

Rassembler santé, services sociaux et Laurentides



Rapport annuel de gestion 2008-2009
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

***Rassembler* santé, services sociaux et Laurentides**

Rapport annuel de gestion 2008-2009
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

**Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides**

Québec 

Le *Rapport annuel de gestion 2008-2009* est une publication de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides : www.rrsss15.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-89547-137-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89547-138-7 (version PDF)

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

Adopté par le conseil d'administration le 30 septembre 2009

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2009

Mot du président et du président-directeur général

2008 - 2009 une année axée sur une amélioration de l'organisation des services à la population des Laurentides

En premier lieu, précisons que le regard posé sur les actions entreprises par la permanence de l'Agence et du conseil d'administration tout au long de la dernière année nous donne l'occasion de rendre hommage aux femmes et aux hommes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux pour leur engagement et leur volonté à améliorer la santé et le bien-être de la population des Laurentides.

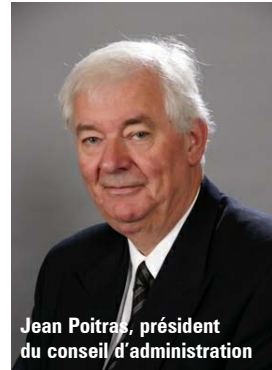
Dans cet esprit, l'année 2008-2009 fut consacrée principalement aux travaux d'organisation des services et d'allocation budgétaire tout en demeurant garant de l'implantation des orientations et priorités ministérielles et régionales et en s'assurant, du même souffle, de la pertinence, de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité des services dispensés.

Guidée par cette vision, l'Agence a signé une entente avec la ville de Mirabel qui permettra d'améliorer l'accessibilité et la proximité de certains services de santé pour les résidents de cette municipalité. L'Agence des Laurentides a également facilité la signature d'une entente entre le CSSS d'Antoine-Labelle et le Centre du Florès. En donnant la totalité de la responsabilité des services de réadaptation en déficience intellectuelle et du trouble envahissant du développement à un seul établissement (Centre du Florès), les partenaires de cette entente garantissent ainsi une qualité professionnelle accrue des services pour cette clientèle de la région.

De plus, nous avons notamment réussi à faire progresser les services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). À la suite de plusieurs travaux, afin d'améliorer l'offre de service en cette matière dans la région, la solution adoptée par le conseil d'administration de l'Agence a été d'identifier deux continuums de services distincts : la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et la réadaptation à intensité variable (RIV). Cette prise de position vise à assurer le développement de services spécialisés en RFI afin d'en faire le meilleur choix pour la clientèle concernée.



Marc Fortin,
président-directeur général



Jean Poitras, président
du conseil d'administration

Mot du président et du président-directeur général

Pour ne citer que celles-là, ces mesures ont demandé de la concertation entre les intervenants de la région qui s'intéressent à l'organisation des services de santé et de services sociaux. Ces intervenants comprennent le personnel de l'Agence, celui du réseau, des milieux communautaire, politique et d'affaires, ainsi que la clientèle. En ce sens, nous devons nous donner la capacité d'établir et de maintenir des relations mutuellement profitables avec tous ces milieux.

Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux de la région des Laurentides ont encore des défis à relever tantôt modestes, tantôt d'envergure qui, tous visent dans un contexte où les enjeux sont souvent difficilement conciliables, l'amélioration continue des services à la population; toutefois nous devons être inventifs afin de faire des Laurentides un passage incontournable qui amène des médecins et d'autres professionnels à choisir de s'installer et de demeurer dans la région car il existe toujours une pénurie de main-d'œuvre autant médicale que professionnelle. La mise en place d'une philosophie de gestion renouvelée en cette matière est à la base de la réussite et de l'excellence auxquelles nous aspirons.

Notre organisation doit donc devenir une pierre angulaire capable de faire preuve de rigueur et de concerter les gens autour de grands projets porteurs pour la région. C'est de cette façon que notre région sera citée en exemple, que ce soit pour nos services à la clientèle, nos rapports avec le personnel du réseau et avec nos partenaires, que pour notre approche populationnelle.



Marc Fortin



Jean Poitras

Déclaration de fiabilité

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 2008-2009 de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides :

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

Je déclare qu'à ma connaissance, les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées, et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Marc Fortin'.

Marc Fortin
Président-directeur général

Table des matières

Sigles et acronymes

Chapitre 1 Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Mission	1
Conseil d'administration	3
Principales décisions du conseil d'administration	5
Comités du conseil et de la direction	9
Structure organisationnelle	12
Effectifs au 31 mars 2009	13

Chapitre 2 Région

Portrait de santé et de bien-être de la population	17
Carte de la région	21
Établissements	22
Effectifs par catégorie d'emploi	23
Effectifs médicaux	24

Chapitre 3 Partenaires

Organismes communautaires financés par secteur d'activité	27
GMF par territoire de CSSS	28
Cliniques médicales privées et pharmacies par CSSS	29

Chapitre 4 Bilan des directions

Direction générale	33
Direction de santé publique	37
Direction des services sociaux	47
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières	53
Direction des communications	59
Direction des ressources humaines	61
Direction des services administratifs	65

Chapitre 5 Bilan de l'entente de gestion

Fiches de reddition de comptes 2007-2008	71
--	----

Chapitre 6 Données financières

Enveloppe régionale des crédits	101
Situation financière des établissements	103
Subventions accordées aux organismes communautaires	107
Rapport de la direction	115
Rapport des vérificateurs	117
États financiers	119

Annexes

Déclaration du code d'éthique	
Code d'éthique et de déontologie	

Sigles et acronymes

A

ACAPA	Association des centres d'accueil privés autofinancés
ADIHMP	Association pour la défense des intérêts des handicapés mentaux et physiques
AEPC	Association des établissements privés conventionnés
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AGESSS	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux
AHL	Analyse hors-laboratoire
AMC	Association médicale canadienne
AMP	Activités médicales particulières
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
AMQ	Association médicale du Québec
APPAL	Association des personnes avec problèmes auditifs des Laurentides
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AQIS	Association du Québec pour l'intégration sociale
ARAPAQ	Association des ressources adultes et personnes âgées du Québec
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
ARLPHL	Association régionale des loisirs pour personnes handicapées des Laurentides
ARQ	Association des radiologistes du Québec
ARRQ	Association des résidences pour retraités du Québec
AS-803	Rapport d'intervention préhospitalière
AS-810	Formulaire de déclaration de transport

C

CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CAB	Centre d'action bénévole
CAI	Commission d'accès à l'information
CAR	Conférence administrative régionale
CASH	Centre d'adoption de saines habitudes de vie
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCCPE	Comité de coordination et de concertation en planification et évaluation
CCCRI	Comité de coordination et de concertation des ressources informationnelles
CCS	Centre de communication santé
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CETAS	Centre d'entraide et de traitement en abus sexuels
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CJL	Centre jeunesse des Laurentides
CLD	Centre local de développement

Sigles et acronymes (suite)

C

CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
C-MDSA	Combitube moniteur défibrillateur semi-automatique
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CMS-A	Clinique médicale spécialisée associée
CO	Monoxyde de carbone
CODIR	Comité de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux
COSAD	Comité de soutien à domicile
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPS	Centre de prévention du suicide
CQA	Conseil québécois d'agrément
QQLCC	Conseil québécois de lutte contre le cancer
QQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
CR	Centre de réadaptation
CRASLA	Comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise
CRAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes
CRAULL	Centrale de réception des appels urgents Laurentides-Lanaudière
CRDL	Conseil régional de développement des Laurentides
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience physique
CRDPE	Comité régional de développement du personnel d'encadrement
CRID	Centre de référence pour investigation
CRIE	Commission régionale des immobilisations et des équipements
CRIF	Comité sur les ressources immobilières et financières (provincial)
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRM	Commission régionale multidisciplinaire
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques
CSSPL	Comité stratégique de santé publique des Laurentides
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTMSP	Classification par type en milieu de soins prolongés

D

DACD	Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
DC	Direction des communications
DEA	Défibrillateur externe automatique
DG	Direction générale
DGA	Direction générale adjointe
DIMOS	Déficience intellectuelle, motrice, organique et sensorielle
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRAMH	Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
DRH	Direction des ressources humaines
DRMG	Département régional de médecine générale

Sigles et acronymes (suite)

D

DSA	Direction des services administratifs
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction de santé publique
DSP	Direction des services professionnels
DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers
DSQ	Dossier santé Québec
DSSCSM	Direction des services sociaux, communautaires et de santé mentale

E

EES	École en santé
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
EROS	Équipe de recherche opérationnelle en santé
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein

F-G

FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GIEC	Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évaluation du climat
GMF	Groupe de médecine de famille
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

H-I-J

HLM	Habitation à loyer modique
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INCC	Institut national du cancer du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPAC	Initiative de partenariat en action communautaire
IPC	Indice des prix à la consommation
IPLI	Initiative de partenariats de lutte contre l'itinérance
IQDI	Institut québécois de la déficience intellectuelle
IRDS	Institut de recherche sur le développement social des jeunes
IRPDQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
IRSST	Institut de recherche en santé et sécurité au travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JASP	Journées annuelles de santé publique

M

MA	Maintien des actifs
MAD	Maintien à domicile
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MIADO	Maladie et intoxication à déclaration obligatoire
MOP	Manuel d'organisation de projet
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique

Sigles et acronymes (suite)

M N-O	M	MPP	Maladies professionnelles pulmonaires
		MRC	Municipalité régionale de comté
		MSP	Ministère de la Sécurité publique
		MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
		NEGS	Naître égaux - Grandir en santé
		NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées
		OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
		OMS	Organisation mondiale de la santé
		ORSC	Organisation régionale de la sécurité civile
		OSBL	Organisme sans but lucratif
P		OSIOR	Outil de support informatique pour les opérations de redéploiement
		PACS	Picture archiving and communication system
		PAE	Programme d'aide aux employés
		PAL	Plan d'action local
		PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
		PAPA	Personnes âgées et adultes en perte d'autonomie
		PAR	Plan d'action régional
		PARI	Plan d'action régional intégré
		PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
		PCP	Pratiques cliniques préventives
Q-R		PDG	Président-directeur général
		PEM	Plan d'effectifs médicaux
		PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
		PIB	Produit intérieur brut
		PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
		PMSD	Pour une maternité sans danger
		PNSP	Programme national de santé publique
		PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
		PQLCC	Programme québécois de lutte contre le cancer
		PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
		PROS	Plan régional d'organisation des services
		PSBE	Politique de la santé et du bien-être
		PSI	Plan de services individualisés
		PSII	Plan de services individualisés intersectoriel
		PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
		PSSP	Programme de subvention en santé publique
		PSTOS	Plan stratégique triennal d'organisation des services
		QEF	Québec en forme
		RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
		RCPHL	Regroupement pour la concertation des personnes handicapées des Laurentides
		RI	Ressource intermédiaire
		RIV	Réadaptation à intensité variable
		RF	Rénovation fonctionnelle
		RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
		RLS	Réseau local de services

Sigles et acronymes (suite)

R	ROCL	Regroupement des organismes communautaires des Laurentides
	RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
S	RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
	RTF	Ressource de type familial
T	RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
V	SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
	SACA	Secrétariat à l'action communautaire autonome
R	SCRIP	Service des communications et des relations avec la population
	SAD	Soutien à domicile
S	SARDM	Systèmes automatisés et robotisés de distribution de médicaments
	SEMO	Service externe de main-d'œuvre
T	SIC-DI	Service d'information clientèle - déficience intellectuelle
	SICHELD	Système d'information clientèle en centre hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée
S	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
	SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
T	SIGISPU	Système d'information de gestion intégrée des services préhospitaliers d'urgence
	SIM	Suivi intensif dans le milieu
V	SIMASS	Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés
	SIR	Système d'information radiologie
T	SISECH	Système d'information sur la stabilité d'emploi des cadres et hors-cadres
	SISPUQ	Système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec
S	SIV	Services de soutien d'intensité variable
	SIVET	Service d'interprétation visuelle et tactile
T	SPLL	Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière
	SPU	Services préhospitaliers d'urgence
V	SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
	SRÉ	Surveillance, recherche et évaluation
T	TCC	Traumatisme craniocérébral
	TCNMI	Table de coordination nationale en maladies infectieuses
V	TCNPP	Table de coordination nationale en prévention-promotion
	TCNSP	Table de coordination nationale en santé publique
T	TCN-S	Table de coordination nationale en surveillance
	TCNSAT	Table de concertation nationale en santé au travail
V	TCNSE	Table de coordination nationale en santé environnementale
	TED	Trouble envahissant du développement
T	TGC	Trouble grave du comportement
	TIC	Technologies de l'information et des communications
V	TRARA	Table de réflexion et d'action de retraités et d'ainés
	TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
V	TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
	VHC	Virus de l'hépatite C
V	VIH	Virus d'immunodéficience humaine
	VPH	Virus du papillome humain
V	VVS	Villes et Villages en santé



Agence des Laurentides

Mission

Conseil d'administration

Principales décisions du conseil

Comités du conseil et de la direction

Structure organisationnelle

Effectifs au 31 mars 2009

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a pour mission de favoriser le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de sa région et d'assurer la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides.

L'Agence actualise sa mission via cinq grands rôles : orientation/planification/allocation, coordination/liaison, soutien au réseau, évaluation, et santé publique. Son leadership et son expertise lui permettent de favoriser des actions continues et intersectorielles tant avec le réseau qu'avec différents partenaires en matière de promotion, prévention et dispensation de services accessibles, continus et de qualité.

Ainsi, l'Agence des Laurentides :

- évalue la santé et le bien-être de la population;
- facilite le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- assure la coordination des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et favorise leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- s'assure que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- s'assure d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- met en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- assure la participation de la population à la gestion du réseau et assure le respect des droits des usagers;
- alloue les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires;
- assure la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
- assure la coordination des activités particulières des médecins;
- élabore le plan stratégique pluriannuel et en assure le suivi;
- soutient les établissements dans l'organisation des services et intervient auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population;
- assure une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- développe des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapte aux particularités de ceux-ci;
- prévoit des modalités et développe des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus.

Liste des membres ayant siégé entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009

Liste des membres *

Monsieur André Aubert
Dr Marc Beauchemin
Monsieur Gilles Biron
Madame Paule Fortier
Monsieur Marc Fortin, président-directeur général
Madame Sylvie Jetté
Madame France Laframboise
Madame Monique Leroux
Monsieur Gilles Madore
Madame Johanne Mongeon
Monsieur Jean Poitras
Monsieur Réal Proulx
Madame Andrée Taylor
Dr Jean L. Thisdale
Monsieur Gilles Turcotte

Membres du comité d'éthique et de déontologie

Madame Sylvie Jetté
Monsieur Gilles Madore
Monsieur Jean Poitras (membre substitut)

Membres du comité de vigilance et de la qualité des services

Monsieur Jean Désy, commissaire régional aux plaintes
et à la qualité des services
Monsieur Michel Lorange, directeur général adjoint
Monsieur Jean Poitras
Madame Andrée Taylor
Monsieur Gilles Biron

Officiers du conseil d'administration

Monsieur Gilles Madore, président
Monsieur Jean Poitras, vice-président
Monsieur Marc Fortin, secrétaire du conseil
et président-directeur général

Membres du comité de vérification

Madame Paule Fortier
Monsieur Jean Poitras
Madame Andrée Taylor

* M. Jocelyn Ouellet, président-directeur général du 1^{er} avril 2008 au 31 décembre 2008
M. Michel Lorange, président-directeur général du 1^{er} janvier 2009 au 22 février 2009
M. Marc Fortin, président-directeur général depuis le 23 février 2009

Le conseil d'administration de l'Agence des Laurentides a tenu six réunions régulières en 2008-2009. À chacune de ces réunions, les membres du conseil ont reçu des questions du public et pris plusieurs décisions liées aux lois et règlements en matière de gestion. En voici un compte-rendu.

Démarrage du Programme de réadaptation fonctionnelle intensive

À partir du budget de développement et de transition 2008-2009, le conseil autorise l'implantation du processus d'optimisation et de rapatriement des clientèles en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). Le financement permettra de réaliser la phase I du projet.

Les deux sites proposés par la permanence de l'Agence des Laurentides pour l'installation des unités internes de réadaptation fonctionnelle intensive sont retenus par le conseil. Il s'agit du CSSS d'Argenteuil comme site principal et du CSSS des Sommets comme site secondaire.

Le conseil mandate la permanence de l'Agence des Laurentides, en lien avec les établissements concernés, de lui présenter un plan d'implantation, un plan transitoire, un plan de ressources humaines, un plan d'affaires, un plan de communications et un projet clinique en réadaptation fonctionnelle intensive interne et externe.

De plus, le conseil retient l'idée d'une actualisation par phase du projet, tout en visant la réalisation totale du projet dans un calendrier de cinq ans.

La permanence de l'Agence des Laurentides est également mandatée par le conseil pour réaliser des travaux visant l'optimisation et la performance des autres services de réadaptation, tels les services de première ligne offerts en CSSS.

Consortium de soins et de services

Le président-directeur général de l'Agence des Laurentides est mandaté par le conseil pour signer la lettre de renouvellement de l'engagement du consortium interrégional de soins et de services de l'Ouest du Québec pour les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

Mission centre de réadaptation en déficience intellectuelle

Le conseil donne son accord à ce que le CSSS d'Antoine-Labelle et le Centre du Florès adoptent, par résolution de leur conseil d'administration, la nouvelle convention de cession partielle d'activités.

L'Agence des Laurentides aura alors tous les avis et autorisations requis pour la réalisation de cette nouvelle convention. Le président-directeur général de l'Agence des Laurentides pourra ensuite signer cette nouvelle convention dans la mesure où celle-ci n'affecte pas l'objet ou la finalité du projet.

Service régional d'interprétariat

Le conseil accepte l'offre de service du Service régional d'interprétariat de Lanaudière telle que décrite dans l'Entente de financement pour activités spécifiques concernant les services d'interprétation et d'aide à la communication pour les personnes sourdes et malentendantes des Laurentides.

Entente avec la Ville de Mirabel

Le Protocole de collaboration relatif à l'amélioration de l'accessibilité et de la proximité de certains services de santé et de services sociaux pour les résidents de la ville de Mirabel est adopté par le conseil.

Cibles pour les omnipraticiens et les spécialistes

Les cibles autorisées pour les médecins omnipraticiens et les spécialistes établies par le ministre sont adoptées par le conseil.

De plus, l'Agence des Laurentides s'engage formellement auprès du MSSS à ce que les avis de conformité qui seront décernés aux médecins omnipraticiens et aux spécialistes désirant s'établir dans notre région soient conformes aux plans d'effectifs médicaux (PEM) en médecine générale des établissements et au plan régional des effectifs médicaux (PREM) 2009 en médecine générale.

Programme de soutien aux organismes communautaires

Le document *En chemin vers le cadre de référence pour l'application régionale du programme de soutien aux organismes communautaires 2009-2014* est adopté par le conseil.

Le comité d'orientation et la permanence de l'Agence des Laurentides sont mandatés par le conseil afin que soient poursuivis les travaux qui conduiront à la réalisation du document final *Cadre de référence pour l'application régionale du programme de soutien aux organismes communautaires 2009-2014*. On prévoit déposer ce document lors de la réunion du conseil en avril 2009 pour une éventuelle proposition d'adoption.

