement réel

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Liste d'attente réelle à l'évaluation	19	53,6
Liste d'attente à l'application des mesures	75	59,7
Taux d'engorgement réel	15%	11,1%

Commentaires

La cible 2003-2004 pour la liste d'attente réelle à l'évaluation était fixée à une moyenne de 19 situations en attente d'évaluation par semaine, soit le maintien du niveau de la liste d'attente de 2002-2003.

Au terme de l'année 2003-2004, on constate que de 2002-2003 à 2003-2004, cette liste d'attente est passée de 19,6 à 53,6 soit une augmentation de 34 signalements/semaine ou de 173,4 %. Les niveaux très élevés atteints de avril 2003 à octobre 2003 ont contribué à cette situation.

La liste d'attente à l'application des mesures est passée d'une moyenne hebdomadaire de 81 en 2002-2003 à 59,7 en 2003-2004. La cible de 75 a donc été atteinte.

Concernant le taux d'engorgement, la cible 2003-2004 de 15 %[2] a également été atteinte (2003-2004 = 11,1 %). Cela s'explique principalement par l'augmentation du nombre des places au permis qui sont passées de 164 à 184 et de la réorientation d'un certain nombre de jeunes vers des ressources plus appropriées.

Commentaire sur l'augmentation de la liste d'attente à l'évaluation

Cette augmentation est grandement liée à une pression accrue sur les services en 2003-2004 (voir tableau ci-dessous):

- Les signalements reçus et retenus continuent d'être en progression en 2003-2004 dans les Laurentides ;
- Les taux de signalements reçus et retenus (nombre de signalements par 1 000 jeunes de population) continuent d'être nettement supérieurs à la moyenne québécoise (2003-2004 : signalements reçus : Laurentides 54,6/1000 jeunes vs Québec 40,1/1000 jeunes; signalements retenus : Laurentides 23,6/1000 jeunes ; Québec 18,9/1000 jeunes) ;
- La proportion des signalements retenus sur les reçus (taux de rétention) a augmenté de 2 % par rapport à 2002-2003 ;
- Le nombre d'évaluations théoriquement réalisées/semaine a diminué de 44 à 42 en 2003-2004.

[2] Au sujet du taux d'engorgement dans les centres de réadaptation du Centre jeunesse des Laurentides, nous tenons à vous préciser que, dans l'entente de gestion convenue avec le MSSS, la cible de 15 % pour notre région a été établie en regard du taux d'engorgement réel à une date fixe soit, le 3 juin 2003 (« Point de départ » Laurentides: 24,1 %). Cette cible de 15 % n'a pas été fixée sur la base d'une moyenne annuelle du taux d'engorgement tel que présenté dans le tableau de données fourni par le MSSS pour le suivi des indicateurs jeunesse. Dans l'interprétation de l'atteinte de la cible, il faudra tenir compte de ces perspectives différentes (portrait à date fixe versus moyenne annuelle).

Année	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Signalements				
Signalements reçus				
Nombre /an	4388	5002	5750	6084
Moyenne hebdomadaire	84,4	96,2	111,5	114,8
Signalements retenus				
Nombre /an	2116	2090	2386	2632
Moyenne hebdomadaire	40,5	40,2	47,6	49,7
Taux de rétention (signalements retenus/reçus)				
Moyenne hebdomadaire	48,2 %	41,6 %	41,4 %	43,3 %
Évaluations à réaliser				
Moyenne hebdomadaire	37,2	36	41,3	46,4
Capacité théorique à l'évaluation				
Capacité théorique	44	44	44	42

Tableau produit par l'Agence régionale des Laurentides, 25 mai 2004
Données validées par le Centre jeunesse des Laurentides

Nom :	RÉGION 15	Date :	27-05-2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Femmes victimes de violence**
Résultats attendus	Nombre d'enfants ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence.
	Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec.
	Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes.

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre d'enfants différents ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence.	0	151
Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec.	384 854$	384 854$
Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes.	110 119$	110 119$

Commentaires

On compte 5 maisons d'hébergement et 6 centres de femmes.

Nom :	RÉGION 15	Date :	2 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé mentale**
S.O.	Augmenter le nombre d'adultes ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté.
cible atteinte	Réduire le nombre de jeunes en attente d'évaluation.
	Réduire le nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie.
S.O.	Augmenter le nombre de jeunes recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale.
cible non atteinte	Réduire les durées de séjour sur des civières dans les salles d'urgence pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté depuis le début de l'année.	N/D*	1050
Nombre de jeunes en attente d'évaluation. [1]	443	396
Nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie.		
Nombre de jeunes différents recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale depuis le début de l'année. [2]	836	118
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence des personnes présentant un problème de santé mentale.	15	22,1

Commentaires

[1]Services en CH :

Les nombres de jeunes en attente (évaluation ou traitement) dans les services de pédopsychiatrie ont été jumelés puisqu'il s'agit plutôt de pratiques d'établissements différentes. Les distinguer ne permet pas vraiment d'apprécier la performance de nos CH. Ceci étant dit, la cible est atteinte.

[2]Services en CLSC :

Il est difficile de procéder à une quelconque interprétation ou appréciation des données sur les adultes suivis dans la communauté ou les jeunes desservis en CLSC pour des problèmes de santé mentale puisque d'une part, les requêtes ne semblent pas capter adéquatement la réalité et, d'autre part, les cibles qui avaient été énoncées ne sont pas conformes à la réalité des services.

Urgence :

La cible n'est visiblement pas atteinte dans nos salles d'urgence en ce qui a trait à la DMS santé mentale. Nos CH ont effectivement connu des périodes de pointe liées notamment à certaines clientèles plus vulnérables (psycho-gériatrie et co-morbidité toxico). Ils sont également confrontés à un manque de ressources en amont et en aval de l'urgence.

Il y aurait donc nécessité de développer davantage les services de suivi dans la communauté (dont l'intensif post-hospitalisation) et des alternatives résidentielles plus adaptées et plus diversifiées surtout dans une perspective de planification systématique des congés sur les unités de courte durée psychiatriques.

***Selon les consignes données au bulletin de gestion numéro 28, mai 2004.**

Nom :	RÉGION 15	Date :	2 juin 2004

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Soutien à domicile et hébergement des personnes âgées**
Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile.
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (PAPA).
	Augmenter le nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile.
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (autres que PAPA).
	Augmenter le nombre total d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance.
	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels.

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile.	3500	4380
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (PAPA).	13	12,53
Nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile.	9981	9800
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (autres que PAPA).	16,70	18,97
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance.	2,89	2,93
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels.	0,2	0,19

Commentaires

NOTE SAD : (Soutien à domicile)

2003-2004 :

Nombre d'interventions PAPA : 54 897
Nombre d'interventions AUTRES QUE PAPA : 185 925

Les données SAD selon le profil d'intervention PAPA (code 710) ou AUTRES CLIENTÈLES : imputations difficiles d'un à l'autre, d'où données variables. PRUDENCE DANS L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.

