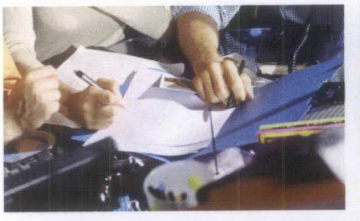
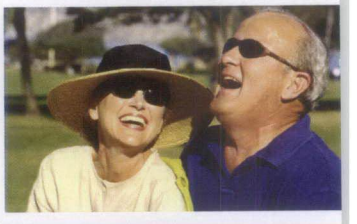
ASSEMBLÉE NATIONALE
Nº S38-20061014

2005-2006





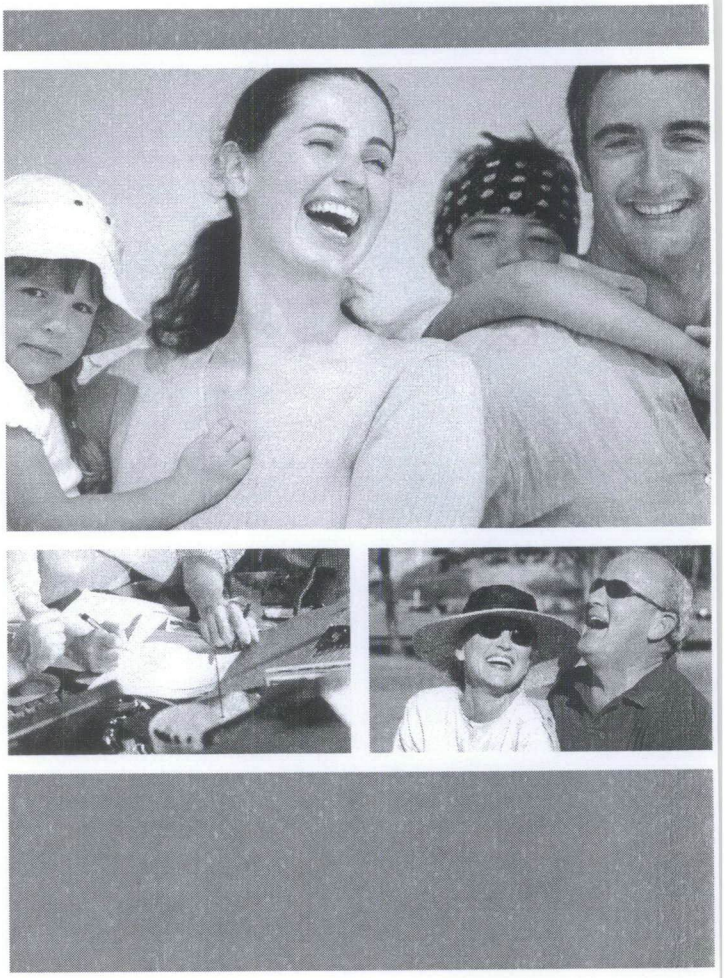


Rapport annuel de gestion

Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Québec

2005-2006



Rapport annuel de gestion

Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Québec

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CA





L'année qui se termine aura bien sûr été marquée par la poursuite de la grande transformation amorcée en 2003 dans le réseau de la santé et des services sociaux à Laval, notamment par l'adoption du projet de loi 83. Celui-ci vise à soutenir le nouveau mode d'organisation en vue d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Parmi un ensemble de mesures visées, signalons la clarification du partage des responsabilités des acteurs du réseau, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences, les centres de santé et de services sociaux et les autres établissements.

À cet égard, la loi introduit des dispositions particulières permettant, le cas échéant, de « confier l'exercice des responsabilités d'une agence à l'unique instance locale du territoire de cette agence », en l'occurrence le CSSS de Laval. En effet, les mois qui ont suivi l'adoption du projet de loi ont servi à amorcer la réflexion sur l'à-propos et la faisabilité d'un tel transfert de responsabilités et les modalités qui pourraient éventuellement régir ce changement exceptionnel. Comme le stipule la loi, nous avons également amorcé des discussions avec les établissements publics du territoire en vue de sonder leur opinion et de faire éventuellement nos recommandations au ministre.

La loi vise également à permettre une circulation de l'information favorisant le travail d'équipe et le partage des connaissances et surtout, à mettre en place des mécanismes devant garantir la qualité des services. Nous avons donc modifié le processus de traitement des plaintes et mis en place un comité de vigilance et de la qualité au sein du conseil d'administration. Nous avons par ailleurs procédé à la création d'une table régionale de médecine spécialisée et d'un comité régional sur les services pharmaceutiques.

L'Agence a aussi revu sa propre structure organisationnelle afin de s'adapter aux changements. C'est ainsi que nous avons réduit de sept à quatre le nombre de directions, tandis que les missions et les employés de la Direction des projets et du Technocentre ont été transférés au CSSS de Laval. Le transfert d'effectifs reliés aux fonctions de programmation et de coordination du réseau est en mode de planification et devrait se concrétiser au cours de l'automne 2006.

Malgré ce contexte dans lequel tous les acteurs ont été mis à contribution et se sont mobilisés pour poursuivre la transformation du réseau, l'année 2005-2006 se sera encore une fois révélée particulièrement riche en réalisations. Sur le plan financier, notons que les établissements de la région ont atteint leurs cibles déficitaires maximales autorisées. Parmi les dossiers importants qui ont retenu l'attention de l'Agence au cours de la dernière année, mentionnons :

- L'élaboration du *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie* qui propose diverses stratégies afin d'améliorer les services à cette tranche de la population en pleine croissance.
- Le lancement du *Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, une véritable photographie de la situation sociale et de santé des jeunes Lavallois ainsi que des services qui leur sont offerts qui servira à réorganiser l'offre de services.
- Le lancement du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION qui a pour principal objectif de contribuer à améliorer la qualité de vie de la population lavalloise en faisant la promotion de saines habitudes de vie au quotidien : 0 fumée dans l'environnement, 5 fruits et légumes par jour, de même que 30 minutes d'activités physiques.
- L'inauguration de la nouvelle d'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-santé de Laval, trois fois plus grande que l'ancienne, qui compte maintenant 49 civières, soit une dizaine de plus qu'auparavant.
- Le dépôt du *Plan régional de lutte à une pandémie d'Influenza*.

L'Agence a par ailleurs accompagné et soutenu le Centre de santé et de services sociaux de Laval dans l'élaboration de son projet organisationnel et de son projet clinique en travaillant à préciser le contenu des activités de chacune des nouvelles directions cliniques. Le défi des prochaines années sera assurément la mise en place du réseau local de services, en collaboration avec les partenaires de la région.

D'autres dossiers ont amené le conseil d'administration à se pencher sur diverses résolutions, dont voici les plus importants :

- Plan de contingence de l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé;
- Réduction des listes d'attente en chirurgie (cataracte, genou, hanche);
- Plan d'action des services médicaux de première ligne à Laval;
- Plan d'action visant l'accessibilité et l'adaptation des services de l'Agence aux personnes handicapées;
- Plan d'action régional pour les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère;
- Rehaussement de l'offre des services psychosociaux en CHSLD et décentralisation du service social régional.

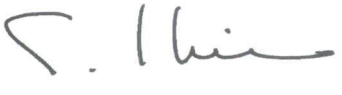
Ces résultats témoignent de l'investissement constant des différents acteurs à la réalisation de leurs cibles prioritaires que sont la santé et le bien-être de la population, dans un contexte d'accessibilité accrue à des services continus et de qualité.

Des remerciements particuliers sont adressés aux employés de l'Agence pour leur contribution exceptionnelle dans un contexte transitoire particulièrement exigeant. Nous saluons également le travail du personnel de tous les établissements publics et privés du réseau, ainsi que de nos partenaires du milieu dans l'atteinte des objectifs que nous nous sommes fixés.

Nous désirons également souligner l'excellente collaboration reçue tout au long de l'année de la part du conseil d'administration de l'Agence, dont plusieurs membres ont été renouvelés en début d'année 2006.

Avec l'engagement de tous ces acteurs, nous avons été en mesure de poursuivre les changements amorcés et c'est avec enthousiasme que nous continuerons notre implication pour relever les défis de la prochaine année et ainsi contribuer au mieux-être de la population lavalloise.

Le président-directeur général,



Claude Desjardins

La présidente du conseil d'administration,



Mireille Ménard

DÉCLARATION PAR LE PDG DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval :

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

Je déclare que 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 2006.



Président-directeur général
Claude Desjardins

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PDG ET DE LA PRÉSIDENTE DU CA 2

Déclaration par le PDG de la fiabilité des données 4

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES 6

LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX 7

1. **LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMMISSIONS** 9
2. **LE PORTRAIT DU TERRITOIRE** 13
3. **LE RÉSEAU DE SERVICES** 15
4. **L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL** 19
5. **LE BILAN DES RÉALISATIONS 2005-2006** 23
6. **LE BILAN DES FICHES DE REDDITION DE COMPTE** 43
7. **LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE** 65

ANNEXES

Annexe I Publications de l'Agence 79

Annexe II Données financières des établissements 80

Annexe III Code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres du conseil d'administration 82

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

ASSS de Laval	Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Laval
AQESS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CHSGS	Centre hospitalier de soins générales et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS de Laval	Centre de santé et de services sociaux de Laval
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DMS	Durée moyenne de séjour
DRMG	Département régional de médecine générale
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Intégration-CLSC (système d'information sur la clientèle en CLSC)
Loi ou LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
Ministère	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAPA	Personne âgée en perte d'autonomie
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PDG	Président-directeur général
PEDIP	Programme d'évaluation, de développement et d'intégration professionnelle
POSILTPH	Programme de services intensifs long terme à domicile pour personnes handicapées
PRSA	Programmation régionale des services ambulatoires
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RI	Ressources intermédiaires
RTF	Résidences de type familial
SAD	Soutien à domicile
SARM	Staphylocoque doré résistant à la méthicilline (bactérie)
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
SI-PRSA	Système d'information - Programmation régionale des services ambulatoires
SI-RIL	Système d'information - Réseau intégré de Laval
SRA	Système régional des admissions
TED	Troubles envahissants du développement

Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Tableau 1	Population par groupe d'âge	13
Tableau 2	Établissements du réseau	15
Tableau 3	Nombre de lits et de places d'hébergement, publics et privés	16
Tableau 4	Effectifs du réseau	16
Tableau 5	GMF de Laval	17
Tableau 6	Nombre d'organismes communautaires	17
Figure 1	Organigramme de l'Agence	20
Tableau 7	Effectifs de l'Agence de Laval au 31 mars 2006	21
Tableau 8	Mobilité du personnel et évolution des effectifs de l'Agence	21
Tableau 9	Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes pour 1 000 habitants	24
Graphique 1	Pourcentage de patients couchés sur civières de 24 h et + et de 48 h et +	25
Graphique 2	Évolution du financement des organismes communautaires (2001-2006)	29
Tableau 10	Allocations du Programme de soutien aux organismes communautaires	30
Tableau 11	Formation personnel Réseau	36
Tableau 12	Développement des compétences	38
Tableau 13	Bilan	67
Tableau 14	Résultats	68
Tableau 15	Solde de fonds combinés	69
Tableau 16	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2005-2006	70
Tableau 17	Bilan des fonds affectés	71
Tableau 18	État sommaire de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés	72
Tableau 19	Situation financière des établissements publics de Laval	80
Tableau 20	Sommaire régional du financement net 2005-2006 des établissements de Laval	80
Tableau 21	Financement temporaire autorisé par l'Agence de Laval aux établissements publics de la région lavalloise en 2005-2006	81



1. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMMISSIONS

1.1 RESPONSABILITÉS

Le conseil d'administration a notamment pour fonctions :

1. d'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;

2. de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

3. de nommer les cadres supérieurs et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Le conseil d'administration doit créer un comité de vigilance et de la qualité. À cette fin, ce comité doit notamment recevoir et analyser les rapports et faire des recommandations au conseil d'administration sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes.

Les affaires d'une agence sont administrées par un conseil d'administration composé des membres suivants nommés par le ministre :

1) un membre de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée et un membre du département régional de médecine générale;
2) un membre de la commission infirmière régionale;
3) un membre de la commission multidisciplinaire régionale;
4) une personne choisie à partir d'une liste de noms fournie par les organismes du milieu communautaire;
5) une personne choisie à partir d'une liste de noms fournie par le secteur public de l'enseignement;
6) une personne choisie à partir d'une liste de noms fournie par les comités des usagers des établissements;
7) une personne choisie à partir d'une liste de noms fournie par les organismes du milieu syndical;
8) deux personnes représentant les organismes socio-économiques, choisies à partir d'une liste de noms fournie par la conférence régionale des élus;
9) deux personnes reconnues pour leurs compétences en gestion;
10) trois personnes choisies à partir d'une liste de noms;
11) le président-directeur général de l'agence.

Au cours de 2005-2006, plusieurs membres du conseil d'administration ont quitté à la suite de l'adoption du projet de Loi 83. Ces membres ont siégé jusqu'au 29 janvier 2006 :

- Mme Louise Beauchamp
- Mme Louise Chaput-Campeau
- Mme Mireille Gagné
- M. Perry Nadon, vice-président du conseil d'administration
- Dr Alban Perrier
- Mme Christiane Pichette, présidente du conseil d'administration
- M. Carl-Éric Therrien
- Mme Éléni Tsinalis

Toujours dans le cadre du projet de Loi 83, c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a nommé les membres du conseil d'administration. Leur mandat est effectif pour deux ans.

1.2 MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2006 [1]

Officiers

PRÉSIDENTE : Mme Mireille Ménard
VICE-PRÉSIDENT : M. Luc Villiard
SECRÉTAIRE : M. Laurent Guay
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL : M. Claude Desjardins

Représentants des différents milieux et des commissions

Commission médicale régionale

Dr Alban Perrier [2]

Département régional de médecine générale

Dr Maurice Pilon

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Dr Chérif Tadros [3]

Commission infirmière régionale

Mme Michelle Nadon

Commission multidisciplinaire régionale

M. Richard Lachapelle

Organismes socio-économiques

M. Charles Gingras
M. Jimmy Ung

Représentant du comité des usagers des établissements

M. Pierre Hamelin

Personnes reconnues pour leurs compétences en gestion

M. Jean-Guy Blanchet
Mme Jocelyne Poulin

Organisme représentatif du milieu communautaire

M. Laurent Guay

Organisme représentatif du secteur public de l'enseignement

Organisme représentatif du milieu syndical

M. Marc Ranger

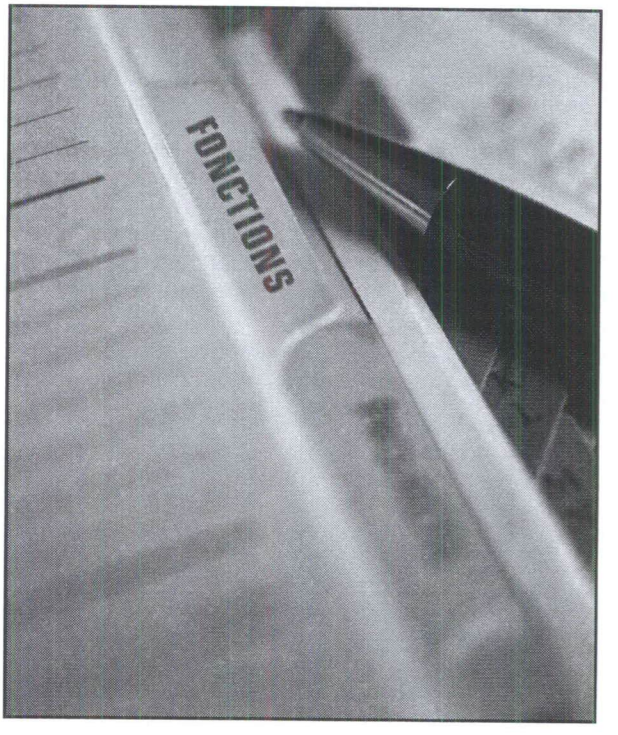
Membres cooptés

Mme Mireille Ménard
Mme Denise Ouimet
M. Luc Villiard

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE

Afin de s'adapter à la nouvelle réalité du changement de nom et des nouvelles fonctions, les membres du conseil d'administration ont revu le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval*. Vous le trouverez en annexe à la page 82.

Aucun manquement au code d'éthique n'a été constaté au cours de l'année 2005-2006.



1 Les membres ont siégé pour la première fois le 13 février 2006.
2 La Commission médicale régionale a été dissoute lors de la création de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée. Le DRMG est aussi représenté au CA.
3 Le représentant a été nommé le 1er mai 2006.

1.3 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale de Laval est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services;
- les questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- l'exécution de tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration.

La Commission est composée des membres suivants :

PRÉSIDENTE :
Michelle Nadon, gestionnaire

VICE-PRÉSIDENT :
Nicole Aucoin, CECII (Poste dédié : Centre d'hébergement)

Suzanne Bonhomme
Poste d'expert

Josée Couture
Observatrice

Carole Dallaire
Observatrice

Claude Desjardins
P.D.G.

Nicole Dufresne
Poste dédié : CR Établissement privé conventionné

Lise Ferland-Houle
Enseignement

Mireille Gagné
Gestionnaire

Danièle Lalande
Infirmière auxiliaire

Claudine Lepage
Observatrice Centre jeunesse

La Commission a siégé à six reprises.

1.4 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale de Laval est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- l'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services;
- les questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- l'exécution de tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration.

La Commission est composée des membres suivants :

PRÉSIDENTE :
Zahra Jabli, CLSC des Mille-Îles

VICE-PRÉSIDENT :
Richard Lachapelle, CRDI Normand-Laramée

François Allard
Collège Montmorency

Ghislaine Amiot
Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Geneviève Barlow
Centre jeunesse de Laval

Lucie Bonnier
CLSC du Ruisseau-Papineau

Lise Chagnon
Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Claude Desjardins
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Francine Émard
CRDI Normand-Laramée

Suzanne Ménard
Hôpital juif de réadaptation

Ada Pagnotta
Hôpital juif de réadaptation

Normand Plante
CLSC de Sainte-Rose

Poste vacant

La Commission a siégé à trois reprises lors de la dernière année.

1.5 COMITÉ RÉGIONAL D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE

Le Comité régional est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence afin de :

- donner son avis sur les programmes d'accès;
- d'évaluer ce programme d'accès et, le cas échéant, d'y suggérer des modifications.

L'Agence peut consulter le Comité régional d'accès aux services en langue anglaise en ce qui concerne la mise en place d'un modèle d'organisation des services.

PRÉSIDENT :
Elizabeth McCleod, Association amicale des jeunes et parents « Agape » inc.

VICE-PRÉSIDENT :
Jean Bélair, Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Laval

Ann Carey
CHSLD Manoir St-Patrice inc.

Thelma Comiré
Le Club des amies de Laval

Tony De Lauri
Commission scolaire Sir Wilfrid Laurier

Claude Desjardins
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Jean Desmarais
Centre jeunesse de Laval

Nathalie Dufort
Corporation de développement communautaire de Laval

Christiane Hémond
Ville de Laval

Golda Kligman
Hôpital juif de réadaptation

Jean Lafortune
Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Lise Pinsonnault
Direction régionale d'Emploi Québec-Laval

Isabelle Portelance
CRDI Normand-Laramée

Pierrette Roy
Hôpital de la Cité-de-la-Santé

Marlise Vlasblom
CSSSI, CLSC du Ruisseau-Papineau

La mise en œuvre du programme d'accès en langue anglaise s'est poursuivie, notamment, par le biais d'un projet avec un organisme communautaire.

Nous avons obtenu un montant de 343 000 $ du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada pour la traduction de plus de 300 documents différents en langue anglaise et afin d'offrir des cours d'anglais à plus de 52 intervenants pour une période de 80 heures.

1.6 FORUM DE LA POPULATION

Le Forum de la population n'a pas siégé en 2005-2006 à la suite de la réorganisation des instances, commissions et conseils d'administration du réseau. Son rôle et ses mandats ont été redéfinis dans le projet de Loi 83. Ce comité devrait redémarrer à l'automne 2006.

1.7 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Cette table est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département au sein d'un établissement situé sur le territoire de l'Agence. Cette table sera complétée en 2006-2007 et remplacera la Commission médicale régionale qui avait été créée en 1991.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée exerce les responsabilités suivantes :

1. faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux en spécialité;
2. définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés, divisé par spécialité;
3. définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés;
4. évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins spécialistes;
5. donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés et sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés et de la télémédecine;
6. donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
7. donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé;
8. exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration.



2. LE PORTRAIT DU TERRITOIRE

La région de Laval se caractérise par les données suivantes :

2.1 AU PLAN GÉOGRAPHIQUE :

- Superficie de 246 km^2, Laval est la plus petite région administrative au Québec.
- Densité de la population de 1 501,7 habitants/km^2, la plus élevée après Montréal.
- Son territoire est réparti en :
  - espaces verts : 19 %;
  - fonction résidentielle : 24 %;
  - fonction agricole : 28 %;
  - occupation industrielle et commerciale : 29 %.

2.2 AU PLAN DÉMOGRAPHIQUE :

- En 2005, la région de Laval compte 368 503 habitants, soit 4,8 % de la population du Québec, ce qui la place au 8^e rang.
- La croissance démographique a connu depuis 1996 une augmentation de 9,6 % de sa population alors que dans l'ensemble du Québec, on a observé une croissance de 4,5 %.
- La population des 0-17 ans ne cesse de décroître de 1996 à 2006, de 23 % à 21 %.
- La population des 65 ans et plus a crû de 16,4 % de 2001 à 2006, comparativement à 10,9 % au Québec et de 4,4 % pour la région de Montréal.

Tableau 1

Population par groupe d'âge

Groupe d'âge	Population	Pourcentage
0-14 ans	65 553	17,7 %
15-24 ans	46 074	12,3 %
25-44 ans	108 822	29,4 %
45-64 ans	98 585	26,6 %
65-74 ans	29 309	7,9 %
75 ans et plus	22 025	6,0 %
TOTAL	**370 368**	**100 %**

Source : Institut de la statistique du Québec (édition 2005, prévision)

2.3 AU PLAN SOCIO-ÉCONOMIQUE :

- La région de Laval compte 52 490 immigrants. La région de Laval affiche le 5^e solde migratoire total positif le plus élevé parmi l'ensemble des régions du Québec.
- Les pays de naissance des immigrants sont par ordre d'importance l'Italie, la Grèce et le Liban.
- La majorité des Lavallois parlent uniquement français à la maison.
- La population de 15 ans et plus est titulaire d'un certificat ou d'un diplôme universitaire, 17,7 % c. 17,2 % pour le Québec;
- Le lieu de travail est à Laval pour 39,7 % des Lavallois alors que 52,3 % ont un travail à Montréal.
- Laval est la région qui affiche le revenu personnel par habitant le plus élevé du Québec, 30 623 $ comparativement à 28 595 $ dans l'ensemble du Québec.
- La proportion de familles et de personnes hors famille à faible revenu est plus faible que pour l'ensemble du Québec (11,7 % c. 15,2 %).