Le budget de développement 2008-2009 dédié aux organismes communautaires conformément à la proposition du comité d'orientation est réparti de la façon suivante :

- 60 000 \$ pour le soutien à la mission globale d'organismes communautaires admis mais non financés;
- 425 026 \$ pour le soutien à la mission globale d'organismes communautaires déjà financés, en priorisant la consolidation de la composante salariale;
- 30 000 \$ pour le soutien à des activités spécifiques d'organismes communautaires intervenant dans un champ très particulier (Loi sur le système de justice pénale pour adolescents, etc.).

Équité financière

Un nouveau mode d'allocation pour la répartition budgétaire de l'exercice financier 2008-2009, présenté au conseil le 30 avril 2008, est adopté. Pour 2008-2009, le même rythme de correction de l'équité intrarégionale qu'en 2007-2008 est retenu. Les principes directeurs pour l'obtention des budgets et de mesures de suivi et de contrôles budgétaires dans le cadre de l'allocation de budgets de développement et de transition 2007-2008 sont maintenus pour l'exercice 2008-2009.

La résolution du conseil d'administration de l'Agence des Laurentides sur le nouveau mode d'allocation pour la répartition budgétaire de l'exercice financier 2008-2009 est bonifiée. Les développements seront alloués selon les critères suivants :

1. Réponse aux priorités ministérielles, régionales et locales
2. Répartition selon :
 - a) l'équité du programme-clientèle;
 - b) la présence de ressources minimales pour offrir les services.

Cette répartition favorise l'équité d'accès aux nouveaux services et corrige l'équité financière sur plusieurs années.

La répartition par établissement des budgets de développement et de transition 2008-2009 permettra à la permanence de l'Agence des Laurentides de signifier ces budgets aux établissements y incluant les résultats attendus

en vue de la signature des ententes de gestion 2008-2009 Agence/établissements.

Le conseil a approuvé les propositions de budget initial 2008-2009. Cette décision permettra de signifier aux établissements de santé et de services sociaux de la région des Laurentides leur budget initial 2008-2009, excluant les développements.

Le conseil autorise également le président-directeur général de l'Agence des Laurentides à finaliser certains éléments de l'Entente de gestion et d'imputabilité 2008-2009 découlant des paramètres nationaux déterminés par le ministre de la Santé et des Services sociaux et un projet d'offre de services régionale. Le président-directeur général de l'Agence des Laurentides pourra ainsi signer une entente de gestion et d'imputabilité 2008-2009.

Plan d'investissement régional

La proposition du plan d'investissement 2008-2009 (budget de développement et de transition) pour la région des Laurentides est adoptée par le conseil. Le conseil autorise la transmission de cette proposition au MSSS pour fins de négociation. L'objectif est d'en arriver à une entente de services pour la population dans le cadre du plan d'investissement régional 2008-2009.

Le président-directeur général de l'Agence des Laurentides et son équipe sont mandatés par le conseil à finaliser certains éléments du plan d'investissement régional 2008-2009 en vue de la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité MSSS/Agence 2008-2009.

Acceptation de projets de rénovation

Dans le cadre du maintien des actifs immobiliers, financés par la réserve régionale de 100 000 \$, le conseil accepte d'augmenter l'allocation accordée à la résidence de Lachute, passant ainsi de 250 000 \$ à 350 000 \$. Cette augmentation permettra à cet établissement de mener à bien un projet déjà autorisé. Le conseil autorise également un financement de 175 000 \$ à un projet du CSSS du Lac-des-Deux-montagnes. Ce financement aidera à assumer

une partie du financement du projet de construction d'un appentis sur un toit.

Le conseil accepte également la répartition de 186 900 \$ dédiée à l'ajout de petits appareils médicaux.

Renouvellement du bail

Le président-directeur général est autorisé à signer pour et au nom de l'Agence des Laurentides, un bail de 15 ans incluant le renouvellement du bail actuel du 1000, rue Labelle à Saint-Jérôme. Cette décision fait suite à l'approbation du MSSS et à l'obtention de financement additionnel requis pour défrayer les travaux d'aménagement et pour un ajout de 695 mètres carrés au 1000, rue Labelle à Saint-Jérôme.

Gestion de la main-d'œuvre

L'enjeu de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux est important et préoccupant. Dans cette optique, l'Agence des Laurentides a un rôle de coordination régionale de la main-d'œuvre et, à cet égard, le premier livrable de l'Agence des Laurentides consiste à élaborer une stratégie d'implantation régionale. C'est dans cette optique que le conseil a adopté la stratégie d'implantation du cadre normatif de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.

Plaintes en santé et services sociaux en 2007-2008

Le conseil a adopté le rapport annuel sur le régime d'examen des plaintes en santé et services sociaux dans la région des Laurentides 2007-2008. Il s'est assuré que ce rapport soit transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux et qu'il soit diffusé aux partenaires et collaborateurs de l'Agence des Laurentides.

États financiers 2007-2008

Les états financiers vérifiés de l'Agence des Laurentides pour l'exercice financier 2007-2008 et les états financiers vérifiés du fonds santé au travail pour l'exercice financier se terminant le 5 janvier 2008 sont adoptés par le conseil.

Rapport annuel de gestion 2007-2008

Le rapport annuel de gestion 2007-2008 de l'Agence des Laurentides a été adopté par le conseil, sous réserve d'y joindre les extraits des états financiers requis par le vérificateur général du Québec, incluant l'attestation de celui-ci. Le conseil s'est assuré que ce rapport soit transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux et qu'il soit diffusé, par la suite, aux collaborateurs et aux partenaires de l'Agence des Laurentides.

Plan d'action 2008-2009 pour les personnes handicapées

Le conseil a adopté le Plan d'action 2008-2009 visant l'accessibilité et l'adaptation des services de l'Agence des Laurentides aux personnes handicapées.

Comités du conseil et de la direction

Forum de la population

Comme prévu lors de l'adoption finale du projet de loi 83, la mise en place du Forum de la population est en cours.

Comité régional d'accessibilité aux services en langue anglaise

Mme Sylvie d'Aragon
Mme Valerie Glover-Drolet
M. Joseph W. Graham
M. Peter Haldimand
M. Duncan J. Howard
Mme Jo-Anne Ladouceur
Mme Ellen Lakoff, présidente
Mme Manon Léonard
Mme Darlene Leroux Gargul
Mme Heather Stephens
Mme Kathy Van Bronswyk
M. James N. Warbanks
M. André Deshaies

Mission CHSLD
Usager
Mission CHSGS
Multisectoriel
Usager
Membre coopté
Organismes communautaires
Centre jeunesse des Laurentides
Organismes communautaires
Promotion et défense des droits
Multisectoriel
Promotion et défense des droits
Agence des Laurentides

Deux postes vacants : Mission CLSC et Mission CR.

Commission régionale multidisciplinaire

Mme Carole Aubert, présidente
Mme Sylvie Ferland
Mme Sylvie Jetté
Mme Isabelle Lampron
Mme Johanne Mongeau
Mme Louise Montreuil
M. Jérôme Ryckewaert
M. Daniel Filion

CSSS des Sommets
CSSS d'Argenteuil
CSSS d'Antoine-Labelle
Cégep de Saint-Jérôme
CSSS de Saint-Jérôme
Centre du Florès
Observateur, CRDP Le Bouclier
Agence des Laurentides

Commission infirmière régionale

M. Sylvain Brousseau	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Mme Sylvie Chamberland	Cégep de Saint-Jérôme
M. Robert Charuest	CSSS de Thérèse-De Blainville
Mme Carole Cordeau	Les Résidences Desjardins
M. Normand Girard	CSSS de Saint-Jérôme
Mme France Laframboise	CSSS des Sommets
Mme Thérèse Lessard, présidente	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
M. Martin Lévesque	CSSS de Saint-Jérôme
Mme Fanny Robichaud	Centre d'études universitaires des Laurentides
Mme Sandra Savery	CSSS des Sommets
M. Marco Blanchet	Agence des Laurentides

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée des Laurentides

D ^r Luc Bailey, microbiologiste	CSSS de Saint-Jérôme
D ^r Marc Beauchemin, anesthésiste	CSSS d'Argenteuil
D ^r Pierre-André Clermont, chirurgien orthopédique	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
D ^r Guy Cournoyer, pneumologue	CSSS de Saint-Jérôme
D ^{re} Luiza Dumitrescu, psychiatre	CSSS des Sommets
D ^{re} Geneviève Aubin, pédiatre	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
D^r Alain Larouche, président , chirurgien	CSSS de Saint-Jérôme
D ^r Bertrand Ouellet, radiologiste	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
D ^{re} Kim Ouellet, chirurgienne	CSSS d'Antoine-Labelle
D ^{re} Lucie Poitras, directrice régionale des affaires médicales et hospitalières	Agence des Laurentides

Comité régional des services pharmaceutiques

Mme Odile Chevalier, pharmacienne chef

CSSS de Thérèse-De Blainville

Mme Sylvie Côté, chef du département
de pharmacie

CSSS de Saint-Jérôme

M. Patrick Long, président

Pharmacien propriétaire

Mme Nadia Turcotte

Pharmacienne d'officine

En support aux membres du comitéMme Nathalie Rochette, directrice adjointe
à la direction régionale des affaires
médicales et hospitalières

Agence des Laurentides

Département régional de médecine générale des Laurentides

Dr Bertrand Bissonnette

Membre nommé

Dre Geneviève Caza

Membre nommé

Dr Jean Champagne

Membre nommé

Dr Luc Laurin, chef du DRMG

Représentant élu des médecins en CHSGS

Dr Patrick Monday

Membre nommé

Dr Éric Morin

Représentant élu des médecins en CHSLD

Dr Roger Paquet

Membre nommé

Dre Brigitte St-Pierre

Membre nommé

Dre Christine Slythe

Membre nommé

Dr Jean L. Thisdale, chef adjoint

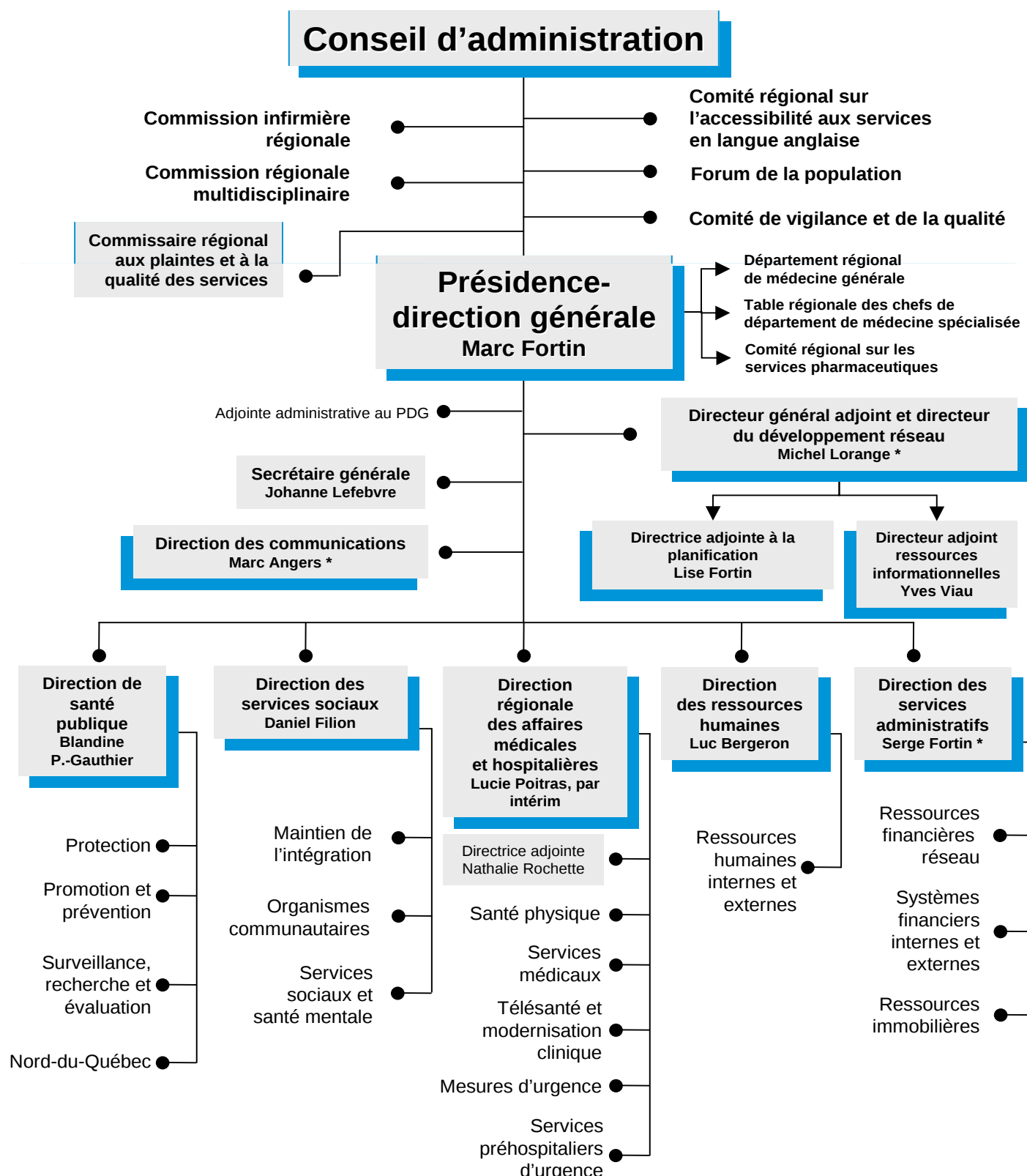
Représentant élu des médecins en cabinet privé

Dre Chantal Valois

Membre nommé

Dre Lucie Poitras

Membre désigné, Agence des Laurentides



* Étaient en poste au 31 mars 2009

Effectifs au 31 mars 2009

Chapitre 1

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Cadres :		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	22	19
• Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet ¹ (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1	0
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers :		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	126	112
• Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet ¹ (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	7,5	7,4
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Employés occasionnels :		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	34 511	47 826
• Équivalents temps complet ²	18,90	26,20

¹ Pour les cadres et les employés réguliers, l'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante :
nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par
nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

² Pour les employés occasionnels, l'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante :
nombre d'heures rémunérées
divisé par
1826 heures



Région

Portrait de santé et de bien-être
de la population des Laurentides

Carte de la région

Réseau des établissements

Effectifs par catégorie d'emploi

Effectifs médicaux

Portrait de santé et de bien-être de la population

La région des Laurentides compte une population de 529 569 citoyens, ce qui représente 6,9 % de la population du Québec. Elle se situe au quatrième rang des 18 régions socio-sanitaires pour la taille de sa population, après les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale.

La région des Laurentides connaît un accroissement de sa population par la migration qui a peu d'égal dans d'autres régions du Québec, et ce, dans tous les groupes d'âge à l'exception des jeunes de 15 à 24 ans. Les taux de migration sont particulièrement importants chez les jeunes adultes (25 à 34 ans), mais se démarquent aussi chez les enfants de cinq à neuf ans et les personnes âgées de 55 à 64 ans. Leurs régions de provenance sont principalement Laval et Montréal.

Malgré l'accroissement important de la population dans la région, le nombre de naissances était plutôt stable entre 1998 et 2005. Toutefois, ce nombre s'est accru de façon importante depuis, atteignant près de 6000 naissances en 2008, pour un indice synthétique de fécondité de près de 1,9 enfant par femme en âge de procréer (ce taux est de 1,7 pour le Québec). Par ailleurs, les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec prévoient une augmentation du nombre de naissances dans la région pour les dix prochaines années.

En 2006, environ 23 % des familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans sont monoparentales. Cette proportion régionale est légèrement inférieure à celle du Québec. Cependant, depuis 10 ans, l'écart entre les deux semble s'amenuiser quelque peu. Au fil des ans, les données indiquent qu'il y a de plus en plus de ce type de familles dans tous les territoires de RLS des Laurentides.

Cette tendance est la même pour les personnes qui vivent seules, proportion qui s'élève à 11 % pour la région des Laurentides et qui est inférieure à celle du Québec (13 %). La proportion de personnes qui vivent seules suit le phénomène du vieillissement de la population qui est

actuellement davantage présent au Québec que dans la région. Toutefois, les projections démographiques indiquent que la population des personnes de 65 ans ou plus augmentera de plus de 52 % d'ici 2019 dans la région alors qu'elle augmentera de 38 % au Québec.

Région plutôt favorisée économiquement, mais moins diplômée

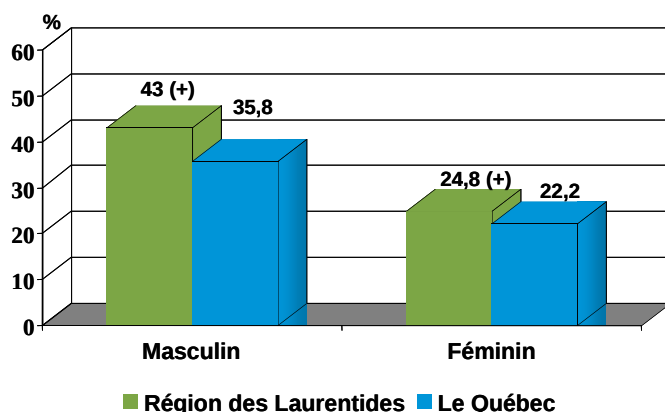
Au plan économique, la région est traditionnellement plus favorisée que l'ensemble du Québec. Toutefois, en 2008, le taux de chômage de la région est semblable à celui de l'ensemble du Québec (7,3 % comparativement à 7,2 % en 2006). Le revenu disponible par habitant (24 724 \$) y est légèrement plus élevé que pour la province (24 455 \$). La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu, qui s'élève à 12 %, est inférieure à celle du Québec (17 %). Les proportions de personnes bénéficiaires de prestations pour les plus démunis sont également plus basses.

En 2006, environ 23 % des familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans sont monoparentales.

Au niveau de la scolarisation, la proportion de la population ne détenant aucun diplôme ainsi que la proportion des sortants sans diplôme ni qualification parmi l'ensemble des sortants du secondaire sont plus importantes dans la région des Laurentides qu'au Québec. En effet, on relevait une proportion des sortants sans diplôme ni qualification de 34 % dans la région comparativement à 29 % pour le Québec (réseau public) en 2006-2007.

Enfin, il faut garder à l'esprit que les données régionales représentent une moyenne, largement influencée par le poids démographique important des territoires RLS du sud, généralement plus favorisés. Chaque territoire, même les plus privilégiés, présente des enclaves de défavorisation susceptibles de créer des inégalités au plan de la santé.

Proportion des sortants sans diplôme ni qualification parmi l'ensemble des sortants du secondaire, en formation générale des jeunes, réseau public, 2006-2007



(+) Pour la région, valeur significativement plus élevée que celle du Québec, au seuil de 0,05.

Source : Ministère de l'Éducation, Portrait statistique de l'éducation, Région administrative des Laurentides (15), Banque de cheminement scolaire (BCS) 2008.