Pour l'ensemble du SAD, on avait en 2001-2002, 12 770 usagers. La cible était en 2003-2004 de 13 481 usagers. De P-1 à P-13 en 2003-2004, le nombre d'usagers est de 14 180. Pour l'ensemble du SAD, la cible est donc dépassée.

NOTE HÉBERGEMENT :

Cibles atteintes.

Nombre d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance : 1 988 511 heures
Nombre d'heures travaillées en services professionnels : 128 621 heures

Nom :	RÉGION 15	Date :	2 juin 2004

La *situation* financière régionale

La *situation* financière des établissements

La *situation* financière des organismes communautaires

La *situation* financière de l'Agence et des fonds qu'elle gère

La *situation* financière régionale

La *situation* financière des établissements

Budget net (déboursé) de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés

Établissements publics	2003-2004
CHSGS	
C.H. Laurentien *	31 282 113 $
C.H. St-Eustache	51 465 474 $
CH et CR Antoine-Labelle	61 329 042 $
Établissement de santé d'Argenteuil	25 163 439 $
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	98 370 775 $
Total CHSGS	**267 610 843 $**
CHSLD	
CHSLD de la Rive et de Mirabel	14 342 021 $
CHSLD de la Rivière du Nord	14 470 506 $
Résidence de Lachute	2 054 744 $
Total CHSLD	**30 867 271 $**
CLSC	
CLSC Arthur-Buies	14 673 779 $
CLSC des Hautes-Laurentides	6 470 922 $
CLSC Jean-Olivier-Chénier	11 466 989 $
CLSC-CHSLD Thérèse de Blainville	34 359 161 $
CLSC-CHSLD Pays-d'en-Haut	9 112 475 $
CLSC-CHSLD des Trois Vallées *	12 836 080 $
Total CLSC	**88 919 406 $**
CR-DI-AT	
Centre André-Boudreau	3 110 247 $
Centre du Florès	24 747 826 $
Total CR-DI-AT	**27 858 073 $**
C.J.	
Centre Jeunesse des Laurentides	44 552 967 $
Total des établissements publics	**459 808 560 $**

* Veuillez noter qu'au cours de l'exercice, ces établissements ont fusionné en une même entité maintenant appelée CH-CLSC-CHLSD des Sommets

Établissements privés conventionnés	2003-2004
CHSLD	
CHSLD Deux-Montagnes	3 444 871 $
CHSLD Villa Soleil	7 416 759 $
Total CHSLD	**10 861 630 $**
CR	
Pavillon Ste-Marie	7 081 412 $
Total CR	**7 081 412 $**
Total des établissements privés	**17 943 042 $**
Total établissements publics et privés	**477 751 602 $**

Surplus (déficits) 2003-2004
Établissements publics

	Surplus	Déficit	Total
CH Laurentien *		(5 634 516) $	(5 634 516) $
C.H. St-Eustache		(10 084 283) $	(10 084 283) $
CH et CR Antoine-Labelle		(2 328 587) $	(2 328 587) $
Établissement de santé d'Argenteuil		(797 695) $	(797 695) $
Hôtel-Dieu de St-Jérôme		(2 564 597) $	(2 564 597) $
Sous-total CHSGS	**- $**	**(21 409 678) $**	**(21 409 678) $**
CHSLD de la Rive et de Mirabel		- $	- $
CHSLD de la Rivière du Nord	- $	(80 000) $	(80 000) $
Résidence de Lachute	11 407 $	- $	11 407 $
Sous-total CHSLD	**11 407 $**	**(80 000) $**	**(68 593) $**
CLSC Arthur-Buies	- $		- $
CLSC des Hautes-Laurentides	6 974 $		6 974 $
CLSC Jean-Olivier-Chénier	- $	(660 000) $	(660 000) $
CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville	- $	(610 000) $	(610 000) $
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	- $	(280 296) $	(280 296) $
CLSC-CHSLD des Trois Vallées *	- $	(660 000) $	(660 000) $
Sous-total CLSC-CHSLD	**6 974 $**	**(2 210 296) $**	**(2 203 322) $**
Centre André-Boudreau	- $	- $	- $
Centre de réadaptation Le Florès	- $	(2 390 000) $	(2 390 000) $
Sous-total CR	**- $**	**(2 390 000) $**	**(2 390 000) $**
Centres Jeunesse des Laurentides	- $	(2 310 000) $	(2 310 000) $
TOTAL RÉGIONAL	**18 381 $**	**(28 399 974) $**	**(28 381 593) $**

Données prévisionnelles tirées des rapports CIFINO période 13

* Veuillez noter qu'au cours de l'exercice, ces établissements ont fusionné en une même entité maintenant appelée CH-CLSC-CHLSD des Sommets

Autorisations d'emprunt des établissements au 31 mars 2004

Nombre d'autorisations accordées durant l'année : **33**

Type et catégorie d'emprunt :	**$ Autorisé**
Projets d'immobilisations autofinancés	7 778 635 $
Financement des déficits accumulés	- $
Ajustements régionaux	5 750 000 $
Équilibre budgétaire	42 000 000 $
Total	**55 528 635 $**

Emprunts	**$ Autorisé**	**$ Utilisé**	**Budgets bruts**	**%**
Pour des dépenses d'immobilisations	7 778 635 $	5 851 726 $	496 347 832 $	1,57%
Pour les dépenses de fonctionnement	47 750 000 $	42 159 050 $	496 347 832 $	9,62%

La *situation* financière régionale

La *situation* financière des organismes communautaires

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
ANNÉE FINANCIÈRE 2003-2004

	Versement total 2002-2003	Versement total 2003-2004
SECTEUR I :		
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ		
CATÉGORIE-B: ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES		
Centre de prév. et d'org. Jeunesse l'Abordage	73 283 $	- $
Groupe JAD	45 982 $	46 821 $
L'Unité Toxi des Trois-Vallées	23 242 $	23 738 $
Regroupement en toxicomanie Prisme	90 217 $	94 593 $
Sablier	- $	89 845 $
Tangage des Laurentides	- $	87 059 $
Toxico-Alerte	143 354 $	146 714 $
Unité Domrémy de Ste-Thérèse	131 224 $	135 062 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE B	**507 302 $**	**623 832 $**
CATÉGORIE-C: FAMILLES		
6e Jour	48 593 $	50 713 $
La Maison de la famille de Bois-des-Filion	- $	12 000 $
La Maison de la famille de Sainte-Anne-des-Plaines	63 627 $	84 892 $
Centre de la famille des Hautes-Laurentides	58 376 $	59 995 $
Centre de la famille du Grand St-Jérôme	53 635 $	66 031 $
Centre Regain de vie	63 919 $	72 131 $
Groupe Marraine Tendresse	56 527 $	58 507 $
La Petite Maison de Pointe Calumet	60 671 $	62 316 $
Maison de la famille des Pays-d'en-Haut	71 029 $	73 172 $
Maison de la famille du Nord	60 219 $	62 249 $
Maison Parenfant des Basses-Laurentides inc.	79 654 $	81 332 $
Maison Pause-Parent	65 346 $	73 330 $
Naissance-renaissance des Hautes-Laurentides	112 059 $	114 772 $
Parents-Toujours inc.	- $	6 650 $
Parents uniques des Laurentides	31 702 $	44 358 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE C	**825 357 $**	**922 448 $**