2.4 AU PLAN DE LA SANTÉ DES LAVALLOIS :

- Près de la moitié de la population âgée de 20 à 64 ans qui présente un surplus de poids (IMC ± 25,0), les hommes plus que les femmes, particulièrement chez les 35-64 ans.
- Les femmes sont moins actives que les hommes, particulièrement les femmes âgées de 65 ans et plus.
- Les cancers sont la première cause de décès (35 % des décès), le cancer du poumon occupe la 1re place.
- Chez les femmes, le cancer du sein occupe la 2e place suivie par le cancer du côlon-rectum.
- Chez les hommes, le cancer du côlon-rectum occupe la 2e place suivie par le cancer de la prostate.
- Les MCV sont la deuxième cause de décès tout groupe d'âge confondu (30 % des décès à Laval), mais la première cause pour les 65 ans et plus.
- Les taux de décès par suicide, de même que les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide sont inférieurs à la moyenne québécoise.
- L'indice synthétique de fécondité, nb d'enfants par femme en âge de procréer, est de 1,52 ce qui est un peu plus élevé que pour le Québec (1,49).
- Le taux de natalité est de 10,1 pour 1 000, ce qui est similaire à l'ensemble du Québec (9,9).
- Le taux de mortalité est de 6,3 pour 1 000, ce qui est plus faible en comparaison avec le Québec qui se situe à 7,3 pour 1 000 personnes.
- Une espérance de vie de 78 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes, ce qui place la région de Laval dans les premiers rangs au Québec.





3. LE RÉSEAU DE SERVICES

3.1 ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU

Afin de répondre à ses besoins de santé et de services sociaux, la population peut compter sur un réseau de quatre établissements publics, six établissements privés conventionnés et cinq privés non conventionnés. En 2005-2006, le budget net de fonctionnement accordé aux établissements publics et privés conventionnés totalisait 397,6 M$ comparativement à 376,4 M$ en 2004-2005.

Tableau 2
Établissements du réseau

Centre de santé et de services sociaux de Laval	
- Hôpital de la Cité-de-la-Santé	Soins généraux et spécialisés
- Centre ambulatoire	Soins ambulatoires
- CLSC des Mille-Îles	Services de santé, psychosociaux et communautaires de première ligne
- CLSC du Marigot	
- CLSC du Ruisseau-Papineau	
- CLSC de Sainte-Rose	
- Centre d'hébergement Fernand-Larocque	Services d'hébergement et de soins de longue durée
- Centre d'hébergement Idola-St-Jean	
- Centre d'hébergement de La Pinière	
- Centre d'hébergement Rose-de-Lima	
- Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée	
Hôpital juif de réadaptation	Soins de réadaptation physique
CRDI Normand-Laramée	Centre spécialisé de réadaptation en déficience intellectuelle
Centre Jeunesse de Laval	Services psychosociaux, communautaires et d'hébergement pour les jeunes
CHSLD privés conventionnés	Services d'hébergement et de soins de longue durée
Centre d'hébergement Champlain Saint-François inc.	
Centre gériatrique Le Bel Âge de Fabre inc.	
CHSLD Saint-Jude inc.	
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi L'Orchidée Blanche	
Manoir Saint-Patrice inc.	
Résidence Riviera	
CHSLD privés non conventionnés	Services d'hébergement et de soins de longue durée
Centre d'hébergement de la Rive inc.	
Centre d'hébergement de la Villa-des-Tilleuls	
Résidence du Bonheur (La)	
Résidence pour retraités l'Éden de Laval enr.	
Villa Val des Arbres (1995) inc.	

Tableau 3

Nombre de lits et de places d'hébergement, publics et privés

Types d'établissement	
CH de soins généraux et spécialisés [4]	584
CHSLD publics	775
CHSLD privés conventionnés	713
CHSLD privés non conventionnés	373
Ressources de type familial *	549
Ressources intermédiaires (nb places pour 79 ressources reconnues)*	425
Résidences privées avec services pour personnes âgées (chambre et pension)	849
Résidences privées avec services pour personnes âgées (nb d'appartements)	4 536
HLM	714
Installations de réadaptation en DI [5]	67
Centre jeunesse	271

Source : MSSS, SDI, avril 2006 / * Agence de la santé et des services sociaux de Laval



3.2 EFFECTIFS DU RÉSEAU

Tout près de 9000 personnes œuvrent dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à Laval, auxquels s'ajoutent les médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. On constate que près des deux tiers des effectifs travaillent au CSSS et que l'autre tiers des travailleurs se répartit entre les différents établissements. Les effectifs sont répartis comme suit à Laval :

- CSSS de Laval 65 %
- Centre Jeunesse 12 %
- Hôpital juif de réadaptation 6 %
- CRDI Normand-Laramée 4 %
- Agence de Laval 2 %
- Autres (Centres d'hébergement privés conventionnés) 11 %

L'âge moyen du personnel est légèrement inférieur à l'âge moyen provincial :

- **Régional** 41,2
- **Provincial** 42,2

Sur une base globale, les établissements de la région de Laval ne devraient pas connaître de mouvement majeur à court terme à la suite de départ à la retraite. L'accroissement des départs à la retraite est prévisible à moyen terme. Cependant, plusieurs titres d'emploi sont identifiés comme vulnérables depuis 2005, dont les infirmières auxiliaires.

Voici le profil des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux à Laval selon les nouvelles catégories de la Loi 30.

Tableau 4

Effectifs du réseau

Catégories de personnel, Loi 30 [6]	% du personnel	Statut régulier	Statut temporaire
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	31 %	66 %	34 %
Personnel des soins infirmiers et cardio-respiratoires	27 %	80 %	20 %
Techniciens et professionnels et de la santé et des services sociaux	24 %	65 %	35 %
Personnel de bureau, technicien et professionnel de l'administration	12 %	70 %	30 %
Personnel d'encadrement	5 %	94 %	6 %
Personnel non visé par la Loi 30	1 %	45 %	55 %
Total	**100 %**	**71 %**	**29 %**

4 Ce chiffre comprend 132 lits de santé physique à l'Hôpital juif de réadaptation, 414 lits de santé physique, plus 38 lits de psychiatrie à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

5 Ces places sont à la Résidence Louise Vachon.

3.3 GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

Il y a eu un nouveau GMF en 2005-2006 et un autre est en cours d'accréditation pour l'automne 2006. De plus, en 2005-2006, le GMF de Laval s'est vu renouveler son accréditation pour une durée de trois autres années.

Malgré l'absence d'indicateurs de suivi ministériel, la croissance du nombre de GMF et du nombre de patients inscrits est toujours visée. À Laval, le rythme des inscriptions va bon train et les objectifs seront atteints en vue des renouvellements des accréditations dont le processus d'évaluation sera mis en branle à l'automne 2006 pour le GMF Centre médical Laval et le GMF Concorde.

Tableau 5
GMF de Laval

Nom du GMF	Affiliés	Nb de médecins
GMF de Laval	Unité de médecine familiale de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et CLSC du Marigot	16
GMF Centre médical de Laval	Centre médical Laval et CLSC des Mille-Îles	17
GMF Concorde	Polyclinique Concorde et CLSC du Marigot	26
GMF Ste-Dorothée [7]	Centre médical Ste-Dorothée et CLSC du Ruisseau-Papineau	13

3.4 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Pour l'année 2005-2006, l'Agence a subventionné quatre-vingt-neuf organismes communautaires et quatre autres organismes en santé et services sociaux pour un budget total de 12 421 874 $.

De plus, l'Agence s'est engagée à réserver un minimum de 10 % du budget de développement régional au financement des organismes communautaires admissibles au PSOC pour l'année 2005-2006. C'est ainsi qu'un montant récurrent annualisé de 144 668 $ a été alloué et une somme récurrente annualisée de 132 217 $ a été accordée pour des projets d'initiatives d'intégration sociale mises en œuvre par les organismes communautaires en santé mentale.

Les détails des subventions aux organismes communautaires se trouvent au tableau 10, page 30. On y a intégré les subventions allouées dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), du programme Jeu pathologique, du programme Personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) et de programmes de promotion et prévention de Santé publique.

Tableau 6
Nombre d'organismes communautaires

Catégories	
Déficience intellectuelle et TED	6
Déficience physique	9
Dépendances	3
Jeunes en difficulté	21
Perte d'autonomie liée au vieillissement	16
Santé mentale	9
Santé physique	2
Santé publique	10
Services généraux	13
TOTAL	**89**

6 Inventaire des effectifs, établissements de la région de Laval, septembre 2005

7 Ce GMF a été accrédité en janvier 2006.



4. L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

4.1 MISSION

Avec l'entrée en vigueur du projet de Loi 83 : *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, le 30 novembre 2005, la mission des agences a quelque peu été modifiée. Toutefois, les principaux mandats sont demeurés les mêmes.

- La planification stratégique pluriannuelle;
- Le soutien aux établissements dans l'organisation des services;
- La coordination des activités médicales particulières et du plan régional des effectifs médicaux;
- La santé publique (promotion et prévention, surveillance de l'état de santé, maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail);
- Le soutien aux organismes communautaires;
- La protection des usagers et la promotion de leurs droits;
- La planification et le développement d'outils de gestion de l'information;
- La planification et le développement de la main-d'œuvre;
- L'allocation des ressources financières;
- L'administration de la reddition de compte et des ententes de gestion.

4.2 FAITS SAILLANTS 2005-2006

Réorganisation et modification de l'organigramme de l'Agence

L'ASSS de Laval n'a pas attendu l'entrée en vigueur de la Loi 83 pour procéder à une réorganisation de sa structure. Dans un souci de plus grande efficacité, le conseil d'administration a adopté le nouvel organigramme le 31 octobre 2005 où nous sommes passés de sept à quatre directions.

Par ailleurs, la création d'un seul centre de santé et de services sociaux à Laval, la présence d'établissements spécialisés et les orientations contenues dans le projet de Loi 83, nous permettent d'anticiper une modification importante de nos rôles et responsabilités. Une consultation de nos établissements et de nos partenaires est présentement en cours afin de connaître leurs visions face à cette transformation. Nous devrions pouvoir émettre des recommandations d'ici la fin de l'année 2006.

Présentement, l'Agence maintient l'ensemble des responsabilités régionales qui lui sont confiées par la Loi ainsi que ses fonctions de représentation au plan national ou interrégional.

Cependant, l'exécution de certains mandats régionaux peut d'ores et déjà être confiée au CSSS de Laval. Le premier mandat délégué est celui relatif aux ressources informationnelles. Quant aux mandats de planification régionale, de la détermination des priorités et de la supervision du plan d'action régional, ils demeurent sous la responsabilité d'un comité régional des ressources informationnelles dont la gestion est assumée par l'Agence.

Le transfert des ressources humaines, financières et matérielles du Technocentre et de la Direction de projets est entré en vigueur le 1er avril 2006, lors de la signature d'un protocole d'entente entre le CSSS de Laval et l'Agence.

Au cours de l'automne 2006, d'autres responsabilités seront transférées, soit le transfert des fonctions de programmation et de coordination du réseau.

DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI 83

Le projet de Loi 83 introduit certaines modifications :

- Ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences et le ministre de la Santé et des Services sociaux. L'instance locale est responsable de la définition d'un projet clinique et organisationnel pour son territoire, alors que l'Agence exerce des fonctions de coordination en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.
- Processus électoral et composition des conseils d'administration des établissements et des agences.
- Création d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (dont un représentant siégera au CA de l'Agence) ainsi que d'un comité régional sur les services pharmaceutiques.
- Amélioration de la qualité des services, du régime de traitement des plaintes, ainsi que la protection et le respect des droits des usagers. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services relève directement du conseil d'administration de l'Agence et toute plainte verbale devra dorénavant y être examinée.
- Création d'un comité de vigilance et de la qualité dans chaque agence. Leur mandat sera d'analyser certains aspects de la qualité des services et de faire des recommandations au conseil d'administration.
- Circulation de l'information clinique. Des mécanismes seront mis en place pour la conservation et la circulation de certains renseignements de santé concernant une personne qui y consent.
- Processus de certification obligatoire des résidences privées pour personnes âgées. Ce processus permettra aux personnes qui y résident de recevoir des services sécuritaires et de qualité dans un milieu de vie acceptable.

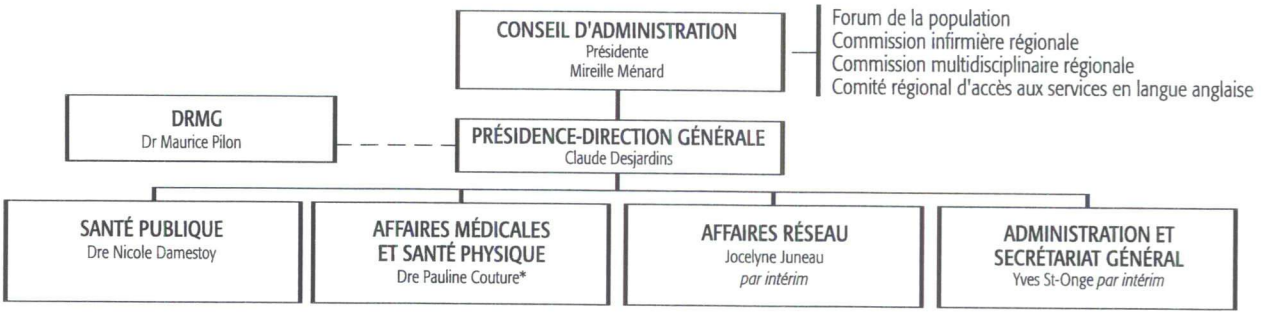
Nous verrons donc à donner suite à toutes ces modifications au cours des prochains mois.

PLAN RÉGIONAL DE LUTTE À UNE PANDÉMIE D'INFLUENZA – MISSION SANTÉ

Dès que la demande a été faite par le Ministère, nous avons mis sur pied plusieurs comités et des responsables de volet ont été mandatés pour mieux répondre aux exigences du canevas de travail que nous avions reçu en janvier 2006. Nous avons donc déposé au Ministère, notre Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza, le 31 mai 2006. La particularité à Laval est que le Plan régional s'est élaboré conjointement avec le CSSS de Laval, particulièrement pour les volets Santé physique et Services psychosociaux puisque ce sont eux qui dispenseront les services, si une pandémie venait à se déclarer. Le Plan local du CSSS de Laval a été intégré au Plan régional. Nous travaillons présentement à peaufiner le plan régional et les différents plans d'action qui s'y rattachent. Nous devrions recevoir les Plans locaux de lutte à une pandémie d'influenza des autres établissements publics et privés conventionnés, le 31 octobre 2006.

Plusieurs rencontres ont été organisées avec les médecins en clinique privée afin de leur donner une information la plus complète possible sur le sujet. Certaines seront appelées à jouer un rôle très important dans l'intervention en cas de pandémie d'influenza. D'autres rencontres sont à prévoir avec d'autres partenaires au cours des prochains mois.

Figure 1
Organigramme de l'Agence



* Dre Pauline Couture a quitté ses fonctions à l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval en juin 2006.

4.3 EFFECTIFS DE L'AGENCE

Tableau 7
Effectifs de l'Agence de Laval au 31 mars 2006

	2005-2006	2004-2005
Les cadres		
Temps complet	15	14
Temps partiel	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers		
Temps complet	64	54
Temps partiel (ETC)	0	0
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	44 704,45	68 414,66
Équivalents temps complet (ETC)	24	37

Aux effectifs de l'Agence de Laval s'ajoutent une vingtaine de médecins et un dentiste actifs au sein de la Direction de santé publique et de la Direction des affaires médicales et santé physique. Ceux-ci sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

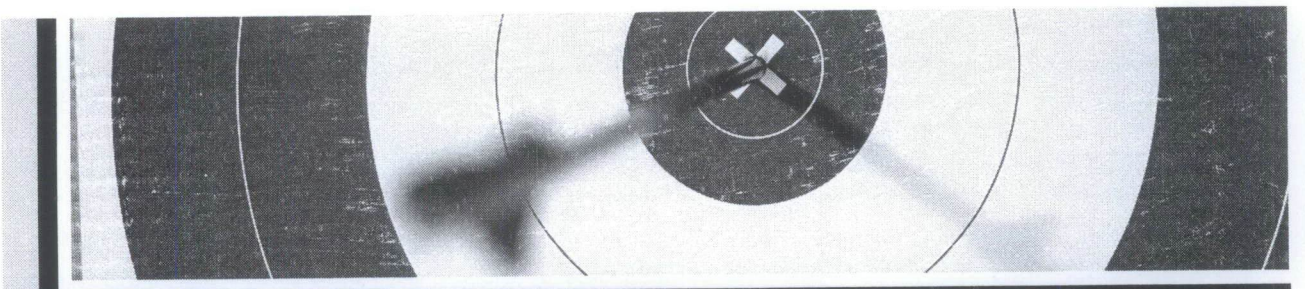
Tableau 8
Mobilité du personnel et évolution des effectifs de l'Agence

Postes affichés	25
Requêtes traitées pour l'affectation de personnel	60
Embauches	14
Départs	15
Griefs réglés	8
Griefs en suspens	6
Entente syndicale conclue	0
Renouvellement entente	1

4.4 PROJETS DE RECHERCHE

L'équipe ÉRAS et les activités de recherche ont été transférées à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.





5. LE BILAN DES RÉALISATIONS 2005-2006

5.1 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mis en place en octobre 2000, le Département régional de médecine générale (DRMG) est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la RAMQ et qui pratiquent dans la région de Laval.

5.1.1 LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION

CHEF DU DRMG :	Dr Maurice Pilon, Carrefour médical
Dr Michel Breton	Centre médical Laval
M. Claude Desjardins	PDG, Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Dr Alain Goudreau	Chef de département de médecine générale, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Dr Raynald Guay	Médi-Centre Chomedey
Dre Louise Phaneuf	Clinique médicale Ste-Dorothée
Dr Claude Saucier	Polyclinique médicale Concorde
Dre Lyette St-Hilaire	CLSC Ste–Rose

Siège également à titre de représentante de l'Agence :

Dre Pauline Couture	Directrice des affaires médicales et de santé physique

Les principales réalisations en 2005-2006 ont été :

- Révision et mise à jour du cadre de référence des projets réseau;
- Signature de deux nouvelles ententes de partenariat avec les cliniques médicales Samson et de L'Avenir qui se joignent aux projets réseau;
- Soutien, suivi et bilan des projets réseau déjà développés;
- Collaboration dans l'accréditation d'un nouveau GMF.

5.1.2 PLAN D'ACTION DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE À LAVAL

Afin de cerner la situation des services médicaux lavallois de première ligne, de pouvoir apprécier les écarts et de proposer subséquemment des recommandations, le DRMG a travaillé en collaboration avec les partenaires à dégager des consensus dans la région. Voici les six cibles prioritaires du Plan d'action des services médicaux de première ligne.

Cible 1 : Évaluer l'accessibilité à un médecin de famille pour la population vulnérable de Laval.

Cible 2 : Développer le réseautage de la première ligne, en continuité avec la deuxième ligne.

Cible 3 : Améliorer le réseau d'accès sans rendez-vous à tout le territoire de Laval.

Cible 4 : Évaluer la possibilité d'établir une garde régionale en première ligne pour les clientèles vulnérables de Laval.

Cible 5 : Assurer la continuité de la phase I du projet SI-RIL et l'étendre à tous les omnipraticiens de la région.

Cible 6 : Faciliter l'accès à un plateau technique de base en radiologie et en laboratoire pour la première ligne.

Le DRMG de Laval est confiant que l'optimisation de l'organisation des services médicaux de première ligne passera par le déploiement de ce plan d'action et par l'actualisation progressive de ces cibles prioritaires.

5.1.3 PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX

Deux plans régionaux d'effectifs médicaux ont été élaborés en 2005-2006, l'un en omnipratique et l'autre en spécialités. Le manque de médecins de famille demeure une préoccupation importante du DRMG. À l'instar de la population québécoise où 12 % sont des patients orphelins, pour les Lavallois, ce taux se situe à près de 30 %. Le DRMG a donc demandé qu'une analyse soit faite afin de documenter cette problématique à Laval et aussi de connaître le nombre de patients vulnérables parmi cette clientèle. Les résultats de cette étude seront connus au cours de l'automne 2006.

En regard de la *Loi sur les activités médicales particulières* (AMP), une méthode de suivi a été appliquée pour tous les omnipraticiens de Laval. Ceux-ci sont tenus, sans exception, d'adhérer à cette entente qui se renouvelle automatiquement aux deux ans et qui comporte des modalités de couverture de certains secteurs vulnérables selon le nombre d'années de pratique.