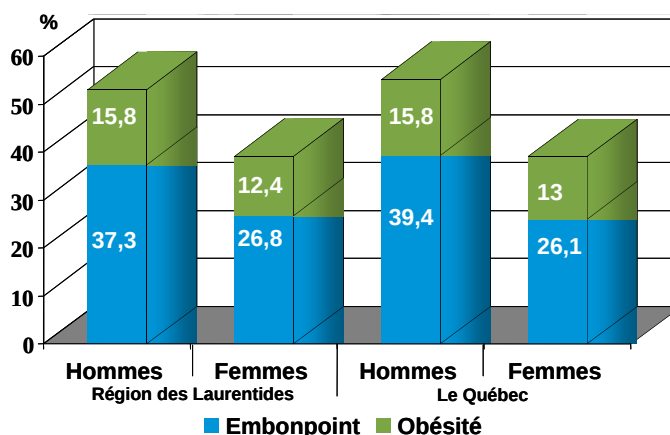
Améliorations à apporter aux habitudes de vie

Tout comme dans la population québécoise, une proportion importante de la population de 12 ans ou plus de la région des Laurentides a adopté des habitudes de vie constituant des facteurs de risque de développer des maladies chroniques. Ainsi, en 2003, environ 52 % des gens déclarent consommer moins de cinq fruits et légumes quotidiennement. De plus, en 2005, 63 % des hommes et des femmes adultes ne sont pas suffisamment actifs durant leurs loisirs. Quant aux adolescents, 39 % des garçons et 64 % des filles ne sont pas suffisamment actifs durant leurs loisirs.

Parallèlement à ces habitudes de vie, on remarque qu'environ 32 % de la population adulte des Laurentides

présente de l'embonpoint et plus de 14 % de l'obésité. La proportion de personnes avec de l'embonpoint est plus importante chez les hommes et cette proportion croît avec l'âge. Enfin, près de 26 % de la population fait un usage régulier ou occasionnel du tabac. Il faut souligner aussi que la proportion de la population non-fumeuse exposée à la fumée secondaire à la maison approche 16 %. Cette proportion est beaucoup plus importante parmi le groupe des jeunes de 12 à 19 ans, où elle s'élève à 32 %.

Pourcentage de la population de 18 ans ou plus présentant de l'embonpoint et de l'obésité, 2005



Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre la région et le Québec au seuil de 0,05.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005, cycle 3.1.

Problèmes de santé mentale chez une partie importante de la population

Il existe peu de données permettant de documenter les problèmes de santé mentale à l'échelle de la région des Laurentides. Toutefois, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2005) mentionne que 79 % des personnes de 12 ans ou plus de la région des Laurentides considèrent leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente.

En contrepartie, près de 27 % de la population adulte indique subir un niveau de stress quotidien assez intense selon l'ESCC (2005) et 6,0 % des Laurentidiens de 12 ans ou plus auraient eu un diagnostic de trouble de l'anxiété

ou de trouble de l'humeur. Par ailleurs, certaines habitudes de vie et comportements, tels que la consommation d'alcool et de drogues et les jeux de hasard, constituent des comportements à risque. Les données québécoises suggèrent des prévalences de dépendance allant de 1 à 2 %, affectant particulièrement les hommes (ESCC 2002). Les données disponibles ne permettent pas de mesurer l'ampleur de ces problématiques pour les Laurentides.

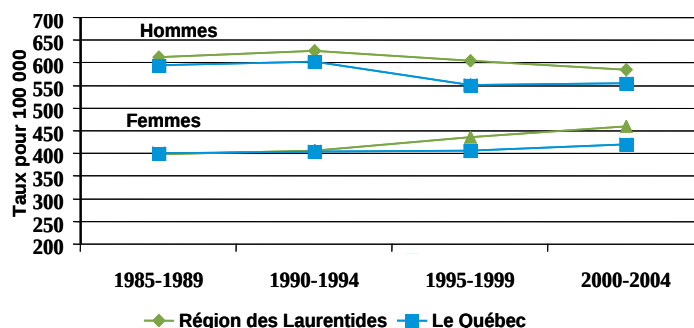
Par ailleurs, entre 1984-1987 et 1996-1999, on observe dans la région des Laurentides une hausse constante du taux ajusté de suicide passant de 18 à 21 pour 100 000, puis une descente à 17 pour 100 000 durant la période 2000-2004. Cela représente une moyenne de 83 décès par année dans la région. Rappelons que le suicide affecte davantage les hommes que les femmes, dans un rapport de quatre hommes pour une femme.

Espérance de vie améliorée, mais inférieure à celle du Québec

De façon générale en 2005, près de 62 % de la population de 12 ans ou plus de la région percevait sa santé comme étant très bonne ou excellente. En proportions comparables au Québec, environ 14 % des personnes ont déclaré souffrir d'hypertension, 12 % souffrent d'arthrite ou de rhumatisme et 9 % ont dit avoir reçu un diagnostic d'asthme.

À l'échelle régionale, le bilan de l'incidence du cancer n'apparaît pas très positif pour la période 2000-2004 avec des taux ajustés pour l'ensemble des cancers supérieurs à ceux du Québec (471 nouveaux cas pour 100 000 habitants) et ce, particulièrement chez les femmes. Les hommes sont plus touchés par le cancer que les femmes (582 nouveaux cas comparativement à 463 pour 100 000 personnes), mais suivent une tendance à la baisse, alors qu'on observe une tendance à la hausse chez les femmes. Ces tendances sont en partie le reflet des habitudes tabagiques antérieures. Viennent aux trois premiers rangs chez les hommes, les cancers du poumon, de la prostate et du côlon-rectum, et chez les femmes, les cancers du sein, du poumon et du côlon-rectum. Les données sur le diabète révèlent que sa prévalence augmente dans le temps, mais est semblable à celle du Québec : elle atteignait 7,0 % dans les Laurentides (Québec 7,1 %) en 2006-2007.

Taux ajusté d'incidence, ensemble des cancers, 1985-1989 à 2000-2004

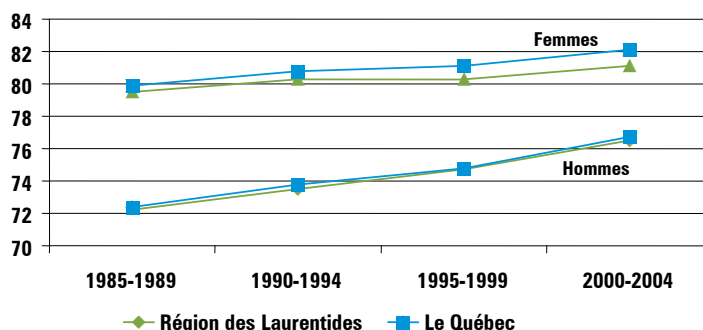


Source : MSSS, Fichier des tumeurs du Québec.

Au chapitre des hospitalisations, la population de la région des Laurentides présente des taux significativement supérieurs à ceux du Québec (période 2006-2008) pour les maladies de l'appareil circulatoire (taux ajustés de 116 hospitalisations pour 10 000 personnes dans les Laurentides comparativement à 111 pour 10 000 personnes au Québec), pour les tumeurs (taux ajustés de 74 pour 10 000 dans les Laurentides et de 69 pour 10 000 au Québec), ainsi que pour les maladies de l'appareil respiratoire (taux ajustés de 82 pour 10 000 dans les Laurentides et de 73 pour 10 000 au Québec).

Bien que l'espérance de vie s'améliore continuellement, celle qui prévaut dans la région s'élève à 78,8 ans en 2000-2004 et demeure inférieure à celle du Québec de 0,7 année. L'écart entre la région et la province est plus marqué chez les femmes que chez les hommes.

Espérance de vie à la naissance, 1985-1989 à 2000-2004



Source : MSSS, Fichier des décès, 2009; Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, 2009.

Même si le taux ajusté de mortalité dans la région est en diminution, il demeure constamment supérieur (769 décès pour 100 000 personnes en 2000-2004) à celui du Québec (723 décès pour 100 000 personnes) et ce, depuis au moins 1986. En 2000-2004, 70 % des décès étaient attribuables à des maladies chroniques, comprenant les cancers (taux ajusté de 246 décès pour 100 000 personnes), les maladies de l'appareil circulatoire (230 décès pour 100 000 personnes) et les maladies de l'appareil respiratoire (64 décès pour 100 000 personnes). Les taux ajustés pour ces causes de décès sont plus élevés dans la région qu'au Québec, particulièrement chez les femmes.

Résumé

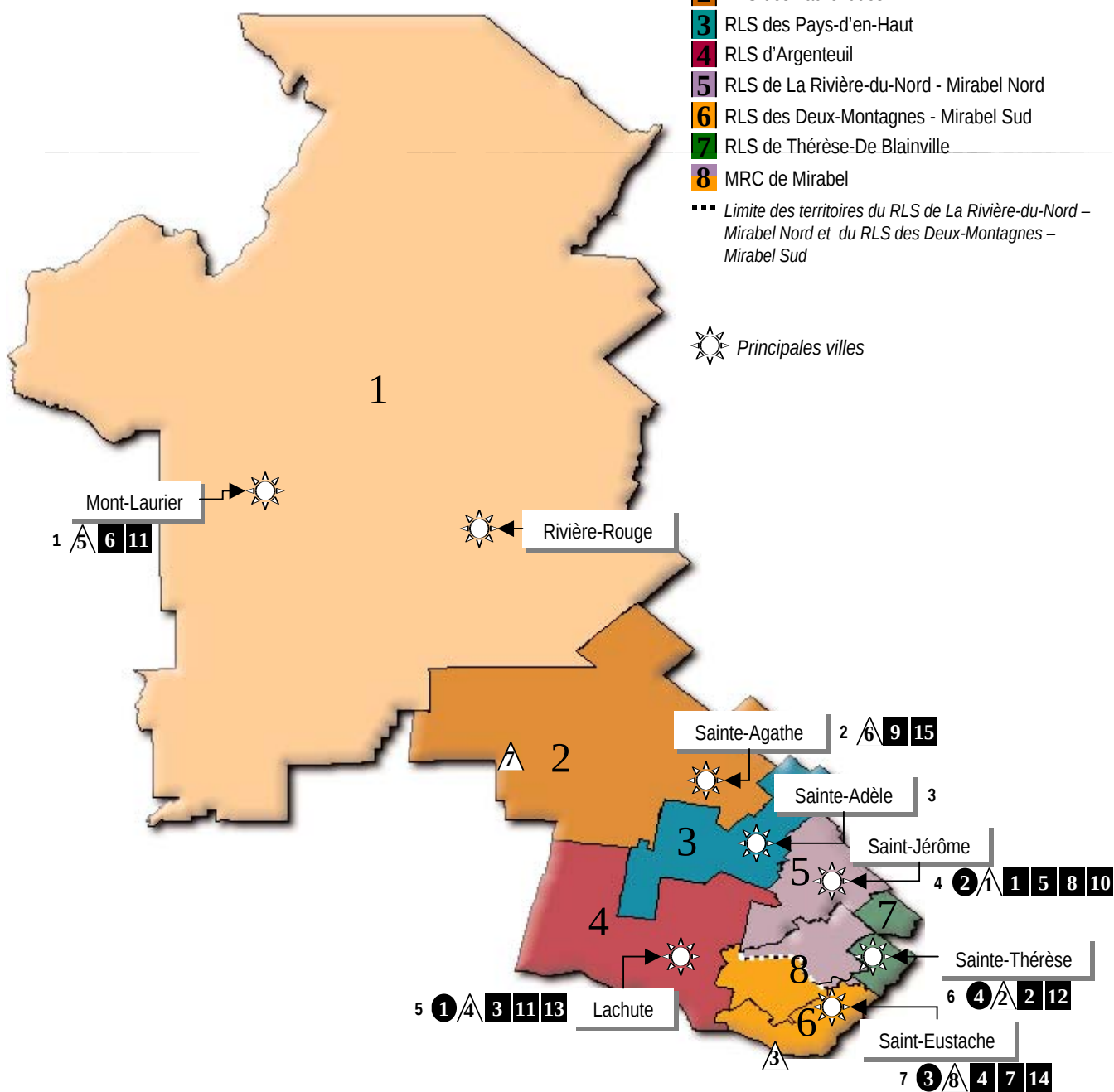
La région des Laurentides connaît un accroissement rapide de sa population âgée de 65 ans et plus, même si elle conserve un profil démographique qui se classe parmi les plus jeunes du Québec. Sa population totale devrait continuer de s'accroître principalement par l'apport de la migration interrégionale. Chez les jeunes, on remarque un taux élevé de décrochage scolaire. De façon générale, il apparaît que des proportions non négligeables de la population ont adopté des habitudes de vie (tabagisme, consommation insuffisante de fruits et légumes, activité physique insuffisante durant les loisirs) qui constituent des facteurs de risque de maladies chroniques responsables d'une large part de la mortalité. Notons finalement que, concernant les grandes causes de morbidité et de mortalité telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires, la région présente des résultats qui se comparent désavantageusement à ceux de l'ensemble du Québec.

RLS : réseau local de services

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

--- Limite des territoires du RLS de La Rivière-du-Nord –
Mirabel Nord et du RLS des Deux-Montagnes –
Mirabel Sud

 Principales villes



○ Centres de santé et de services sociaux *

- 1 CSSS d'Antoine-Labelle
- 2 CSSS des Sommets
- 3 CSSS des Pays-d'en-Haut **
- 4 CSSS de Saint-Jérôme
- 5 CSSS d'Argenteuil
- 6 CSSS de Thérèse-De Blainville **
- 7 CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes

● Centres d'hébergement et de soins de longue durée

- 1 La Résidence de Lachute
- 2 CHSLD Villa Soleil ***
- 3 CHSLD Deux-Montagnes***
- 4 CHSLD Boisé Sainte-Thérèse ****

△ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation

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

■ Centres de réadaptation

Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement

- 1 Centre du Florès (Saint-Jérôme)
- 2 Boishriand
- 3 Lachute
- 4 Saint-Eustache
- 5 Pavillon Sainte-Marie ***

Déficience physique

- CRDP Le Bouclier (Joliette)
- 6 Mont-Laurier
 - 7 Saint-Eustache et Deux-Montagnes
 - 8 Saint-Jérôme
 - 9 Sainte-Agathe

Alcoolisme et toxicomanies

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

* Regroupant les missions de centre hospitalier, de centre local de services communautaires et de centre d'hébergement et de soins de longue durée

** CLSC et CHSLD seulement

*** Établissement privé conventionné

**** Établissement privé non conventionné

Effectifs par catégorie d'emploi

Chapitre 2

No de catégorie de personnel	Catégorie de personnel	Nombre d'employés
10	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3264
20	Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3675
30	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1500
40	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2414
50	Personnel non visé par la Loi 30	72
60	Personnel d'encadrement	504
	Total	11 429

Plan régional des effectifs médicaux - Spécialités

Parmi les 246 postes disponibles de médecins spécialistes, 219 médecins spécialistes sont installés dans les Laurentides. Ils sont répartis de la manière suivante :

CSSS de Saint-Jérôme	138
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	45
CSSS d'Argenteuil	9
CSSS des Sommets	13
CSSS d'Antoine-Labelle	14

Plan régional des effectifs médicaux - Omnipratique

Il y a 476 omnipraticiens installés dans les Laurentides. Une analyse récente nous indique un manque de 129 omnipraticiens à temps plein afin de répondre aux besoins de première et de deuxième ligne. Cependant, la ventilation par CSSS est impossible à faire.



Partenaires

Organismes communautaires financés par secteurs d'activité

Liste des GMF par territoire de CSSS

Cliniques médicales privées et pharmacies par territoire de CSSS

Organismes communautaires financés par secteurs d'activité

	2008-09
Alcoolisme, toxicomanie et dépendance	7
Contraception, périnatalité, allaitement, famille	10
Déficiences physique	12
Déficiences intellectuelle	11
Santé mentale	13
Centre d'action bénévole	5
Personnes âgées	2
Santé physique	1
Personnes démunies	16
Assistance et accompagnement/centres téléphoniques	1
VIH - SIDA	1
Concertation et consultation générale	1
Maintien à domicile	15
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	5
Centres de femmes	7
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	3
Hommes en difficulté	2
Organismes de justice alternative	2
Maisons de jeunes	23
Autres ressources jeunesse	9
Cancer	3
Santé publique	21
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	5
TOTAL	175

Au 31 mars 2009, il y avait 13 groupes de médecine de famille (GMF) accrédités par le ministre et huit cliniques médicales ayant signifié leurs intérêts à devenir GMF.

Territoire de CSSS	Nom du GMF	Accrédité	Nombre de médecins
CSSS d'Antoine-Labelle	GMF de La Rouge	2003-04-11	7
	GMF de La Lièvre	2008-03-04	10
CSSS d'Argenteuil	GMF Argenteuil	2007-02-20	8
CSSS de Thérèse-De Blainville	GMF Lorraine	2004-02-17	11
	GMF Blainville-La Source	2007-06-06	14
	GMF Fontainebleau	2008-12-17	10
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	GMF Montée de la Baie	2008-02-06	7
	GMF Deux-Montagnes	2008-02-06	10
	GMF Polyclinique Saint-Eustache	2008-02-06	25
	GMF Centre médical 25	2008-02-06	8
CSSS de Saint-Jérôme	GMF du Grand Saint-Jérôme	2007-01-09	15
CSSS des Sommets	GMF des Sommets	2007-01-09	26
	GMF Mont-Tremblant	2003-04-11	7

Trois territoires de CSSS ont mis en place l'accueil clinique dont le but est d'offrir aux médecins de première ligne la coordination des demandes d'investigation ou de consultation en soins spécialisés. Il s'agit du CSSS des Sommets, du CSSS Saint-Jérôme et du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. L'Agence des Laurentides prévoit la mise en place progressive de l'accueil clinique dans les sept CSSS de la région.

De plus, dans le cadre du Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux, chacun des CSSS a été sollicité afin de mettre en place un guichet d'accès pour la clientèle orpheline et pour procéder à la nomination d'un coordonnateur médical local. L'implantation de ces mesures s'effectue de façon progressive dans la région.

Cliniques médicales privées et pharmacies par territoire de CSSS

En fonction du plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique, il y a approximativement 455 médecins de famille installés dans les Laurentides. De plus, la région compte sur environ 78 cliniques médicales pour desservir la population.

78 cliniques médicales dans les Laurentides

CSSS de Saint-Jérôme	24
CSSS de Thérèse-De Blainville	19
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	12
CSSS d'Argenteuil	1
CSSS des Pays-d'en-Haut	6
CSSS des Sommets	9
CSSS d'Antoine-Labelle	7

101 pharmacies dans les Laurentides

CSSS de Saint-Jérôme	23
CSSS de Thérèse-De Blainville	24
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	17
CSSS d'Argenteuil	8
CSSS des Pays-d'en-Haut	10
CSSS des Sommets	11
CSSS d'Antoine-Labelle	8



Bilan des directions

Direction générale

Direction de santé publique

Direction des services sociaux

Direction régionale des affaires
médicales et hospitalières

Direction des communications

Direction des ressources humaines

Direction des services administratifs

Le président-directeur général est responsable de l'ensemble des opérations de l'Agence des Laurentides. Il assume ses fonctions avec la collaboration de la direction générale adjointe, du secrétariat général et du comité de direction.

Direction générale adjointe et développement réseau

Au cours de l'année 2008-2009, la direction générale adjointe a pris de l'expansion pour inclure le développement du réseau. Elle a procédé à la mise en œuvre de sa nouvelle structure organisationnelle en accueillant sous sa responsabilité la direction adjointe aux ressources informationnelles et en créant une direction adjointe à la planification.