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
ANNÉE FINANCIÈRE 2003-2004

	Versement total 2002-2003	Versement total 2003-2004
CATÉGORIE-D: PERSONNES HANDICAPÉES		
Acco-Loisir	- $	30 000 $
Ass. des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	- $	39 369 $
Ass. des pers. avec des problèmes auditifs des Ltdes (APPAL)	107 241 $	119 521 $
Ass. des personnes handicapées Clair Soleil	70 382 $	95 311 $
Ass. des personnes handicapées intel. des Laurentides (APHIL)	40 409 $	82 688 $
Ass. pour la défense des hand. phys. et ment. de Mt-Laurier	44 025 $	58 741 $
Ass. pour les déf. mentaux La Libellule, Blainville Deux-Montagnes	79 526 $	109 754 $
Ass. québécoise pour les enfants atteints d'audimutité	43 469 $	58 817 $
Atelier Altitude	61 817 $	74 589 $
Groupe de relève pour personnes aphasiques	- $	40 000 $
Les Papillons de Nominingue	17 411 $	23 357 $
Maison de parents d'enfants handicapés de Laurent.-Lanaud.	72 857 $	82 808 $
Parrainage civique Thérèse-de-Blainville / Deux-Montagnes	39 369 $	45 504 $
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides	40 837 $	66 393 $
Société de l'autisme S.A.R. Laurentides	85 013 $	132 804 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE D	**702 356 $**	**1 059 656 $**
CATÉGORIE-F: CENTRES D'ACTION BÉNÉVOLE		
Action bénévole de la Rouge	10 478 $	11 967 $
Association Solidarité Argenteuil	30 227 $	37 698 $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger	37 738 $	45 339 $
Centre de bénévolat de St-Jérôme	37 115 $	38 869 $
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut	36 044 $	37 800 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE F	**151 602 $**	**171 673 $**
CATÉGORIE-I: PERSONNES AGÉES		
Atelier des Aînés de la M.R.C. de la Rivière-du-Nord	10 064 $	30 408 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE I	**10 064 $**	**30 408 $**

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
ANNÉE FINANCIÈRE 2003-2004

	Versement total 2002-2003	Versement total 2003-2004
CATÉGORIE-J: SANTÉ MENTALE		
Arc-en-soi	126 777 $	155 903 $
Atelier « Ensemble on se tient »	182 768 $	194 364 $
C.É.S.A.M.E. Deux-Montagnes	125 134 $	128 159 $
Carrefour des femmes Grand Lachute	49 198 $	51 661 $
Centre aux sources d'Argenteuil	146 433 $	150 090 $
Centre prévention suicide Le Faubourg	461 719 $	472 955 $
Droits et recours des Laurentides	136 827 $	85 426 $
Groupe La Licorne	206 401 $	211 525 $
Harfang des Neiges	227 631 $	233 275 $
L'A.L.P.P.A.M.M.	146 103 $	182 844 $
L'Échelon des Pays-d'en-Haut	123 643 $	126 742 $
L'Envolée de Sainte-Agathe des Monts	118 900 $	121 883 $
Maison Clothilde	73 988 $	76 196 $
Maison des jeunes d'Argenteuil	37 894 $	38 826 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE J	**2 163 416 $**	**2 229 849 $**
CATÉGORIE-K: PERSONNES DÉMUNIES		
Carrefour d'actions populaires St-Jérôme	46 907 $	- $
Café communautaire L'Entre-gens de Ste-Adèle, comté Rousseau	- $	50 000 $
Centre d'entraide d'Argenteuil	46 907 $	59 220 $
Centre d'entraide Racine-Lavoie	60 839 $	73 328 $
Centre d'entraide Thérèse-de-Blainville	59 253 $	71 336 $
Comptoir d'entraide de Labelle	5 678 $	17 888 $
La rencontre de Ste-Marguerite du Lac Masson	- $	32 000 $
L'Ami-e du Quartier	- $	54 999 $
Maison d'accueil de Prévost	13 730 $	14 063 $
Manne du jour	- $	20 000 $
Moisson Basses-Laurentides	39 506 $	40 818 $
Moisson des Pays-d'en-Haut	30 886 $	32 028 $
Projet Resto-Nord des Laurentides	8 095 $	8 335 $
Services collectifs aux familles de Notre-Dame-du-Laus	13 413 $	31 739 $
Soupe populaire de la Vallée St-Sauveur	5 678 $	5 888 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE K	**330 892 $**	**511 642 $**

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
ANNÉE FINANCIÈRE 2003-2004

	Versement total 2002-2003	Versement total 2003-2004
CATÉGORIE-A: CONSULTATION ET CONCERTATION		
Regroup. des organismes communautaires des Laurentides	139 936 $	149 363 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE A	**139 936 $**	**149 363 $**
CATÉGORIE-L: ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT		
Ass. Solidarité Argenteuil	164 517 $	169 535 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE L	**164 517 $**	**169 535 $**
CATÉGORIE-W: SIDA		
Centre Sida Amitié	81 491 $	84 877 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE W	**81 491 $**	**84 877 $**
CATÉGORIE-Z: RESSOURCE DE DÉPANNAGE POUR CLIENTÈLE EN DIFFICULTÉ		
Maison d'hébergement Le Phare de St-Jérôme	12 189 $	12 719 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE Z	**12 189 $**	**12 719 $**
TOTAL - SECTEUR I	**5 089 122 $**	**5 966 002 $**

SECTEUR II :
SERVICES AUX FEMMES ET AUX CONJOINTS EN DIFFICULTÉ

CATÉGORIE-M: MAISONS D'HÉBERG. POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ		
Citad'elle de Lachute	330 146 $	384 489 $
Maison d'accueil Le Mitan	358 533 $	422 501 $
Maison d'Ariane	340 298 $	384 438 $
Ombre-Elle, Maison d'héberg. pour femmes victimes de violence	338 624 $	396 466 $
Passe R Elle des Hautes-Laurentides	350 457 $	408 586 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE M	**1 718 058 $**	**1 996 480 $**
CATÉGORIE-N: CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS SEXUELLES		
Ctre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles Laurent.	228 167 $	244 154 $
ÉLAN	103 135 $	105 638 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE N	**331 302 $**	**349 792 $**