Tableau 9

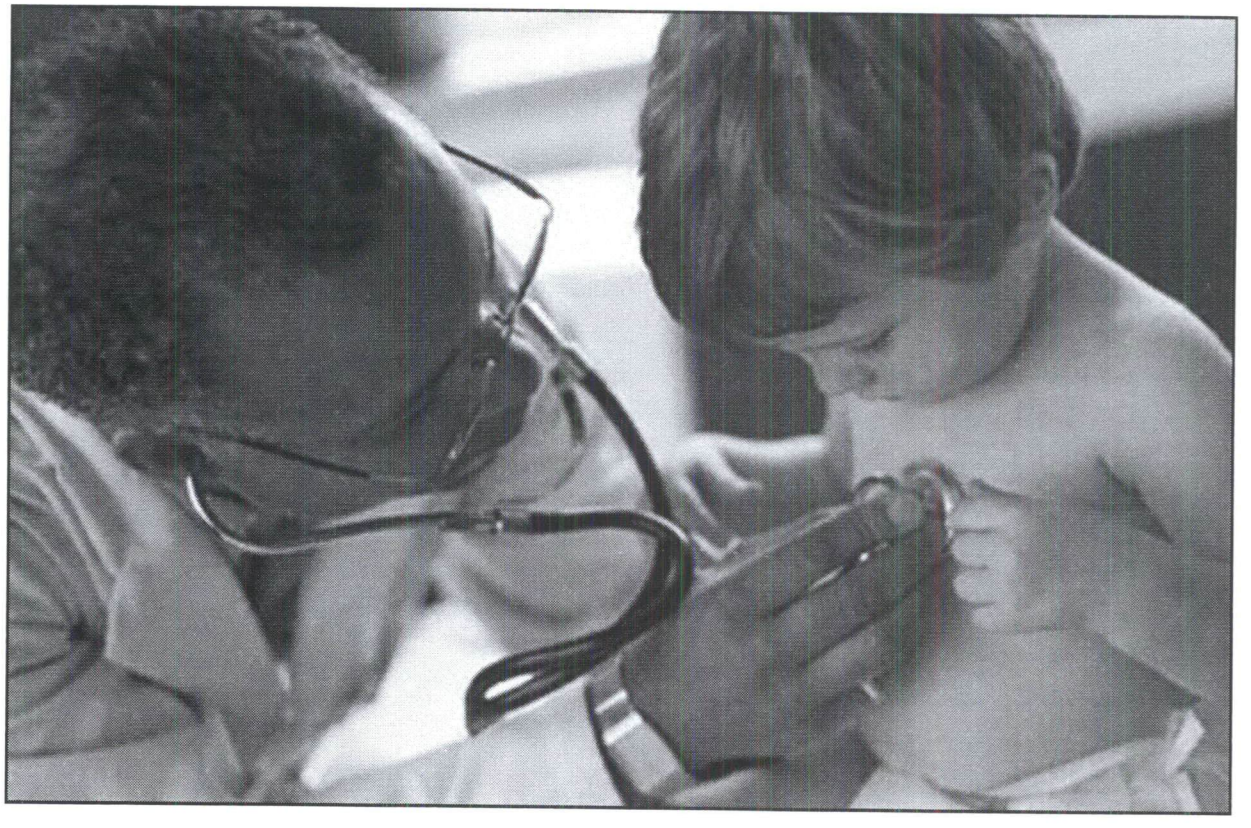
Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes pour 1 000 habitants

RÉGION SOCIOSANITAIRE	OMNIPRATICIENS	Nb /1 000 h	SPÉCIALISTES	Nb /1 000 h	ENSEMBLE DES MÉDECINS	Nb /1 000 h
06 Montréal	2 017	1,07	3 160	1,92	5 627	2,99
13 Laval	**310**	**0,85**	**214**	**0,59**	**524**	**1,43**
14 Lanaudière	333	0,80	230	0,55	563	1,35
15 Laurentides	450	0,89	233	0,46	683	1,35
16 Montérégie	1 177	0,87	807	0,59	1 984	1,46
Ensemble du Québec	7 726	1,02	7 970	1,05	15 696	2,07

Source : MSSS, SDI, juin 2006

5.1.4 PROJETS-RÉSEAU

Le nombre de projets réseau compte maintenant 16 cliniques pour une possibilité de 28. Un partenariat entre le CSSS de Laval et les cabinets privés permet le repérage et la prise en charge subséquente des clientèles vulnérables. Ces projets qui regroupent plus de 50 % des médecins omnipraticiens de la région constituent une base dans l'implantation du réseau médical de première ligne. Un budget récurrent de 544 568 $ a été alloué au CSSS de Laval pour ces projets.



5.2 DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES ET SANTÉ PHYSIQUE

5.2.1 SANTÉ PHYSIQUE

Liste d'attente en chirurgie

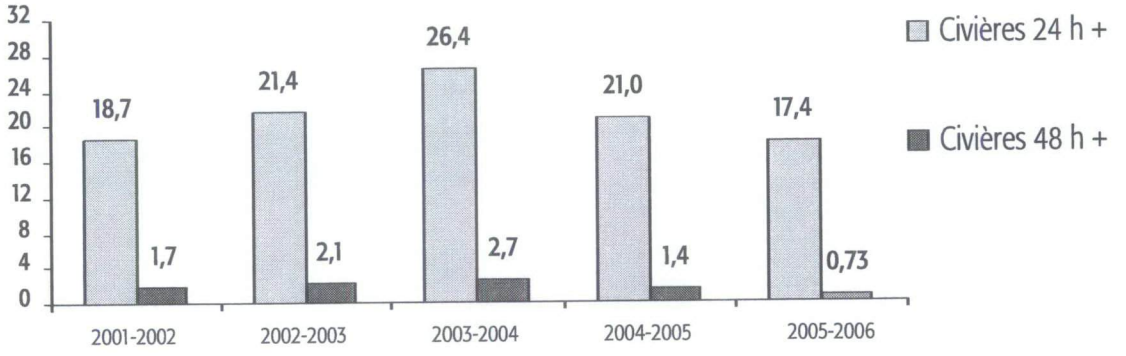
Dans les attentes administratives 2005-2006 du MSSS, les agences doivent produire un plan d'action des services spécialisés chirurgicaux concernant les chirurgies de remplacement par prothèse de la hanche et du genou.

À Laval, à la fin de la période 13, il n'y avait aucun patient en attente de plus de 6 mois pour les chirurgies de la hanche ou du genou. Par contre, 76 patients étaient en attente plus de 6 mois pour les chirurgies de la cataracte. Cette situation devrait se résorber dans les prochains mois. Une somme non récurrente de 934 809 $, pour l'année 2005-2006, a été allouée afin de réduire la liste d'attente pour les chirurgies ci-haut mentionnées. Voir la fiche de reddition de compte à la page 49.

Toutefois, afin de poursuivre l'amélioration de la situation, plusieurs moyens ont été énoncés dans notre plan d'action, dont entre autres, la révision du processus clinique de certaines mesures, l'analyse des volumes de clientèle, l'entente de collaboration entre les agences de Montréal et Laval, etc.

Graphique 1

Pourcentage de patients couchés sur civières de 24 h et + et de 48 h et +



Plan d'action de contingence de l'urgence

La création du CSSS de Laval et la fusion des établissements ont simplifié la répartition des sommes pour désengorger l'urgence entre les établissements. L'Agence a choisi de donner un montant global au CSSS de Laval pour lui permettre de cibler lui-même les mesures appropriées pour exécuter son mandat. Le CSSS de Laval sera donc autonome pour définir les mesures qui répondront à ses besoins et devra élaborer un plan régional de contingence. C'est un montant de 1 932 705 $ qui a été réparti dans l'application des principales mesures du plan :

- Ajout d'une infirmière de liaison à l'urgence en provenance des CLSC et faisant le lien avec la première ligne;
- Présence d'une équipe de gériatrie sur les étages afin d'évaluer les clients potentiels en perte d'autonomie et d'intervenir précocement avant la demande d'hébergement;
- Appui au développement d'une clinique réseau en soutien à l'urgence selon le cadre de référence des cliniques réseau de Laval.

Par ailleurs, l'intensification des services de soutien à domicile, l'une des mesures visant le désengorgement de l'urgence, a entraîné une augmentation du nombre moyen d'interventions par usager et, par conséquent, la cible à atteindre pour cet indicateur a été largement dépassée. Voir la fiche de reddition de compte à la page 60.

5.2.2 INFO-SANTÉ

Les orientations ministérielles en regard d'une centralisation nationale du service Info-Santé sont en voie d'être mises en application. Cela débutera par la mise en place d'une centrale téléphonique par région et la mise en réseau des quinze sites régionaux. Parallèlement, s'ajoutera le service Info-Social tandis que les professionnels du service Info-Santé auront accès à de nouveaux outils de consultation rapide et conviviale, soit le logiciel Info-Santé Web (pour les fiches d'appel et les protocoles infirmiers) et Info-Médicament.

Pour la région de Laval, certaines de ces orientations ont été actualisées, dont la centralisation des quatre services Info-Santé locaux qui ont été regroupés à la centrale téléphonique du CLSC du Marigot.

Dès le début de l'année 2007, toute la population lavalloise n'aura qu'un seul numéro à composer pour joindre Info-Santé, quel que soit son code postal. De plus, des travaux sont en cours pour la mise en place du service Info-Social, jumeau du modèle Info-Santé.

Quant à la situation de la centrale régionale, son accessibilité s'est détériorée due en grande partie à la réorganisation du service. Toutefois, bonne nouvelle, les délais d'attente ont diminué grâce à la centralisation des ressources et aux travaux d'harmonisation de la réponse téléphonique. Tout est donc en place pour améliorer grandement ce type de services téléphoniques au cours des prochaines années. Voir la fiche de reddition de compte à la page 47.

La région de Laval a été retenue avec trois autres régions; Montréal, l'Estrie et l'Outaouais pour faire partie du projet visant l'amélioration de l'accès aux services Info-Santé pour la clientèle de langue anglaise. Ce projet a été financé par le FASSP de Santé Canada. L'ensemble des infirmières de ce service a reçu une formation pour répondre à cette clientèle. Cette mesure est préparatoire à la mise en réseau du service Info-Santé avec un numéro unique pour tout le Québec, le 811.

5.3 DIRECTION DES AFFAIRES RÉSEAU

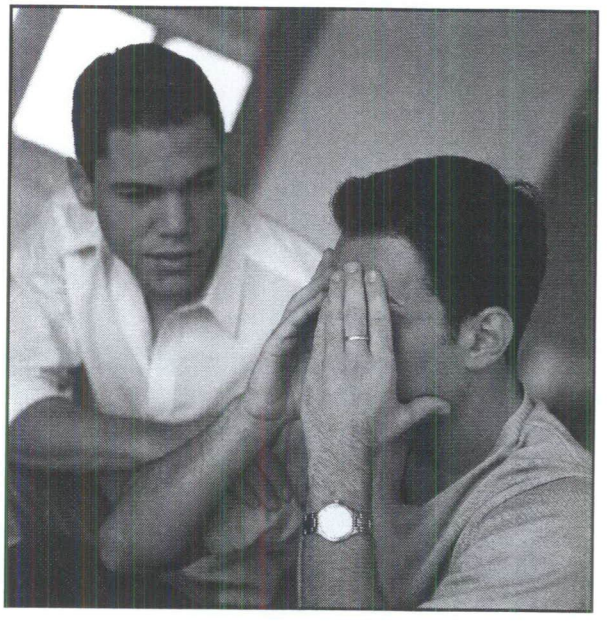
5.3.1 ADAPTATION SOCIALE

Jeunes en difficulté

L'équipe d'intervention jeunesse, implantée depuis trois ans à Laval, a été impliquée dans 85 situations présentant une grande complexité et demandant la collaboration de plusieurs partenaires. La coordination de cette équipe a permis la réalisation de 55 plans de services individualisés (PSI); un record encore une fois cette année. Voir les fiches de reddition de compte aux pages 56 et 57.

En 2005-2006, une formation a été offerte à 85 intervenants du CSSS de Laval, du Centre jeunesse, du CRDI Normand-Laramée, du Centre Le Maillon et du milieu scolaire en regard du PSI. C'est donc 585 intervenants lavallois qui ont reçu cette formation au cours des dernières années. Un bilan a permis d'orienter le comité dans la poursuite des actions et afin de soutenir la réalisation des PSI.

Un état de situation régional a été rédigé concernant les ordonnances de visites supervisées émises par la Cour supérieure du Québec ainsi que les ressources disponibles, pouvant exercer ce mandat. Les travaux en cours permettront d'identifier la ressource qui assurera le service de supervision.



Santé mentale

À la suite du lancement du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* du Ministère, la région de Laval s'est dotée d'un plan d'action afin d'identifier et de mettre en œuvre les mesures prioritaires. Un comité régional, formé de représentants de tous les secteurs d'activités en santé mentale, a été mandaté par l'Agence et le CSSS de Laval.

L'Agence a alloué un montant récurrent de 396 966 $ pour permettre la consolidation des équipes de santé mentale en première ligne et atteindre les cibles 2005-2006 en matière d'évaluation et de traitements. Les résultats ont dépassé les cibles de 34 % chez les jeunes et de 12 % pour les adultes. Ces résultats s'expliquent en partie par le fait que les équipes de santé mentale de première ligne étaient déjà en place.

De plus, un montant récurrent de 329 225 $ a été alloué pour développer les services de soutien dans la communauté. Toutefois, comme le soutien d'intensité variable est un concept relativement nouveau dans les CLSC de Laval, les cibles n'ont pu être atteintes en 2005-2006. C'est pourquoi ce service a été dispensé cette année par un organisme communautaire. Pour le suivi intensif, l'équipe a été complétée en décembre 2005. Comme le nombre de personnes à desservir est en croissance constante, l'équipe n'a pu rejoindre la cible 2005-2006. Mais nous croyons que pour la prochaine année, nous devrions être en mesure d'atteindre les cibles. Voir les fiches de reddition de compte aux pages 58 et 59.

L'Agence a également soutenu financièrement des initiatives du milieu communautaire en matière d'intégration dans la communauté des personnes ayant des troubles mentaux. Un montant récurrent de 132 217 $ a été alloué à cet effet.

5.3.2 INTÉGRATION SOCIALE

Personnes âgées en perte d'autonomie

Afin de s'arrimer aux orientations du *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, l'Agence a élaboré son *Plan d'action régionale 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie*. En ce qui concerne nos particularités régionales, nous avons deux atouts majeurs, soit le développement d'un Système d'information pour la programmation régionale des services intégrés (SI-PRSI) ainsi que la mise en place graduelle du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA).

Le plan d'action régional contient neuf enjeux, dont certains sont :

INCONTOURNABLES :

- Rehausser, varier, innover quant à l'offre de service en soutien à domicile;
- Déployer le système d'information SI-PRSI dans la région;
- Assurer l'accès à un médecin de famille;
- Développer des ressources alternatives à l'hébergement;
- Consolider l'offre de service d'interventions préventives.

TRÈS IMPORTANTS :

- Assurer des milieux de vie de qualité en centres d'hébergement, RTF-RI et résidences privées;
- Apporter un soutien adéquat aux organismes communautaires.

IMPORTANTS :

- Développer une offre de service complémentaire entre le SAD et les résidences privées;
- Offrir une offre de service complémentaire entre la première et la deuxième ligne gériatrique.

Soutien à domicile et services dans le milieu de vie

Dans le but d'augmenter le nombre de personnes desservies par le soutien à domicile (SAD), un montant de 335 078 $ a été investi. Pour augmenter les services professionnels et ainsi réduire les listes d'attente pour ces services, un montant non récurrent de 100 000 $ a été réparti entre les quatre CLSC.

Un montant de 169 073 $ a été alloué, afin d'intensifier les services d'aide à domicile et les services professionnels et ainsi, éviter ou réduire la durée de séjour dans un centre hospitalier ou encore à prévenir un hébergement prématuré.

Compte tenu de l'importance des besoins en matière de services professionnels que requiert la clientèle des ressources intermédiaires, un soutien financier de 25 000 $ a été accordé au CLSC de Sainte-Rose pour le Pavillon Notre-Dame et un montant de 40 000 $ au CLSC du Ruisseau-Papineau pour le Manoir Chomedey.

Dans le but de répondre aux besoins d'accompagnement d'une clientèle ayant des problèmes complexes et nécessitant des services offerts par plusieurs partenaires, la mise en place d'une équipe de gestionnaires de cas s'est actualisée au mois d'octobre 2005 avec un financement de 441 000 $.

Par ailleurs, la poursuite de l'harmonisation de l'offre de service, des pratiques des intervenants du SAD, de même que la révision des modalités d'attribution d'un profil d'intervention pour un usager, permettra d'améliorer la fiabilité de la saisie de données pour la reddition de comptes.

Déficience physique

Deux allocations non récurrentes d'environ 250 000 $ ont été allouées afin de diminuer le délai d'attente pour obtenir un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED) pour les enfants de moins de 7 ans à la clinique de développement du Centre ambulatoire du CSSS de Laval. Le délai visé est de quatre mois et moins.

Plusieurs allocations non récurrentes de plus de 100 000 $ ont été versées à divers organismes communautaires travaillant avec cette clientèle pour poursuivre des projets ou des activités essentiels au maintien des personnes dans leur milieu de vie.

Des bilans des plans d'action régionaux en déficience intellectuelle, déficience physique et trouble envahissant du développement ont été effectués en cours d'année. D'autres plans d'action régionaux sont en préparation : personnes blessées médullaires, enfants et adolescents ayant subi un trouble crânio-cérébral modéré ou sévère. L'harmonisation des programmes POSILTH, soutien à la famille et transport-hébergement s'est poursuivie.

Un montant de 71 500 $ a été alloué à l'Hôpital juif de réadaptation pour diminuer la liste d'attente pour des services externes de réadaptation en déficience motrice. La même somme a été investie pour augmenter le nombre d'enfants ayant accès aux services spécialisés de réadaptation en langage-parole de l'Hôpital juif de réadaptation.

On constate une augmentation appréciable du nombre d'interventions par usager qui est passé de 35 à 42,57 interventions. Cette augmentation est en lien, notamment, avec la réduction des durées de séjour en centre hospitalier et explique le besoin de rehaussement des services lors du retour à domicile de l'usager. De plus, le souhait de cette clientèle de demeurer dans son milieu de vie le plus longtemps possible doit être pris en compte, sans oublier le répit nécessaire aux proches aidants.

Déficience intellectuelle

Un plan de réintégration dans la communauté des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon a été déposé au CA en mai 2006. Ce plan fait partie de l'entente de gestion entre l'Agence et le CRDI Normand-Laramée. Il vise à planifier les étapes de transition afin d'offrir aux personnes présentant un trouble grave du comportement un milieu de vie plus adéquat et répondant à leurs besoins. C'est ainsi qu'une somme de 452 000 $ a été allouée au CRDI-Normand Laramée pour permettre le déploiement des ressources humaines et pour mettre en œuvre ce plan.

Troubles envahissants du développement

Une des cibles nationales et régionales est de développer et de consolider le service d'intervention comportemental intensif (ICI) pour les enfants de moins de six ans, selon une intensité minimale de 20 h/semaine. Un montant de 100 000 $ a été alloué pour atteindre cette cible.



5.3.3 HÉBERGEMENT

Le portrait de l'hébergement dans les CHSLD privés conventionnés de Laval a changé au cours de la dernière année. L'ouverture du nouveau bâtiment de la Résidence Riviera en juin 2005, a entraîné le transfert de 84 usagers hébergés dans l'ancien bâtiment et a permis l'ajout de 44 lits.

Le projet de rénovation et d'agrandissement du Manoir Saint-Patrice, fait suite à la visite d'appréciation du Ministère. L'établissement a réduit sa capacité d'hébergement de 36 lits. Ceci a permis de transformer des chambres à plusieurs lits en chambre individuelle.

L'autre projet de réaménagement fonctionnel est celui du CHSLD Saint-Jude qui a occasionné l'élimination des chambres de trois lits et plus ainsi qu'une modernisation de la majeure partie des chambres et des salles de bain. Les rénovations ont été complétées au printemps 2006.

Le projet novateur, Les Habitations Saint-Christophe, a obtenu l'autorisation finale de la Société d'habitation du Québec lui permettant d'amorcer au mois de juin 2005, les travaux de construction et de rénovation. L'accueil des premiers locataires s'est fait au mois de mai 2006. Ce sont 51 unités de logement qui se sont ajoutées afin d'accueillir trois types de clientèle : personnes aînées en perte d'autonomie moyenne et sévère et personnes souffrant d'une déficience physique et de déficience intellectuelle.

En raison de certaines difficultés reliées à la construction d'une maison (12 places) pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le démarrage des activités a été reporté d'une année.

Un appel d'offres pour le développement d'une ressource intermédiaire de 28 usagers, ayant des troubles cognitifs, a été lancé par le CSSS de Laval et auprès des CHSLD privés conventionnés et autofinancés. L'analyse des huit soumissions a permis de retenir un projet. Cette nouvelle ressource devrait être opérationnelle en septembre 2006.

L'Agence a procédé, à l'automne 2005, à l'évaluation annuelle de la clientèle orientée par le système régional des admissions. Nous avons remarqué une augmentation de la lourdeur moyenne depuis l'an passé, passant de 2,90 h/soins nettes requises à 2,99 pour les centres d'hébergement du CSSS de Laval et les CHSLD privés conventionnés.

Encore cette année, une somme non récurrente de 253 197 $ a été allouée et répartie entre les CHSLD publics et privés conventionnés afin de les aider à couvrir les coûts reliés à des médicaments coûteux, tel que l'EPREX.

L'implantation des orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » se poursuit dans les centres d'hébergement publics et privés conventionnés. Cette démarche devrait débuter dans les CHSLD privés autofinancés en 2006-2007.

5.3.4 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le 22 février 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait une nouvelle structure de crédits du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) pour l'exercice financier 2005-2006. Cette structure permet le financement selon les trois modes de soutien financier de la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire, soit en appui à la mission globale, par entente de service ou pour des projets ponctuels.

Dans ce nouveau contexte, l'Agence a convenu de travailler en collaboration avec la Corporation de développement communautaire de Laval pour réviser les documents de référence de notre région. Il va de soi que ces travaux régionaux sont arrimés avec les travaux nationaux.