Ententes de gestion et d'imputabilité

Dans une perspective de soutien afin que les établissements du réseau atteignent les objectifs et les résultats visés, l'Agence des Laurentides a maintenu un suivi rigoureux tant sur le plan financier que sur le plan clinique auprès des établissements qui n'atteignaient pas l'équilibre budgétaire. Ce suivi s'est effectué de manière intégrée à l'Agence des Laurentides par l'implication de l'ensemble des directions.

Pour une première année, les ententes de gestion et d'imputabilité ont été signées pour une période de deux ans avec les établissements, soit pour 2008-2010, alors que l'entente entre le MSSS et l'Agence des Laurentides a été signée pour 2008-2009 seulement.

Évaluation de la performance

La direction a poursuivi son partenariat avec les professeurs André-Pierre Contandriopoulos et François Champagne du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

Le mandat confié à ces chercheurs est d'apprécier la performance des services de santé dans les Laurentides à l'aide de leur modèle d'Évaluation globale et intégrée de la performance dans les systèmes de santé (ÉGIPPS). En décembre 2008, ces chercheurs ont présenté au Comité de gestion du réseau les profils de performance des CSSS. Quelque 241 indicateurs ont été traités et analysés dans le cadre de ce travail. Les chercheurs ont effectué une tournée afin de présenter à chacun des CSSS leurs résultats.

Une deuxième phase s'est amorcée afin de mettre à jour et inclure de nouveaux indicateurs, ce qui permet de renforcer les analyses de performance. L'Agence des Laurentides reçoit plusieurs rapports en provenance des établissements. Ces documents contiennent de l'information pertinente à l'amélioration de la qualité des services offerts. Une grille de classification et d'analyse de l'information cohérente avec le modèle théorique ÉGIPSS a été élaborée. Elle facilite l'utilisation de ces informations.

Direction adjointe à la planification

La direction adjointe à la planification a entamé la préparation de la démarche de planification stratégique en proposant deux mécanismes de coordination et de mobilisation, soit le Comité de la planification stratégique du conseil d'administration de l'Agence des Laurentides et un comité avisier.

Les différentes étapes de la démarche prévoient une implication de la population, des acteurs clés du réseau et de ses partenaires. Il est prévu que le plan stratégique pluriannuel 2010-2015 soit adopté par le conseil d'administration de l'Agence des Laurentides au printemps 2010.

Direction adjointe aux ressources informationnelles

La direction adjointe aux ressources informationnelles a procédé aux travaux liés aux nouvelles dispositions de la Loi sur la circulation de l'information au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces nouvelles dispositions, en particulier le projet « Dossier santé Québec » (DSQ), constituent pour l'Agence des Laurentides une clé indispensable pour avancer avec toute la sécurité requise vers une informatisation de plus en plus poussée. Il s'agit d'un changement majeur dans la circulation de l'information qui fournira les outils nécessaires à la réalisation des missions des établissements, principalement des CSSS et de leur réseau local de services. Tous ces changements visent la qualité des services et la performance du système.

La direction adjointe aux ressources informationnelles a poursuivi la réalisation d'un plan directeur régional des ressources informationnelles en lien avec le projet DSQ. Cet exercice a permis l'élaboration d'une liste indiquant les projets à réaliser, les coûts estimés et les méthodes de financement proposées.

Par ailleurs, le MSSS a réitéré l'obligation de réaliser les travaux en matière de sécurité des actifs informationnels. La première phase consistait en l'adoption par chaque établissement et par l'Agence des Laurentides d'une politique de sécurité des actifs informationnels ainsi qu'à la mise en place de 15 mesures prioritaires. Les travaux de classification des actifs informationnels, d'analyse des risques et le plan directeur de sécurité de chacun des établissements de la région, sont en bonne voie de réalisation et devraient être terminés en janvier 2010.

Carrefour informationnel et documentaire

Le Carrefour informationnel et documentaire fournit à l'ensemble des établissements de la région des Laurentides un accès en ligne à des indicateurs de gestion liés au domaine de la santé et des services sociaux, à des références documentaires et à des statistiques portant sur la population autant sur les plans démographique, socio-économique que sanitaire, etc. Il est à noter que le volume d'activités du carrefour a augmenté de 30 % cette année.

Secrétariat général

Le secrétariat général agit à titre d'assistance-conseil afin de mener différentes opérations liées à des mandats du conseil d'administration, de la direction générale, des autres directions de l'Agence des Laurentides et des établissements.

Activités administratives et législatives

Le secrétariat général a procédé aux consultations nécessaires auprès des instances concernées en vue du remplacement ou de la prolongation de certains membres du conseil d'administration de l'Agence des Laurentides qui voyaient leur mandat de trois ans se terminer au 29 janvier 2009. Les recommandations découlant de ces consultations ont été adressées au MSSS afin de permettre de procéder aux nominations de personnes aux postes concernés pour un mandat de deux ans.

En vertu de l'article 156 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le secrétariat général a apporté le soutien requis aux établissements afin de s'assurer du respect des échéanciers pour le remplacement des membres démissionnaires au sein de conseils d'administration d'établissements. Il a procédé, le cas échéant, aux démarches nécessaires pour la nomination de personnes par le conseil d'administration de l'Agence des Laurentides afin de combler les postes ainsi laissés vacants.

Par ailleurs, en vertu de l'article 130 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le secrétariat a dû procéder à une consultation auprès des établissements concernés dans le but de combler un des deux postes laissés vacants au sein du conseil d'administration d'un établissement régional. Tel que stipulé dans la loi, ces postes sont désormais réservés à deux personnes désignées par l'Agence des Laurentides.

Le secrétariat général a également accompagné le comité de sélection pour la nomination d'un directeur général d'établissement dans la région et ce, en fonction du Guide de recrutement, de sélection et de nomination des directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux du MSSS.

Renouvellement de mandats des instances législatives

Le mandat 2006-2009 des membres siégeant sur certaines instances législatives de l'Agence des Laurentides est venu à échéance en 2008-2009. Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et aux règlements qui en découlent, le secrétariat général a entrepris les démarches nécessaires à l'effet d'enclencher les processus électoraux et de désignation des membres afin de siéger sur les instances suivantes (mandat 2009-2012) :

- Comité de direction du Département régional de médecine générale (en vertu des articles 417.3 à 417.5 de la loi);
- Commission infirmière régionale (en vertu des articles 370.1 à 370.4 de la loi);
- Commission régionale multidisciplinaire (en vertu des articles 370.5 à 370.8 de la loi);
- Comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (en vertu des articles 417.11 à 417.14 de la loi).

Liaison avec le MSSS

Le secrétariat général a répondu au cabinet du MSSS de tout état de situation problématique dans le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides. Il a présenté au cabinet les solutions apportées en région en vue de s'assurer du bien-être de la clientèle.

De plus, dans le cadre de cette fonction, il a procédé à la collecte des informations nécessaires à transmettre au cabinet pour l'étude des crédits 2009-2010.

En 2008, la direction de santé publique a pris la décision de mettre à jour le plan d'action régional (PAR) afin d'ajuster la planification régionale à ces nombreux constats. Pour ce faire, une démarche rigoureuse et systématique a été suivie en deux grandes étapes : l'établissement des priorités et la planification.

Avec la parution en 2003 du premier Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP), le Québec s'est donné un cadre structurant définissant les objectifs et les services communs en santé publique. Conformément à la Loi sur la santé publique, ce programme prévoyait l'élaboration, pour chacune des régions, d'un plan d'action régional. Ce cadre a permis de donner une couleur locale aux recommandations du PNSP. Le premier PAR Laurentides 2004-2007 est paru au début 2004.

Depuis la rédaction de ce premier PAR, plusieurs choses ont changé. Mentionnons, d'une part, la création d'une nouvelle instance locale décentralisée, les CSSS, qui doivent désormais assurer une responsabilité populationnelle par l'offre d'une gamme étendue de services allant de la prévention jusqu'au soutien en fin de vie, selon les besoins de sa population locale.

D'autre part, en 2008, une mise à jour du PNSP est parue suite aux résultats de l'évaluation mi-mandat. Cette évaluation a réitéré l'importance d'agir sur les déterminants de la santé, tout en reconnaissant dans la récente réforme du réseau (et son virage populationnel) une occasion unique pour renforcer la prévention au sein du système de santé.

De plus, le bilan du PAR Laurentides 2004-2007 démontre bien que le premier exercice de planification avait permis de clarifier la répartition des rôles de santé publique entre les instances régionales et locales. Par contre, ce bilan faisait également ressortir la rapide évolution des besoins de notre population et la grave pénurie de ressources dont la région dispose pour l'implantation de l'ensemble des interventions prescrites dans le PNSP.

Démarche d'identification des priorités

La priorisation a été effectuée par une analyse des activités recommandées dans le PNSP à partir de critères préalablement convenus au sein de la DSP et du Comité stratégique de santé publique des Laurentides (CSSPL) qui comprend les responsables de santé publique des sept CSSS du territoire. Les critères ont été choisis parmi un ensemble de critères rapportés dans la littérature reliés aux problèmes de santé, aux caractéristiques des interventions et à la faisabilité des interventions.

La démarche a permis de classer les activités du PNSP non seulement en fonction du niveau de priorité mais aussi en fonction de recommandations quant au suivi à y accorder. Les résultats de cette démarche ont été validés auprès du CSSPL. Un rapport a été élaboré et présente le niveau de priorité et le suivi recommandé pour chaque activité du PNSP.

Planification

Suite à la démarche de priorisation, le PAR 2009-2012 visera à présenter en termes clairs, réalistes et mesurables, les activités à mettre en place pour l'actualisation des dossiers priorisés. Cette démarche de planification tactique a été amorcée à l'hiver 2009. Les travaux de rédaction se poursuivent et un document de travail sera soumis au Comité stratégique en santé publique (réunissant la DSP et les sept CSSS) pour consultation et validation au mois de juillet 2009.

Le PAR 2009-2012 servira d'outil de gestion interne pour la DSP, en précisant les activités prioritaires pour une allocation aussi judicieuse que possible de nos ressources limitées. Il servira également à l'élaboration des Plans

d'action locaux précisant les activités de santé publique devant être déployées en CSSS. Le lancement officiel du document final est prévu pour l'automne 2009.

Surveillance, recherche et évaluation

Pour répondre plus efficacement à son mandat de détection des changements et des problèmes émergents concernant l'état de santé de la population, la coordination de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation (SRÉ) a entrepris au cours de l'année 2008-2009 d'améliorer et de systématiser son dispositif de surveillance continue des données.

Durant cette même période, l'équipe a amorcé des collaborations pour associer une diversité d'expertises à l'interprétation et l'analyse de l'information produite. De plus, elle a posé les bases de collaborations à l'interne et avec le réseau pour développer la diffusion d'une information adaptée aux différents auditoires, en temps opportun, afin de soutenir la prise de décision des intervenants, des décideurs et de la population.

En 2008-2009, la coordination SRÉ a réalisé différents projets dont une consultation régionale des infirmières en milieu scolaire sur les activités de prévention-promotion dans les écoles ainsi que la réalisation, sur demande, de quelques portraits sur l'état de santé de la population présentés par CSSS et sur les activités régionales de promotion des saines habitudes de vie.

Plusieurs projets sont en cours, notamment la réalisation d'une analyse des tendances des indicateurs du cancer dans la région et d'une cartographie de la défavorisation sociale et matérielle. Ces projets mèneront à la réalisation de portraits descriptifs sur cette thématique ainsi que d'une cartographie de la situation de la sécurité alimentaire dans la région.

Par ailleurs, la coordination a assuré ou amorcé en 2008-2009 une contribution scientifique à divers comités de pilotage de projet. En effet, l'équipe a participé activement

à l'étude et au colloque régional *Portrait des besoins des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie dans les MRC des Laurentides*, à l'étude sur le développement durable des communautés de la MRC des Laurentides, au projet d'étude et de consultation sur le logement social, ainsi qu'à l'évaluation de programmes d'intervention en prévention des maladies chroniques de la région des Laurentides.

Plusieurs projets sont en cours, notamment la réalisation d'une analyse des tendances des indicateurs du cancer dans la région, d'une cartographie de la défavorisation sociale et matérielle.

L'équipe SRÉ a aussi offert son soutien scientifique et méthodologique à la réalisation de l'enquête interrégionale *Être jeune aujourd'hui : habitudes de vie et aspirations des jeunes des régions de la Capitale-Nationale, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et des Laurentides*. Les informations recueillies par cette enquête permettront d'approfondir dans les mois à venir les analyses sur certaines thématiques qui touchent les jeunes de la région.

Enfin, plusieurs projets auxquels l'équipe SRÉ a contribué en 2008-2009 sont intersectoriels et visent à faciliter l'arimage des actions et des ressources des différents partenaires concernés par l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la population des Laurentides.

Protection de la santé

Vaccination contre le virus du papillome humain

En 2008-2009, un nouveau programme de vaccination scolaire a été mis en œuvre dans les Laurentides. Il s'agit de la vaccination des filles de quatrième année du primaire et du troisième secondaire contre le virus du papillome humain (VPH), responsable du cancer du col de l'utérus. Le rôle de la DSP consiste à soutenir les CSSS dans le déploiement et l'application de ce programme de vaccination.

Globalement dans les Laurentides, les données recueillies à ce jour indiquent qu'environ 85 % des jeunes filles inscrites en quatrième année ainsi que celles du troisième secondaire ont reçu leur première dose à l'automne 2008. Ce programme récurrent s'avère donc un bon succès dès le départ.

Éclosion de cas de listériose

Une éclosion de listériose est survenue au cours de l'été et de l'automne 2008. Il s'agit de la plus importante éclosion de listériose que le Québec a connue jusqu'à ce jour. De plus, l'une des fromageries en cause dans cette éclosion était située dans les Laurentides. Bien qu'il y ait eu seulement trois cas dans la région, cette éclosion a suscité un grand intérêt médiatique et plusieurs entrevues ont été données sur le sujet à des journalistes locaux.

Puisque deux autres éclosions sont survenues au cours de la même période, une éclosion de listériose associée à des produits de la compagnie Maple Leaf et une éclosion de salmonellose aussi associée à des fromages, la DSP a dû produire des avis aux professionnels qui, entre autres, faisaient le partage entre ces diverses éclosions afin qu'il n'y ait pas de confusion.

À la demande du MSSS, les enquêtes pour tous les cas déclarés devaient être réalisées en moins de 24 heures, et ce, sept jours par semaine. Cela a nécessité la mobilisation des médecins de garde et impliqué une mise à jour constante des informations. L'ampleur de cette éclosion a nécessité une grande collaboration de la DSP avec le MAPAQ et le MSSS avec lequel quelques téléconférences se sont aussi tenues.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

La DSP a poursuivi ses efforts afin de consolider les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDE) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans la région. Les efforts ont porté fruits puisque l'on constate, pour 2008-2009, une amélioration du dépistage et de la vaccination des clientèles vulnérables, notamment grâce à des ententes spécifiques entre certains

CSSS et des partenaires issus du milieu communautaire qui côtoient la clientèle à risque élevé aux ITSS (tel que soupe populaire, café de rue, maison de jeunes, école pour décrocheurs, etc.).

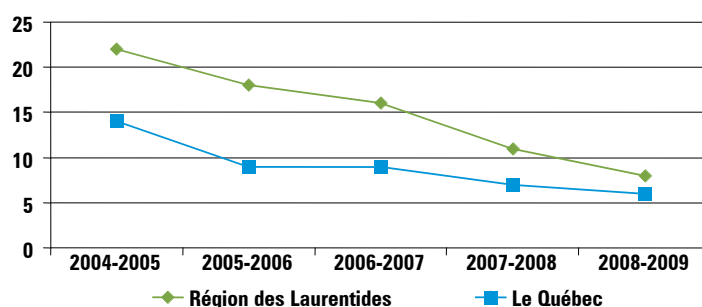
La DSP a été particulièrement active dans la formation des intervenants dans l'approche des clientèles vulnérables et la mise en place de mécanisme de collaboration entre les CSSS et les organismes communautaires.

Prévention des infections nosocomiales

L'année 2008-2009 a été une année d'amélioration et de progrès. En effet, en ce qui concerne le taux d'incidence de la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD), on observe une nette amélioration dans l'ensemble des établissements de la région. Le taux moyen d'incidence pour la région est passé de 11 à neuf cas par 10 000 jours d'hospitalisation et tend à rejoindre celui de la province qui est stable à sept cas par 10 000 jours d'hospitalisation.

La Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) a mis sur pied un comité de travail visant à élaborer un plan de surveillance régionale des infections nosocomiales en collaboration avec les établissements. De plus, des travaux sont en cours afin de faire avancer le dossier de la surveillance des antibiotiques. Enfin, un comité de travail régional en hygiène et salubrité a vu le jour.

Taux d'incidence moyen de la diarrhée associée au *Clostridium difficile* pour la région des Laurentides comparé à la province



* En 2004-2005, la surveillance a débuté en septembre 2004.

Santé environnementale

Le deuxième rapport de la directrice de santé publique des Laurentides, intitulé *L'environnement et la santé : un lien établi*, a été lancé le 8 juin 2008 à l'Hôtel Chantecler de Sainte-Adèle. Ce second rapport porte sur un déterminant de la santé, l'environnement. Il vise à informer les partenaires de la réalité environnementale et de ses impacts sur la santé dans les Laurentides ainsi que des orientations dans le domaine de la santé et de l'environnement. Il invite également les partenaires à collaborer à des projets communs dans le domaine de l'environnement et de la santé.

Ce rapport insiste sur le fait que la qualité de l'environnement joue un rôle important pour le bien-être dans la région et constitue un capital économique majeur qu'il faut préserver.

Ce rapport insiste sur le fait que la qualité de l'environnement joue un rôle important pour le bien-être dans la région et constitue un capital économique majeur qu'il faut préserver. Des représentants de la compagnie Zenn de Saint-Jérôme accompagnés d'une voiture électrique fabriquée par cette entreprise étaient présents lors du lancement de ce document qui a été très favorablement reçu par le milieu.

Monoxyde de carbone

Des intoxications au monoxyde de carbone (CO) sont survenues à trois reprises dans des résidences privées suite à des travaux de dynamitage effectués dans un nouveau quartier de Saint-Jérôme (secteur Bellefeuille). La DSP est intervenue auprès de l'entrepreneur et de la municipalité afin de prendre des mesures de protection appropriées lors de travaux de dynamitage près des secteurs résidentiels. Ces événements s'inscrivent dans une série d'intoxications du même type survenues à quelques endroits au Québec. La direction nationale de santé publique compte donc promouvoir l'adoption d'une réglementation entourant le dynamitage à proximité des résidences.

Air intérieur

Les demandes les plus souvent adressées à l'équipe de santé environnementale des Laurentides concernent les problèmes de santé associés à la qualité de l'air intérieur, soit aux moisissures et à la salubrité des habitations. Or, les dispositions légales relativement à ces types d'interventions ayant été abrogées, les citoyens aux prises avec des problèmes de moisissures et d'insalubrité sont souvent orientés d'un organisme à l'autre.

La DSP a développé des outils de gestion relatifs aux problèmes de qualité de l'air intérieur et de salubrité permettant d'intervenir de concert avec les partenaires lors de situations complexes.

Changements climatiques

Depuis le quatrième rapport du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) concernant les changements climatiques, le monde scientifique l'admet, les bouleversements climatiques ne font plus de doutes. Il paraissait alors important pour l'équipe de santé environnementale d'identifier et de préciser le cadre des interventions de santé publique relativement à cette problématique. Ainsi, un plan a été produit définissant les actions à prendre au niveau régional.