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
ANNÉE FINANCIÈRE 2003-2004

	Versement total 2002-2003	Versement total 2003-2004
CATÉGORIE-O: CENTRES DE FEMMES		
Carrefour des femmes du Grand Lachute	92 317 $	118 411 $
Centre de femmes Les Unes et les Autres	123 983 $	142 030 $
La Colombe	78 746 $	99 694 $
La Mouvance centre de femmes	92 631 $	112 640 $
Rayons de femmes de Ste-Thérèse	81 608 $	91 689 $
Regroupement Signé Femme de la Vallée de la Rouge inc.	78 098 $	110 151 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE O	**547 383 $**	**674 615 $**
CATÉGORIE-V: CONJOINTS VIOLENTS		
A.C.C.R.O.C.Accueil coll. des conj.en rel. opprim.et colérique	150 139 $	153 682 $
Paix programme d'aide et d'intervention inc.	69 310 $	71 575 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE V	**219 449 $**	**225 257 $**
TOTAL - SECTEUR II	**2 816 192 $**	**3 246 144 $**

SECTEUR III :
SERVICES À LA JEUNESSE

CATÉGORIE-T: ORGANISME DE MESURES DE RECHANGE		
Mesures alternatives des Basses-Laurentides	328 867 $	336 792 $
Mesures alternatives des Vallées du Nord	282 150 $	289 188 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE T	**611 017 $**	**625 980 $**
CATÉGORIE-U: MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE		
Centre d'apprentissage à l'autonomie l'Archer	134 240 $	- $
La Parenthèse (Maison d'héberg. jeunesse de la MRC Riv.-du-Nord)	231 277 $	167 257 $
Maison d'héberg. accueil comm. jeunesse des Basses Ltdes	276 637 $	283 085 $
Maison d'héberg. Le Préfixe	160 024 $	164 821 $
Maison Le Petit Patro des Basses Laurentides	276 637 $	283 085 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE U	**1 078 815 $**	**898 248 $**

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
ANNÉE FINANCIÈRE 2003-2004

	Versement total 2002-2003	Versement total 2003-2004
CATÉGORIE-X: AUTRES RESSOURCES JEUNESSE		
Appartements supervisés Le Transit	9 463 $	9 813 $
Association des parents Panda Thérèse-de-Blainville	- $	40 000 $
Centre ressource jeunesse N.D.L.	- $	40 000 $
ESPACE Laurentides	107 403 $	116 692 $
Les Grands Frères et Grandes Sœurs de la porte du Nord	- $	20 000 $
L'Antre Jeunes	95 683 $	106 608 $
L'Écluse des Laurentides	170 623 $	172 416 $
Panda Basses-Laurentides Sud-Ouest	- $	25 830 $
S.O.S. Jeunesse	- $	24 000 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE X	**383 172 $**	**555 359 $**
CATÉGORIE-Y: MAISONS DE JEUNES		
Ass. des maisons de jeunes de Mirabel	20 619 $	21 119 $
Café-Rencontre Le Graffiti du Périscope	96 064 $	98 395 $
Carrefour des jeunes de Mont-Laurier	96 064 $	106 845 $
Carrefour Jeunesse Desjardins	75 232 $	77 064 $
L'Avenue 12-17	20 619 $	21 119 $
Maison des jeunes d'Argenteuil	80 859 $	82 710 $
Maison des jeunes de Blainville	69 377 $	71 136 $
Maison des jeunes de Brownsburg	- $	10 190 $
Maison des jeunes de Grenville	- $	40 450 $
Maison des jeunes de la Rivière-du-Nord	96 064 $	98 395 $
Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge	95 939 $	98 073 $
Maison des jeunes de Labelle	- $	14 713 $
Maison des jeunes de Ste-Adèle	88 092 $	90 230 $
Maison des jeunes de Ste-Agathe	77 658 $	79 509 $
Maison des jeunes de Ste-Anne des Plaines	83 036 $	84 956 $
Maison des jeunes de St-Jovite	90 234 $	92 424 $
Maison des jeunes des Basses-Laurentides	121 338 $	124 283 $
Maison des jeunes Deux-Montagnes	67 186 $	68 918 $
Maison des jeunes d'Oka	- $	14 170 $
Sodarrid	84 602 $	86 545 $
SOUS-TOTAL - CATÉGORIE Y	**1 262 983 $**	**1 381 244 $**
TOTAL - SECTEUR III	**3 335 987 $**	**3 460 831 $**

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
ANNÉE FINANCIÈRE 2003-2004

	Versement total 2002-2003	Versement total 2003-2004
SECTEUR IV :		
SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE		
CATÉGORIE : MAINTIEN À DOMICILE		
Centres d'action bénévole		
Artisans de l'aide du comté des Deux-Montagnes	243 388 $	251 815 $
Association Solidarité Argenteuil	187 211 $	192 789 $
Centre d'action bénévoles Laurentides	180 335 $	187 219 $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger	142 461 $	146 784 $
Centre de bénévolat de St-Jérôme	189 185 $	194 651 $
Centre de Bénévolat Solange Beauchamp	248 003 $	256 543 $
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut	162 206 $	167 042 $
La popote roulante d'Argenteuil	- $	10 000 $
Personnes âgées		
Action bénévole de la Rouge	43 637 $	45 926 $
Age d'Or La Macaza	11 285 $	11 719 $
Ass. des abeilles actives de Notre-Dame du Laus	10 447 $	10 934 $
Centre d'aide et de références de Ste-Anne-des-Plaines	29 367 $	45 684 $
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	9 664 $	10 200 $
Comité de bénévolat Ste-Anne-du-Lac	10 310 $	10 805 $
Grands-Parents Tendresse	44 592 $	46 905 $
Mouvement d'entraide de Bellefeuille	34 169 $	41 388 $
Malades chroniques et personnes convalescentes		
Albatros 06-B	10 700 $	11 170 $
Centre Sida Amitié	81 264 $	84 642 $
Pallia-vie	115 390 $	120 200 $
SERCAN	40 932 $	43 786 $
Société Alzheimer des Laurentides	70 111 $	87 863 $
Société canadienne de la sclérose en plaques (Section Laur.)	22 097 $	29 491 $
TOTAL - SECTEUR IV	**1 886 754 $**	**2 007 556 $**
GRAND TOTAL	**13 128 055 $**	**14 680 533 $**

La *situation* financière régionale

La *situation* de l'Agence et des fonds qu'elle gère

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides au 31 mars 2004 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel le Vérificateur général du Québec a exprimé une opinion sans réserve dans son rapport daté du 16 juin 2004. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire # 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire # 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à la section II.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 17 septembre 2004