Graphique 2

Évolution du financement des organismes communautaires (2001-2006) - PSOC

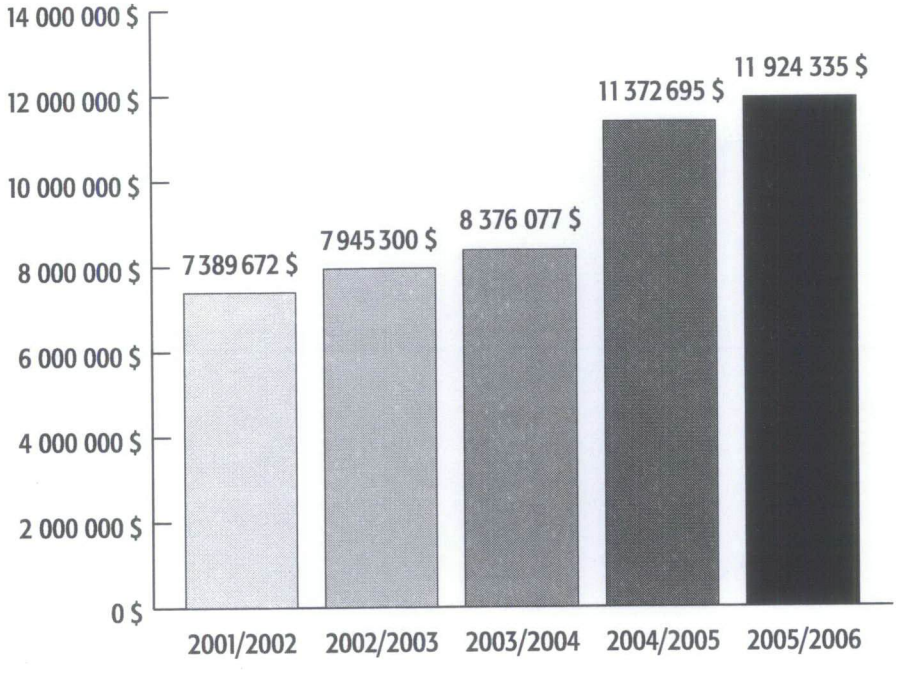


Tableau 10

Allocations du Programme de soutien aux organismes communautaires

Organismes	Subvention versée 2005-2006	2004-2005
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED		
Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval	59 959 $	51 707 $
Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) inc.	59 231 $	87 956 $
Ateliers adaptés Stimul'arts (Les)	116 021 $	80 695 $
Mouvement personne d'abord de Laval	68 000 $	30 000 $
Services du Chat botté de Laval	227 905 $	199 870 $
Société de l'autisme et des TED (Laval)	80 150 $	78 425 $
Sous-total	**611 266 $**	**528 653 $**
DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Association Dysphasie +	90 846 $	109 890 $
Association de la fibromyalgie de Laval	39 609 $	31 297 $
Association des personnes aphasiques de Laval	101 368 $	87 063 $
Association des personnes vivant avec une surdité de Laval	58 633 $	53 495 $
Association lavalloise pour le transport adapté (ALTA)	10 000 $	25 000 $
Association québécoise des traumatisés crâniens / SUPRARÉGIONAL	52 439 $	46 378 $
Association sclérose en plaques Laval	78 860 $	77 162 $
Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval	37 500 $	----
Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal-Métropolitain (SIVET) / SUPRARÉGIONAL	58 774 $	37 078 $
Sous-total	528 029 $	467 363 $
Alliance CAAT	9 095 $	36 378 $
CAFAT	130 180 $	129 100 $
Maisonnée de Laval inc. (La)	136 650 $	167 000 $
Sous-total	**275 925 $**	**332 478 $**
JEUNES EN DIFFICULTÉ		
Association québécoise des troubles d'apprentissage – section Laval	61 764 $	60 499 $
Bureau de consultation jeunesse inc. / SUPRARÉGIONAL	88 764 $	63 605 $
Carrefour jeunesse de Sainte-Rose	107 310 $	116 494 $
Centre communautaire Val-Martin (Le)	131 285 $	155 482 $
Centre défi-jeunesse de St-François	112 310 $	117 618 $
Diapason-Jeunesse	72 912 $	96 494 $
Gymn-Eau Laval	61 932 $	51 489 $
Jeunes au travail	97 222 $	97 456 $
L'Entraide (Pont-Viau et Laval des rapides) inc.	50 590 $	56 009 $
Maison d'hébergement L'envolée	319 832 $	312 947 $
Maison de quartier de Fabreville inc. (La)	147 002 $	144 063 $
Maison de quartier Vimont	95 029 $	78 837 $
Maison des jeunes de Laval-Ouest inc.	109 060 $	114 878 $
Maison des jeunes de l'est de Laval	107 310 $	104 898 $
Maison des jeunes de Sainte-Dorothée	107 310 $	100 456 $
Maison des jeunes du Marigot	118 129 $	108 086 $
Mesures alternatives jeunesse de Laval inc.	376 157 $	368 060 $
Oasis, Unité mobile d'intervention	109 306 $	107 785 $
Parentèle de Laval inc. (La)	18 046 $	25 303 $
Relais familial d'Auteuil (Le)	8 176 $	7 575 $
Travail de rue de l'Île de Laval (T.R.I.L.) inc.	315 221 $	309 270 $
Sous-total	**2 614 667 $**	**2 597 304 $**
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT		
Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA)	47 803 $	40 600 $
Association des popotes roulantes de Laval	68 359 $	96 898 $
Association pour aînés résidant à Laval	151 325 $	150 221 $
Bonjour aujourd'hui et après inc.	152 945 $	134 557 $
Centre communautaire le rendez-vous des aînés(es) (Laval) inc.	124 856 $	124 321 $
Centre de bénévolat de Laval inc. (2)	240 194 $	227 905 $
Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot	196 884 $	172 420 $
Comité d'animation du troisième âge de Laval	125 856 $	125 192 $
DIRA-Laval inc.	18 930 $	10 000 $
Groupe d'entraide La rosée	51 867 $	50 750 $
Lumi-Vie	142 535 $	137 509 $
Partage humanitaire	54 048 $	52 885 $
Place des aînés de Laval	35 644 $	34 877 $
Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil	156 600 $	145 255 $
Société Alzheimer de Laval 1995	154 143 $	127 288 $
Télé-Bénévole inc.	240 025 $	223 247 $
Sous-total	**1 962 014 $**	**1 853 925 $**

Tableau 10 (suite)

Allocations du Programme de soutien aux organismes communautaires

Organismes	Subvention versée 2005-2006	Subvention versée 2004-2005
SANTÉ MENTALE		
Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval (ALPHPL)	217 262 $	211 556 $
Association IRIS / SUPRARÉGIONAL	82 529 $	70 968 $
Association lavalloise de parents pour le bien-être mental inc.	213 587 $	200 153 $
CAFGRAF – Groupe d'entraide en santé mentale de Laval	463 869 $	478 026 $
Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale C.I.L.L.	828 956 $	711 895 $
Corporation régionale santé mentale et travail de Laval	79 667 $	77 952 $
En-Droit de Laval (L')	71 943 $	54 994 $
Ressources ATP Groupes de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique (La)	24 795 $	12 425 $
Service populaire de psychothérapie (S.P.P.)	201 637 $	173 934 $
Sous-total	**2 184 245 $**	**1 991 903 $**
SANTÉ PHYSIQUE		
Association d'Entraide Ville-Marie inc. / SUPRARÉGIONAL	190 508 $	186 945 $
Association du diabète – Laval, Laurentides, M.R.C. des Moulins inc.	62 513 $	61 167 $
Sous-total	253 021 $	248 112 $
SANTÉ PUBLIQUE		
ARRET de Laval		40 000 $
Association amicale des jeunes & parents « Agape » inc.	94 606 $	90 828 $
Bureau d'aide et d'assistance familiale Place St Martin inc.		6 750 $
Enfant d'abord	37 925 $	42 676 $
Jardin de la famille de Fabreville inc. (Au)	42 848 $	41 926 $
Maison de la famille de Laval-Ouest	20 350 $	25 174 $
Maison de la famille de St François	6 956 $	35 146 $
Maison Dominique	190 765 $	186 659 $
Relais communautaire de Pont-Viau (Le)	95 600 $	86 389 $
Relais du quartier de St Vincent-de-Paul (Le)	20 025 $	29 960 $
Sida-Vie Laval	174 837 $	145 082 $
St-Claude (Le)	119 758 $	112 893 $
Sous-total	**803 670 $**	**843 483 $**
SERVICES GÉNÉRAUX		
Bouclier d'Athena : Services familiaux (Le) / SUPRARÉGIONAL	50 520 $	59 432 $
Centre communautaire " Le Coumbite de Laval "	82 043 $	80 277 $
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Laval (CAAP)	157 466 $	154 076 $
Centre d'écoute de Laval	41 125 $	40 240 $
Centre de bénévolat de Laval inc. (2)	76 794 $	69 270 $
Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) inc.	408 536 $	368 378 $
Centre des femmes de Laval (Le)	171 406 $	167 716 $
Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS)	92 772 $	148 133 $
CHOC Carrefour d'hommes en changement	396 267 $	370 124 $
Corporation de développement communautaire de Laval	61 861 $	55 590 $
Maison Le prélude inc.	540 642 $	478 918 $
Maison L'Esther inc.	484 866 $	517 320 $
Maison de Lina	127 200 $	
Sous-total	**2 691 498 $**	**2 509 474 $**
GRAND TOTAL	**11 924 335 $**	**11 372 695 $**
AUTRES ORGANISMES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (HORS PSOC)		
Entreprises qualité de vie Ltée (Les)	110 939 $	103 400 $
FADOQ	75 000 $	113 358 $
Service régional de crise de Laval	295 079 $	275 500 $
Regroupement des centres de la petite enfance de Laval (RCPEL)	16 521 $	14 474 $
TOTAL	**497 539 $**	**506 732 $**

5.3.5 RESSOURCES FINANCIÈRES RÉSEAU

Le nouveau mode d'allocation a pour objet de remplacer progressivement la budgétisation historique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. La nouvelle démarche est basée sur une approche populationnelle qui tient compte des besoins de la population et des caractéristiques régionales à l'intérieur du cadre des programmes-services et des programmes-soutien. Le nouveau mode d'allocation calcule une enveloppe globale pour la région, laquelle est ensuite répartie entre les établissements et les organismes communautaires par l'Agence et ce, en fonction de la richesse relative de chacun des programmes.

En 2005-2006, l'Agence a reçu 19,3 M$ récurrents :

- Développement et transition (annualisé à 4,5 M$) 3,0 M$
- Impact des taux de croissance lesquels excluent les indexations salariales en cours de négociation 6,4 M$
- Liste d'attente en chirurgie 0,7 M$
- Annualisation des mesures 2004-2005 2,0 M$
- Coût de système spécifique 2,3 M$
- Désengorgement des urgences 1,3 M$
- Révision de la base budgétaire 0,7 M$
- Intégration du programme achat de places 1,3 M$
- Gestion du bâtiment d'une nouvelle construction 0,6 M$
- Fonctionnement de l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé annualisé à 1,3 M$ 1,0 M$

Objectif de retour à l'équilibre

Le CSSS de Laval a présenté, pour l'exercice financier 2005-2006, un plan d'équilibre budgétaire afin de respecter la cible déficitaire maximale autorisée de 1 102 586 $. L'ensemble des mesures de redressement budgétaires a été jugé acceptable par le Ministère pour une somme de 1,7 M$ au 31 mars 2006 et de 2,2 M$ au 31 mars 2007.

Pour la première fois, l'Hôpital juif de réadaptation a dû produire un plan d'équilibre budgétaire. Le Ministère a accepté les mesures de redressement proposées et une cible déficitaire maximale autorisée au 31 mars 2006 a été fixée à 675 381 $ et le respect de l'équilibre budgétaire devrait se faire au 31 mars 2007.

Pour plus de détails, voir les données financières des établissements aux pages 80 et 81.

5.3.6 RESSOURCES MATÉRIELLES RÉSEAU

Le ministère a alloué, en 2005-2006, des enveloppes budgétaires pour les rénovations fonctionnelles mineures aux CHSLD (en attente d'une confirmation du ministère) : 2 600 000 $ et pour les autres établissements : 1 228 076 $.

Une somme non récurrente de 674 900 $ a été allouée au CSSS de Laval, pour le réaménagement de l'oncologie, de salles d'échographie, local satellite de physiothérapie, de chirurgie générale et d'urologie, de gynécologie, de la dictée au bloc, du secrétariat du CMDP, des locaux d'approvisionnements, des locaux de dialyse, du soutien à domicile, de la salle d'exercice et du transfert de la direction générale.

Une somme non récurrente de 110 000 $ a été allouée à l'Hôpital juif de réadaptation pour le réaménagement des salles de physiothérapie, phase I.

Une somme non récurrente de 147 000 $ a été allouée au CRDI Normand-Laramée pour la modification de chambres, l'agrandissement du débarcadère, la climatisation et la ventilation de la buanderie et de l'atelier de maintenance ainsi que le réaménagement de la sortie extérieure (côté déficience physique) et l'aménagement de la cour (côté trouble grave du comportement).

Une somme non récurrente de 257 416 $ a été réservée pour le dossier régional de la mise aux normes des services de stérilisation à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et à l'Hôpital juif de réadaptation. Un montant non récurrent de 100 000 $ a été réservé pour fin d'étude de réutilisation de certains espaces.

Maintien d'actifs en immobilisation (enveloppe spéciale)

Une somme non récurrente de 2 640 000 $ a été allouée à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé afin de procéder à la réfection de l'enveloppe du bâtiment.

Plan triennal d'immobilisations

Les sommes non récurrentes suivantes ont été allouées dans le cadre du Plan triennal d'immobilisations. Un montant de 20 % de l'enveloppe totale (2 467 171 $) a été réservé pour les urgences régionales.

- CSSS de Laval 1 308 620 $
- Hôpital juif de réadaptation 158 472 $
- Centre jeunesse de Laval 393 285 $
- CRDI Normand Laramée 35 577 $
- CHSLD Vigi l'Orchidée blanche 77 783 $

- Enveloppes décentralisées – équipements 2 583 337 $
- Équipements ordinaires et mobiliers 544 341 $
- Équipements médicaux spécialisés 857 603 $
- Gros équipements 230 293 $
- Dépenses capitalisables 951 100 $

Mandats régionalisés 2005-2006

Une somme totale de 1 632 237 $ a été allouée pour l'achat d'équipements pour les établissements publics et pour un privé conventionné ayant un immeuble CHQ (Corporation d'hébergement du Québec).

- Gros équipements 230 293 $
- Équipements médicaux spécialisés 672 973 $
- Équipements ordinaires et mobilier 544 341 $
- Dossiers patients électroniques 40 000 $
- Réserve - équipements 144 630 $

5.4 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Le *Plan d'action régional de santé publique* définit les mesures que la région entend déployer jusqu'en 2007. Dans ce cadre, la Direction de santé publique (DSP) a posé un certain nombre de gestes afin d'améliorer et de mieux protéger la santé des Lavallois.

Voici quelques-uns des principes directeurs :

- Fixer des objectifs concrets et réalistes à court terme;
- Soutenir des interventions globales, continues et d'intensité suffisante qui respectent les principes reconnus d'efficacité en santé publique;
- Appuyer le CSSS dans l'exercice de sa responsabilité populationnelle;
- Investir de façon ciblée et en fonction des mesures prioritaires;
- Miser sur la concertation régionale et travailler en étroite collaboration avec nos partenaires;
- Rendre compte à la population des résultats obtenus.

5.4.1 SOUTIEN AU PROJET CLINIQUE

La DSP a participé aux travaux du comité d'orientation pour l'élaboration du projet organisationnel et clinique du CSSS de Laval. Des portraits de santé élaborés par l'équipe connaissance-surveillance de la DSP ont permis d'alimenter ces travaux. La démarche a résulté, entre autres, en la création d'une Direction de la prévention/promotion au CSSS de Laval. Les travaux se poursuivront en 2006-2007 afin de concrétiser le projet clinique.

5.4.2 ACTIVITÉS DE PROTECTION

Une préoccupation constante de la DSP a été de maintenir les activités courantes de protection de la santé :

- La vigie sanitaire, les enquêtes et interventions pour les maladies à déclaration obligatoire (infectieuses et chimiques). En 2005-2006, la DSP a répondu à 1 824 signalements dont 1 395 ont été retenus à titre de MADO.
- Les interventions préventives auprès des groupes exposés à une menace à la santé, qu'il s'agisse d'un accident technologique, d'une éclosion entérique en milieu de garde ou de problèmes liés à l'eau potable.
- Le maintien d'un service clinique 24/7 qui s'inscrit en soutien aux intervenants de première ligne pour les situations d'urgence en maladies infectieuses ou en santé environnementale, incluant les situations reliées à l'eau potable.
- La promotion de la vaccination, la gestion sécuritaire des produits immunisants et le suivi de la couverture vaccinale, ce qui implique notamment un soutien aux vaccinateurs du réseau publique et privé de la région.
- Le soutien aux programmes de prévention en milieu de travail, tel que convenu avec la CSST.
- Le soutien à l'implantation de services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS avec le CLSC du Marigot comme site régional.

Infections nosocomiales

Une Table de concertation régionale sur les infections nosocomiales, co-présidée par un médecin de la DSP et un microbiologiste-infectiologue du CSSS de Laval, a poursuivi ses travaux pour faciliter la concertation et le partage de connaissances de tous les milieux de soins. Un plan d'action a été élaboré au printemps 2005 et sera mis à jour, pour l'arrimer au plan d'action national lancé en juin 2006. Un financement a été consenti au CSSS de Laval pour acheter et opérer un équipement de dépistage de la bactérie SARM et pour atteindre la norme d'infirmières en prévention des infections pour les soins de courte durée, soit le ratio d'une infirmière par 133 lits. Voir la fiche de reddition de compte à la page 45.

Pandémie d'influenza

La Direction de santé publique a contribué de façon importante à l'avancement des travaux régionaux de préparation à une éventuelle pandémie d'influenza. Un modèle de vaccination de masse a notamment été expérimenté en collaboration avec le CLSC du Ruisseau-Papineau en octobre 2005. Une tournée des cliniques médicales de la région a permis de sensibiliser les médecins aux différentes situations pouvant survenir lors d'une pandémie d'influenza et de promouvoir l'application de l'étiquette respiratoire.

5.4.3 ACTIVITÉS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION

Services aux jeunes et à leurs familles

Le lancement en octobre dernier du *Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé aux enfants, aux jeunes et à la famille : vers un réseau de services intégrés pour les jeunes de Laval (0-17 ans)*, a concrétisé le travail de nombreux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau de l'éducation et du milieu communautaire. L'objectif principal de ce portrait était de mieux connaître l'offre de services disponibles pour les jeunes et les familles. Ce portrait servira de base à l'organisation du projet clinique, volet famille-enfance-jeunesse du CSSS de Laval. Il permettra de mieux orienter les actions afin d'offrir des services intégrés et en continuité.

Un autre projet de services intégrés a vu le jour au cours de cette année, cette fois en périnatalité et en petite enfance. La DSP coordonne et finance l'ensemble de cette démarche qui vise le soutien de mères et d'enfants particulièrement vulnérables en raison de leur jeune âge et de leur condition sociale et économique. Les travaux d'implantation se poursuivent dans les quatre CLSC.

Milieu scolaire

La planification d'une offre de services de promotion et de prévention dans le milieu scolaire a fait l'objet d'une attention particulière pour l'équipe de promotion-prévention. Un groupe de travail régional a terminé ses travaux et a débuté la rédaction d'un rapport qui sera disponible en 2007. Par ailleurs, un projet pilote « École en santé » axé principalement sur la prévention des dépendances, a démarré à l'école Poly-Jeunesse. La région compte actuellement vingt écoles impliquées dans un projet « École en santé ». Des travaux interrégionaux, avec la Montérégie et l'Outaouais, ont également permis de développer un programme de prévention des dépendances nommé « Système D ».

Prévention du suicide

Le protocole PASCAL (protocole d'intervention auprès des personnes suicidaires) a été lancé en juin 2005 et l'ensemble des partenaires y ont adhéré. Un projet-pilote a été réalisé à la Société de transport de Laval, permettant à des témoins-sentinelles de jouer un rôle actif dans leur milieu de travail.

0•5•30 Combinaison Prévention

Un grand événement a eu lieu en mars 2006, le lancement du plan d'action du *Programme 0•5•30 Combinaison Prévention* (0 fumée de tabac dans l'environnement, 5 fruits et légumes/jour, 30 minutes d'activités physiques/jour). Ce programme s'inscrit dans le mouvement actuel de promotion de saines habitudes de vie et de lutte à l'obésité et fait partie des objectifs principaux du Plan national de santé publique. Ce lancement a suscité une réponse très positive de la part des principaux partenaires. Plusieurs activités sont en phase de développement afin de mettre en place ce programme de façon graduelle dans les milieux ciblés.

Personnes âgées

La DSP a participé activement à l'élaboration du Plan d'action régional pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Elle a également animé conjointement avec le CSSS un groupe de travail sur la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. Ce programme complétera la gamme des services préventifs auprès des personnes âgées du territoire et est arrimé au Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, dont les activités sont démarrées en avril 2006.

5.4.4 SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Un plan commun de surveillance a été adopté en juin 2005 dans les dix-huit régions du Québec. Les activités, dont un Infocentre national de santé publique, devraient se mettre en œuvre progressivement en 2006-2007.

5.5 DIRECTION DE L'ADMINISTRATION ET DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

5.5.1 ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES POUR LES COMMUNAUTÉS CULTURELLES

L'Agence, en collaboration avec les partenaires du milieu communautaire et les établissements, a poursuivi son programme de formation en intervention interculturelle à l'intention des intervenants en vue de mieux les habiliter à intervenir auprès des personnes en provenance des communautés culturelles de notre région.

De plus, l'Agence a participé activement aux travaux du comité des partenaires du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, qui a pour mandat d'orienter, de conseiller et de travailler de concert avec le Carrefour d'intégration de la région de Laval.

Le projet « Atelier 4 ans » s'est poursuivi afin de favoriser, pour les enfants et leurs parents, une meilleure intégration dans la communauté lavalloise. Ce projet est fait en collaboration avec le CLSC du Ruisseau-Papineau et la Commission scolaire de Laval.

5.5.2 RESSOURCES HUMAINES RÉSEAU

Relève des cadres

Dans la perspective de la pénurie des cadres du réseau de la santé et des services sociaux, une démarche avait été élaborée pour favoriser la relève. Cette démarche amorcée en 2003 s'est terminée en juin 2005 par la promotion de 42 des 52 personnes sélectionnées. Ces candidats ont obtenu une attestation de fin d'études du programme de 2e cycle en gestion et développement des organisations donné par l'Université Laval.

Planification de la main d'œuvre

L'Agence a poursuivi ses activités de planification de la main d'œuvre en collaboration avec les établissements. Avec l'aide d'une firme d'experts en ressources humaines, nous avons complété la mise à jour de l'inventaire des effectifs des établissements de la région de Laval et l'étude de vulnérabilité pour certains titres d'emploi. Un rapport a été déposé et les résultats ont été présentés à l'Agence, au comité régional de coordination des stages, à la Commission multidisciplinaire régionale et à la Commission infirmière régionale.

Quelques établissements de la région se sont réparti un montant de 292 134 $ pour favoriser la présence au travail du personnel clinique pendant les périodes des vacances estivales, la période des fêtes et la relâche scolaire.



Organisation du travail

L'ouverture de la nouvelle urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en juin 2005 a permis une réorganisation interdisciplinaire et l'intégration d'un rôle élargi de l'infirmière dans l'aire ambulatoire de l'urgence.

Coordination des stages

Le comité régional de coordination des stages a déposé son cadre opérationnel en juin 2005, ce qui a permis de dresser un inventaire des besoins et des offres de stages dans la région. L'organisation des stages demeure une étape stratégique dans la préparation de la relève. Les solutions mises de l'avant permettent d'avoir un équilibre, quoique précaire, entre l'offre et la demande de stages. Le développement d'un outil de gestion électronique des stages sera nécessaire dans l'atteinte des objectifs et sera plus performant que la méthode actuelle (manuelle et téléphonique).

Régime de sécurité et de stabilité d'emploi au 31 mars 2006

L'administration des régimes de sécurité d'emploi de la région de Laval constitue un reflet de l'évolution de la situation du changement vécu dans le réseau de la santé et des services sociaux. On note une diminution de 25 % des requêtes enregistrées en comparaison avec l'an dernier et une diminution de 72 % des requêtes d'infirmières.