Radon

La problématique du radon préoccupe la DSP depuis les années 90. Lorsque l'exposition au radon est jugée assez sérieuse pour présenter un risque, l'intervention de la santé publique consiste à informer la population des secteurs surexposés en incitant les propriétaires à mesurer le radon dans leur résidence et à proposer des mesures d'atténuation si le résultat de la mesure est trop élevé.

Outre les secteurs à risque d'Oka, de Saint-Joseph-du-Lac et de Saint-André-d'Argenteuil qui ont fait l'objet de nombreuses interventions de la DSP dans le passé, la MRC d'Antoine-Labelle a fait l'objet d'interventions en 2008-2009. L'analyse de radon a été offerte aux propriétaires de 200 maisons. Les résultats préliminaires ont confirmé la présence de radon à des concentrations élevées dans plusieurs domiciles pour lesquels la DSP a recommandé des mesures d'atténuation.

Santé au travail

Dans le cadre du programme Pour une maternité sans danger (PMSD), le traitement de 2300 demandes a été réalisé en 2008. Il s'agit d'un accroissement d'environ 4 % par rapport à l'an dernier. Au cours de l'année, le recrutement de deux nouveaux médecins a permis de combler les postes vacants, ce qui assure une offre de services optimale pour répondre aux besoins de cette clientèle particulière. La DSP poursuivra sa démarche d'exploration sur de nouvelles façons de faire pour améliorer l'efficacité de ce programme.

Pour ce qui est des maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire (MADO), la DSP a peaufiné son processus d'enquête et de suivi pour les déclarations reliées aux maladies professionnelles pulmonaires (MPP). Le tout s'est concrétisé par la production et la diffusion auprès des partenaires impliqués d'un document s'intitulant *Procédure régionale du traitement des dossiers de maladies professionnelles pulmonaires à déclaration obligatoire*.

Au cours de l'année 2008, des enquêtes ont été effectuées pour 36 nouveaux cas de MPP dont 58 % des travailleurs présentaient un diagnostic d'amiantose. On peut présumer que le dépistage de masse réalisé depuis 2007 dans notre région a sans doute contribué à l'identification d'une partie de ces cas. Les autres maladies réfèrent à la silicose, l'asthme professionnel et le cancer pulmonaire.

En 2008, la DSP s'est impliquée avec les équipes locales de santé au travail de deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans le projet pilote Opération béryllium - Secteur de la dentisterie. Le béryllium est un métal dont les fumées et les poussières absorbées par les voies respiratoires peuvent causer une MPP appelée béryllose.

Ce projet, sous forme d'offre de services et auquel ont participé quatre autres régions, visait à investiguer ce secteur d'activité pour vérifier l'exposition potentielle des travailleurs à cet agresseur. Le bilan cumulatif démontre que 144 établissements ont demandé des services.

Pour 26 d'entre eux, une évaluation de la contamination des surfaces a été réalisée. Sur ce lot, 11 établissements démontraient la présence de poussière de béryllium au-dessus du seuil d'intervention et pour lesquels des activités de décontamination ont été ou seront effectuées. Face à ces résultats, ce projet est devenu une priorité nationale en 2009 pour les autres régions de la province.

Par ailleurs, une seconde priorité nationale s'est ajoutée en 2009. Il s'agit de la silice - secteur construction. La DSP s'associe à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ainsi qu'aux équipes locales de santé au travail des CSSS pour réaliser des activités d'information portant sur les effets à la santé reliés à la poussière de silice cristalline telle que la silicose. Ces activités d'information s'inscrivent dans le cadre d'une tournée annuelle régionale des associations patronales et syndicales de ce secteur d'activité.

Toujours en lien avec ce contaminant, la DSP participe conjointement avec la CSST et les équipes locales de santé au travail des CSSS à un projet régional portant sur l'exposition aux poussières de silice lors de travaux réalisés par des spécialistes en aménagement paysager résidentiel et commercial. L'un des objectifs poursuivi est d'informer les employeurs et les travailleurs des dangers associés à l'inhalation de ces poussières ainsi que des mesures préventives requises.

Promotion de la santé et prévention des maladies

Saines habitudes de vie

L'Alliance régionale a été créée en 2007 dans la foulée du dépôt du plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids *Investir pour l'avenir*. Elle a pour but d'améliorer la qualité de vie des jeunes et des familles des Laurentides en leur permettant de vivre dans des environnements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie. Chapeautée par la Conférence administrative régionale (CAR), l'Alliance regroupe les ministères interpellés par le plan d'action gouvernemental ainsi que des représentants

d'organismes régionaux travaillant auprès des jeunes. Le leadership est assumé par la directrice de santé publique.

Au cours de la dernière année, l'Alliance régionale a tenu un forum régional d'échanges sur les meilleures pratiques en promotion de la saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif qui a réuni plus de 125 partenaires issus des milieux scolaire, municipal, agroalimentaire, communautaire, de la santé et des services sociaux, et de la petite enfance.

Un portrait des activités de promotion de saines habitudes de vie organisées au niveau régional et en lien avec les cibles du plan d'action gouvernemental a été réalisé. Les résultats de ce portrait ont servi à définir des orientations régionales qui ont guidé l'Alliance régionale dans l'analyse des projets soumis par les regroupements locaux de partenaires à Québec en forme (QEF).

L'Alliance régionale et Québec en forme ont développé au cours de l'année une solide collaboration afin de soutenir les travaux des regroupements locaux de partenaires et de favoriser l'harmonisation, l'intégration et la pérennité des actions dans la région.

Pratiques cliniques préventives

Considérant que plus de 70 % de la population des Laurentides consulte un médecin au cours d'une année, l'impact d'une intervention préventive effectuée systématiquement par le médecin peut être très important. Un des défis de la DSP est de travailler avec les médecins pour accentuer le réflexe de maintenir en santé.

L'objectif est de mobiliser et soutenir les médecins pour qu'ils détectent des problèmes de santé avant qu'ils ne se manifestent cliniquement et contribuent à en prévenir les conséquences par des interventions préventives (counselling, dépistage, chimio prophylaxie, immunisation).

Le soutien aux médecins pour l'application des PCP est un secteur en développement tant au niveau provincial que régional. Le secteur de la prévention des maladies chroniques a été retenu comme priorité dans le choix des PCP pour lesquelles une offre de soutien sera développée. Les groupes de médecine de famille (GMF) ont été

retenus comme milieux à cibler. Plusieurs CSSS de la région ont été soutenus pour préparer une telle offre de soutien aux GMF de leur territoire respectif pour favoriser l'application de PCP.

D'autre part, la DSP a accompagné les nutritionnistes et kinésiologues de plusieurs CSSS pour débiter les travaux de préparation à l'implantation des services de counselling intensif pour promouvoir l'adoption de saines habitudes nutritionnelles et pour promouvoir un mode de vie plus actif. Ces services s'ajouteront aux services offerts dans les centres d'abandon du tabac et seront regroupés sous l'appellation de centre d'adoption de saines habitudes de vie (CASH).

Considérant l'abondance de données probantes quant à son efficacité, l'approche de l'entretien motivationnel a été retenue et plus de 60 intervenants de la région ont été formés à cet effet. L'accompagnement des patients dans le cadre proposé par le service CASH vise à leur permettre d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et de faire des choix favorables à celle-ci. L'entretien motivationnel vise spécifiquement l'augmentation de la motivation, de la conviction et de la confiance que les individus possèdent en regard de la saine alimentation et/ou d'un mode de vie physiquement actif.

Centre d'abandon du tabagisme

Dans le cadre des activités du plan de lutte au tabagisme, les Centres d'abandon du tabagisme (CAT), présents dans tous les territoires de CSSS de la région, proposent des services de counselling individuel ou de groupe en cessation tabagique. Chaque année, plus de 750 personnes de la région reçoivent ainsi du soutien pour cesser de fumer. Nouveauté cette année, les personnes qui souhaitent cesser de fumer à l'aide de timbres ou de gommes de nicotine peuvent obtenir un remboursement de leurs assurances en passant directement à la pharmacie et ce, grâce à une ordonnance collective émise par la DSP.

La DSP s'implique également en prévention auprès des jeunes du secondaire en soutenant l'élaboration et la mise en œuvre de projets mobilisateurs de la Gang allumée pour lutter contre le tabagisme. En 2008-2009, 11 projets ont été réalisés dont l'un s'est distingué et a été sélectionné.

tionné parmi les finalistes provinciaux, le Carrefour jeunesse Desjardins/École du Méandre de Rivière-Rouge. De plus, les intervenants des CSSS en tabagisme réalisent tout au long de l'année des activités visant à promouvoir l'arrêt tabagique et à prévenir l'exposition à la fumée secondaire dans l'environnement. Ces activités s'inscrivent dans le cadre des campagnes nationales sur le tabagisme dont *Famille sans fumée*, et le *Défi J'arrête j'y gagne!* Cette année, plus de 1300 fumeurs de la région se sont inscrits au *Défi J'arrête j'y gagne!*

Programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION

La période 2008-2009 a été une année de restructuration et de consolidation pour le Programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. Malgré un ralentissement du déploiement du programme, une énergie nouvelle s'est installée au sein des équipes avec l'arrivée de ressources humaines tant aux niveaux régional que local.

Depuis 2005, plus de 40 milieux de travail, deux MRC, 27 municipalités, et 200 professionnels de la santé font la promotion de saines habitudes de vie.

Tous les CSSS ont actuellement des agents de changement 0-5-30 en place et déploient, en partie ou en totalité, les différentes stratégies du programme. L'évaluation d'implantation du programme a également été finalisée en cours d'année.

Depuis 2005, plus de 40 milieux de travail, deux MRC, 27 municipalités, et 200 professionnels de la santé font la promotion de saines habitudes de vie et mettent en place les conditions favorables à leur maintien au quotidien. De plus, des outils de communication régionaux et des campagnes nationales de promotion des saines habitudes de vie soutiennent le développement du programme dans la région.

Prévention des chutes chez les aînés

Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) est un programme d'exercices de groupe ciblant les personnes âgées de 65 ans et plus à risque de chute. Il est offert

dans l'ensemble des territoires de CSSS. En 2008-2009, plus de 400 personnes ont participé au programme PIED.

Dépendance aux jeux d'argent et de hasard

L'Agence des Laurentides, en collaboration avec ses partenaires sectoriels et intersectoriels, a déposé au MSSS un Plan d'action en prévention et en intervention lié au jeu problématique lié à l'implantation du casino de Mont-Tremblant. L'ouverture du Casino est prévue en juin 2009.

Ce plan d'action regroupe différentes mesures s'inscrivant dans un continuum allant de la promotion de la santé à l'organisation des services sur le territoire du CSSS des Sommets situé à proximité du casino.

Parallèlement, des mesures visant à assurer une vigie des impacts sociaux et de santé reliés à l'implantation du casino ainsi qu'une surveillance de l'offre de jeu régionale seront réalisées.

Prévention du suicide

Faute de budget, la DSP, en concertation avec les CSSS du territoire, a suspendu les travaux visant l'implantation du Programme sentinelles en prévention du suicide. Cela a été remplacé par le déploiement d'une offre d'activités de formation visant le renforcement de la première ligne et l'amélioration des services à offrir aux personnes à potentiel suicidaire élevé. Cette formation, qui est actuellement en élaboration avec le Centre de prévention du suicide le Faubourg, devrait débuter au cours de l'hiver 2010.

Allaitement

Le CSSS des Sommets a été le premier au Québec à obtenir l'accréditation « Ami des bébés » en tant que CSSS incluant les missions hospitalière et communautaire.

Un établissement peut obtenir l'appellation « Ami des bébés » lorsqu'il soutient et encourage l'allaitement maternel en respectant plusieurs conditions précises. Le CSSS de Thérèse-De Blainville a passé la pré-évaluation avec succès le 27 février 2009. Une demande formelle d'évaluation a été faite à la Coordination agrément du Conseil québécois d'agrément (CQA).

Les CSSS d'Argenteuil et du Lac-des-Deux-Montagnes, qui sont agréés « Ami des bébés » depuis 2004, se préparent à une réévaluation en 2009. Le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, dont seulement l'hôpital avait été agréé, travaille présentement à modifier les pratiques du volet CLSC, en vue d'un agrément complet du CSSS en 2009.

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Tous les CSSS de la région offrent les services aux familles vulnérables et poursuivent leurs efforts pour les rejoindre et assurer l'intensité de suivi. Ces familles bénéficient également de la collaboration étroite entre les CSSS et les organismes communautaires de leur territoire qui, dans le respect de leur mission, proposent aux familles des activités contribuant au développement de leur potentiel.

Aussi, des ententes de services avec les centres de la petite enfance (CPE) permettent à certains enfants de bénéficier d'interventions éducatives précoces.

Cette année, les CSSS de la région ont offert ces services à 392 familles. Pour la troisième année consécutive, les familles suivies dans le cadre des services intégrés en périnatalité et la petite enfance (SIPPE) ont reçu gratuitement une trousse de prévention des blessures chez les enfants. Cette intervention fait partie des actions visant à mettre en place des environnements favorables au développement optimal des enfants.

Finalement, une formation de deux jours portant sur le trouble de personnalité limite (TPL) a été offerte à 75 intervenants oeuvrant auprès de ces familles.

Santé dentaire

Tous les CSSS des Laurentides travaillent à atteindre les attentes du MSSS. Ainsi, en 2008-2009, 100 % des enfants de la maternelle ont bénéficié d'un dépistage de la carie dentaire.

De plus, 90 % des enfants identifiés comme étant vulnérables à la carie dentaire ont reçu leur suivi selon les demandes du MSSS, soit d'avoir deux applications topiques

de fluorure par année, de la maternelle à la deuxième année. De plus, des interventions sont faites en CPE et les classes spéciales sont rejointes.

Les hygiénistes dentaires des CSSS ont reçu deux formations offertes par la DSP pour enrichir leurs connaissances en matière de dépistage des problèmes dentaires les plus fréquemment rencontrés dans le cadre de leurs interventions. Ils ont aussi reçu une formation sur les vernis fluorés ainsi qu'une mise à jour de leurs connaissances en nutrition.

Un projet pilote visant à appliquer des agents de scellement dentaires sur les molaires permanentes des enfants du primaire est en marche. Une formation de trois jours a été offerte sur ce sujet.

Les préposés aux bénéficiaires des CHSLD des Laurentides ont été rejoints dans le cadre des activités d'avril, mois de la santé dentaire, pour les aider à optimiser les soins d'hygiène buccodentaire qu'ils offrent aux aînés en perte d'autonomie en milieu d'hébergement.

Nous devons aussi mentionner la réalisation d'un nouvel outil promotionnel, l'accroche-porte « Bébé fait dodo » qui transmet de l'information aux jeunes parents sur les règles de base en hygiène buccodentaire à prodiguer aux nourrissons.

École en santé

L'implantation de l'approche *École en santé (EES)*, liée à l'Entente MSSS-MELS, précise que les deux réseaux sont conjointement responsables des services et activités en prévention et promotion de la santé à offrir et à dispenser en milieu scolaire. À cet égard, la DSP a consolidé avec la direction régionale du MELS les activités de formation et de soutien aux accompagnateurs EES des commissions scolaires et des CSSS des Laurentides.

Ainsi, pour la quatrième année consécutive, tous les territoires de CSSS ont des accompagnateurs formés pour soutenir, en tandem avec un accompagnateur de la commission scolaire, les écoles qui veulent devenir *École en santé*. Ces accompagnateurs se sont impliqués directement auprès de 31 écoles (29 primaires et deux secondaires) actuellement en démarche EES.

Par ailleurs, afin d'assurer la cohérence des diverses interventions de santé publique déployées en milieu scolaire, la DSP a revu sa stratégie régionale. Ainsi, l'approche *École en santé* est au cœur de toutes les interventions en promotion-prévention déployées ou soutenues par notre réseau en milieu scolaire. Une journée de formation regroupant les professionnels des DSP des régions Laurentides et Lanaudière a permis de revoir et d'ajuster le travail à cet effet.

En lien avec la stratégie régionale, la DSP a également entrepris des démarches auprès d'organismes communautaires qui proposent des activités de promotion ou de prévention de la santé en milieu scolaire afin de convenir avec eux de déployer les meilleures pratiques et de les soutenir.

Développement des communautés

Dans le domaine du développement des communautés, la DSP a poursuivi son travail d'influence auprès des instances régionales de concertation (Conférence administrative régionale (CAR), Conférence régionale des élus) pour accentuer les interventions concertées visant le développement social et la lutte aux inégalités sociales.

Ainsi, le comité Développement social de la CAR, qui rassemble des gestionnaires des directions régionales des ministères, a entériné deux projets présentés par la DSP des Laurentides : le premier visant à identifier les principaux enjeux du développement et à proposer des pistes d'actions intersectorielles en développement social, et le second projet portant sur l'état de situation régionale en sécurité alimentaire.

En continuité des concertations engagées depuis quelques années, l'Agence des Laurentides, via la DSP, a maintenu son implication dans le cadre de la troisième année de mise en œuvre de l'Entente spécifique sur le développement social pour soutenir des projets touchant la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, notamment la sécurité alimentaire, le transport collectif et le logement social. Rappelons que, dans le cadre de cette entente 2006-2009, la DSP investit 150 000 \$.

En plus des sommes investies dans cette entente, 23 projets locaux et régionaux en sécurité alimentaire sont soutenus financièrement par la DSP, pour un total annuel de 171 494 \$.

La direction des services sociaux (DSS) assure un rôle de coordination et de liaison avec les CSSS et les établissements régionaux afin d'assurer aux citoyennes et aux citoyens des Laurentides un accès équitable, homogène et sécuritaire aux services sociaux et de réadaptation.

Ce rôle se fait dans le respect des continuums d'interventions par cycle de vie et tout en garantissant une gestion saine et performante des fonds publics. La DSS a la responsabilité de sept programmes sur neuf que doivent offrir les CSSS, ainsi que des programmes des établissements régionaux. Ces programmes sont : services généraux, jeunes en difficulté, dépendances, perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale, déficience physique, ainsi que déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED). Elle doit apprécier également la complémentarité de l'ensemble des services offerts par tous les établissements et leurs partenaires.

Services généraux

Le début de l'année a été marqué par la mise en service de la ligne d'accès téléphonique 8-1-1 au Service Info-Santé et Info-Social. Après quelques ajustements, il ne semble pas y avoir de difficultés liées à l'accès au service pour l'ensemble de la population des Laurentides.

On note également le déploiement de l'application Info-Santé Web version 3 HD (ISW V3HD) dans les sept CSSS (volet soutien à domicile) et dans cinq GMF du territoire. Ce déploiement a nécessité une formation spécifique pour les intervenants concernés dans les établissements. Cette application permet l'intégration d'outils pour la gestion des enregistrements des clientèles vulnérables et le suivi des interventions réalisées par le service Info-Santé et par les services de garde des établissements ou des GMF auprès de ces clientèles.

Par ailleurs, l'ancien répertoire des ressources Web est devenu le *Répertoire des ressources en santé et services sociaux* (RRSS). Ce référentiel de plus de 28 000 données

a pris un virage important en s'adaptant mieux aux besoins des utilisateurs. Ce virage a été caractérisé par le déploiement d'une nouvelle version du répertoire, soit la *Version II*. Un effort intensif et soutenu d'une majorité de pilotes locaux et régionaux a permis de faire progresser notre taux de mise à jour des ressources du RRSS de 30 % à plus de 75 % au 31 mars 2009.