Fonds d'exploitation **Exercice terminé le 31 mars 2004**

RÉSULTATS

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS				
Subventions MSSS :				
- Budget signifié	7 347 542 $	7 020 174 $		
- (Diminution) ou augmentation du financement	632 098 $	109 038 $	10 332 $	123 $
Total	7 979 640 $	7 129 212 $	10 332 $	123 $
Revenus d'intérêts	49 132 $	7 946 $	893 $	
Revenus commerciaux				
Revenus d'autres sources:				
- Contributions de l'avoir-propre	58 105 $			
- Contributions de fonds affectés	78 285 $	2 931 $		
- Contributions du fonds des activités régionalisées				
- Autres	472 446 $	732 945 $	268 927 $	267 854 $
TOTAL	**8 637 608 $**	**7 873 034 $**	**280 152 $**	**267 977 $**
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS				
Charges d'exploitation :				
- Salaires - personnel cadre	683 429 $	940 144 $	75 937 $	71 071 $
- Salaires - personnel autre	3 262 545 $	2 976 986 $	125 878 $	104 200 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	277 424 $	174 624 $	9 249 $	8 453 $
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	647 225 $	623 825 $	21 579 $	26 501 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	473 655 $	180 187 $	525 $	2 192 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	163 305 $	135 097 $	7 860 $	23 825 $
- Charges sociales - personnel cadre	129 448 $	122 786 $	7 830 $	7 399 $
- Charges sociales - personnel autre	426 621 $	393 251 $	15 487 $	15 670 $
- Frais de déplacement	123 281 $	149 779 $	4 465 $	
- Services achetés	778 337 $	657 780 $	3 194 $	
- Communications	159 468 $	194 981 $	97 $	40 $
- Loyer	724 447 $	743 328 $		
- Location d'équipement	24 124 $	42 739 $		27 $
- Fournitures de bureau	143 814 $	151 911 $		
- Autres frais	99 493 $	118 319 $	7 649 $	157 $
- Charges non réparties	476 994 $	137 692 $		
- Charges extraordinaires				
Total des charges d'exploitation	**8 593 610 $**	**7 743 429 $**	**279 750 $**	**259 535 $**
Dépenses d'immobilisations	137 686 $	102 007 $		
TOTAL	**8 731 296 $**	**7 845 436 $**	**279 750 $**	**259 535 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT)	**(93 688 $)**	**27 598 $**	**402 $**	**8 442 $**

Fonds des activités régionalisées **Exercice terminé le 31 mars 2004**

RÉSULTATS

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Contributions des établissements	651 335 $	811 657 $
Subvention du MSSS	1 053 215 $	13 704 $
Revenus d'intérêts	50 629 $	58 349 $
Contributions du fonds d'exploitation		
Contributions de fonds affectés		
Revenus d'autres sources	543 785 $	759 867 $
Total	**2 298 964 $**	**1 643 577 $**
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS		
Charges d'exploitation :		
- Salaires - personnel cadre	182 492 $	173 803 $
- Salaires - personnel autre	733 386 $	704 016 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	31 494 $	30 925 $
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	131 354 $	123 299 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	3 945 $	7 497 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	56 795 $	24 059 $
- Charges sociales - personnel cadre	21 763 $	21 263 $
- Charges sociales - personnel autre	100 943 $	93 063 $
- Frais de déplacement	66 516 $	70 988 $
- Services achetés	161 624 $	228 321 $
- Communications	16 873 $	19 498 $
- Loyer	65 986 $	149 014 $
- Location d'équipement	5 650 $	2 695 $
- Fournitures de bureau	49 298 $	54 645 $
- Contributions au fonds d'exploitation		
- Contributions à des fonds affectés		
- Autres frais	1 185 161 $	249 400 $
Total des charges d'exploitation	**2 813 280 $**	**1 952 486 $**
Dépenses d'immobilisations	103 991 $	53 276 $
TOTAL	**2 917 271 $**	**2 005 762 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT)	**(618 307 $)**	**(362 185 $)**

Fonds combinés **Exercice terminé le 31 mars 2004**

SOLDE DE FONDS

	Fonds d'exploitation Activités principales	Fonds d'exploitation Avoir propre	Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	44 160 $	294 403 $	2 812 336 $	5 146 555 $
ADDITIONS				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations		402 $		
Régularisations - analyse financière				
Régularisations - autres				
Libération de surplus		43 987 $		
Acquisitions d'immobilisations à mêmeles produits des fonds :				
- Fonds d'exploitation - Activités principales			137 686 $	
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales				
- Fonds affectés			20 485 $	
Acquisition d'immobilisations par des activités régionalisées				103 991 $
Autres (diminution de la dette sur location acquisition)			7 960 $	41 $
TOTAL		**44 389 $**	**166 131 $**	**104 032 $**
DÉDUCTIONS				
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits		93 688 $		618 307 $
Régularisations - analyse financière	173 $			
Régularisations - autres		62 035 $		
Libération de surplus	43 987 $			
Autres				
TOTAL	**44 160 $**	**155 723 $**		**618 307 $**
VARIATION DE L'EXERCICE	**(44 160) $**	**(111 334) $**	**166 131 $**	**(514 275) $**
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE		**183 069 $**	**2 978 467 $**	**4 632 280 $**

NOTE: La mention « préciser » ne s'applique pas à la colonne 4.

Fonds combinés **Exercice terminé le 31 mars 2004**

BILAN

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF				
À court terme				
Encaisse		477 697 $	2 008 217 $	2 496 155 $
Débiteurs : - MSSS	632 127 $	103 541 $	32 890 $	13 704 $
- Établissements	51 163 $	3 598 $	1 911 965 $	330 258 $
- Fonds d'exploitation				
- Fonds des activités régionalisées				
- Fonds affectés				
- Autres	198 549 $	538 734 $	91 506 $	134 147 $
Intérêts courus				
Taxes à recevoir	7 703 $	66 474 $	6 935 $	
Charges payées d'avance	55 498 $	91 012 $	10 163 $	5 240 $
Autres éléments				15 143 $
Total - Actif à court terme	**945 040 $**	**1 281 056 $**	**4 061 676 $**	**2 994 647 $**
Immobilisations			637 123 $	533 131 $
Autres éléments d'actif	36 850 $	56 945 $		1 812 550 $
TOTAL DE L'ACTIF	**981 890 $**	**1 338 001 $**	**4 698 799 $**	**5 340 328 $**
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	246 969 $			74 149 $
Emprunts de banque				
Créditeurs : - MSSS				
- Établissements			32 890 $	
- Fonds d'exploitation				
- Fonds des activités régionalisées				
- Fonds affectés				
- Autres	527 175 $	924 287 $	13 028 $	102 109 $
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	24 677 $	35 009 $		
Autres revenus reportés		9 185 $		
Autres éléments		30 957 $	20 601 $	17 515 $
Total – Passif à court terme	**798 821 $**	**999 438 $**	**66 519 $**	**193 773 $**
À long terme				
TOTAL DU PASSIF	**798 821 $**	**999 438 $**	**66 519 $**	**193 773 $**
SOLDE DE FONDS	**183 069 $**	**338 563 $**	**4 632 280 $**	**5 146 555 $**
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**981 890 $**	**1 338 001 $**	**4 698 799 $**	**5 340 328 $**