Tableau 11

Formation personnel Réseau

Formation en soutien des plans d'action régionaux

TITRE DE LA FORMATION	CLIENTÈLE CIBLE	NOMBRE DE PARTICIPANTS	DATE
Outil d'évaluation multiclientèle (en continu)			
Formation de base (14 h)	Infirmières, intervenants des secteurs sociaux et de réadaptation et les gestionnaires, réseau de la santé de Laval	2 groupes : 30 personnes	Mai et novembre 2005
Détermination de services (14 h)	Intervenants	16 personnes	Mars 2006
Plan de service individualisé - Jeunesse			
Formation (7 h)	Intervenants jeunesse	7 groupes : 140 personnes	Avril et décembre 2005 Janvier et mars 2006
Formation (3 h)	Coachs	20 personnes	Avril et décembre 2005
Approche clientèle dans un contexte interculturel			
Formation (12 h)	Intervenants	9 groupes : 158 personnes	2005-2006
Cours d'anglais			
Projet FASSP Cours de base : 2 x 30 h et suivi : 20 h	Personnel ciblé	6 groupes : 35 personnes	2005-2006
Projet McGill Cours de base : 30 h et suivi : 10 h	Personnel ciblé	6 groupes : 30 personnes, 65 personnes	2005-2006
Enjeux juridiques et éthiques de soins aux personnes en perte d'autonomie			
Formation de 3,5 h	D.G., Commissaires à la qualité, DSI	34 personnes	Avril 2005
Profils ISO-SMAF			
Profils ISO-SMAF Formation (7 h)	Personnel ciblé	21 personnes	Juin 2005
Homosexualité			
Nouvelle vision (7 h) (1 volet sur 3 en 2005-2006)	Intervenants, organismes communautaires, milieu scolaire	68 personnes	Mars 2005
Analyse différenciée selon les sexes			
	Conseillères, agents de programmation,	21 personnes	Mars 2006
Curatelle publique			
Formation (7 h)	Intervenants ciblés	85 personnes	Février et mars 2006
Gestion du changement			
	Personnel de l'Agence	70 personnes	Avril 2005
École en santé			
Soutien	Santé publique		Mars 2006
Représentation 0-5-30			
Formation	Santé publique - Intervenants et communication		Mars 2006
Projection film Edith et Michel			
	Personnel de l'Agence	40 personnes	Avril 2005
Projection film Andrée Jetté			
	Personnel de l'Agence	35 personnes	Juin 2005
Projection film Andrée Jetté			
	Personnel de l'Agence	35 personnes	Juin 2005
Entraide au boulot (Andrée Jetté)			
	Personnel de l'Agence	100 personnes	Juin 2005
Entraide au boulot (Andrée Jetté)			
	Personnel de l'Agence	100 personnes	Juin 2005

Tableau 11 (suite)

Formation personnel Réseau

Formation à l'intention du personnel d'encadrement

TITRE DE LA FORMATION	CLIENTÈLE CIBLE	NOMBRE DE PARTICIPANTS	DATE
Journée annuelle de développement du personnel d'encadrement			
Clin d'œil et complicité … Activité (7 h)	Cadres supérieurs et intermédiaires	196 personnes	Mai 2005
Gestion des risques			
Formation (7 h)	Directeurs généraux, directeurs et commissaires à la qualité	17 personnes	Septembre 2005
Qualité de vie en CHSLD			
Formation (3,5 h)	Directeurs généraux et membres des conseils d'administration	34 personnes	Octobre 2005
Gestion de la complexité			
Déjeuner-causerie	Cadres supérieurs et intermédiaires	115 personnes	Novembre 2005
Éthique, performance et sens dans le réseau			
Matinée	Cadres supérieurs	36 personnes	Décembre 2005
Loi 83			
Déjeuner-causerie	Cadres supérieurs et intermédiaires, intervenants réseau, archivistes, pharmaciens	157 personnes	Février 2006
Droit de gérance			
Déjeuner-causerie	Cadres supérieurs et intermédiaires	111 personnes	Mars 2006
Gestion efficace d'une réunion d'équipe			
Déjeuner-causerie	Cadres supérieurs et intermédiaires	115 personnes	Avril 2006
Codéveloppement professionnel interétablissement			
Session d'information	Cadres supérieurs et intermédiaires	6 personnes	Octobre 2005
Formation selon les besoins			
	Cadres supérieurs et intermédiaires	6 groupes actifs : 42 personnes	En continu

5.5.3 RESSOURCES HUMAINES DE L'AGENCE

Le Plan de développement des ressources humaines de l'Agence a été actualisé à l'intérieur de plusieurs activités. En voici quelques-unes :

- Renouvellement d'une entente intersyndicale permettant la mise en place d'un régime d'aménagement du temps de travail. Ce régime prévoit quatre types d'horaires de travail répondant autant aux besoins de l'organisation qu'à ceux du personnel en rapport avec leur vie personnelle et leur vie familiale.
- Ouverture quant à la promotion de la mobilité des personnes.
- Sept candidats de l'Agence ont été sélectionnés et six ont complété en avril 2005 leur formation au microprogramme en gestion et développement des organisations qui s'échelonnait sur deux ans. Quatre candidats ont choisi de poursuivre une formation pour le macroprogramme.

Afin de se conformer au projet de Loi 56, article 61.1 *Loi modifiant la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, l'Agence a adopté son *Plan d'action visant l'accessibilité et l'adaptation des services aux personnes handicapées 2005-2006.*

Une activité qui a nécessité beaucoup d'investissement en temps et en ressources humaines, tant du côté de l'Agence que du CSSS de Laval, a été le transfert de treize employés du Technocentre régional et de la Direction de projets de l'Agence vers le Centre de santé et de services sociaux de Laval, le 31 mars 2006.

Tableau 12

Développement des compétences

TITRE DE LA FORMATION	CLIENTÈLE CIBLE	PARTICIPATION	OBJECTIFS
Relève des cadres			
Été 2005	Candidats retenus	7	Microprogramme en gestion et développement des organisations
Automne 2005	Candidats retenus	4	Macroprogramme en gestion et développement des organisations
Développement des compétences			
Gérer le volet humain du changement, Céline Bareil	Tout le personnel	75	Sensibiliser le personnel au changement de mandat et d'approche de l'Agence
Moyens pour sortir gagnant d'un grand changement, Jacqueline Codsi	Tout le personnel	75	Sensibiliser le personnel au changement de mandat et d'approche de l'Agence
L'Entraide au boulot, Andrée Jeté et Richard Poulin	Tout le personnel	Tout le personnel	Outiller le personnel pour faire face au stress dû au changement
Formation COBA	Personnel de bureau	5	Maîtriser le système de classification de l'Agence
Formation système SISAT	Santé publique	1	Maîtrise du système SISAT : mise à jour CSST, formations et ergonomie, planification et bilan, travailleur, rapports et formulaires.
Formation légale	Secrétariat général	1	Modifications apportées par la Loi 83 : accès, circulation, conservation et destruction du dossier de l'usager
Formation AITS	Direction de projets	1	Augmenter la compréhension technique de HLT version 3, de même que des outils et processus HL7 dans l'implantation de cette norme
Cours d'anglais	Secrétariat général et santé publique	4	Améliorer l'anglais parlé pour mieux servir les usagers
Formation en communication	Santé publique et direction des affaires réseau	16	- Maîtriser son comportement général (langage non verbal) - Comment se préparer à prendre la parole en public - Améliorer les habiletés du langage et de la phonétique - Préparer et lancer une bonne introduction - Préparer la fin de la prestation et conclure en force - Comment gérer les questions pièges et garder le contrôle de cette période.
Interculturel	Secrétariat général et santé publique	8	Améliorer la compréhension des autres cultures pour offrir un service plus adéquat et adapté à ces clientèles
Excel intermédiaire	Direction des affaires réseau	1	Formation d'Excel intermédiaire tenant compte des nouvelles tâches de la personne
Ordre des comptables agréés	Direction des affaires réseau	1	Mise à jour et perfectionnement sur la rédaction de documents, lettres et rapports.
AQESSS	Direction de l'administration	1	Formation concernant le nouveau régime d'assurance parentale

5.5.4 ACTIFS INFORMATIONNELS – VOLET SÉCURITÉ

En février 2006, la DASG a amorcé la catégorisation des actifs informationnels, exercice qui s'inscrit dans le *Plan d'action régional pour la mise en œuvre des mesures de sécurité* prescrites par le MSSS. La catégorisation est un processus de classification qui attribue une valeur à l'information afin d'identifier son degré de sensibilité et, en conséquence, la protection à lui accorder. Trois critères ont été retenus : la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité.

La réalisation de cette étape de la mise en œuvre du Cadre global de gestion des actifs informationnels – Volet sécurité est prévue pour septembre 2006.

5.5.5 QUALITÉ DES SERVICES

Comités des usagers

Nous avons continué à soutenir le Regroupement des comités des usagers de Laval qui en est à sa dernière année d'existence puisque lors d'une assemblée générale spéciale en mars dernier, les membres ont demandé au registraire (l'Agence) de dissoudre l'organisation. D'autre part, une demande a été acheminée à l'Agence pour qu'elle maintienne son soutien à l'ensemble des comités d'usagers en organisant, entre autres, une journée annuelle de formation et d'échanges.

Programme Roses d'Or

L'Agence a soutenu financièrement la démarche et a fait partie du Comité aviseur régional du Programme Roses d'Or, dont le mandat est principalement de favoriser l'implantation du programme sur le territoire de Laval. Un 4e exercice d'appréciation sera mis en œuvre cette année, avec la participation de 21 résidences privées sur une possibilité de 45 ressources.

Amélioration de la qualité des services

En regard de la *Loi sur une prestation sécuritaire de services* (gestion des risques), la totalité des établissements publics et privés conventionnés ont adopté et mis en place les mesures pour assurer la gestion des risques et de la qualité. Voir la fiche de reddition de compte à la page 48. Également, l'ensemble des établissements ont sollicité l'agrément et l'ont obtenu ou sont en cours de processus.

Visites d'appréciation dans les CHSLD

Une visite d'appréciation mandatée par le ministre de la Santé et des Services sociaux a été réalisée dans un CHSLD de Laval. De plus, l'Agence a effectué un suivi quant à la réalisation des plans d'action des quatre établissements visités dans les deux années précédentes. D'autres visites ont été effectuées dans deux réseaux de ressources non institutionnels et au Centre Jeunesse.

Résidences privées sans permis du Ministère

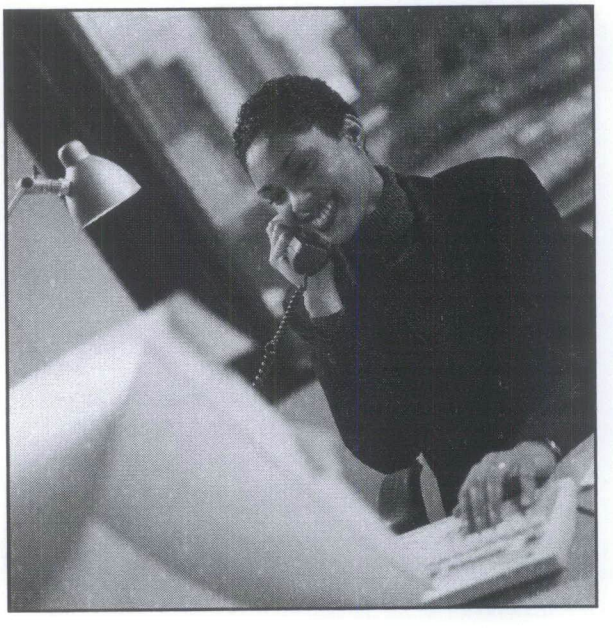
Au cours de l'année 2005-2006, l'Agence est intervenue pour douze demandes dans neuf résidences privées, à la suite de signalements de résidents, de familles ou d'intervenants.

Afin de se conformer à la LSSS, nous avons révisé le Registre des résidences privées avec services pour les personnes âgées. Nous avons répertorié, sur notre territoire 53 ressources dans lesquelles sont hébergées ou habitent 3 276 personnes.

5.5.6 EXAMEN DES PLAINTES

Les établissements du réseau ont enregistré 632 plaintes comparativement à 514 l'an passé, soit une augmentation de 23 %. De plus, une hausse substantielle de plaintes a été observée dans les milieux hospitaliers, soit l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et l'Hôpital juif de réadaptation.

Pour sa part, l'Agence a traité dix plaintes comparativement à huit l'an dernier. La majorité de ces plaintes (neuf) concernaient les organismes communautaires et l'autre s'appliquait aux activités de l'Agence. De plus, nous avons répondu à plus de 306 demandes d'intervention, d'assistance et d'information.



5.5.7 COMMUNICATIONS

Collaboration avec les directions

Le personnel des communications a apporté son soutien à la réalisation de plusieurs dossiers de santé publique.

- Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza, volet Communication.
- Lancement de la 3e édition du guide *Marcher et découvrir Laval* et de la 1re édition en anglais.
- Planification et lancement du programme 0•5•30 Combinaison Prévention.
- Planification et lancement de la campagne Fruits et légumes en vedette 2006.
- Collaboration à l'expérimentation de cliniques de vaccination de masse dans le cadre d'une pandémie d'influenza.
- Campagne de valorisation des non-fumeurs dans les écoles de Laval et lutte au tabagisme pour la population en général.
- Campagne d'information et lancement du site Web du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, région de Laval (PQDCS). www.pqdcseinlaval.qc.ca
- Production d'outils de communication pour les services intégrés en périnatalité et en petite enfance, pour le programme 0•5•30 Combinaison Prévention et pour la campagne Casque à vélo.
- Collaboration à l'organisation d'une journée de formation pour les intervenants auprès de la clientèle des travailleuses du sexe et pour la prévention du suicide.

Le secteur des communications a aussi travaillé au lancement de divers projets ou outils de communication pour les autres directions de l'Agence.

- Troisième édition du Rendez-vous Reconnaissance, le 8 février 2006, auquel près de cent personnes ont participé. Onze prix dans six catégories.
- Annonce de l'accréditation du 4e GMF à Laval, la Clinique médicale Ste-Dorothée.
- Annonce de l'ouverture d'une salle d'hémodynamie au CSSSL, Hôpital de la Cité-de-la-Santé par le Premier ministre du Québec.
- Premier « Rendez-vous des aînés » qui se tiendra en octobre 2006 en collaboration avec plusieurs partenaires, dont l'Agence et le CSSS de Laval.

Afin d'offrir un meilleur accès à l'information à la population anglophone du territoire de Laval, plusieurs documents (dépliants, guides, brochures, présentation, etc.) ont été produits en version anglaise grâce à une subvention reçue du gouvernement fédéral.

Avec la nouvelle procédure de diffusion des publications du Ministère, le secteur des communications a mis beaucoup de temps pour faire la diffusion de cette nouvelle façon de faire dans le réseau de la santé et des services sociaux de Laval. Nous avons reçu une douzaine de demandes de diffusion primaire, ce qui a nécessité plusieurs heures de travail de consultation et collecte de données. En ce qui concerne les commandes de documents venant du réseau (demande secondaire), dû à la très forte demande (en moyenne dix commandes par semaine), nous avons dû instaurer une procédure de commande qui se fait une fois par semaine afin de gérer ce dossier de manière plus efficace.

Relations avec les médias

L'intervention des communications a été requise auprès des journalistes afin de leur fournir des renseignements sur différents dossiers d'actualité. L'Agence a accordé des entrevues dans les médias électroniques, mais surtout pour les médias écrits, dont les deux hebdos lavallois, le *Courrier Laval* et le *Chomedey News*.

5.5.8 RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Programmation régionale de services ambulatoires

Depuis 1999, l'Agence a reçu un financement récurrent qu'elle a investi à chaque année pour assurer la mise en œuvre de la Programmation régionale de services ambulatoires (PRSA) et pour soutenir l'actualisation du réseau intégré de services en santé physique et mentale. De plus, la structure de gestion de projet PRSA a permis le développement du projet SI-RIL (Système d'information - Réseau intégré de Laval) dans le cadre du Programme des partenariats pour une infostructure canadienne de la santé ainsi que l'initiation du projet « Dossier santé électronique » d'Inforoute Santé Canada.

Le projet PRSA a pris fin le 31 mars 2005 et un comité de transition s'est assuré du transfert des responsabilités vers le réseau. Toutefois, un montant de 1,6 M$ a été alloué en 2005-2006, pour poursuivre le développement de l'approche-programme et maintenir une équipe de gestion pour la phase II du projet SI-RIL.

Transfert des activités du Technocentre régional au CSSS de Laval

En vertu d'une entente intervenue le 28 octobre 2005, les ressources informationnelles réseau ont été transférées au Centre de santé et de services sociaux de Laval. L'Agence a confié au CSSS de Laval, le mandat de la gestion de l'ensemble des ressources informationnelles du territoire de Laval. Le CSSS de Laval reçoit de l'Agence les priorités régionales adoptées par le Comité régional des ressources informationnelles ainsi que le plan d'action subséquent.

Le CSSS de Laval coordonne les projets d'informatisation régionaux et assure un support aux utilisateurs pour les systèmes déployés dans la région par le Technocentre régional. Ces projets d'informatisation sont en lien avec la programmation régionale des services intégrés pour les différents programmes-clientèles. L'objectif étant toujours d'accroître l'accessibilité des soins de santé et le moyen privilégié est de favoriser la circulation de l'information clinique entre les intervenants du réseau. Le système d'information de la programmation régionale des services intégrés (SI-PRSI) favorise une meilleure planification des services et une plus grande continuité des soins aux clients.

Systèmes d'information

L'année 2005-2006 a été une année de consolidation pour le projet SI-RIL. Ce système, accessible à partir des installations du CSSS de Laval, de l'Hôpital juif de réadaptation, des cliniques médicales et groupes de médecine de famille, constitue la base informationnelle supportant la pratique médicale de première ligne. Les 650 utilisateurs ont accès aux résultats de laboratoires, aux résultats d'examens diagnostiques, aux rapports des spécialistes et au prescripteur pharmaceutique. Quant au SI-PRSI, composante importante du SI-RIL, il permet aux intervenants d'échanger les données cliniques d'un usager au moment de la prise en charge et d'obtenir un consentement. Le SI-PRSI a été développé de façon accélérée et a bénéficié, cette année, de travaux de consolidation et de stabilisation de l'application. La région de Laval expérimente présentement des solutions pour la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Des outils d'évaluation multiclientèle permettront d'établir des plans d'interventions adaptées, dans le but d'offrir des soins plus appropriés et de venir en aide davantage au soutien à domicile.

En résumé, la région a amélioré ses actifs informationnels et son infrastructure technologique dans les domaines suivants par :

- le remplacement du serveur dédié à l'actif Intégration-CLSC (I-CLSC);
- le rehaussement de la plate-forme de collaboration et de communication Lotus-Notes;
- l'ajout d'équipements et de logiciels à l'index régional, à l'engin d'interface et au SI-PRSI;
- l'amélioration des fonctions du Centre de service au Technocentre régional et migration de la version du logiciel C2 de la firme CPL à la version 3;
- l'adoption d'une politique de sécurité des actifs informationnels pour l'ensemble des établissements de la région et à l'Agence;
- l'amélioration et l'implantation de plusieurs mesures de sécurité pour la transmission de courriels et de recherche sur le Web (anti-pourriel, anti-virus, filtrage WEB, etc.) en collaboration avec le Technocentre national.

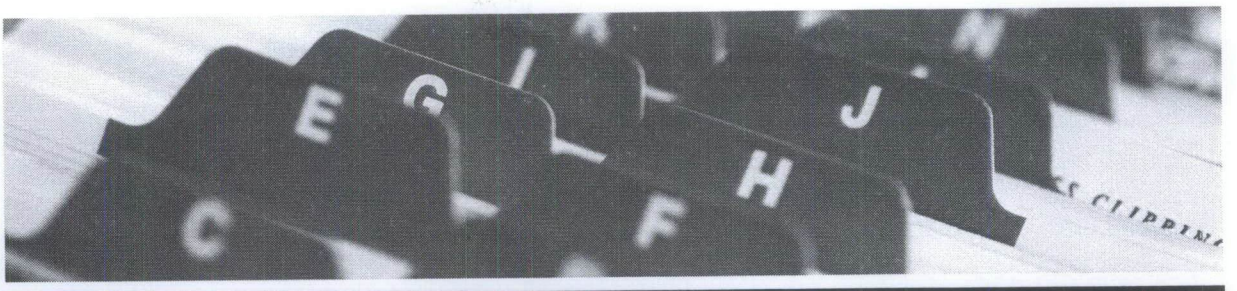
Projets importants pour le futur

Forte de cette expérience de programmation régionale de services, la région de Laval a été choisie, par le Ministère, la première région à expérimenter le dossier de santé électronique interopérable du Québec. Le CSSS de Laval, mandaté par l'Agence et ses partenaires, pourra ainsi poursuivre et compléter l'informatisation clinique de sa région. La région ayant investi ces dernières années dans le projet SI-RIL, nous a permis d'accroître de façon tangible et mesurable l'accès, la qualité et la continuité des soins et des services à la population lavalloise.

Le dossier de santé électronique permettra aux médecins et aux cliniciens d'assurer une meilleure prise en charge et un suivi optimal du patient, que celui-ci requiert des soins hospitaliers, de réadaptation, de maintien à domicile ou dans la communauté. Grâce à ces systèmes, les professionnels de la santé auront accès rapidement à des renseignements complets et exacts sur les patients, ce qui leur permettra de prendre des décisions plus éclairées en matière de diagnostic et de traitement.

Les technologies qui seront implantées auront notamment pour résultat de réduire les temps d'attente pour les usagers, en plus d'éliminer les examens de laboratoire, effectués parfois en double. Cela signifie la disponibilité d'une information regroupée, organisée, fiable et accessible dès sa production, à partir de n'importe quel point de service qui permettra aux médecins de consacrer plus de temps à leurs patients, pour une meilleure qualité de service.

Ce projet fait de la région de Laval, une région des plus dynamiques et qui sait mobiliser l'ensemble des intervenants du territoire, des établissements de santé et des services sociaux et des cliniques médicales.



6. LE BILAN DES FICHES DE REDDITION DE COMPTE

LES PROGRAMMES-SERVICES

6.1 SANTÉ PUBLIQUE

AXE D'INTERVENTION	DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	38,3 %	44,2 %	42,3 %
Taux de détection initial du cancer du sein	6,1	5,0	6,0
Taux de détection subséquent du cancer du sein	5,8	3,5	5,1
Taux de référence initial pour investigation	11,4	10,9	11,1
Taux de référence subséquent pour investigation	7,2	7,2	6,6

COMMENTAIRES

La cible du taux de participation n'a pas été atteinte.

Toutefois, les résultats du taux de participation dépassent de 3,5 % les résultats de l'année antérieure. Les facteurs qui expliquent, en partie, la non atteinte des résultats sont :

- un des Centres de dépistage et de diagnostic (CDD) n'a repris ses activités de dépistage qu'à la mi-décembre 2004, soit beaucoup plus tard que ce que nous anticipions;
- un 3e CDD a commencé ses activités en février 2005 seulement et un 4e au début de 2006;
- les délais administratifs conduisant à la désignation des centres, soit de 87 jours dans le 1er centre et de 169 jours pour le second, ont nui considérablement à l'accessibilité des femmes à la mammographie de dépistage sur le territoire et ce, malgré la possibilité pour les femmes de se diriger vers les centres de Montréal.

En considérant les femmes qui ont refusé de participer au programme, parce qu'elles refusent que leurs données soient transmises au système d'information, le taux de participation à la mammographie de dépistage en 2004-2005 atteint 45,4 %. Nous comptons travailler auprès des femmes et des centres sur l'importance de participer au programme.