Santé mentale

Deux sous-comités de la Table régionale en santé mentale ont tenu des travaux qui ont mené à des recommandations. Le sous-comité urgence/troubles concomitants a souligné l'importance de baliser les corridors de services entre les CH de la région, d'assurer un retour auprès des référents vers l'urgence et de revoir l'organisation sociorésidentielle en santé mentale dans la région. Le sous-comité pédopsychiatrie, pour sa part, a identifié les éléments d'une entente avec le CHU Sainte-Justine quant à l'hospitalisation pédopsychiatrique.

De nouveaux investissements ont permis de consolider les services de soutien d'intensité variable (SIV) en oeuvrant notamment auprès d'une clientèle relevant du Tribunal administratif du Québec. Une demi-équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) a été mise en place au CSSS de Saint-Jérôme. De plus, en mars 2009, les gestionnaires ont participé à une journée régionale de sensibilisation donnée par le Centre national d'excellence en santé mentale portant sur le SIV et le SIM.

Dépendances

L'année 2008-2009 a été très dynamique dans le Programme dépendances. Ainsi, depuis le 26 janvier

2009, des développements ont été consentis pour l'implantation de deux équipes de liaison dans les urgences du CSSS de Saint-Jérôme, et depuis le 23 mars 2009, au CSSS des Sommets. Ces équipes permettent un repérage et une détection en CH qui visent à désencombrer les services d'urgence. Deux lits de dépannage par CH sont également offerts dans la ressource intermédiaire du Centre André-Boudreau pour cette clientèle.

Conformément à l'Offre de service dépendances 2007-2011 déposée par le MSSS, un programme régional d'évaluation spécialisée a été organisé avec une modulation sur deux sites compte tenu de l'étendue du territoire. Les services externes du Centre André-Boudreau ont également été consolidés.

Avec l'ouverture d'un casino à Mont-Tremblant prévue en juin 2009, un plan d'action régional 2009-2012 concernant la prévention et l'intervention relatives au jeu problématique a été déposé au MSSS afin d'organiser les services dans le RLS du CSSS des Sommets.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Dans le but d'intensifier le leadership de l'Agence des Laurentides quant à l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), la nouvelle chargée de projet RSIPA a réalisé un exercice rigoureux de diagnostic avec chacun des CSSS sur le degré de mise en place des composantes et sur l'organisation des services.

Tous les CSSS ont implanté le logiciel E-SMAF et utilisent les profils ISO-SMAF (système d'évaluation informatisée des clientèles en perte d'autonomie). Ce faisant, une mise à jour de l'OEMC (Outil d'évaluation multiclientèle) a été effectuée et des travaux ont débuté afin d'élaborer un cadre régional sur la gestion de cas.

Davantage de services aux proches aidants ont été déployés dont plusieurs en partenariat avec des organismes communautaires. Un projet de recherche sur les besoins des proches aidants, réalisé conjointement avec la Table des aînés des Laurentides, a permis de consulter près de 300 personnes dont 198 proches aidants. Un colloque suivra pour élaborer un plan d'action.

L'Agence des Laurentides a procédé à l'évaluation de son plan d'action en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) 2005-2010 afin de mesurer les progrès accomplis et de préparer son prochain plan quinquennal dans un contexte de vieillissement de la population.

Depuis 2007, l'Agence des Laurentides a mis en place un processus de certification des résidences privées pour personnes âgées qui touche 149 résidences de la région des Laurentides hébergeant 5220 personnes.

De plus, la région a débuté la révision de son mécanisme d'accès à l'hébergement. Cet exercice vise à adapter le mécanisme aux nouvelles réalités. Citons à titre d'exemple le rapatriement des personnes de 65 ans et plus hospitalisées hors région mis en œuvre en 2008-2009 qui vise à ce qu'elles soient prises en charge dans un délai de 72 heures par leur CSSS d'origine.

Depuis 2007, l'Agence des Laurentides a mis en place un processus de certification des résidences privées pour personnes âgées qui touche 149 résidences de la région des Laurentides hébergeant 5220 personnes. Au 31 mars 2009, 100 % des résidences inscrites au registre du MSSS avaient fait leur demande de certification. Parmi celles-ci, 62 % étaient certifiées.

L'Agence des Laurentides fournit du support individualisé aux résidences qui en font la demande afin de les aider à préparer leur dossier de certification. L'échéance pour la certification de toutes les résidences du Québec se situe au 30 juin 2009.

Par ailleurs, à la suite de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, le ministère de la Famille et des Aînés - Secrétariat aux Aînés et le MSSS ont reçu le mandat, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, de mettre de l'avant un programme d'amélioration de l'alimentation dans les CHSLD.

Dans ce cadre, l'Agence des Laurentides a participé à une première cueillette d'informations et à l'identification des besoins de formation et de perfectionnement du personnel. Elle s'est aussi penchée sur les besoins de rehaussement de l'offre en alimentation dans les milieux d'hébergement de soins de longue durée de la région.

Jeunes en difficulté

Le cadre de référence pour l'élaboration d'ententes de collaboration entre le Centre jeunesse et les CSSS des Laurentides a été finalisé et présenté au CGR le 30 janvier 2009. Ce cadre détermine des modalités de collaboration et de concertation à l'égard du suivi, de la référence et de la prise en charge des clientèles en lien avec l'Offre de service pour les jeunes en difficulté 2007-2012 du MSSS. Cette entente respecte également les changements à la Loi de la protection de la jeunesse. Elle devrait permettre à chacun des CSSS et au CJ de procéder à l'élaboration de leur entente de collaboration locale dans l'année à venir.

Le déploiement de l'offre de service jeunesse s'est poursuivi par le développement d'un cadre de référence et la mise en place des services de crise et de suivis intensifs dans le milieu. Ainsi, chacun des CSSS a procédé à la mise en place de ce service pour démarrer officiellement à compter du 1^{er} avril 2009. Le Centre jeunesse ainsi que le service régional d'Info-Social apportent une contribution pour la réponse continue 24 heures par jour et sept jours par semaine.

L'implantation des services de supervision des droits d'accès s'est étendue à deux autres CSSS, lesquels ont procédé à des ententes avec des organismes du milieu pour offrir le service à la clientèle de leur territoire.

Une formation sur le Plan de service individualisé (PSI) et le Plan de service individualisé intersectoriel (PSII) a été organisée et offerte à 120 intervenants des établissements suivants : le Centre jeunesse, les sept centres de santé et de services sociaux, le Centre de réadaptation Le Florès, le Centre de réadaptation Le Bouclier et le Centre André-Boudreau. Des intervenants auprès des jeunes et des adultes des différents programmes (jeunesse, dépen-

dances, santé mentale, déficience intellectuelle - TED, déficience physique) ont donc pu recevoir la formation.

Déficience physique et déficience intellectuelle

Le lancement par le MSSS, en juin 2008, du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience a mobilisé l'ensemble des acteurs en déficience physique et en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (TED).

L'Agence des Laurentides, en collaboration avec les neuf établissements impliqués dans ce plan, a élaboré un plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité. Dans un premier temps, l'état des listes d'attente en date du 7 novembre 2008 a été dressé et les engagements régionaux précisant les modalités de résorption de ces listes au cours des deux prochaines années, ont été déposés au MSSS.

Dans un second temps, les objectifs régionaux d'amélioration concernant les différents éléments ciblés dans ce plan ont été identifiés pour les trois prochaines années et ont aussi été déposés au MSSS.

Un sous-comité de travail a élaboré une trajectoire d'accès aux services concernant les enfants âgés de 0 à 6 ans qui présentent une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique. Cette dernière vise à illustrer le cheminement général de ces enfants et de leurs parents lorsqu'ils requièrent des services dans un établissement de notre réseau. La diffusion de cette trajectoire d'accès se fera dans l'année à venir.

En déficience physique, la DSS a participé à la démarche d'évaluation du Consortium de l'ouest du Québec pour les enfants et les adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave. Un bilan des travaux et un plan d'action précisant les objectifs régionaux 2008-2011 ont été élaborés et déposés.

Les services de réadaptation fonctionnelle intensive sont en pleine transformation. À la suite de plusieurs travaux régionaux, deux continuums de services distincts ont été identifiés : la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et la réadaptation à intensité variable (RIV).

La RIV s'adresse à une clientèle présentant des incapacités temporaires davantage liées au Programme service santé physique. Elle sera offerte par les CSSS. Quant à la RFI, elle s'adresse à une clientèle présentant des incapacités significatives et persistantes et est davantage liée au Programme service déficience physique. Elle sera sous la gouvernance du CRDP Le Bouclier en collaboration avec les CSSS d'Argenteuil et des Sommets. La réorganisation de la RFI vise l'optimisation de l'offre de services spécialisés et surtout l'autosuffisance régionale en matière de RFI.

L'élaboration et l'actualisation d'une entente pour le financement d'activités spécifiques ont été réalisées entre l'Agence des Laurentides et le service régional d'interprétariat de Lanaudière afin que ce dernier puisse offrir aux personnes sourdes des Laurentides des services d'interprétariat et d'aide à la communication.

Femmes et enfants victimes de violence conjugale

Pour faire suite au Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, l'Agence des Laurentides s'est vu confier le mandat de la coordination et de la concertation intersectorielle régionale. À cet égard, l'Agence des Laurentides a soutenu la consolidation de six tables de concertation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'ensemble des territoires.

Par ailleurs, un budget non récurrent de 75 000 \$ en 2008-2009 a permis de réaliser 11 projets et initiatives locales ou régionales qui répondent aux préoccupations par des activités de sensibilisation et d'information, de prévention et de promotion, ou de formation.

L'Agence des Laurentides a aussi organisé une deuxième vague de formation pour les intervenants psychosociaux

des CSSS afin d'améliorer la compréhension de cette problématique et d'insister sur les rôles et responsabilités des divers partenaires en cette matière.

Agression sexuelle

En 2008-2009, un deuxième plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle a orienté les travaux du Comité régional de concertation intersectorielle vers des mesures en lien avec la continuité et l'arrimage des services pour les victimes d'agression sexuelle. L'Agence des Laurentides a amorcé l'élaboration d'un protocole d'entente entre les partenaires concernés par l'intervention médico-sociale et médico-légale.

Un bilan régional de l'application de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique a été présenté lors d'un événement tenu le 31 mars 2009.

Près de 200 partenaires provenant du secteur communautaire, de la DPJ et du Centre jeunesse, de la police, des procureurs aux poursuites criminelles et pénales, des CSSS, des CPE et du milieu scolaire, s'étaient donné rendez-vous pour réfléchir ensemble, prendre connaissance des résultats des interventions menées à ce jour et échanger sur les meilleures pratiques. Cette entente constitue un engagement à agir en concertation multidisciplinaire dans des situations mettant en cause des enfants victimes d'abus sexuels.

Itinérance

En matière d'itinérance, une nouvelle entente fédérale-provinciale ayant cours jusqu'au 31 mars 2011 a été signée en janvier 2009 dans le cadre du Programme sur l'initiative de partenariats de lutte contre l'itinérance (IPLI). La grande majorité des projets déjà en cours ont été reconduits jusqu'en mars 2011. Un document structurant, le *Cadre de référence en itinérance au Québec*, a été adopté et lancé en septembre 2008.

Soutien communautaire en logement social

L'année 2008-2009 a permis de bien enclencher les projets de soutien communautaire en logement social sur les différents territoires de CSSS. À de rares exceptions près, tous les territoires ont vu grandement augmenter le soutien apporté aux HLM, aux COOP d'habitation et aux OSBL d'habitation. Les personnes âgées vivant en habitation à loyer modique (HLM) sont particulièrement ciblées par ce support.

Les familles en HLM sont également favorisées par cette démarche ainsi que celles en OSBL d'habitation. L'arrimage avec les différents partenaires de l'habitation continue à se développer et à se consolider.

Troubles graves de comportement

Dans l'exercice de ses fonctions, le responsable de la coordination clinico-administrative en troubles graves de comportement (TGC) a offert du soutien au développement des compétences des établissements, notamment en soutenant financièrement un projet de formation en TGC au Centre du Florès. À la demande d'établissements, il s'est impliqué lors de rencontres clinico-administratives de type PSI dans des cas très complexes ou a permis de faire la liaison entre des partenaires concernés par une situation donnée.

Il a également identifié des sources intra et inter régionales d'expertise clinique en TGC. Il a aussi participé à des travaux concernant la révision de la mission du Pavillon Sainte-Marie et la révision de la mission de l'unité régionale des comportements perturbateurs du CSSS d'Antoine-Labelle. De plus, le responsable anime un comité stratégique Centre du Florès/Pavillon Sainte-Marie/CSSS d'Antoine-Labelle (unité des besoins complexes). Ce comité vise à trouver des moyens concrets pour un support clinique interétablissement et un fonctionnement optimal de l'organisation des services pour la clientèle présentant un TGC.

À la suite d'une présentation au Comité de direction de l'Agence des Laurentides et au CGR, le projet expérimental a été prolongé jusqu'en décembre 2009.

Suivi des visites d'appréciation de la qualité des services

L'Agence des Laurentides a porté une attention particulière au suivi des plans d'amélioration résultant des démarches d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en ressource intermédiaire (RI).

Un bilan des plans d'amélioration élaborés à la suite des visites d'appréciation a été produit à l'intention du ministère. Ces visites ont eu lieu de 2004 à 2008, dans 12 installations de type CHSLD, au Centre jeunesse des Laurentides (internat et externat) et dans sept établissements offrant des services de RI et de ressources de type familial (RTF).

Plusieurs établissements ayant été visités antérieurement pour l'appréciation de leurs ressources d'hébergement indiquent dans leur bilan une nette amélioration des services offerts. Cette année, quatre CHSLD ont réalisé plus de 80 % des objectifs visés au rapport du comité de visites d'appréciation et plusieurs ressources intermédiaires sont en voie d'atteindre les exigences demandées. Le suivi se poursuit auprès des autres établissements.

Gestion des risques et sécurité des soins et des services

En gestion des risques, les responsables de la qualité et de la gestion des risques des établissements ont pu participer à une série de formation d'appoint : le Programme de formation sur les facteurs humains en relation avec la sécurité des patients, l'analyse des causes souches qui facilite l'étude des événements évitables et le Programme AMPRO⁰⁸ (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux).

Le Programme AMPRO⁰⁸ est actuellement en déploiement de sa phase trois dans 10 régions du Québec, dont celle des Laurentides. Il est mis en œuvre dans trois établissements, soit le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes (pour l'hôpital Saint-Eustache), le CSSS de Saint-Jérôme (pour la Maison des naissances de Blainville et l'Hôpital régional) et le CSSS des Sommets. Le CSSS d'Antoine-Labelle amorce actuellement la démarche pour adhérer à ce programme.

L'Agence des Laurentides a organisé des sessions de formation visant l'ensemble des pilotes régionaux et locaux et des gestionnaires de risques des établissements. Elle a également réuni, en octobre 2008, les gestionnaires de la qualité et des risques.

Sécurité civile et pandémie

L'Agence des Laurentides a appuyé la formation de formateurs régionaux au volet psychosocial en matière de sécurité civile et a actualisé la mise sur pied d'une Table régionale des coordonnateurs locaux au volet psychosocial.

Langue anglaise et communautés ethnoculturelles

Les membres du Comité régional pour l'accessibilité aux services en langue anglaise (CRASLA) se sont réunis à deux reprises. Suite à un appel d'offres en mai 2008, ils ont retenu et financé huit projets visant la promotion de l'accessibilité aux services en langue anglaise pour un montant global de 57 000 \$.

Le Projet McGill consiste en un programme de formation linguistique à l'intention des intervenants d'expression française du réseau de la santé et des services sociaux désirant améliorer leurs compétences en langue anglaise pour communiquer avec les usagers anglophones. Quelque 107 intervenants provenant de sept établissements ont participé à ce programme de formation.

Pour ce qui est du dossier concernant les communautés ethnoculturelles, on note l'arrivée de 24 réfugiés bhoutanais et de huit réfugiés colombiens à Saint-Jérôme. Toutefois, l'Agence des Laurentides a été très peu impliquée dans l'accueil de ces réfugiés. Des liens ont été établis avec l'organisme communautaire Le Coffret, responsable de l'accueil et de l'accompagnement des réfugiés (organisme financé par le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles).

Commission régionale multidisciplinaire

La commission a tenu quatre rencontres au cours de l'année 2008-2009. Plusieurs sujets d'intérêt ont été traités, notamment le Plan d'accès aux services pour les person-

nes ayant une déficience, les orientations régionales en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), le Consortium de l'ouest du Québec pour les personnes traumatisées cranio-cérébrales, le Plan d'action régional en cancer, la révision des activités réservées aux techniciens en réadaptation.

Ont aussi fait l'objet de discussion, un portrait intitulé *Les hommes et les femmes des Laurentides : apprécier leurs réalités pour mieux intervenir*, le premier bilan présentant l'évolution des services de première ligne depuis la création des CSSS, le bilan et les enjeux de l'implantation des projets régionaux de soins posthospitaliers dans la région, les grands dossiers en matière de ressources humaines et, enfin, le cadre de référence pour l'élaboration des ententes de collaboration entre le Centre jeunesse et les CSSS.

Les échanges ont toujours été fort fructueux et les invités bien appréciés. Les analyses étaient influencées par l'expérience professionnelle des membres de la commission mais aussi par un souci d'approche pluridisciplinaire des problèmes ou des situations.

En fin d'année, la présidente Carole Aubert (CSSS des Sommets) n'a pas renouvelé son mandat. Les membres ont souligné son travail qui a été grandement apprécié au cours des deux années où elle a présidé la commission. Soulignons également le départ de Sylvie Jetté (CSSS d'Antoine-Labelle) qui a siégé pendant de nombreuses années à la commission et au conseil d'administration de l'Agence des Laurentides. La commission est maintenant représentée sur ce même conseil par Johanne Mongeau (CSSS de Saint-Jérôme).

La direction régionale des affaires médicales et hospitalières (DRAMH) est responsable des programmes qui requièrent une connaissance médicale dans la planification, le développement et l'organisation des services médicaux de base, spécialisés et surspécialisés.

La DRAMH assume la gestion des effectifs médicaux et leur répartition intrarégionale, de même que le suivi des travaux et le support administratif de la Table régionale des chefs de département spécialisé, du Département régional de médecine générale et de leurs principaux comités. De plus, la DRAMH collabore avec la Direction générale des affaires médicales et universitaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'ensemble des problématiques médico-administratives.

Organisation des services médicaux spécialisés

Les travaux d'organisation des services de pneumologie, de cardiologie et d'hémo-oncologie ont évolué conformément aux orientations régionales retenues en décembre 2007.

En cardiologie, une entente avec l'Hôpital du Sacré-Cœur et les établissements des Laurentides est en voie de se conclure qui ferait que cet établissement serait désigné officiellement comme centre de référence en cardiologie tertiaire et en chirurgie cardiaque pour la région.

En hémo-oncologie, le leader médical régional du CSSS de Saint-Jérôme, Dr Stéphane Métivier, s'implique activement pour mettre de l'avant le plan de lutte contre le cancer dans la région, et ce, en partenariat avec l'Agence des Laurentides. Par ailleurs, la clinique d'oncologie du CSSS d'Argenteuil verra le jour en septembre 2009 permettant à cette population de recevoir ses traitements de chimiothérapie à proximité de leur domicile.