Fonds d'immobilisations **Exercice terminé le 31 mars 2004**

BILAN

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Immobilisations	3 099 142 $	2 940 971 $
TOTAL DE L'ACTIF	**3 099 142 $**	**2 940 971 $**
PASSIF		
À court terme		
Emprunts de banque		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	37 086 $	7 960 $
Autres éléments		
À long terme (Note 6)	83 589 $	120 675 $
TOTAL DU PASSIF	**120 675 $**	**128 635 $**
SOLDE DE FONDS	**2 978 467 $**	**2 812 336 $**
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**3 099 142 $**	**2 940 971 $**

Fonds affectés cumulés — **Exercice terminé le 31 mars 2004**

BILAN

ACTIF	**Exercice courant**	**Exercice précédent**
À court terme		
Encaisse	3 299 102 $	4 876 402 $
Débiteurs: - MSSS	14 557 273 $	17 836 007 $
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	173 044 $	
- Établissements	8 526 691 $	9 808 354 $
- Fonds d'exploitation		
- Fonds des activités régionalisées		
- Taxes à recevoir	8 671 $	
- Autres	383 724 $	2 495 028 $
Intérêts courus		
Autres éléments	1 820 122 $	21 633 $
Total - Actif à court terme	**28 768 627 $**	**35 037 424 $**
À long terme - Enveloppes décentralisées	**59 749 872 $**	**63 475 273 $**
TOTAL DE L'ACTIF	**88 518 499 $**	**98 512 697 $**
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	1 819 054 $	2 320 486 $
Emprunts de banque	8 035 764 $	9 344 456 $
Intérêts sur emprunts à payer	173 044 $	162 725 $
Créditeurs et charges à payer:		
- Établissements	14 506 021 $	18 393 651 $
- Organismes		
- Fonds d'exploitation		
- Fonds des activités régionalisées		
- Autres	1 276 799 $	836 622 $
Subventions reportées	42 000 $	630 016 $
Autres éléments	36 861 $	58 492 $
Total - Passif à court terme	**25 889 543 $**	**31 746 448 $**
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées (note 5)	59 749 872 $	63 475 273 $
TOTAL DU PASSIF	**85 639 415 $**	**95 221 721 $**
SOLDE DE FONDS	2 879 084 $	3 290 976 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**88 518 499 $**	**98 512 697 $**

Fonds affectés cumulés **Exercice terminé le 31 mars 2004**

SOLDE DE FONDS

	Exercice courant	Exercice précédent
SOLDE DU DÉBUT	3 290 976	4 311 936
Récupération par le Ministère	386 607	
Solde du début après récupération	2 904 369	4 311 936
AUGMENTATION		
MSSS	30 126 770	30 427 942
Subvention pour intérêts sur emprunts	4 396 645	4 599 052
Revenus d'intérêt	88 209	113 344
Contributions du fonds d'exploitation		
Contributions du fonds des activités régionalisées		
Autres	9 661 658	8 306 802
TOTAL	**44 273 282**	**43 447 140**
DIMINUTION		
Attributions :		
- Établissements	18 142 815	21 074 929
- Organismes	406 914	351 876
Intérêts sur emprunts	4 396 645	4 599 052
Contributions au fonds d'exploitation	78 285	2 931
Contributions au fonds des activités régionalisées		
Charges d'exploitation :		
- Salaires	11 287 498	
- Avantages sociaux	170 116	
- Charges sociales	85 632	
- Frais de déplacement	25 057	
- Services achetés	983 554	
- Location d'équipement	16 917	
- Fournitures de bureau	33 496	
- Autres charges d'exploitation	8 496 003	
Dépenses d'immobilisations	20 485	
Autres	155 150	18 439 312
TOTAL	**44 298 567**	**44 468 100**
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	**2 879 084**	**3 290 976**

Exercice terminé le 31 mars 2004

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2003-2004 ET SUIVI DES COMPTES À PAYER NON POURVUS

	2003-2004 Montant	2002-2003 Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 2	497 752 410	457 764 943
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à la Régie régionale et confirmé à l'enveloppe régionale	11 635 349	14 773 73
Montant de l'enveloppe régionale 2003-2004 inscrit dans le systèmeSBF-R	509 387 759	472 538 116
Autres		
TOTAL	**509 387 759**	**472 538 116**
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE 2003-2004		
Allocations aux établissements	477 245 011	441 009 077
Allocations aux organismes communautaires	13 989 189	12 672 998
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	1 536 409	2 927 417
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	492 770 609	456 609 492
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant attribué	11 593 349	14 143 157
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant reporté	42 000	630 016
Autres	4 981 801	1 155 451
Total des affectations	509 387 759	472 538 116
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Solde non attribué		
TOTAL	**509 387 759**	**472 538 116**
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS		

SUIVI DES COMPTES À PAYER NON POURVUS	**Montant**	**Montant**
Solde au 31 mars 2003	-	-
Nouveaux comptes à payer non pourvus contractés au cours de l'exercice	-	-
Comptes à payer non pourvus au 31 mars 2003 liquidés au cours de l'exercice	-	-
Solde à la fin	-	-
Composé de:		
- Comptes à payer non pourvus contractés envers des établissements	-	-
- Autres	-	-
TOTAL	**-**	**-**

Notes aux états financiers **Exercice terminé le 31 mars 2004**

NOTE 1 - CONSTITUTION, OBJETS ET CHANGEMENT DE NOM

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1). Elle succède à la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides. Elle a principalement pour objet de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

NOTE 2 – CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le rapport financier annuel comprend des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction de l'Agence. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisation et dans le fonds des activités régionalisées ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du gain ou de la perte est directement imputé au solde du fonds acquéreur pour le fonds d'exploitation et le fonds d'activités régionalisées;
ii) aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires accumulés par les employés;
iii) les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputé à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;
iv) de façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, dans certaines situations, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire). Il en est ainsi pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;
v) pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas reportés;
vi) aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;
vii) les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;
viii) une contribution de l'avoir propre au fonds d'exploitation - activités principales a été comptabilisé comme produit de ce fonds pour l'exercice;
ix) pour les exercices antérieurs, les contrats de location-acquisition étaient comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu.

Comptabilité par fonds
L'agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;
ii) le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;
iii) le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction confiée par les établissements, surtout de sa région. Le financement de ces opérations est assuré principalement par les établissements concernés;
iv) les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;
v) le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Attribution des subventions
Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, le cas échéant.