Les taux de référence pour l'investigation à la suite d'une mammographie anormale, sont atteints pour le taux subséquent et très proche pour le taux initial. Des règles de confidentialité très strictes sont imposées en regard de la diffusion de ces taux, tout particulièrement si un centre spécifique est visé. La ventilation régionale ne pose pas de problème puisque trois centres de dépistage sont visés.

Étant donné que les cibles pour le taux de détection sont atteintes régionalement et provincialement, ces taux ne figureront plus dans les indicateurs de gestion.

AXE D'INTERVENTION — **PROMOTION ET PRÉVENTION – JEUNES ET FAMILLES**

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en s'assurant de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Proportion de femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année et rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté	43 %	53 %	39,4 %

COMMENTAIRES

L'objectif visé de 53 % (145/274) n'a pas été atteint. Le résultat obtenu est de 39,4 % (108/274).

- L'un des quatre CLSC du CSSS de Laval a dépassé son objectif;
- Comparativement à 2004-2005, le dénominateur a légèrement augmenté (de 266 à 274) et le numérateur a légèrement diminué (de 110 à 108), expliquant la baisse observée du résultat obtenu;
- Par contre, 29 femmes ont été inscrites et ont reçu des services en 2004-2006, sans être comptées dans le numérateur puisque ces femmes n'ont pas accouché. Avec la méthodologie utilisée en 2004-2005, ces femmes auraient été incluses au numérateur et les résultats lavallois auraient alors montré une progression positive à 50 % (137/274).

Cette année, deux projets réseau ont intégré une infirmière de liaison du CSSSL, à titre expérimental. Cette infirmière permet de dynamiser le système de référence systématique de la clientèle des SIPPE. Cette initiative a donné des résultats prometteurs. Il est prévu, en 2006-2007, d'étendre progressivement cette initiative à 16 projets réseau et à 4 GMF.

Nous éprouvons encore des difficultés à rejoindre la clientèle anglophone et allophone qui, traditionnellement, utilise massivement les services sociosanitaires de la région montréalaise. Nous poursuivrons nos efforts auprès de ces communautés afin qu'il utilise les services dans la région de Laval.

AXE D'INTERVENTION — **PRÉVENTION – TABAGISME**

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	132	132	138

COMMENTAIRES

L'objectif de 132 interventions individuelles a été dépassé, avec 138 interventions :

- Trois interventions individuelles ont été signalées par le CSSS de Laval, sans être inscrites au système d'information I-CLSC (erreur humaine, due au roulement du personnel). Des correctifs seront apportés en 2006-2007 pour assurer la saisie de toute l'information pertinente;
- Tous les CAT ont augmenté leur nombre d'usagers individuels;
- Un nouveau CAT s'est ajouté, dans une clinique médicale privée.

La promotion des services régionaux demeure un enjeu, car la région ne dispose pas d'outils de « mass média » conventionnels (sauf un hebdo régional). La promotion provinciale n'influence pas la fréquentation de nos services. La référence par les professionnels de la santé, principalement par les médecins, demeure un puissant levier dans la région. L'offre de services en GMF et par le biais des projets réseau de la région, se développera donc dans les prochaines années.

Pour augmenter le recrutement de la clientèle, une offre de services adaptée sera aussi faite aux usagers des centres hospitaliers (général et de réadaptation) de la région, ainsi qu'aux clients des centres communautaires.

Il y a aussi des interventions de groupe. Toutefois, celles-ci n'étaient pas comptabilisées en 2005-2006, mais le seront en 2006-2007.

AXE D'INTERVENTION	PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010 Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier courte durée : 1 ETP pour 133 lits de courte durée	2	2	1
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée : 1 ETP pour 250 lits de longue durée	0	0	1

COMMENTAIRES

En CHSGS :

- Il n'y a qu'un établissement sur deux qui a atteint le ratio visé;
  - o Le 2e établissement a atteint un ratio de 0,88 (une infirmière pour 151 lits);
  - o Malgré les apparences, le résultat de cette année est identique à celui de l'an dernier, où nous avions indiqué que les deux établissements avaient atteint le ratio visé;
  - o Notre notification de 2004-2005 a été justifiée par l'allocation financière octroyée à l'établissement, lui permettant d'atteindre le ratio. Ce montant, non récurrent en 2004-2005, mais rendu récurrent par la suite, permet à l'établissement de consacrer 3.4 infirmières à cette tâche, soit exactement un ratio de 1/133 lits, en plus d'un soutien administratif de 1 ETC. Dans les faits, l'établissement a consacré trois infirmières à cette tâche;
  - o Nous continuerons nos efforts pour nous assurer que le 2e établissement atteigne le ratio pour lequel il a reçu le financement.

En CHSLD :

- Un établissement sur douze a atteint et dépassé le ratio visé;
  - o En 2006-2007, un financement sera accordé au CSSS de Laval pour se rapprocher du ratio visé;

Nous continuerons nos efforts de concertation, au sein de la table régionale des infections nosocomiales.

AXE D'INTERVENTION	PROTECTION – INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010 Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisé par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	1 650	1 650	3 396
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	98	98	124
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP	504	504	654
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	343	343	448

COMMENTAIRES

Les quatre objectifs visés ont été atteints et dépassés.

Concernant les résultats des indicateurs des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP, nous constatons une augmentation de 26,5 % pour le volume de tests de dépistage des ITSS et une augmentation de 31 % pour le volume de vaccinations.

Afin de rencontrer cette clientèle, le personnel infirmier se rend dans les bars. Cette année, il y a eu une diminution de leurs visites à cause d'une pénurie de personnel infirmier et ce, pour une certaine période de temps. La situation est cependant revenue à la normale depuis quelques mois.

Parmi les facteurs qui peuvent expliquer cette augmentation, il y a l'ajout de temps infirmier, l'ajout de 0,5 jour/semaine pour la consultation et l'instauration d'une double clinique. Ainsi, un supplément de temps infirmier a permis une relance téléphonique au patient, pour la confirmation du rendez-vous. Auparavant, le rendez-vous était attribué à un nouveau patient de la liste d'attente (efficacité administrative).

6.2 SERVICES GÉNÉRAUX

AXE D'INTERVENTION	SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1 422	1 422	1 429
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,49	4,49	4,48

COMMENTAIRES

Le nombre de rencontres et l'intensité des services psychosociaux généraux rencontrent les engagements 2005-2006.

Il n'y a pas eu d'engagement financier supplémentaire pour les services psychosociaux généraux en 2005-2006. La cible proposée était donc équivalente aux résultats 2004-2005. Cependant, des précisions sont à apporter quant aux clientèles ciblées par ce service, particulièrement avec le déploiement des programmes-clientèles dans le CSSS. En effet, l'année de référence pour la détermination de la cible comptabilisait certaines clientèles qui n'auraient pas dû être retenues, si bien que l'établissement a dû fournir des efforts supplémentaires pour l'atteindre en fin d'année 2005-2006. Cet aspect sera corrigé en 2006-2007, mais les cibles seront conséquemment plus difficiles à maintenir.

Le nombre moyen d'interventions par usager a progressivement été accru au cours de l'année, pour rejoindre à la P-13 la cible déterminée. Il n'y a pas d'harmonisation à cet effet entre les différentes installations CLSC, et celles-ci présentent des écarts importants quant au nombre moyen d'interventions.

Il faut enfin noter qu'une difficulté d'interprétation quant aux objectifs de la cible pour le nombre moyen d'interventions par usager, a posé certains retards dans la modification des services et de l'entrée de données en cours d'année, mais la situation a été clarifiée pour les dernières périodes.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Taux d'utilisation du service Info-Santé	0,306	0,306	N/D

COMMENTAIRES

Les orientations ministérielles en cours d'implantation ont eu un impact sur la production des indicateurs de suivi pour le service et ralentirent l'atteinte des cibles.

Pour l'année 2005-2006, il y a eu la centralisation du service Info-santé, c'est-à-dire que les quatre CLSC qui offrent le service Info-Santé ont été centralisés au CLSC du Marigot depuis le 27 mars dernier.

Les travaux pour effectuer cette centralisation ont perturbé le système informatique. À ce jour, il est donc impossible d'obtenir cette donnée.

AXE D'INTERVENTION	PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010 Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	14	15	15
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	13	15	15
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	13	15	15
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	13	15	15
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	9	10	15

COMMENTAIRES

Tous les établissements de la région assurent la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux au moyen des mesures spécifiques requises.

La cible par rapport au nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu était de 10, puisque nous n'avions pas inclus les centres d'hébergement privés non conventionnés. Par la suite, il a été confirmé par le MSSS que ces centres y étaient également soumis. Les cinq centres privés non conventionnés ont donc sollicité l'agrément, c'est pourquoi nous présentons un résultat de quinze établissements.

6.3 PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ - PERTE D'AUTONOMIE
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par le CSSS (mission CLSC)	9 473	9 679	8 205
Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	22,66	22,66	29,14

COMMENTAIRES

La situation à la période 13 indique un écart de 1 474 usagers entre le résultat réel (8 205) et celui attendu de 9 679 usagers à desservir. Un changement de pratique, effectué en 2004-2005, continu à produire des impacts sur le total du nombre d'usagers desservis. En effet, l'impact de la transformation de la gestion de cas centralisée (GCC) en service d'interventions préventives (SIP) et la réévaluation de tous les usagers du service de la GCC a entraîné une diminution importante de la clientèle inscrite au SAD. Sur 4 642 usagers inscrits en gestion de cas centralisée, 2 167 ont été inscrits au registre et 467 dossiers ont été fermés, donc 2 634 usagers ne sont plus comptabilisés dans le I-CLSC. De ce fait, notre point de départ pour l'entente de gestion et d'imputabilité 2005-2006 MSSS-Agence, soit la P-13 de l'année antérieure, nécessite une révision à la baisse d'autant (9 473 – 2 634 = 6 839 personnes). Toutefois, au cours de l'année dernière, nous savons aussi que des personnes desservies en SAD ayant un profil DP ont été transférées au SAD-PAPA (2 557 – 1 960 = 597 personnes). Nous constatons pour 2005-2006, une augmentation de 769 personnes (6 839 + 597 = 7 436 vs 8 205 personnes desservies à la P-13/GESTRED). Nous constatons une augmentation relativement importante du nombre de personnes desservies, en 2005-2006, supérieure à l'augmentation prévue. Toutefois, une partie de celle-ci pourrait possiblement être due à des investissements non récurrents effectués durant l'année et dont l'importance se compare à nos investissements récurrents de la même année.

En ce qui a trait au nombre moyen d'interventions/usager, l'écart significatif de 6,48 entre le résultat réel (29,14) et celui attendu (22,66) peut s'expliquer par différents éléments, dont un nombre moins important de personnes desservies. Toutefois, le rehaussement et/ou l'intensification des services de SAD qui constituent l'une des mesures du plan de contingence visant à désengorger l'urgence y contribuent. De plus, l'importance des besoins de la clientèle âgée suivie par le SAD est aussi un facteur déterminant relié à cette augmentation.

Par ailleurs, le travail amorcé en 2004-2005 concernant la saisie de données et l'attribution d'un profil d'usager se poursuit par une formation continue offerte par les archivistes afin d'améliorer la fiabilité et la conformité des données dans le I-CLSC, et particulièrement pour ce qui est de l'attribution d'un profil d'intervention. Toutefois, l'harmonisation de l'offre de services et des pratiques des intervenants dans le cadre de la réorganisation des services du CSSS de Laval, pourrait aussi modifier les données 2006-2007.

L'objectif 2006-2007 est de réduire l'écart quant au nombre de personnes desservies, mais aussi de pouvoir rencontrer nos engagements régionaux. Ces engagements tiennent compte du seuil de 15 % de la population à desservir, lequel seuil est déjà atteint (8 205 vs 7 952) et de la cible 2010. Ainsi, normalement 792 nouveaux usagers devront être desservis d'ici 3 ans, soit 264 personnes par année. En 2006-2007, compte tenu des objectifs de services du MSSS en termes de budget de développement, du plan d'action régional PALV 2005-2010 et de nos disponibilités budgétaires, nous pourrons desservir 187 usagers de plus (231 en base annuelle) en fonction d'un nombre moyen de 24 interventions par usager. À noter que pour atteindre la cible 2010, au regard du coût moyen par usager ou par intervention dont nous disposons actuellement (non indexé et en cours de validation), nous estimons de prime abord qu'un montant de 1 150 000 $ est nécessaire strictement pour ces indicateurs (cible 2010 : 9 228 pour le nombre de personnes et 24 pour le nombre moyen d'intervention).

AXE D'INTERVENTION	SERVICES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,82	2,83	2,90
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,21	0,21	0,21

COMMENTAIRES

Le résultat 2005-2006 en ce qui a trait au nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance indique que la cible a été dépassée. Ce dépassement s'explique en grande partie par le contexte particulier qui a prévalu dans deux CHSLD privés conventionnés, à savoir :

- L'ouverture du nouveau CHSLD privé conventionné Résidence Riviera, en juin dernier, a entraîné le transfert de la clientèle (84 usagers) hébergée dans l'ancien bâtiment et a permis un ajout de 44 lits à la région. Toutefois, en raison des difficultés importantes de recrutement du personnel, les nouvelles admissions se sont faites graduellement de juin à septembre; ce qui a contribué à augmenter le nombre moyen d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance par jour-présence. La situation devrait se réajuster à la baisse en 2006-2007 étant donné que les lits sont tous ouverts.
- En prévision des modifications importantes de l'organisation physique d'un CHSLD privé conventionné à l'égard des orientations ministérielles relatives au milieu de vie découlant d'une visite d'appréciation de la qualité, une décroissance des lits s'est amorcée à compter du mois de juin 2005 pour atteindre une diminution de 34 lits à la fin de l'année : ce qui a contribué à augmenter le nombre moyen d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance par jour-présence. La décroissance complète de 36 lits est prévue à la fin du printemps 2006.

L'Agence a procédé, à l'automne 2005, à l'évaluation annuelle de la clientèle orientée par le système régional des admissions (SRA). Nous avons remarqué une augmentation de la lourdeur moyenne depuis l'an passé passant de 2,90 heures soins nettes requises (HSNR) à 2,99 pour les centres d'hébergement du CSSS de Laval et les CHSLD privés conventionnés. Si nous traduisons ce résultat en heures soins travaillées requises (HSTR), la lourdeur moyenne pour l'année est régionalement de 3,64 (HSTR), car 1 heure soin nette requise (HSNR) pour un usager correspond à 1,5 heure travaillée. Le taux de réponse régional aux besoins en soins infirmiers et d'assistance a été maintenu à 77 % pour l'année 2006-2007, et ce, pour tous les CHSLD de la région qui sont financés en conséquence. Ainsi, en fonction du résultat de l'évaluation annuelle (3,64 HSTR), du taux de réponse régional et du total des jours-présence estimés pour 2006-2007 nous prévoyons une moyenne régionale de 2,84 HSTR en soins infirmiers et d'assistance. Nous maintenons donc au même niveau que l'année antérieure notre engagement déboursé et annualisé en 2006-2007 compte tenu notamment de la lourdeur de la clientèle admise en CHSLD, laquelle doit être rehaussée. En ce qui a trait au nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels, le résultat 2005-2006 valide aussi que la cible ait été atteinte. Nous maintenons également au même niveau que l'an passé notre engagement déboursé et annualisé en 2006-2007.

À noter qu'en tenant compte de notre taux de réponse régional de 77 % aux besoins en soins infirmiers et d'assistance et du total des jours présence estimés pour 2010, l'atteinte des cibles 2010 (3,0 HST/soins inf. et d'assistance et 0,23 HT/services professionnels) correspondrait aux besoins d'une clientèle nécessitant en moyenne 3,9 heures soins travaillées par jour. Pour atteindre ces cibles 55 700 heures travaillées additionnelles sont requises en soins infirmiers et d'assistance (un investissement de l'ordre de 1 600 000 $ en dollars 2005-2006) comparativement à 8 575 heures travaillées additionnelles en services professionnels (un investissement de l'ordre de 400 000 $ en dollars 2005-2006) en fonction des standards régionaux.

En 2006-2007, en raison des objectifs de services du MSSS à propos du budget de développement, du plan d'action régionale PALV 2005-2010 en termes d'enjeux incontournables (SAD et le développement de RNI) ainsi que de nos disponibilités budgétaires, nous ne pouvons actuellement investir pour ces deux indicateurs. En effet, le développement de ressources alternatives (RNI) et leur financement approprié ainsi que la mise en place progressive d'infirmières en CHSLD pour la prévention des infections nosocomiales nécessitent prioritairement à court et moyen terme des investissements.

6.4 DÉFICIENCE PHYSIQUE

AXE D'INTERVENTION — **SOUTIEN À DOMICILE - DÉFICIENCE PHYSIQUE**

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, enaugmentant l'intensité des services. (1er et 2e indicateurs)

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe. (3e indicateur)

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 557	2 557	1 960
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	35	35	42,57
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	257	257	270

COMMENTAIRES

L'engagement annualisé 2005-2006 n'a pu être atteint pour ce qui est du nombre d'usagers desservis en SAD, mais l'engagement concernant le nombre moyen d'interventions par usager est largement dépassé (augmentation importante de 7,6). L'importance des besoins d'une clientèle qui s'alourdit et souhaite demeurer à domicile le plus longtemps possible de même que la réduction des durées de séjour en centre hospitalier qui crée un besoin de rehaussement du niveau de services au moment du retour de l'usager à domicile ont un impact sur le nombre moyen d'interventions par usager. Par contre, l'intensité observée actuellement nous questionne tout autant que le nombre d'usagers desservis en comparaison de la cible 2010 du MSSS.

La formation donnée aux intervenants sur l'attribution d'un profil d'intervention a conduit à une révision des profils durant l'année 2005-2006, ce qui a eu un impact important sur le nombre d'usagers avec un profil déficience physique soit, 597 de moins (2 557 – 1 960), lesquels ont été transférés au SAD-PALV. À noter que dans notre région, il semble que la prestation de services à cette clientèle se retrouve dans différents programmes alors que l'indicateur ne fait référence qu'aux usagers avec une déficience physique, desservis par le programme SAD pour un tel soutien. De plus, cette prestation serait plus élevée si on y ajoutait les interventions effectuées par le chèque emploi service et qui ne sont pas comptabilisées pour l'instant.

L'harmonisation des pratiques et la mise en place des programmes-clientèle au CSSS de Laval devraient permettre, nous l'espérons, d'améliorer la fiabilité des données en lien avec l'offre de services pour cette clientèle ainsi que les ajustements requis pour le futur. D'ailleurs, au cours de l'année 2006-2007 un plus grand suivi sera effectué par l'Agence avec le support du MSSS si requis quant aux résultats de cette harmonisation des pratiques et standardisation dans la codification et comptabilisation des données dans le I-CLSC/GESTRED.

Enfin, soulignons que pour atteindre les cibles 2010 qui sont de desservir 2 685 usagers avec un nombre moyen d'interventions de 21,47, nous devons prévoir une augmentation importante de 725 usagers d'ici trois années (725 + 1 960 = 2 685) et une réduction progressive du nombre moyen d'interventions/ usager tout en mesurant l'impact sur la clientèle et sur le financement requis compte tenu des disponibilités budgétaires pour se faire. Ainsi, à titre d'exemple, la desserte de 725 usagers de plus recevant au minimum 5 heures de services hebdomadairement, (pour une inscription au programme POSILTPH), selon un taux horaire de 14 $ (tarification des agences de préposés), implique de prime abord un investissement estimé à 3 166 800 $.

Pour les familles

Les résultats à la période 13, pour le nombre d'usagers dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe, indiquent que les engagements ont été respectés. Pour atteindre la cible 2010, il faudra un ajout important de 282 usagers ou familles desservies d'ici trois ans (282 + 270 = 552) et en mesurer l'impact sur le financement requis versus les disponibilités budgétaires pour se faire.

L'harmonisation des pratiques et la mise en place des programmes clientèle au CSSS de Laval devraient permettre, nous l'espérons, d'améliorer la fiabilité des données en lien avec l'offre de services pour cette clientèle ainsi que les ajustements requis pour le futur. D'ailleurs, au cours de l'année 2006-2007 un suivi plus grand sera effectué par l'Agence avec le support du MSSS, si requis, quant aux résultats de cette harmonisation des pratiques et standardisation dans la codification et comptabilisation des données dans GESTRED.

Le besoin de soutien et de répit des proches aidants est important et ceux-ci réclament des ressources de présence-surveillance pour maintenir l'aide à domicile. Il nous faudra voir qu'elle est la réponse appropriée à ces besoins de concert avec le CSSS de Laval au cours de la prochaine année.

Enfin, soulignons que pour atteindre la cible 2010 du MSSS qui est de desservir 552 familles, nous devrons prévoir un investissement de prime abord de l'ordre de 325 000 $ en se basant sur le montant moyen de la subvention allouée en déficience physique par le soutien à la famille dans la région.

AXE D'INTERVENTION	SERVICE SPÉCIALISÉS - DÉFICIENCE PHYSIQUE

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en maintenant.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	2 429	2 900	3 028
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	232	247	250

COMMENTAIRES

Pour le nombre de personnes ayant une déficience motrice, la cible 2010 de 2 900 personnes a été atteinte et dépassée (3 028 personnes). Toutefois, l'Hôpital juif de réadaptation a comptabilisé 455 personnes ayant des incapacités motrices temporaires à l'intérieur de ce total. Ce qui ramènerait les résultats 2005-2006 à 2 573 personnes. Par conséquent, un travail de départage des clientèles faisant partie des résultats Gestred et de la liste d'attente (actuellement plus de 700 personnes) est prioritaire pour l'année financière 2006-2007.

Pour le nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage, la cible 2010 a été atteinte, nécessitant des déboursés supérieurs à ceux alloués par l'Agence, selon l'établissement.

6.5 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

AXE D'INTERVENTION — **SOUTIEN À DOMICILE - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services. (1er et 2e indicateurs)

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe. (3e indicateur)

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par le CSSS (mission CLSC)	411	411	412
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par le CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	15,10	15,10	15,84
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	402	402	424

COMMENTAIRES

En SAD et en soutien à la famille, le volume d'usagers à desservir ainsi que l'intensité de services offerts rencontrent et dépassent le seuil et la cible 2010. Une mise à jour, par le MSSS, des cibles 2010 pour cette clientèle nous apparaît requise.

Pour 2006-2007, nous visons à maintenir le volume d'usagers à desservir. Nous poursuivons les démarches en vue de l'harmonisation de l'offre de services et des pratiques des intervenants du SAD.

Par ailleurs, la standardisation de l'imputation et de la codification des données au niveau du I-CLSC devrait permettre également d'ajuster le nombre moyen d'interventions par usager pour se rapprocher de nos engagements annualisés 2005-2006.