En ophtalmologie, depuis plus de deux ans, un projet visant le développement d'une Clinique médicale spécialisée associée (CMS-A) est en élaboration avec l'équipe d'ophtalmologistes de la région.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée des Laurentides

Les membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) des Laurentides se sont rencontrés à six reprises. Ils ont poursuivi leur démarche de sensibilisation auprès des représentants de l'Agence des Laurentides et du MSSS quant aux difficultés de la région, notamment sur le plan des ressources médicales, humaines, financières et matérielles dans les établissements.

De plus, avec la collaboration de la Table des chefs de départements, la préparation en vue de l'exercice de révision de l'organisation des services médicaux spécialisés a débuté. Cet exercice de réflexion sera complété au cours de l'année 2009-2010.

Chirurgie

Les travaux d'implantation du Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS) se sont poursuivis dans les cinq centres hospitaliers des Laurentides. Le but de ces travaux est de s'assurer de respecter les délais d'attente au niveau des chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes. Régionalement, 94 % des chirurgies de la hanche et du genou ont été pratiquées dans des délais variant autour de six mois. Par ailleurs, grâce à une entente avec Iris Laval, le nombre de chirurgies des cataractes a été dépassé. Toutefois, nous sommes toujours préoccupés par les délais d'attente dans cette spécialité.

De plus, l'implantation de la méthode Lean dans les blocs opératoires a débuté à l'hiver afin d'optimiser leur utilisation. Un comité régional a été créé et des responsables locaux de chaque CSSS s'assurent de l'implantation de la

méthode. L'objectif est d'augmenter de 10 à 20 % la production chirurgicale dans la région, et ce, au cours des trois prochaines années. Cet objectif s'inscrit dans la planification visant l'augmentation du taux de rétention des services médicaux dans les Laurentides.

Pharmacie

La phase I du projet Systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM) approuvé par le MSSS a été ralentie en raison des moyens de pression effectués par les pharmaciens au niveau provincial. Toutefois, la mise en place des équipements médicaux spécialisés, soit les emballeuses-ensacheuses et les chariots de médicaments pour améliorer la prestation des services pharmaceutiques à la clientèle va bon train et devra être complétée pour 2009. La phase II du projet est en préparation. Elle consiste en l'achat et à la mise en place des cabinets de médicaments sur les unités de soins et les hottes stériles pour la préparation des médicaments en solutés.

Hémodialyse

Depuis 2008, le Centre satellite de dialyse rénale du CSSS d'Antoine-Labelle accueille 24 clients. Une étude importante en dialyse rénale en fonction de la croissance de la population des Laurentides démontre une croissance au niveau des besoins d'ici 2015. L'Agence des Laurentides a préparé trois projets importants pour faire face à la demande. Le premier projet consiste au développement de l'hémodialyse à domicile, le deuxième au développement d'un centre satellite dans le sud du territoire, et le troisième à un agrandissement majeur de la capacité d'accueil au CSSS de Saint-Jérôme. Les projets ont fait état d'une présentation au MSSS suivie d'une demande de financement.

Télésanté et imagerie médicale

En fonction de la croissance importante de la production d'images radiologiques depuis plusieurs années dans la région, une analyse afin d'augmenter la capacité de stockage a été entreprise. L'année 2008 a été axée principalement sur la réalisation des travaux en télésanté et en imagerie médicale en lien avec le Dossier de santé du Québec (DSQ), le tout en collaboration avec la direction adjointe

des ressources informationnelles de l'Agence des Laurentides et le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de Montréal.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Il n'y a eu aucune réunion du comité compte tenu des moyens de pression exercés par les pharmaciens dans le cadre des négociations de leur convention collective.

Urgence

Les services d'urgence fournissent les soins et les services requis en tout temps à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé. Les services d'urgence sont en partie tributaires des autres services qui se situent en amont et en aval. La région des Laurentides a sur son territoire sept centres de santé et de services sociaux dont cinq avec centre hospitalier.

Voici les établissements ayant des salles d'urgence :

- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes : Hôpital St-Eustache
- CSSS de Saint-Jérôme : Hôpital régional de Saint-Jérôme
- CSSS d'Argenteuil : Hôpital d'Argenteuil
- CSSS des Sommets : Hôpital Laurentien
- CSSS d'Antoine-Labelle : Hôpital Rivière-Rouge
- CSSS d'Antoine-Labelle : Hôpital Mont-Laurier

La pression sur ces instances est importante et les résultats de performance mesurés, telle la durée moyenne de séjour. Plusieurs actions ont été prises pour améliorer la situation. Un plan d'action soutenu par l'Agence des Laurentides est en cours pour le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes et la Direction nationale des urgences s'implique activement.

Monitoring :

- Un suivi quotidien des salles d'urgence de la région est effectué par l'Agence des Laurentides. Une réévaluation en après-midi est réalisée lorsque nécessaire;
- un rapport concernant les données des salles d'urgence et la situation dans les centres hospitaliers de la région des Laurentides est produit et transmis quotidiennement;

- le suivi des engorgements des salles d'urgence est standardisé pour les CSSS de la région via un tableau et des questionnements prédéterminés.

Organisation régionale au niveau des urgences :

- Un plan d'action en lien avec les mesures identifiées prioritaires pour améliorer les trajectoires de soins autour des urgences hospitalières est envoyé aux centres de santé et de services sociaux avec centre hospitalier et une évaluation est faite trois fois par année;
- Un comité interne à l'Agence des Laurentides concernant les urgences regroupe hebdomadairement des représentants des directions DRAMH, des services préhospitaliers, des services sociaux, ainsi que les coordonnateurs des mesures d'urgence;
- Un comité est en place pour discuter des impacts de l'engorgement et des solutions possibles;
- Une première rencontre du comité régional des salles d'urgence a eu lieu en février 2009.

Certaines salles d'urgence de la région des Laurentides ont éprouvé des difficultés. Ces difficultés sont reliées en partie aux effectifs médicaux limités à l'urgence ainsi qu'à l'hospitalisation. De plus, l'approche des services de première ligne et des maladies chroniques constitue un défi de taille. Un autre défi ayant un impact sur les salles d'urgence est l'utilisation des lits de courte durée par la clientèle en fin de soins actifs. Les salles d'urgence doivent continuer à travailler sur des pistes de solution dans le but d'améliorer leur performance.

Corridors de services interhospitaliers et interrégionaux

Des protocoles ont été mis en place pour l'orthopédie, la pédiatrie et l'obstétrique par manque d'effectifs. Des efforts sont déployés afin de s'assurer d'une diffusion adéquate.

Traumatologie

Le comité de traumatologie régional s'est réuni à trois reprises durant la dernière année. Les ordres du jour du comité de traumatologie régional sont basés sur les 14 maillons du continuum de services en traumatologie. L'implication des membres a facilité les échanges afin

d'améliorer la continuité dans la prise en charge de la clientèle ayant subi un traumatisme.

L'implantation du registre régional de traumatologie s'est poursuivie. Ce registre regroupe les différentes causes et catégories de traumatisme. Le registre régional est complété localement dans chacun des quatre centres désignés de la région. L'analyse des données ainsi recueillies permet au centre d'assurer la qualité des interventions et d'améliorer de façon continue les processus afin de diminuer au minimum les délais reliés à la prise de décision et au transfert, si requis. Finalement, la mise à jour du plan directeur régional en traumatologie pour 2009-2012 a débuté.

Commission infirmière régionale

Les travaux de la Commission infirmière régionale (CIR) ont repris en novembre 2008. La CIR s'est réunie à deux reprises. La CIR s'est entre autres penchée sur la pénurie de main d'œuvre infirmière dans la région. Le processus électoral de renouvellement des membres de la CIR a débuté en janvier pour se terminer en avril pour le mandat 2009-2012. La Commission infirmière régionale débute donc l'année 2009-2010 sous une nouvelle gouverne.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Lancé en 1998, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a célébré cette année son 10^e anniversaire dans les Laurentides. Le PQDCS vise à diminuer le taux de mortalité par cancer du sein en offrant aux femmes de 50 à 69 ans un dépistage par mammographie tous les deux ans. Le taux de participation régional se situe actuellement à 46,3 % de la clientèle-cible qui se chiffre désormais aux environs de 70 000 femmes. Cette année, le taux a augmenté de 1,6 % comparativement à l'an dernier.

La croissance démographique de la population de la région admissible enregistrée entre les années 2004 et 2007 a atteint un taux de 9,1 %, alors qu'il n'est que de 6,2 % pour le reste de la province. Ainsi, l'augmentation importante de notre clientèle-cible, la pénurie de technologies en imagerie médicale et les difficultés liées à l'ac-

créditation de nouveaux centres dans la région, représentent tous des éléments qui contribuent à ralentir notre progression vers notre objectif d'atteindre 70 % de taux de participation.

Il existe dans la région trois centres de dépistage désignés (CDD), localisés aux CSSS de Saint-Jérôme, des Sommets (Sainte-Agathe) et d'Antoine-Labelle (Mont-Laurier) ainsi qu'un centre de référence pour investigation (CRID) situé au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. Les délais d'accessibilité pour obtenir un rendez-vous de mammographie de dépistage demeurent une préoccupation constante au sein du programme. Afin d'accroître une continuité des services à la population, la région aura recours aux services de l'unité mobile CLARA au CSSS des Sommets au printemps 2009. De plus, des plages horaires supplémentaires en soirée au CDD Saint-Jérôme ont permis d'offrir des services de mammographie au nombre d'environ 700, pour la période de janvier à décembre 2008.

Dans le cadre du 10^e anniversaire du programme, deux Soirées reconnaissance des partenaires ont eu lieu à l'automne 2008 afin de rendre hommage aux quelque 125 artisans du PQDCS des Laurentides et de souligner l'engagement du personnel dans les centres désignés. De plus, une vidéo a été produite en collaboration avec plusieurs intervenants du PQDCS afin de valoriser l'importance de chacun dans son rôle.

En ce qui a trait à la promotion du PQDCS, de nombreuses activités telles que la collecte de soutiens-gorge en mai et la Journée rose en octobre, sont proposées aux partenaires du programme issus des CSSS et des groupes de médecins de famille (GMF). En ajout à la sensibilisation et à la formation, du matériel promotionnel (mémo-mamo) a été distribué à nos partenaires (CDD, CRID, CSSS et cliniques médicales), visant non seulement à stimuler la participation des femmes au PQDCS, mais également à les fidéliser pour qu'elles effectuent un examen à tous les deux ans.

Le 10^e anniversaire du PQDCS représente une occasion pour le MSSS d'émettre de nouvelles priorités pour le programme, soit : l'assurance qualité du programme, l'accessibilité au dépistage et le consentement éclairé. La con-

solidation de l'utilisation du logiciel CQ-MAMMO dans les centres désignés, l'implantation de deux nouveaux centres de dépistage désignés sur les territoires d'Argenteuil et du Lac-des-Deux-Montagnes, ainsi que l'implantation d'un second CRID au CSSS de Saint-Jérôme, représentent des défis importants pour l'année 2009-2010. Un nouveau dépliant destiné aux femmes sera distribué pour qu'elles soient encore mieux outillées en vue d'une prise de décision éclairée pour participer au PQDCS.

Enfin, un rapport d'activités PQDCS pour les périodes 2003-2008 est en cours de rédaction et des démarches sont amorcées pour l'embauche d'un médecin responsable au programme pour les Laurentides.

Département régional de médecine générale

Le comité de direction du Département régional de médecine générale (DRMG) a tenu sept réunions en 2008-2009.

Un processus électoral a eu lieu en janvier 2009 avec l'élection de trois membres, la nomination de neuf membres et la nomination du chef et du chef adjoint. Le rapport d'activités précise les réalisations du DRMG en 2008-2009.

Par ailleurs, le Département a effectué la gestion professionnelle de l'entente intervenue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le MSSS concernant les activités médicales particulières (AMP). Le DRMG est aussi intervenu auprès du comité paritaire FMOQ-MSSS afin d'obtenir des dérogations à l'entente, au bénéfice des médecins. Il y a eu mise à jour de la liste des AMP disponibles sur le territoire.

Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) et les plans des effectifs médicaux des établissements (PEM) ont été mis à jour. Un comité de sélection des nouveaux facturants admissibles a été créé et la région a obtenu huit nouveaux facturants incluant un boursier au PREM 2009 avec possibilité de quatre PREM spécifiques dérogatoires. La cible de médecins omnipraticiens autorisés au PREM 2009 est de 20.

Le DRMG a effectué des représentations auprès des instances locales, régionales et provinciales concernant

l'état de pénurie de la main-d'œuvre médicale sur le territoire. Les travaux portant sur les besoins en équivalent temps plein (ETP) ont identifié les besoins de 98 ETP pour la première ligne et de 30 ETP pour la deuxième ligne.

Concernant les groupes de médecine de famille (GMF), le DRMG a poursuivi en collaboration avec la (DRAMH), la présentation audiovisuelle personnalisée aux médecins intéressés à devenir GMF. Actuellement, huit cliniques médicales sont en phase préparatoire d'accréditation et la région compte 13 GMF accrédités par le MSSS.

Lutte contre le cancer

Dans le cadre de l'entente de gestion 2008-2009, l'Agence a identifié la lutte contre le cancer comme priorité régionale. À cet égard, un document décrivant notre vision de l'organisation du continuum de lutte contre le cancer, de même qu'un plan de déploiement des services en oncologie d'ici 2015, ont été rédigés. Plus de deux millions de dollars ont été investis dans la région, afin de consolider le Réseau Cancer Laurentides, et ce, dans trois volets distincts du continuum : Prévenir, Guérir et Soutenir. À titre d'exemple, soulignons :

- le soutien aux médecins pour l'application des pratiques cliniques préventives et le soutien au réseau pour le développement de plateaux de services préventifs, intégrés avec les centres d'abandon tabagique, visant l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie;
- la mise en place de postes de coordonnateurs des services de soins palliatifs pour trois territoires de centre de santé et de services sociaux;
- la sélection d'une firme de consultants afin d'offrir une formation régionale et un accompagnement à toutes les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer du territoire, de même qu'aux gestionnaires responsables de ces équipes.

Pour assurer une animation optimale du Réseau Cancer Laurentides, la coordination s'effectuera en mode cogestion entre l'Agence des Laurentides et l'équipe régionale interdisciplinaire de lutte contre le cancer du Centre de santé et des services sociaux de Saint-Jérôme. Dans ce contexte, le leader médical régional en oncologie de Saint-Jérôme sera secondé, en 2009-2010, d'un coordon-

nateur clinico-administratif régional de lutte contre le cancer et d'un pharmacien régional en oncologie. Ceux-ci travailleront étroitement avec tous les CSSS des Laurentides en vue de les supporter dans l'implantation de leur programme local de lutte contre le cancer.

De son côté, l'Agence des Laurentides reverra l'ensemble de la structure actuelle de concertation régionale, le mandat et la composition du Comité cancer et soins palliatifs des Laurentides de même que ses sous-comités, en place depuis 2003.

Soins palliatifs

Le projet pilote pour les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie s'est poursuivi pour une deuxième année consécutive grâce à un financement additionnel de la part de la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cinquante-six patients ont été inscrits au projet pilote durant l'année et plus de 300 professionnels et médecins de la région ont reçu la formation sur la MPOC en fin de vie. Un volet projet de recherche est aussi venu bonifier le projet pilote. Ce volet recherche, approuvé par le comité d'éthique et de recherche du Centre de santé et des services sociaux de Saint-Jérôme, se poursuivra jusqu'en décembre 2010. Pour ce faire, une entente a été signée avec le Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières qui agira à titre de groupe témoin.

La responsable du dossier soins palliatifs à l'Agence des Laurentides a accompagné les responsables de la Maison de soins palliatifs à Saint-Eustache, en vue qu'ils déposent leur demande d'agrément. Ils se sont assurés de répondre aux 39 critères déterminés par la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux. Leur dossier complet a été reçu à l'Agence des Laurentides au début 2009 et a été acheminé par la suite au ministère recommandant leur agrément. Soulignons que cette ressource communautaire offre, pour le territoire du Lac-des-Deux-Montagnes, quatre lits de soins de fin de vie qui étaient fermés depuis l'été 2007. La réouverture a eu lieu officiellement le 9 mars 2009.

Périnatalité

Des travaux ont été réalisés, en partenariat avec les sept territoires de centre de santé et des services sociaux, en vue de déployer le Réseau Mère-Enfant Laurentides. L'objectif visé est entre autres de revoir l'ensemble de l'organisation régionale des services en pédiatrie et en obstétrique.

À l'automne 2008, un questionnaire a été développé en collaboration avec la Direction de santé publique pour effectuer un état de situation des dix premières années de l'implantation du congé précoce dans les Laurentides. Chaque territoire de centre de santé et des services sociaux des Laurentides a complété le questionnaire couvrant certains volets de la périnatalité, à savoir les ressources humaines dédiées et l'organisation de leurs services lors des périodes prénatale, perinatale et postnatale. Une compilation des questionnaires sera effectuée à l'été 2009.

Services préhospitaliers d'urgence

La coordination des services préhospitaliers d'urgence a été intégrée à la DRAMH à l'automne 2008.

En 2008-2009, l'Agence des Laurentides a présenté au MSSS les priorités régionales concernant l'ajout de ressources ambulancières dans certaines zones de la région. Dans le but de consolider les services ambulanciers, le ministère a donné son autorisation pour des ajouts de ressources dans les zones suivantes :

- Zone 624 Sainte-Thérèse
- Zone 622 Lachute
- Zone 626 Saint-Jérôme
- Zone 620 Saint-Eustache
- Zone 630 Saint-Jovite
- Zone 628 Sainte-Adèle
- Zone 630 Mirabel

De plus, quatre nouveaux véhicules ont été ajoutés, portant à 45 le nombre de véhicules pour la région. Ces ajouts contribueront à l'accessibilité de la population aux services ambulanciers, et ce, en améliorant le temps réponse.

L'Agence des Laurentides doit aussi assurer la formation des deux cent soixante-quinze techniciens ambu-

lanciers/paramédics qui travaillent sur son territoire. C'est à l'équipe de formation clinique et au contrôle de la qualité que revient cette responsabilité d'organiser et de dispenser les formations inscrites au programme provincial. Cette année, les formations ont été axées sur la prévention des agressions et les cas de traumatisme.

Sécurité civile/mission santé

En 2008-2009, la coordination régionale de la sécurité civile a joint les services préhospitaliers d'urgence. Les objectifs poursuivis par la Loi de la sécurité civile ont été déterminés et l'Agence des Laurentides a commencé à mettre en place les quatre principales dimensions faisant partie de l'application d'une approche de gestion des risques de sinistre soient : la prévention, la préparation des interventions, les interventions lors d'événements réels ou imminents et le rétablissement de la situation. Cette approche conduit à une meilleure connaissance des risques sur le territoire.

Un guide des mesures d'urgence a été mis à jour. Il s'agit d'un outil mis à la disposition des coordonnateurs terrains assumant la garde de première ligne de l'Agence des Laurentides.