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

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

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

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

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

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

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

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

i) subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
ii) subvention reçue en fin d'exercice financier ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
iii) subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
iv) subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

NOTE 3 – FLUX DE TRÉSORERIE

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

	2004	2003
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	145 646 $	102 007 $

NOTE 4 – INSTRUMENTS FINANCIERS

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée. La juste valeur des instruments financiers à long terme ne peut être estimée au prix d'un effort raisonnable.

Notes aux états financiers **Exercice terminé le 31 mars 2004**

NOTE 5 – DETTE À LONG TERME

La dette à long terme des fonds affectés d'Immobilisations et d'Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

	2004	2003
• Emprunt, portant intérêt au taux 5,94 %, remboursable en versements annuels de 460 263 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en septembre 2011	7 220 345 $	7 680 608 $
• Emprunt, portant intérêt au taux 5,57 %, remboursable en versements annuels de 465 843 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008	2 329 214 $	2 795 057 $
• Emprunt, portant intérêt au taux 6,54 %, remboursable en versements annuels de 326 100 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en avril 2026	7 500 300 $	7 826 400 $
• Emprunt, portant intérêt au taux 5,19 %, remboursable en versements annuels de 457 042 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008	7 250 495 $	7 707 537 $
• Emprunt, portant intérêt au taux 4,75 %, remboursable en versements annuels de 161 881 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2010	1 133 168 $	
• Emprunt, portant intérêt au taux 3,89 %, remboursable en versements annuels de 148 133 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juillet 2007	2 342 123 $	
• Emprunt, portant intérêt au taux 4,64 %, remboursable en versements annuels de 148 133 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2009	7 220 125 $	
• Emprunt, portant intérêt au taux variant de 4,66% à 9,82% remboursable en versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023	24 593 072 $	35 504 080 $
• Emprunt, portant intérêt au taux de base - 1%, financé sur une marge de crédit garantie par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023	161 030 $	1 961 591 $
	59 749 872 $	**63 475 273 $**
Versements échéant en deçà d'un an	4 045 982 $	4 040 774 $
	55 703 890 $	**59 434 499 $**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2005	4 045 982 $
2006	3 917 154 $
2007	3 339 859 $
2008	5 141 771 $
2009	7 978 040 $
	24 422 806 $

Notes aux états financiers **Exercice terminé le 31 mars 2004**

NOTE 6 - OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION-ACQUISITION

	2004	2003
Obligations découlant de contrats de location-acquisition, portant intérêt au taux de 8,24 %, remboursable en versements annuels de 47 025 $ (capital et intérêts), échéant en décembre 2006	141 075 $	161 794 $
Frais d'intérêts inclus dans les versements	20 400 $	33 159 $
	120 675 $	128 635 $
Versements échéant en deçà d'un an	37 086 $	7 960 $
	83 589 $	**120 675 $**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices se détaillent comme suit :

2005	37 086 $
2006	40 140 $
2007	43 449 $
	120 675 $

NOTE 7 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

NOTE 8 – PROVISION POUR VACANCES ET CONGÉS DE MALADIE

Les sommes à payer au 31 mars 2004 au regard des banques de vacances et congés de maladie ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2004	2003
Vacances	714 271 $	740 523 $
Congés de maladie	34 786 $	39 322 $
	749 057 $	**779 845 $**

NOTE 9 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Notes aux états financiers **Exercice terminé le 31 mars 2004**

NOTE 10 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée par contrat de location sur des locaux pour un montant total de 7 518 350 $. Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices sont les suivants :

Locaux de l'agence (échéant en 2013)	2005	739 901 $
	2006	787 637 $
	2007	835 372 $
	2008	859 240 $
	2009	859 240 $
	2010 et subséquentes	3 436 960 $
		7 518 350 $

Pour les fins d'exploitation par deux établissements privés conventionnés, l'agence a contracté des baux avec la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) pour un montant total de 16 038 616 $ lesquels sont remboursés totalement et directement à la CHQ par le Ministère de la Santé et des services sociaux. L'agence a contracté à cet effet des contrats de sous-location avec ces deux établissements. Le revenu du ministère et la dépense de loyer correspondante ne sont pas comptabilisés au rapport financier annuel. Les remboursements effectués à la CHQ par le ministère en 2003-2004 au nom de l'agence sont les suivants:

Établissements privés-conventionnés (échéant en 2008)

CHSLD Villa Soleil	969 766 $
CHSLD Deux-Montagnes	497 401 $
	1 467 167 $

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices sont les suivants :

2005	1 467 167 $
2006	1 467 167 $
2007	1 467 167 $
2008	1 467 167 $
	5 868 668 $

Solde du fonds affecté - locations d'espaces

Le solde du fonds affecté « Locations d'espaces » de 1 282 745 $ est réservé pour des fins de relocalisation d'éta blissements. Les versements ont été effectués en juin 2004.

NOTE 11 - CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de 2003 ont été reclassés afin de les rendre conformes à la présentation adoptée en 2004.

Le *code* d'éthique et de déontologie

En matière d'éthique, les membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides et les membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides sont assujettis à la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* et aux dispositions réglementaires découlant de cette loi.

Soulignons que le code révisé en novembre 2002 et intitulé *Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides s'applique intégralement aux membres du conseil de l'Agence.*

Nous reproduisons le code dans les pages suivantes et des exemplaires sont également disponibles sur demande auprès du Secrétariat général de l'Agence.

Notons qu'au cours de l'année 2003-2004, le Comité d'éthique et de déontologie n'a été saisi d'aucune situation et n'a traité aucun cas.

* * *

Adopté par le conseil d'administration le 20 novembre 2002

ISBN 2-89547-051-0

Dépôt légal 4e trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les administratrices et les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard ;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administratrice et d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité et de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administratrices et les administrateurs de la Régie régionale des Laurentides s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auquel elles et ils seront appelés à participer :

- Priorisation des intérêts de la population à desservir
- Distribution équitable des ressources de la région

En conséquence, les administratrices et les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie applicable à chacun des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, le membre du conseil d'administration doit agir selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

1. Devoirs et obligations

1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.

1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.

1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.

1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin ; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.

1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.

1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

2. Règles relatives aux conflits d'intérêt

2.1 Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.2 Le membre doit prévenir tout conflit d'intérêt et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions sauf les situations acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêt personnel du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il doit cependant agir de la façon la plus objective et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de la régie régionale et de la population de la région des Laurentides.

2.3 Le membre ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.

De plus, le membre ne doit pas confondre les biens de l'organisme avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit du tiers.

2.4 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur de la Régie régionale ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

2.5 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur de la Régie régionale ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

2.6 Le membre doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

3. Déclaration d'intérêt

3.1 Le membre s'engage à éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

3.2 Le membre s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue par un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue par un initié de cette personne morale.

3.3 Le membre doit déposer annuellement devant le conseil une déclaration d'intérêt écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec la régie par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, le membre a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

4. Activités politiques

4.1 Le président de conseil d'administration et le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

4.2 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

4.3 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01) précise alors les règles applicables à sa situation.