Présentement les services offerts à cette clientèle proviennent du SAD, mais aussi du programme Famille Enfance Jeunesse de deux CLSC sur quatre. On peut prévoir dans ces conditions, qu'avec la réorganisation par programme clientèle du CSSS de Laval, les résultats 2006-2007 seront modifiés.

Pour les familles :

Les résultats dépassent les engagements 2005-2006 de même que la cible 2010. Par contre, les demandes pour desservir ces familles ne cessent d'augmenter au niveau du SAD. La cible 2010 du MSSS est questionnable comme d'autres.

AXE D'INTERVENTION	SOUTIEN À DOMICILE - TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services. (1er et 2e indicateurs)

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe. (3e indicateur)

INDICATEURS

	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par le CSSS (mission CLSC)	109	109	119
Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile dispensée par le CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	11,36	11,36	12,80
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	267	267	279

COMMENTAIRES

Les résultats de la période 13 dans Gestred pour cette clientèle dépassent la cible 2010 autant pour le nombre d'usagers desservis (119) que pour le nombre moyen d'interventions/usager (12,8). Mis à part les données du programme soutien à domicile, les programmes Famille-enfance-jeunesse et Santé mentale offrent également ce type de services à la clientèle TED.

L'offre de services par programme clientèle au CSSS de Laval et l'harmonisation des pratiques au sein des équipes d'intervenants impliqués auprès des usagers TED auront probablement un impact significatif sur les données 2006-2007.

Toutefois, étant donné que les cibles 2010 ont été dépassées, nous pouvons penser que le respect de celles-ci suppose de ne pas desservir de nouvelles familles et de réduire le nombre moyen d'interventions par usager, c'est-à-dire passer, d'une moyenne de 12,8 interventions à 8. La mise à jour de ces cibles, par le MSSS, nous apparaît nécessaire et sont questionnables comme d'autres.

Pour les familles

L'écart entre les demandes de services de soutien aux familles vivant avec un usager TED et les cibles 2010 s'agrandit, puisque ces cibles présupposent de desservir 120 familles et que nous en desservons actuellement 279.

Une mise à jour des cibles 2010, par le MSSS, nous apparaît requise et sont questionnables comme d'autres.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES SPÉCIALISÉS - TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis. (1er et 2e indicateurs)

Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus. (3e et 4e indicateurs)

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	41	27	29
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	7,92	13	10,32
Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	25	164	197
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	2	45	41

COMMENTAIRES

Pour les enfants de 6 ans et moins

Pour le nombre d'enfants de moins de 6 ans, la cible de 27 enfants a été atteinte et dépassée (le résultat 2005-2006 est de 29 enfants).

Les mouvements importants de clientèle entre 2004-2005 (41 enfants) et 2005-2006 (29 enfants) sont reliés à l'âge des enfants desservis; la cohorte des enfants atteignant l'âge de 6 ans influençant les résultats.

Pour le nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention, la cible de 13 h/sem/enfant n'a pas été atteinte, mais l'établissement a réussi à augmenter le nombre d'heures de 7,92 en 2004-2005 à

10,32 h/sem/enfant en 2005-2006. Une progression est attendue en 2006-2007 afin de se rapprocher de la moyenne provinciale de 13 h/sem/enfant.

Pour les jeunes de 6 à 21 ans et plus

Pour le nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans, la cible a été atteinte et dépassée (197 jeunes).

L'intensité sera le défi de ces services dorénavant. Pour le nombre d'adultes de plus de 21 ans, la cible a été atteinte, ou presque (41 plutôt que 45 adultes). L'intensité sera le défi de ces services dorénavant.

Pour ces 2 indicateurs, les variations statistiques des résultats sont grandes. L'établissement nous précise que les changements d'âge de la clientèle expliquent ces grandes variations, d'une part. L'autre raison relève de la compilation des données.

Selon l'établissement, deux formules existent, les statistiques du SIC ou la synthèse de services. Ces formules ne seraient pas équivalentes pour compiler les résultats, lesquels amèneraient des variations statistiques significatives entre les établissements qui choisissent l'une ou l'autre méthode.

De plus, la cible 2010 du MSSS nous semble questionnable.

6.6 JEUNES EN DIFFICULTÉ

AXE D'INTERVENTION	PROMOTION ET PRÉVENTION – JEUNES ET FAMILLES
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

INDICATEURS

	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année et rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet Programme de Soutien aux jeunes parents.	76 %	80 %	120,8 %

COMMENTAIRES

L'objectif visé de 80 % a été atteint et nettement dépassé à 120 %.

Voici l'illustration des limites de cet indicateur, lequel utilise les données des fichiers naissances et morts/naissances 2002 et qui, sur une base régionale, concerne de petits nombres. Le dénominateur visé était de 52 femmes, alors que 64 femmes ont été recrutées et ont accouché (22 autres ont été recrutées sans accoucher en 2005-2006).

Pour pallier l'effet des petits nombres, deux pistes de solutions pourraient être examinées, soit d'utiliser comme dénominateur la moyenne des trois dernières années disponibles ou de modifier complètement l'indicateur pour viser l'ensemble des mères desservies par les SIPPE, soit l'ensemble des cinq cohortes annuelles visées par ce programme (suivi sur 5 ans).

Nous concluons que la sollicitation auprès des femmes enceintes de moins de 20 ans dans le cadre des SIPPE va bien et qu'on poursuivra les activités pour rejoindre ces mères. On prévoit aussi renforcer les liens avec les médecins accoucheurs de Laval, afin de promouvoir la référence des mères adolescentes au CSSS et ainsi assurer la pérennité de bons résultats.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.

INDICATEURS

	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	5 160	5 160	5 077
Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,24	7,24	7,16

COMMENTAIRES

Le résultat pour 2005-2006 est de 5 077 usagers rejoints dans les CLSC du CSSS de Laval, ce qui amène un écart de 83 usagers. On constate une augmentation régulière du nombre d'usagers rejoints depuis la période 4 (231 usagers par période en moyenne). Cette situation peut s'expliquer par une meilleure harmonisation de la cueillette de données pour les quatre CLSC. Si cette progression se maintient, la cible serait atteinte au prochain exercice.

Le nombre moyen d'intervention par usager au CSSS de Laval est de 7,16. Il en résulte un écart de 0,08 en regard de la cible fixée. Une augmentation moyenne de 0,29 du nombre moyen d'interventions a été enregistrée depuis la période 4. Ce résultat peut également être expliqué par une meilleure harmonisation de la cueillette des données.

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	12,43	12	13,68
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	24,08	30	18,4
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	11	10	0

COMMENTAIRES

La cible 2005-2006 du délai moyen d'attente pour une évaluation à la Protection de la jeunesse est de 12 jours alors que le résultat est de 13,68. L'écart de 1,68 s'explique par l'augmentation du volume des évaluations. Le nombre de signalements reçus a augmenté de 27,6 % et le nombre de signalements retenus a augmenté de 42 %. Si on se compare avec les données provinciales de 16,99 jours, la région se situe à un niveau très acceptable.

La cible est atteinte pour le délai moyen d'attente à l'application des mesures de Protection de la jeunesse. Les résultats sont de 18,4 jours tandis que la cible est de 30 jours. La moyenne obtenue pour l'ensemble du Québec est de 28,61 jours.

La cible est atteinte concernant le nombre de semaines ou le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 % puisqu'il n'y a eu aucune semaine durant l'année où le taux d'engorgement excédait 8 %.

6.7 DÉPENDANCES

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - TOXICOMANIE
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence de jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	52	65	76

COMMENTAIRES

L'atteinte de la cible 2005-2006 s'explique par les efforts consentis du Centre de réadaptation Le Maillon. Ce dernier s'est impliqué à la fois dans le processus de détection en mobilisant des effectifs en première ligne afin de suppléer à l'exercice d'harmonisation des pratiques dans les CLSC du CSSS de Laval. Une performance altérée quant à la référence a été observée à cet égard.

Le Centre de réadaptation Le Maillon s'est également impliqué dans l'évaluation de premier niveau en soutien toujours à la première ligne.

Un mécanisme d'accès est en voie d'actualisation et favorise la mise en place d'un réseau de services intégrés, s'assurant ainsi que les clientèles transitent adéquatement sur l'ensemble du territoire lavallois.

AXE D'INTERVENTION	JEU PATHOLOGIQUE
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique, dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	341	292	277

COMMENTAIRES

Les résultats s'expliquent par une diminution quant à la référence de la première ligne. Les résultats 2004-2005 étaient favorisés par la concomitance des campagnes promotionnelles nationale et lavalloise ayant eu une contamination positive sur le dévoilement personnel et la référence aux services spécialisés.

L'actualisation d'un mécanisme d'accès vient soutenir un réseau de services intégrés, fragilisé par le processus nécessaire d'harmonisation des services de première ligne. Ce dernier élément devrait s'atténuer rapidement.

6.8 SANTÉ MENTALE

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - SANTÉ MENTALE
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	108	183	245
Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	1 558	1 633	1 828

COMMENTAIRES

Les services de santé mentale de première ligne ont dépassé les cibles 2005-2006 de 34 % chez les jeunes et de 12 % chez les adultes. Ces résultats permettent de rejoindre partiellement les engagements annualisés, qui sont respectivement de 258 jeunes et enfants, et de 1 708 adultes.

Ces résultats s'expliquent en partie par le fait que les équipes santé mentale de première ligne étaient déjà en place avant les nouveaux engagements 2005-2006. La capacité d'accueil de nouvelles clientèles s'en trouve donc facilitée. Pour la clientèle adulte cependant, les résultats peuvent expliquer en partie pourquoi les services de soutien d'intensité variable (indicateur 1.8.5) n'atteignent pas les cibles 2005-2006 puisque la pratique dans certains CLSC fait en sorte que les services se donnent surtout en établissements.

Le programme-clientèle santé mentale (adultes) est en cours d'élaboration, et des précisions dans l'identification des clientèles ciblées et le parcours de celles-ci devraient se refléter positivement sur les résultats 2006-2007.

AXE D'INTERVENTION **SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ – SANTÉ MENTALE**

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :

- En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants)
- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	28	51	30
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	25	45	32,8

COMMENTAIRES

Le soutien d'intensité variable est un nouveau service mis en place dans les CLSC en cours d'année 2005-2006, lequel a connu certaines difficultés dans le recrutement de la clientèle ciblée. Ce type de suivi étant entièrement offert par un organisme communautaire, le déploiement du service dans les CLSC a été progressif.

Les quatre dernières périodes ont permis une croissance considérable de la moyenne de personnes rencontrées, bien que les engagements 2005-2006 ne soient pas encore atteints, étant donné qu'il s'agit d'une moyenne calculée sur une base annuelle.

Pour ce qui est du suivi intensif, l'équipe a été complétée en décembre seulement. Le nombre de personnes desservies est en importance croissante depuis et rejoint en partie les cibles dans les dernières périodes. Mais cela n'a pas permis de rejoindre la cible 2005-2006 étant donné qu'il s'agit d'une moyenne calculée sur une base annuelle.

Pour 2006-2007, la croissance actuelle devrait être maintenue et permettre de rejoindre la cible annualisée, autant pour le suivi intensif que pour le soutien d'intensité variable. L'inclusion des données de l'organisme communautaire responsable du suivi dans la communauté permettra d'atteindre les cibles de soutien d'intensité variable. De plus, un cadre de référence régionale en matière de soutien dans la communauté sera élaboré en 2006-2007 afin de préciser le rôle des différents acteurs et mieux identifier les clientèles susceptibles de profiter de suivi dans la communauté.

6.9 SANTÉ PHYSIQUE

AXE D'INTERVENTION — **SOINS PALLIATIFS**

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	665	775	861
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	14,55	14	17,42

COMMENTAIRES

Les cibles ont été dépassées en y incluant les données de 198 usagers desservis par l'organisme communautaire, l'Association d'Entraide Ville-Marie, pour une intensité de 17,42 interventions par usager en moyenne.

Il est important de développer une méthode pour que les données de cet organisme puissent être compilées dans l'application Gestred.

Un budget de développement 2006-2007 a été consenti pour augmenter le nombre d'usagers à desservir afin de se rapprocher du seuil de 50 % (906) de personnes.

Le CSSSL doit revoir son approche clientèle à l'intérieur du projet clinique afin de répondre aux cibles de l'entente de gestion en ce qui concerne le volume versus l'intensité.

AXE D'INTERVENTION — **SERVICES D'URGENCE**

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière.

Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur des civières.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Séjour moyen sur civière	15,97	15,3	15,07
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	19,4	18,6	17,56
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1,4	1,4	0,73
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	2,3	2,0	1,0

COMMENTAIRES

L'ensemble des cibles ont été atteintes et même dépassées par des efforts considérables du CSSS de Laval.

La mise en place de certaines mesures du plan d'action sur l'urgence 2005-2006 a contribué à l'atteinte de ces résultats.

Par ailleurs, le CSSS de Laval a fait tous les efforts pour atteindre de nouvelles cibles. Le plan d'action 2006-2007 sur l'urgence a été acheminé au MSSS; les cibles pourront être atteintes en autant que les mesures puissent être mises en place et que l'achalandage demeure constant.

AXE D'INTERVENTION — **CHIRURGIE**

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	91	102	111
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	131	166	166
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 367	1 550	1 647
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5 912	5 928	5 439
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	4 428	4 428	4 574

COMMENTAIRES

Le CSSS de Laval a répondu au-delà des cibles de 2004-2005 à l'exception des chirurgies d'un jour, puisque 489 chirurgies n'ont pu être réalisées.

Les listes d'attente ont été épurées et les délais d'accès ont été considérablement réduits depuis 1 an. En effet, aucun patient n'est en attente depuis plus de 6 mois pour les chirurgies de remplacement par prothèse de la hanche et du genou. Pour les chirurgies de la cataracte, 86 patients sont actuellement en attente depuis plus de 6 mois. Cependant, le délai d'attente s'est considérablement amélioré puisqu'à la période 13 de 2004-2005, 183 patients étaient en attente depuis plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte.

L'Agence s'assure que les orientations ministérielles sont prises en compte de façon prioritaire. Cependant, compte tenu de la diminution des listes d'attente épurées, répondre aux cibles devient un enjeu. Le CSSS de Laval nous assure qu'il pourra maintenir les mêmes cibles en favorisant les références des patients des médecins omnipraticiens vers les chirurgiens du CSSS de Laval.

D'autre part, le nombre d'individus en attente pour des endoscopies oncologiques sont en investigation pour un diagnostic présumé de cancer. Accorder une priorité à ce type de chirurgie permet d'agir précocement sur les diagnostics présumés de cancer. L'Agence, en accord avec le MSSS, a alors convenu avec le CSSS de Laval d'une réduction des listes d'attente en endoscopies oncologiques. Les données tirées du rapport AS-478 sur le nombre d'examens endoscopiques permettent de vérifier l'augmentation des examens, soit 2 512 interventions de plus en 2004-2005 qu'en 2002-2003. Le CSSS de Laval a répondu au-delà de la cible annualisée.

6.10 ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES

AXE D'INTERVENTION	PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Améliorer la gestion de la présence au travail

INDICATEURS

	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,27	5,03	5,34

COMMENTAIRES

La cible régionale n'a pu être atteinte pour les raisons suivantes :

1. L'année 2005-2006 fut une année de transition. Les cibles ont été fixées en milieu d'année, conséquemment, le redressement de certaines situations a été amorcé tardivement;
2. Un seul établissement public n'a pas rencontré sa cible, mais il représente 13,2 % des heures versées en assurance salaire de la région;
3. Les six établissements privés conventionnés de Laval représentent 11 % des heures en assurance salaire; quatre d'entre eux sont en difficulté importante et comptent pour 75 % des heures du groupe des établissements privés conventionnés.
4. Les cibles basées sur l'année de référence 1998-1999 ne sont plus adéquates, c'est pourquoi le MSSS a revu ses cibles en prenant l'année 2004-2005 comme référence.

AXE D'INTERVENTION	ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010

Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

INDICATEURS

	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Résultat d'exploitation	3 862 407 $	1 102 586 $	1 538 583 $

COMMENTAIRES

Cible déficitaire autorisée	1 102 586 $
Cible déficitaire tolérée (675 384 $)	436 000 $
Lettre du 16 février 2006, signée par le sous-ministre, M. Juan Roberto Iglésias.	1 538 583 $

6.11 GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

AXE D'INTERVENTION	GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2004-2005	CIBLES 2005-2006	RÉSULTATS 2005-2006
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	22,9	22,9	N/D
Consommation en giga joules par mètre carré	1,57	1,5	1,46

COMMENTAIRES

Aucune donnée disponible avant la réception des rapports AS-471 au 30 juin 2006 en ce qui a trait aux dépenses en administration et en soutien aux services.

Pour ce qui est de la consommation en giga joules par mètre carré, les données recueillies au moyen de l'application Gestred, indiquent une moyenne régionale de 1,46 GJ/m2, au 31 mars 2006. La cible 2005-2006 étant de 1,5 GJ/m2, ce résultat est satisfaisant.



7. LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE

RAPPORT DE LA DIRECTION

Laval, le 10 juillet 2006

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers condensés. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers condensés de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Claude Desjardins
Président-directeur général

Yves St-Onge
Directeur intérimaire, Direction de l'administration et Secrétariat général

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval au 31 mars 2006 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 24 mai 2006. 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 l'article 395 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 du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 10 juillet 2006

Tableau 13
Bilan

Au 31 mars 2006

	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF						
À court terme						
Encaisse	844 641	968 412	2 813 192	2 369 677		
Débiteurs :						
- MSSS	156 374	339 835	401 481	22 494		
- Établissements				99 650		
- Autres	153 691	184 619	199 757	44 867		
Intérêts courus	17 478	13 347				
Taxes à recevoir	38 561	108 765	58 401	84 546		
Charges payées d'avance	66 505	116 822	20 892	167 529		
Autres éléments	2 934	2 480				
TOTAL DE L'ACTIF À COURT TERME	**1 280 184**	**1 734 280**	**3 493723**	**2 788 763**		
PASSIF						
À court terme						
Découvert de banque			37 518	63 785		
Créditeurs et charges à payer :						
- MSSS				104 392		
- Établissements			145			
		199	417			
- Autres	555 212	578 414	238 169	149 540		
Revenus reportés	127 533	343 022	237 543	145 000		
Autres éléments			153 486			
TOTAL DU PASSIF À COURT TERME	**682 745**	**921 635**	**812 133**	**462 717**		
À long terme						
Location acquisition					35 856	42 355
TOTAL DU PASSIF	**682 745**	**921 635**	**812 133**	**462 717**	**35 856**	**42 355**
SOLDE DE FONDS	**597 439**	**812 645**	**2 681 590**	**2 326 046**	**5 948 326**	**5 869 660**
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**1 280 184**	**1 734 280**	**3 493 723**	**2 788 763**	**5 984 182**	**5 912 015**

	FONDS D'EXPLOITATION				FONDS D'ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	
	Activités principales		*Activités accessoires*			
PROVENANCE DES REVENUS	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Subventions MSSS	5 969 579	5 869 772	261 096	1 801 176	3 964 810	3 196 407
Contributions des établissements					586 850	543 607
Contributions de l'avoir propre	275 094					
Contributions des fonds affectés					44 728	160 763
Contributions du fonds d'exploitation					118 633	34 000
Revenus d'intérêts	28 256	26 834	26 034	33 989	80 953	62 524
Autres revenus	638 727	599 947	147 031	1 516 720	1 480 368	848 273
TOTAL DES REVENUS	**6 911 656**	**6 496 553**	**434 161**	**3 351 885**	**6 276 342**	**4 845 574**
Salaires et avantages sociaux	4 501 419	4 242 744	206 153	772 106	1 270 794	755 442
Charges sociales	481 597	449 979	22 160	83 515	138 151	82 556
Frais de déplacement	69 381	64 132	7 310	15 051	14 909	20 253
Services achetés	669 666	699 541	123 384	2 164 135	1 821 977	1 817 920
Communications	136 897	148 380	23 244	29 105	75 979	24 981
Loyer	594 887	489 539		81 058	1 215 475	952 523
Location d'équipement	11 555	14 156		484	3 064	
Fournitures de bureau	57 328	56 574	1 795	8 974	32 078	22 000
Autres frais	345 199	135 985	25 109	26 474	1 147 135	2 430 394
Transfert de frais généraux				25 136	97 038	
Total des charges d'exploitation	6 867 929	6 301 030	409 155	3 206 038	5 816 600	6 106 069
Dépenses d'immobilisations	43 727	76 916	4 081	131 151	104 198	120 107
TOTAL DES DÉPENSES	**6 911 656**	**6 377 946**	**413 236**	**3 337 189**	**5 920 798**	**6 226 176**
EXCÉDENT (DÉFICIT)		118 607	20 925	14 696	355 544	(1 380 602)

Tableau 15

Soldes de fonds combinés

Exercice terminé le 31 mars 2006

	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS D'IMMOBILISATIONS	FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES
	Activités principales $	Avoir propre $	$	$
SOLDE AU DÉBUT	**120 815**	**691 830**	**5 869 660**	**2 326 046**
Augmentations				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations		20 925		355 544
Régularisations	38 963			
Libération surplus années antérieures		125 162		
Acquisition d'immobilisations à même les produits d'autres fonds :				
- Fonds d'exploitation – Activités principales			43 727	
- Fonds d'exploitation – Activités accessoires complémentaires			4 081	
Acquisitions d'immobilisations par des activités régionalisées			104 198	
Total des augmentations	**38 963**	**146 087**	**152 006**	**355 544**
Diminutions				
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits				
Régularisations			73 340	
Libération surplus années antérieures	125 162			
Contribution avoir propre au fonds d'exploitation		275 094		
Total des diminutions	**125 162**	**275 094**	**73 340**	
VARIATION DE L'EXERCICE	(86 199)	(129 007)	78 666	355 544
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	**34 616**	**562 823**	**5 948 326**	**2 681 590**

Tableau 16

Exercice terminé le 31 mars 2006

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2005-2006

	Exercice courant MONTANT $	Exercice précédent MONTANT $
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	409 736 914	388 971 354
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à la Régie régionale et confirmé à l'enveloppe régionale	1 145 492	1 453 081
TOTAL	410 882 406	390 424 435
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	391 276 317	370 210 367
Allocations aux organismes communautaires	11 536 938	10 955 908
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	3 200 414	1 988 736
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	406 013 669	383 155 011
Fonds affectés	1 145 492	1 453 081
Autres	3 723 245	5 816 343
TOTAL DES AFFECTATIONS	**410 882 406**	**390 424 435**
Solde non attribué		
TOTAL	**410 882 406**	**390 424 435**
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS		