5. Règles relatives aux assemblées

5.1 Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

5.2 Le membre doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.

5.3 Le membre doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.

5.4 Le membre, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

5.5 Le membre a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal ; par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.

5.6 Le membre évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

6. Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

6.1 Le membre ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;

6.2 Le membre ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;

6.3 Le président-directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;

6.4 Le membre qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'état de la valeur de l'avantage reçu.

7. Devoirs et obligations de l'après-mandat

7.1 Le membre doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

7.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers la Régie régionale et son conseil d'administration.

8. Mécanisme d'application et de respect du code

8.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil d'administration.

8.2 Toute personne qui est d'avis qu'une administratrice ou qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

8.3 Le président du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un des membres du conseil pouvant entraîner une sanction disciplinaire avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

8.4 Le président du conseil d'administration, pour l'aider dans sa décision de saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs, peut confier au Comité d'éthique et de déontologie le soin d'examiner et d'analyser une plainte à l'encontre d'un membre du conseil d'administration; ce comité est consultatif au président du conseil d'administration à qui la décision finale appartient.

8.5 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation ; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

8.6 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administratrice ou l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

8.7 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administratrice ou l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'elle ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

8.8 Le président du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du conseil exécutif.

9. Enquête et immunité

9.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;

9.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

10. Publicité du code

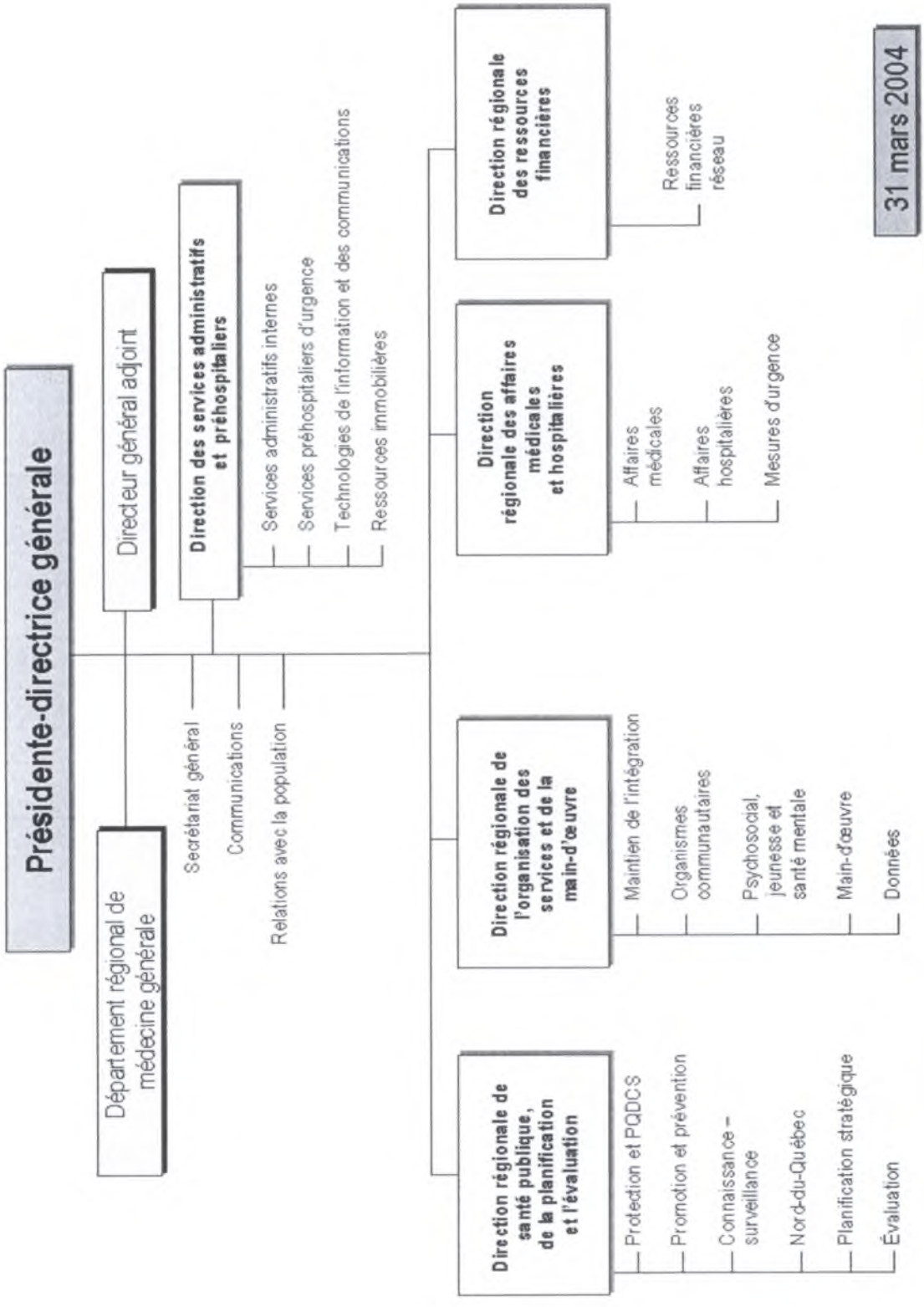
10.1 La Régie régionale doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;

10.2 La Régie régionale doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;

10.3 Le rapport annuel de la Régie régionale doit faire état :

a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Les *annexes*


Présidente-directrice générale
Département régional de médecine générale
Directeur général adjoint
Secrétariat général
Communications
Relations avec la population
Direction des services administratifs et préhospitaliers
Services administratifs internes
Services préhospitaliers d'urgence
Technologies de l'information et des communications
Ressources immobilières
Direction régionale de santé publique, de la planification et l'évaluation
Protection et PQDCS
Promotion et prévention
Connaissance – surveillance
Nord-du-Québec
Planification stratégique
Évaluation
Direction régionale de l'organisation des services et de la main-d'œuvre
Maintien de l'intégration
Organismes communautaires
Psychosocial, jeunesse et santé mentale
Main-d'œuvre
Données
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
Affaires médicales
Affaires hospitalières
Mesures d'urgence
Direction régionale des ressources financières
Ressources financières réseau
31 mars 2004

	Exercice en cours 2004	Exercice antérieur 2003
Les cadres :		
- Temps complet : (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	20	18
- Temps partiel : Nombre de personnes : Équivalents temps complet *(a)* (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	2
Les employés réguliers :		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	101	94
- Temps partiel : Nombre de personnes : Équivalents temps complet *(a)* (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	6,60	4,2
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	--	--
Les occasionnels :		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice :	43 704	64 701
- Équivalents temps complet *(b)*	23,9	35,4

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail **- divisé par -** nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées **- divisé par -** 1826 heures