Tableau 17

Au 31 mars 2006

Bilan des fonds affectés

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	644 318	1 447 386
Débiteurs :		
- MSSS	17 165 944	17 219 286
- Établissements	6 962 824	4 773 707
- Taxes à recevoir	15 493	9 001
Autres éléments	1 683	524
Total de l'actif à court terme	**24 790 262**	**23 449 904**
À long terme		
Enveloppes décentralisées des années antérieures	46 359 743	47 143 546
TOTAL DE L'ACTIF	**71 150 005**	**70 593 450**
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	15 292	8 915
Emprunt de banque	6 962 824	4 773 707
Intérêts sur emprunt à payer	49 541	50 392
Créditeurs et charges à payer :		
- Établissements	16 225 072	11 436 411
- Organismes		4 622 877
- Autres	24 052	
Subventions reportées		246 000
Autres éléments		9 684
Total du passif à court terme	23 276 781	21 147 986
Dette à long terme		
Enveloppes décentralisées des années antérieures	46 359 743	47 143 546
TOTAL DU PASSIF	**69 636 524**	**68 291 532**
SOLDE DE FONDS	**1 513 481**	**2 301 918**
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**71 150 005**	**70 593 450**

Tableau 18

État sommaire de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés

	Fonds des immobilisations	Fonds des équipements	Services en CLSC	Santé publique	Médecins en régions éloignées	Déficience intellectuelle	SIDA
	$	$	$	$	$	$	$
Solde à attribuer au début de l'exercice	**217 213**	**646 393**	**2 622**	**49 247**	**1 446**		**418**
Récupération par le ministère							
Solde du début après récupération	**217 213**	**646 393**	**2 622**	**49 247**	**1 446**		**418**
Provenance							
MSSS	6 535 556	6 639 128				246 000	
Subvention pour intérêts sur emprunts	32 534	79 388					
Revenus d'intérêts		2	50	1 290	39	2 920	7
Autres							
Revenus MSSS - Intérêts CHQ		2 348 561					
TOTAL DES PROVENANCES	**6 568 090**	**9 067 079**	**50**	**1 290**	**39**	**248 920**	**7**
Attributions							
Établissements	6 356 675	6 750 586	2 387			128 566	
Organismes				2 000			
Intérêts sur emprunts	32 534	79 388					
Contributions au fonds d'exploitation							
Contribution au fonds des activités régionalisées							
Salaires et avantages sociaux	34 044						
Charges sociales	3 457						
Frais de déplacement et d'inscription							
Services achetés	22 311						
Location d'équipement							
Fournitures de bureau				250			248
Autres charges d'exploitation (GMF)							
Autres			285				177
Frais intérêts et financiers - CHQ		2 348 561					
TOTAL DES ATTRIBUTIONS	**6 449 021**	**9 178 535**	**2 672**	**2 250**		**128 566**	**425**
Solde à attribuer à la fin de l'exercice	**336 282**	**534 937**		**48 287**	**1 485**	**120 354**	

Systèmes d'information clientèles $	Fournitures spécialisées pour personnes handicapées $	Priorités régionales $	Application Loi sur le Curateur public $	Groupes de médecine de famille (GMF) $	Total au 31 mars 2006 $	Total au 31 mars 2005 $
913 269	40 741	18 070	314	412 185	2 301 918	2 303 461
						-160 453
913 269	40 741	18 070	314	412 185	2 301 918	2 143 008
				1 213 291	14 633 975	14 975 503
					111 922	119 038
12 577	1 209	362		8 709	27 165	31 619
						3 124
					2 348 561	2 626 539
12 577	1 209	362		1 222 000	17 121 623	17 755 823
315 600	39 092	6 554			13 599 460	13 436 095
					2 000	95 579
					111 922	28 161
5 303			21	39 404	44 728	160 763
					34 044	42 977
					3 457	5 498
			293		22 604	72 762
						230
					498	5 256
				1 137 381	1 137 381	1 123 053
604 943					605 405	
					2 348 561	2 626 539
925 846	39 092	6 554	314	1 176 785	17 910 060	17 596 913
	2 858	11 878		457 400	1 513 481	2 301 918

NOTE AUX ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Exercice terminé le 31 mars 2006

NOTE 1 – CONSTITUTION, OBJETS ET CHANGEMENT DE NOM

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

En vertu de l'article 191 de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32), lorsqu'il n'existe qu'un seul réseau local de services de santé et de services sociaux sur le territoire d'une agence et que ce réseau couvre la totalité du territoire de l'agence, ce qui est la situation pour l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, le ministre peut, après avoir consulté les établissements publics situés sur le territoire de l'agence et obtenu leur approbation, proposer au gouvernement que les responsabilités que la loi confie à une agence soient exercées par l'instance locale de ce réseau. Par conséquent, l'agence dont l'exercice des responsabilités serait confié à une instance locale cesserait d'exister et, sous réserve, le cas échéant, du contenu du décret, ses biens, droits et obligations deviendraient, sans autre formalité, ceux de l'instance locale. Également, sous réserve des conditions de travail qui leur seraient applicables, les employés d'une agence qui cesserait d'exister en application de cet article deviendraient, à compter de la date déterminée en vertu du même article, des employés de l'instance locale.

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. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. 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 :

- Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations 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 produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;
- Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;
- 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 imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;
- 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, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;
- Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;
- Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;
- Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;
- 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;
- Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;
- L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;
- Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé.
- La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

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

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;
- Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;
- 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.

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, s'il en est.

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 libérées 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. 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 (trois derniers mois de l'exercice) 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.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux étant donné que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestation déterminée.

NOTE 3 – FLUX DE TRÉSORERIE

	2006	2005
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	47 808 $	208 067 $
Produit de disposition d'immobilisations	47 808 $	208 067 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	104 198 $	120 107 $
Produit de disposition d'immobilisations	104 198 $	120 107 $
	152 006 $	**328 174 $**



NOTE 4 – ENGAGEMENTS

L'agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au

31 mars 2008 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2006 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 745 438 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2007	771 320 $
2008	300 708
	1 072 028 $

Pour les fins d'exploitation par des établissements privés conventionnés, l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a contracté des baux avec la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) pour un montant total de 5 983 872 $ échéant en 2020, lesquels sont remboursés totalement et directement à la CHQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a contracté à cet effet un contrat de sous-location avec l'Orchidée blanche ainsi qu'avec la Résidence Riviera. Le remboursement effectué à la CHQ par le ministère en 2005-2006 au nom de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval s'élève à 1 064 926 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2007	1 174 825 $
2008	1 174 825
2009	1 174 825
2010	223 527
2011	223 527
2012 et subséquents	2 011 743
	5 983 272 $

L'agence s'est également engagée en vertu d'ententes contractuelles échéant à diverses dates jusqu'au 30 juin 2008 pour des locations d'équipements de bureau. Les engagements pour les prochaines années se détaillent comme suit:

2007	5 160 $
2008	5 160
2009	1 290
	11 610 $

NOTE 5 – PROVISION POUR VACANCES, CONGÉS DE MALADIE, HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Les sommes à payer au 31 mars 2006 au regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2006	2005
Vacances	450 558 $	485 808 $
Congés de maladie	25 740	46 425
Heures supplémentaires	24 954	21 144
	501 252 $	**553 377 $**

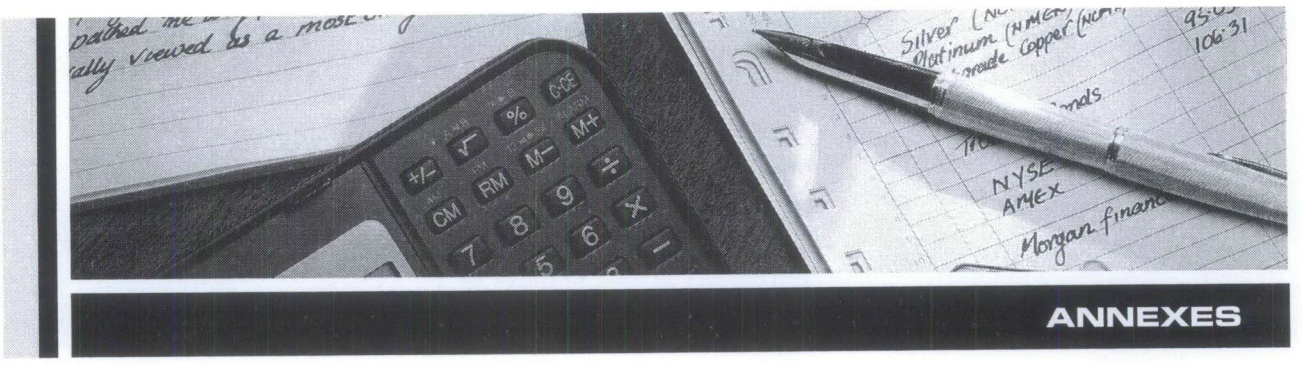
NOTE 6 - ÉVÉNEMENT SUBSÉQUENT

En vertu d'une entente intervenue en novembre 2005, entre l'Agence et le Centre de santé et de services sociaux de Laval, l'Agence transférera au Centre de santé, à compter du 1er avril 2006, la gestion des ressources informationnelles comprenant le technocentre régional et les projets régionaux actuellement regroupés à l'Agence sous la direction de projets, ainsi que les actifs et passifs associés à ces activités. Cette entente est renouvelable annuellement.

Le transfert de ces biens s'effectuera, sans contrepartie, aux valeurs comptables suivantes:

	Technocentre régional $	Ressources informationnelles réseau $	Direction de projets PRSA/SI-RIL $	Fonds des immobilisations $	Total $
Actif à court terme					
Encaisse	276 579	273 656	15 508		565 743
Débiteur MSSS		30 000			30 000
Autres débiteurs	87 028	44 027			131 055
Taxes à recevoir	22 215	21 424	1 387		45 026
Charges payées d'avance	12 019	1 366	7 273		20 658
Immobilisations				3 670 721	3 670 721
Total actif	**397 841**	**370 473**	**24 168**	**3 670 721**	**4 463 203**
Passif à court terme					
Établissements		100 000			100 000
Comptes à payer et courus à payer	74 810	135 152	313		210 275
Engagements à payer	84 984	44 647	23 855		153 486
Total passif	**159 794**	**279 799**	**24 168**		**463 761**
Solde de fonds	**238 047**	**90 674**		**3 670 721**	**3 999 442**
Total passif et solde de fonds	**397 841**	**370 473**	**24 168**	**3 670 721**	**4 463 203**

La valeur des immobilisations transférée est l'estimation la plus plausible en date du bilan et cette donnée pourrait être modifiée au moment du transfert.



ANNEXE I – PUBLICATIONS DE L'AGENCE

- ADIB, Georges et AUDET, Éric, collab. *Problématique de l'exposition professionnelle au manganèse : analyse des données environnementales*, ADRLSSSS Laval, 2005.

- *Application guide for the Act respecting persons whose mental state presents a danger to themselves or to others* : Laval's area, ADRLSSSS Laval, 2005.

- CHABOT, Anne et al. *Programme intégré de promotion de saines habitudes de vie : 0-5-30 combinaison prévention : plan d'action 2005-2007* : document-synthèse, ADRLSSSS Laval, 2005.

- DUVAL, Ève. *Maladies infectieuses à déclaration obligatoire : rapport annuel 2004 – région de Laval*, ADRLSSSS Laval, 2005.

- DUVAL, Ève. *Maladies infectieuses à déclaration obligatoire : rapport annuel 2004 – région de Laval : version abrégée*, ADRLSSSS Laval, 2005.

- LAPOINTE, Johanne. *Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé aux enfants, aux jeunes et à la famille : vers un réseau de services intégrés pour les jeunes de Laval (0-17 ans)*, ADRLSSSS Laval, 2005.

- LAROCQUE, Diane. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Laval : bilan des activités de mai 1998 au 31 décembre 2003*, ADRLSSSS Laval, 2005.

- *Marcher et découvrir Laval* : 33 parcours de marche pour découvrir la richesse patrimoniale et culturelle de Laval, 3e édition, Ville de Laval et Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

- PARÉ, Johanne. *Rapport annuel de gestion 2004-2005*, ADRLSSSS Laval, 2005.

- PROULX, Daniel. *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2004-2005*, ADRLSSSS Laval, 2005.

- NGUYEN Minh-Nguyet, CARTO, M. et DURANTAYE, M. de la, *Rapport d'évaluation : « Droit de cité », Agence de la santé et des services sociaux de Laval*, 2005.

- ROYER, Line et GUIBORD, Lucie. *Rapport de l'expérimentation d'un modèle de vaccination de masse*, Centre de santé et de services sociaux de Laval (Ruisseau-Papineau), Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

- *Walking tour of Laval* : 33 walks that reveal Laval's heritage and cultural diversity, Ville de Laval et Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

: Document disponible sur le site Web de l'Agence

ANNEXE II – DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS

Tableau 19

Situation financière des établissements publics à Laval

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	SURPLUS (DÉFICIT) 2005-2006 [1] $	SURPLUS (DÉFICIT) 2004-2005 [1] $	AVOIR PROPRE au 31-03-2006 $
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX			
Centre de santé et de services sociaux de Laval	(1 656 629)	(3 930 906)	(13 988 191)
CENTRE HOSPITALIER			
Hôpital juif de réadaptation	(286 165)	27 297	(220 321)
CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE			
CRDI Normand-Laramée	107 617	227 764	102 419
CENTRE JEUNESSE			
Centre jeunesse de Laval	29 257	53 432	1 582 151
GRAND TOTAL	**(1 805 920)**	**(3 622 413)**	**(12 523 942)**

Source : Données extraites du AS-471 avant l'analyse financière
[1] Résultats des activités principales

Tableau 20

Sommaire régional du financement net 2005-2006 des établissements de Laval

	BUDGET NET [1] $	CONTRIBUTIONS ADDITIONNELLES ET AUTRES REVENUS NON BUDGÉTISÉS $	FINANCEMENT NET TOTAL $	PAIEMENT DES EXERCICES ANTÉRIEURS ET AUTRES AJUSTEMENTS $
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS				
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX				
Centre de santé et de services sociaux de Laval	270 758 350	2 207 431	272 965 781	1 498 774
CENTRE HOSPITALIER				
Hôpital juif de réadaptation	19 345 457	278 645	19 624 102	250 115
CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE				
CRDI Normand-Laramée	26 372 391	1 203 926	27 576 317	244 309
CENTRE JEUNESSE				
Centre jeunesse de Laval	48 040 117		48 040 117	218 518
TOTAL PUBLIC	**364 516 315**	**3 690 002**	**368 206 317**	**2 211 716**
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS				
Centre gériatrique Le Bel Âge de Fabre	3 919 214	29 398	2 948 612	(146 988)
CHSLD St-Jude inc.	10 125 545	48 143	10 173 688	(129 028)
CHSLD Vigi l'Orchidée Blanche ltée	6 180 681	126 603	6 307 284	109 406
Résidence Riviera inc.	5 241 453	107 733	5 349 186	(22 735)
Manoir St-Patrice inc.	5 462 561	6 400	5 468 961	(54 209)
Centre d'héb. Champlain St-François	2 098 504	55 057	2 153 561	(34 640)
TOTAL PRIVÉ CONVENTIONNÉ	**33 027 958**	**373 334**	**33 401 292**	**(278 194)**
GRAND TOTAL	**397 544 273**	**4 063 336**	**401 607 609**	**1 933 522**

[1] Le financement de l'ASSSL ou du MSSS

Tableau 21

Financement temporaire autorisé par l'Agence de Laval aux établissements publics de la région lavalloise en 2005-2006

	NOMBRE D'AUTORISATIONS	MONTANTS EN VIGUEUR 31-03-2006 $	% DU BUDGET DE FONCTIONNEMENT RÉGIONAL
DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT			
Équilibre budgétaire	1	8 300 000	2,164 %
Traitement différé	1	500 000	0,130 %
TOTAL	**2**	**8 800 000**	**2,294 %**
DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Projets autofinancés [1]	1	844 798	0,220 %
TOTAL	**1**	**844 798**	**0,220 %**

[1] CSSSL – Hôpital de la Cité-de-la-Santé

ANNEXE III – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE À L'INTENTION DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

I. CADRE LÉGAL

Le présent Code est adopté et appliqué conformément aux lois applicables, plus particulièrement à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q. c. M-30) et au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui découle de cette dernière.

II. CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et de ses comités.
2. Il s'applique également au président-directeur général de l'Agence à titre de membre du conseil d'administration, nonobstant le fait qu'il peut également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient lui être applicables au titre d'administrateur public.
3. L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.
4. L'administrateur doit toujours agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles et, en cas de doute, favoriser l'application.
5. Ce Code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables aux adminis-trateurs, mais constitue des principes et des règles minimales qui peuvent guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

III. DÉFINITIONS

Administrateur :	Désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
Agence :	Désigne l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
Conflit d'intérêts :	Désigne la notion de conflit d'intérêts telle que définie à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., C. S-4.2, a. 154).
Conflit de rôle :	Désigne la notion de conflit potentiel inhérente à la participation d'un administrateur à un conseil d'administration d'un autre organisme ou établissement du réseau de la santé et des services sociaux.
Conseil d'administration :	Désigne le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
Déontologie :	Désigne les devoirs et obligations des administrateurs.
Éthique :	Désigne les normes et les valeurs qui sous-tendent l'action de l'organisation et ses principes généraux de gestion.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

1. L'administrateur s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.
2. L'administrateur doit participer aux travaux du conseil d'administration et y intervenir de façon à permettre à celui-ci d'exécuter les fonctions et mandats qui lui sont dévolus par la loi ou autrement.
3. L'administrateur doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence dans l'exercice de ses fonctions.
4. L'administrateur doit agir avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée et dans l'intérêt de l'Agence elle-même.
5. L'administrateur doit être présent aux activités du conseil d'administration et de ses comités.
6. L'administrateur doit participer activement à la prise de position du conseil d'administration.
7. L'administrateur intervient lors des séances du conseil de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne.

8. L'administrateur, de par son intervention, doit permettre que les décisions du conseil d'administration soient prises en respect de la mission des établissements et des organismes en relation avec l'Agence; il agit avec équité à l'égard de ces établissements et organismes.

   Il exerce son droit de vote et ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte des considérations politiques ou partisanes.

9. L'administrateur est solidaire des décisions prises par le conseil d'administration et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

10. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général, ou toute autre personne que celui-ci pourrait désigner, agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou de représentation à un tiers.

11. L'administrateur fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du conseil d'administration.

12. L'administrateur est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher le membre du conseil d'administration représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

13. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue. Il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement. Il respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public, avec chaque individu.

Conflit d'intérêts et conflit de rôle

14. L'administrateur agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de l'Agence sans tenir compte d'intérêts particuliers.

15. Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence ou les obligations de ses fonctions doit, sous peine de déchéance de sa charge :

    a) dénoncer son intérêt au conseil d'administration;

    b) s'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a un intérêt est débattue.

16. Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas 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 pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

17. L'administrateur ne doit pas confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

18. L'administrateur ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

19. L'administrateur ne tire aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom personnel ni pour le compte d'autrui.

20. L'administrateur doit prévenir tout conflit de rôle et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.

21. L'administrateur qui siège à un comité ou une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts pour toute décision que le comité ou la commission prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmit au conseil d'administration.

Activités politiques

22. Le président du conseil d'administration et le président-directeur général doivent éviter de manifes-ter publiquement leurs allégeances politiques partisanes.

23. 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.

    Tout autre membre du conseil d'administration qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

24. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit démissionner de ses fonctions.

Rémunération

25. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions.

26. L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

27. L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, pour lui-même ou pour un tiers.

V. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

28. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de l'Agence.

29. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un autre établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat.

30. Dans l'année qui suit la fin de l'exercice de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle est partie l'Agence et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

VI. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

31. Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent

    1. Code.

32. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la Loi, au Règlement ou au présent Code d'éthique et de déontologie, en saisit le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

33. Le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas, décide s'il s'agit d'un manquement ou d'une plainte frivole ou sans fondement. À cette fin, il consulte le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie.

34. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie formé par le conseil d'administration est composé de trois membres du conseil. Le président, le vice-président du conseil d'administration et le président-directeur général ne peuvent être membre du comité.

35. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie examine toute plainte transmise par le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas.

36. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie est maître de la preuve et de la procédure et détermine les moyens nécessaires pour mener toute enquête, en respectant les règles de justice naturelle.

37. L'enquête doit être confidentielle et protéger l'anonymat du plaignant.

38. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie doit informer l'administrateur visé de la nature des manquements reprochés.

39. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie transmet le résultat de son enquête au président du conseil d'administration, ou au vice-président, selon le cas, et recommande une sanction, lorsqu'il arrive à la conclusion que l'administrateur a enfreint la Loi, le Règlement, ou le présent Code. Ce rapport est confidentiel.

40. Le président ou le vice-président, selon le cas, réunit le conseil d'administration qui décide, à huis clos, de la sanction à imposer à l'administrateur visé, lorsque requis. Ce dernier ne participe ni aux délibérations ni à la décision. Il peut cependant se faire entendre avant la prise de décision.

41. Les sanctions qui peuvent être prises sont, selon la nature ou gravité du manquement, le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension d'une durée maximale de trois mois ou le recours en déchéance de charge.

42. L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

VII. DÉCLARATION D'INTÉRÊT

43. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque membre du conseil d'administration doit produire la déclaration contenue à l'Annexe II du présent Code.

44. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

45. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* à toute personne qui en fait la demande.

46. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.*

47. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues ou révoquées.

IX. DISPOSITIONS FINALES

48. Les membres du conseil d'administration s'engagent à respecter chacune des dispositions du présent *Code d'éthique et de déontologie* applicable à chacun d'eux. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

49. Le présent *Code d'éthique et de déontologie* entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace et abroge le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval adopté le 7 mai 2003.

Production de la Direction de l'administration et Secrétariat général

Recherche, coordination et rédaction : Johanne Paré, conseillère-cadre aux communications

Contribution : Le personnel de l'Agence

Design graphique : Mælström communication inc.

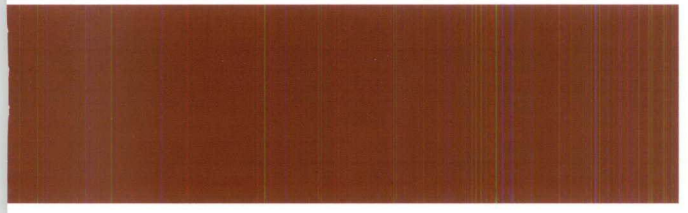
ISBN : 2-923198-37-9

Dépôt légal : 3e trimestre 2006

- Bibliothèque nationale du Canada
- Bibliothèque nationale du Québec

Site Web : http://www.sssslaval.gouv.qc.ca

Adopté par le conseil d'administration, le 25 septembre 2006.



Agence de la santé
et des services sociaux
de Laval

Québec

800, boul. Chomedey, Tour A
Laval (Québec) H7V 3Y4

Téléphone : (450) 978-2000
Télécopieur : (450) 978-2100
Courriel : regie-laval@ssss.gouv.qc.ca
Site Web : www.sssslaval.gouv.qc.ca