Enfin, l'équipe des mesures d'urgence de l'Agence des Laurentides a participé à l'Organisation régionale de sécurité civile et à la coordination ministérielle. C'est par cette représentation que les orientations ministérielles ont été transmises au niveau local. Au printemps, un comité de planification et d'intervention a été mis en place. La coordination régionale du dossier de la pandémie de grippe A (H1N1) est un exemple de modèle « top down » par lequel cette structure de sécurité civile s'articule. La sécurité civile régionale a coordonné la réponse sociosanitaire lors de situations de mesures d'urgence tel que le stipule le Plan national de sécurité civile.

L'Agence des Laurentides s'est dotée d'une nouvelle direction des communications (DC) en 2008. Son rôle est d'aider l'organisation à établir et maintenir des relations mutuellement profitables avec son personnel, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région, les milieux communautaire, politique et d'affaires, les médias et la population en général.

Cette responsabilité, tant à l'interne qu'à l'externe, s'inscrit dans une volonté de l'Agence des Laurentides d'améliorer le mode de gestion de ses communications ainsi que la perception qu'ont la population, les médias et les divers intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la région.

Pour réaliser ce travail d'information et de mobilisation, la DC a élaboré un plan de communication qui comprend des stratégies qui visent à :

- favoriser l'engagement des membres du personnel de l'Agence et du réseau public de la santé et des services sociaux de la région;
- informer et mobiliser l'opinion publique à propos du réseau de la santé et des services sociaux de la région;
- utiliser des mécanismes d'écoute et de rétroaction avec la population, les médias et les divers intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Ces mécanismes aident à ajuster les stratégies, le niveau d'atteinte des objectifs et l'efficacité des moyens de communication utilisés.

Pour assurer la liaison et l'harmonisation entre les différents dossiers de communication et pour l'aider dans ses fonctions, la DC fait appel à un Comité interne des communications et au Comité régional des communications.

Comité interne des communications

Ce comité regroupe des personnes d'affiliations diverses issues des différentes directions de l'Agence des

Laurentides. Le mandat de ce comité consiste à recommander le processus de circulation interne des informations et le contenu type des informations clés que chaque employé de l'Agence des Laurentides devrait connaître pour être en mesure de contribuer à la réalisation de la mission, de la vision et des valeurs de l'organisation.

En 2008-2009, le comité s'est réuni à deux reprises et a réalisé un document intitulé *Audit des communications de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides*. Ce document comprend des recommandations concernant la création de lieux d'échanges d'informations pertinentes au travail à l'Agence des Laurentides, le renforcement de l'évaluation de l'efficacité des communications ainsi que l'élaboration de politiques et de procédures de gestion des communications pour l'organisation. Un plan d'action sera élaboré au cours de la prochaine année pour mettre en place ces recommandations.

Comité régional des communications

Ce comité comprend les responsables des communications de l'Agence des Laurentides et de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides. Il a comme mandat de favoriser le rayonnement du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides en participant à la détermination des orientations, priorités et moyens à privilégier en matière de communication sur le plan régional. Il soumet ces recommandations au CGR.

En 2008-2009, le Comité régional des communications a tenu cinq rencontres. Le comité a notamment produit une

analyse de la couverture régionale des médias écrits locaux pour l'année 2007-2008. De plus, il a produit une étude de faisabilité pour la mise en place d'un nouveau modèle de revue de presse régionale imprimée et électronique et a travaillé à l'élaboration d'un mandat pour une Table régionale des communications. Au cours de la prochaine année, ces deux derniers projets seront soumis au CGR.

Relations publiques

La DC a assuré la diffusion et le suivi à 35 communiqués de presse publiés par l'Agence des Laurentides au cours de l'année 2008-2009. La DC a également répondu à 99 requêtes de membres des médias en s'assurant d'un suivi avec les porte-parole appropriés.

Sur le plan des événements publics, la DC a apporté un soutien technique et professionnel lors de trois annonces de l'Agence des Laurentides. L'une portait sur la remise des premières certifications des résidences pour personnes âgées, une autre concernait une annonce du ministre responsable de la région des Laurentides au sujet des budgets de développement et de transition, et finalement, la DC a participé à l'organisation de deux soirées de reconnaissance pour le Programme québécois du dépistage du cancer du sein à Mont-Tremblant et à Sainte-Thérèse.

De plus, la DC a participé à la préparation du président-directeur général et d'autres porte-parole de l'Agence des Laurentides lors de huit annonces organisées par les CSSS de la région en 2008-2009.

Sur le plan des communications internes, la DC a collaboré avec la direction des ressources humaines à l'organisation de la journée de reconnaissance du personnel de l'Agence des Laurentides qui s'est tenue le 25 septembre 2008.

De plus, la DC a agi à titre d'éditeur officiel du Rapport annuel de gestion 2008-2009 de l'Agence des Laurentides en assurant la conception graphique, la mise en page et en collaborant à la rédaction.

Formation pour les porte-parole

La DC a participé à l'organisation d'une formation de porte-parole en vue d'une pandémie d'influenza qui s'est tenue le 3 décembre 2008 à l'Hôtel du Mont-Gabriel. Tous les membres du Comité de direction de l'Agence des Laurentides ont participé à cette formation et plusieurs membres du Comité régional des communications étaient présents à titre d'observateur.

Programme de francisation

Le directeur des communications agit comme mandataire pour l'Agence des Laurentides dans le cadre du programme de francisation de l'Office québécois de la langue française. En 2008-2009, le mandataire a poursuivi les travaux en collaboration avec la direction adjointe aux services informationnels pour amener certaines mesures correctives afin que l'Agence des Laurentides obtienne un certificat de conformité de l'Office québécois de la langue française. L'objectif est que ce certificat soit remis à l'organisation au cours de la prochaine année.

Direction des ressources humaines

La direction des ressources humaines (DRH) offre des services d'expertise, de soutien et de développement en matière de gestion des ressources humaines. Elle favorise la recherche de consensus et d'équité, le respect et l'écoute, ainsi qu'un climat de coopération et de confiance.

La DRH endosse et véhicule les orientations du MSSS à l'égard des enjeux de la main-d'œuvre auxquels est confronté le réseau de la santé et des services sociaux de la région. Elle adopte ses propres stratégies régionales de planification de la main-d'œuvre.

Pour ce faire, elle travaille en étroite collaboration avec les établissements et autres partenaires, entre autres à des projets novateurs en terme d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre, en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre, en formation réseau, en développement du personnel d'encadrement et de la relève, en gestion de la présence au travail, en organisation du travail, en gestion de stages et en matière de mobilisation du personnel.

Planification de la main-d'œuvre

Dans le cadre de l'implantation du cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre, la phase de normalisation des données a été complétée. La phase de production des portraits de main-d'œuvre et de la gestion prévisionnelle est en cours et devrait être terminée à la fin de l'année 2009.

Une entente régionale a été conclue avec un fournisseur de paie pour l'acquisition d'une application de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre pour huit établissements.

De plus, un deuxième exercice régional d'identification de la relève cadre a eu lieu en décembre 2008. Au total, 40 candidats de la région des Laurentides ont effectué toutes les étapes du processus d'évaluation de potentiel.

Par ailleurs, trois rencontres de la Table régionale de coordination des stages en soins infirmiers réunissant des partenaires des milieux de la santé, de l'éducation et Emploi-Québec se sont tenues à l'automne et à l'hiver

2008-2009. Une expérience pilote de placement régional des stagiaires est en cours.

Pour les volets de promotion, d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre, les partenaires DRH et DSI ont été conviés à l'élaboration d'une stratégie régionale pour contrer l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante. De plus, un projet de réorganisation du travail à l'urgence de l'un des CSSS des Laurentides a débuté en janvier 2009.

Au cours de l'hiver 2009, l'Agence des Laurentides a apporté un soutien financier à une présentation régionale pour l'introduction des infirmières auxiliaires en soins à domicile. Un programme de préceptorat régional pour les infirmières et infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience a été diffusé.

La direction des ressources humaines a collaboré ou contribué financièrement à la diffusion de plus de 20 programmes de formation pour des coûts avoisinant les 350 000 \$.

La cible 2008-2009 du ratio régional d'assurance-salaire dans l'ensemble des établissements de la région était de 6,51 %. Au 31 mars 2008, le ratio régional était estimé à 7,01 %. L'objectif n'a donc pas été atteint. Cependant, six établissements ont réduit leur cible locale.

L'Agence des Laurentides a assuré l'implantation et le soutien financier de la nouvelle version Web du progiciel Prasad (progiciel d'assurance-salaire et accident de travail) pour six établissements. Le soutien d'une ressource pour la transmission des données au MSSS est aussi disponible pour ces établissements.

Le projet régional en gestion intégrée de la présence au travail a été déployé dans six autres établissements. De plus, deux établissements ont souscrit au Programme entreprises en santé dans le but de favoriser le mieux-être au travail.

Formation et développement

Cette année encore, le personnel d'encadrement et les candidats à la relève du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides ont pu se prévaloir de nombreuses activités de développement et de formation. En effet, à l'hiver 2009, 82 étudiants étaient inscrits au programme de deuxième cycle en gestion et développement des organisations de l'Université Laval.

De plus, à l'automne 2008, 14 autres participants de la région complétaient un certificat en gestion des services de santé et des services sociaux de l'Université de Montréal. Par ailleurs, deux nouveaux programmes de formation universitaire ont été mis sur pied en collaboration avec l'Université Laval. Il s'agit d'un microprogramme de premier cycle en gestion des organisations et d'un certificat en gestion de projets. Ces nouvelles offres de formation seront au calendrier d'activités 2009-2010.

Au total, deux groupes de co-développement interétablissements de cadres intermédiaires et de premier niveau, totalisant 14 personnes, ont été en activités au cours de l'année. Un nouveau groupe interrégional de neuf cadres supérieurs a également démarré ses travaux à l'automne 2008 pour les poursuivre au cours de la prochaine année.

Un calendrier d'ateliers de formation à la carte a été maintenu au cours de l'année 2008-2009. Pour ce faire, quatre nouveaux thèmes ont été développés. Il s'agit de : *La planification stratégique et la formulation d'une vision d'équipe*; *La gestion des problèmes de performance et de comportement*; *Le coaching et la délégation afin de libérer du temps pour le gestionnaire et développer les compétences des employés*; *Les habiletés d'influence selon les types de personnalité*.

En fonction de la demande, certains de ces ateliers ont été dispensés à deux ou trois reprises. Au total, 175 personnes ont ainsi été rejointes et plus de 40 d'entre elles se

sont prévaluées des deux heures de coaching individualisé mis à la disposition de chacun des participants.

En accord avec le Comité régional de développement du personnel d'encadrement (CRDPE), la DRH avait aussi pour objectif de réviser le profil régional de compétences du personnel d'encadrement. L'exercice a donné lieu à la rédaction d'un livret sur les neuf compétences régionales de gestion et au développement d'un outil promotionnel d'application.

Le nouveau profil et le matériel d'accompagnement ont été lancés au cours d'une matinée causerie tenue en mars 2009. L'activité, qui a rejoint 120 participants, comportait aussi une conférence sur la prévention de l'essoufflement professionnel.

Une autre activité de ressourcement tenue en décembre 2008 a réuni 96 cadres et candidats à la relève pour une conférence ayant pour titre *Devenir un bon boss sans devenir fou*. Enfin, dès mai 2008, le neuvième colloque régional du personnel d'encadrement qui avait pour thème *Il était une foi... Nos mille et une voix* a suscité la participation de 365 cadres et candidats à la relève de la région des Laurentides.

Pour ce qui est de la formation réseau, la DRH a collaboré ou contribué financièrement à la diffusion de plus de 20 programmes de formation pour des coûts avoisinant les 350 000 \$. La mise en place de ceux-ci tient compte, par ordre d'importance, des priorités ministérielles, des priorités régionales et des priorités établies par les directions de l'Agence des Laurentides.

Dans ce contexte, la diffusion d'un programme à l'intention des préposés aux bénéficiaires a été amorcée, et ce, en partenariat avec la direction des services sociaux. À cet effet, le MSSS versera la somme de 668 700 \$ pour la formation des 1254 préposés aux bénéficiaires de la région au cours des trois prochaines années.

En cours d'année 2008-2009, des travaux de planification de la diffusion nationale et régionale du programme de formation sur la pandémie ont été entrepris. D'autres programmes de formation tels que celui des infirmières auxiliaires au bloc

opérateur, celui des infirmières auxiliaires à la thérapie intraveineuse, ainsi que le programme OMEGA, sont au nombre des activités régionales.

Ressources humaines internes

Au cours de 2008-2009, 30 nouveaux employés ont été recrutés à l'Agence des Laurentides dont sept cadres. Par ailleurs, on compte 13 départs dont quatre pour des motifs de retraite.

Un des dossiers jugés prioritaires à l'interne a été la gestion intégrée de la présence au travail. Deux sessions de formation ont été offertes aux cadres de l'organisation ainsi que trois heures de coaching post-formation pour les équipes des directions.

Quant à l'organisation des formations pour le personnel de l'Agence des Laurentides, 2313,50 heures de formation réparties en activités organisationnelles, de ressourcement et de perfectionnement professionnel ont rejoint 124 personnes. Les sommes allouées à ces activités représentent 1,39 % de la masse salariale de l'organisation.

Pour offrir du soutien aux équipes et directions internes, 60 heures de coaching ont été dispensées aux gestionnaires de l'organisation. Quelques équipes ont bénéficié d'une ressource d'accompagnement dans le cadre d'une consolidation d'équipe.

Pour la première fois, des plans de développement ont été élaborés pour six cadres de l'organisation. De plus, trois nouveaux candidats à la relève cadre ont été identifiés et ont reçu des recommandations quant à leur développement après une évaluation du potentiel de gestion.

Le Programme d'aide aux employés a également été réévalué. Suite au processus d'appel d'offres, nous avons reconduit le programme offert par la firme Les Consultants Delorme-Lussier Inc. Au cours de l'année, 140 heures de service du Programme d'aide aux employés ont été dispensées au personnel ou aux membres de leur famille.

La Direction des services administratifs (DSA) assure la coordination des ressources financières et matérielles de l'Agence des Laurentides et du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Elle assume le suivi des opérations et offre un service-conseil et d'expertise dans ces champs d'activités.

Elle assure la répartition des ressources financières allouées pour la réalisation du plan stratégique pluriannuel de l'Agence des Laurentides, l'allocation des budgets de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés, ainsi que l'administration et le financement des dépenses d'immobilisation des établissements de la région.

Pour réaliser son travail, la DSA a mis en place trois coordinations qui ont pour mission d'offrir l'encadrement approprié afin d'assurer, dans un contexte décentralisé, une saine gestion des ressources de l'Agence des Laurentides et du réseau.

Coordination des ressources financières réseau

Trois établissements de la région des Laurentides n'ont pas réussi à respecter leurs cibles déficitaires signifiées pour 2008-2009. L'Agence des Laurentides maintient un suivi auprès des établissements en dépassement afin de s'assurer du retour au respect des cibles déficitaires signifiées.

Au cours des années 2003-2004 à 2005-2006, le dépassement de la cible déficitaire régionale signifiée a été réduit considérablement, passant de 5,2 M \$ à 1,6 M \$. L'année 2006-2007 a été marquée par un renversement de cette tendance, le dépassement de la cible déficitaire signifiée augmentant à 5,7 M \$ en 2006-2007 et à 8,7 M \$ en 2007-2008, avant de redescendre à 6,3 M \$ en 2008-2009.

En matière de financement, en accord avec les établissements, l'Agence des Laurentides poursuit depuis 2005-2006 des travaux visant à reproduire au niveau régional le

modèle d'allocation provincial instauré en 2004-2005. Ce modèle, basé sur une approche populationnelle, vise à rétablir une équité de financement entre les régions.

Au niveau régional, l'objectif est de rétablir l'équité entre les établissements. Depuis 2005-2006, le résultat de ces travaux est utilisé dans l'allocation des budgets de développement.

Coordination des ressources immobilières

Plusieurs projets ont été autorisés en 2007-2008 et sont présentement en construction. Parmi les projets en cours d'exécution; on retrouve notamment :

- le nouveau CLSC Thérèse-De Blainville;
- le nouveau CLSC et centre d'hébergement et de soins longue durée du CSSS des Pays-d'en-Haut;
- l'agrandissement de 48 lits de l'unité de soins courte durée incluant l'ajout d'un appareil de résonance magnétique au centre hospitalier de Saint-Eustache.

Au cours de l'année 2008-2009, les projets suivants ont été autorisés et mis en chantier :

- centre d'hébergement et de soins longue durée de 212 lits du CSSS de Saint-Jérôme;
- centre d'hébergement et de soins longue durée de 131 lits du CSSS d'Argenteuil;
- nouvelle urgence du centre hospitalier du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes.

Le MSSS alloue annuellement un budget pour chaque région afin d'assurer le maintien des actifs. Cette respon-

sabilité de maintenir le parc immobilier est assumée par chaque établissement propriétaire d'un édifice public du réseau.

Le MSSS participe par son programme de rénovation fonctionnelle à l'adaptation des installations aux besoins de la clientèle et des employés y travaillant. L'exercice financier 2008-2009 est une année fructueuse quant aux investissements pour la région des Laurentides.

En effet, l'enveloppe de rénovations fonctionnelles mineures - autres que dans les CHSLD qui était de 2 310 847 \$ en 2007-2008, a été augmentée à 3 473 435 \$ en 2008-2009, alors que l'enveloppe régionale de maintien d'actifs, qui était de 7 922 237 \$ en 2007-2008, est passée à 10 474 643 \$ en 2008-2009.

Services aux aînés en perte d'autonomie

L'enveloppe de rénovations fonctionnelles mineures - CHSLD découle du Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Ministère a confirmé sa participation financière en 2008-2009 aux projets d'agrandisse-

ment et de rénovation du centre d'accueil Saint-Benoît du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes et la rénovation des chambres du centre d'hébergement de soins longue durée au centre de service Rivière-Rouge du CSSS d'Antoine-Labelle.

Efficacité énergétique

Le MSSS poursuit son programme de financement de projets d'efficacité énergétique. Le programme permet aux établissements de financer les projets d'économie d'énergie à même les économies générées par les projets des établissements.

Les établissements ont présenté des projets pour augmenter l'efficacité énergétique de leurs installations. On retrouve d'ailleurs plusieurs projets en cours de réalisation dans la région des Laurentides. Le CSSS de Saint-Jérôme réalise présentement un important projet qui inclut le forage de plusieurs puits de géothermie accompagnés de plusieurs mesures visant à réduire la consommation d'énergie de son centre hospitalier.

Répartition des enveloppes - immobilisation

Catégorie d'établissements	Maintien d'actifs	Rénovation fonctionnelle mineure	Projet d'efficacité énergétique	TOTAL
CSSS	9 833 318 \$	4 976 539 \$	2 120 000 \$	16 929 857 \$
CR	72 754 \$	17 702 \$		90 456 \$
CJ	482 818 \$	117 476 \$		600 294 \$
Privés conventionnés	369 188 \$			369 188 \$
Part Agence	1 047 465 \$	1 661 718 \$		2 709 183 \$
Subvention MSSS	11 805 543 \$	6 773 435 \$	2 120 000 \$	20 698 978 \$

Répartition des enveloppes - équipements

Pour le financement des équipements, le MSSS a maintenu les sommes allouées pour la région des Laurentides à un peu plus de 12 M \$. Le MSSS procède cependant à un remaniement quant à la classification des projets pour les équipements de haute technologie qui seront dorénavant englobés dans le vocable des équipements médicaux.

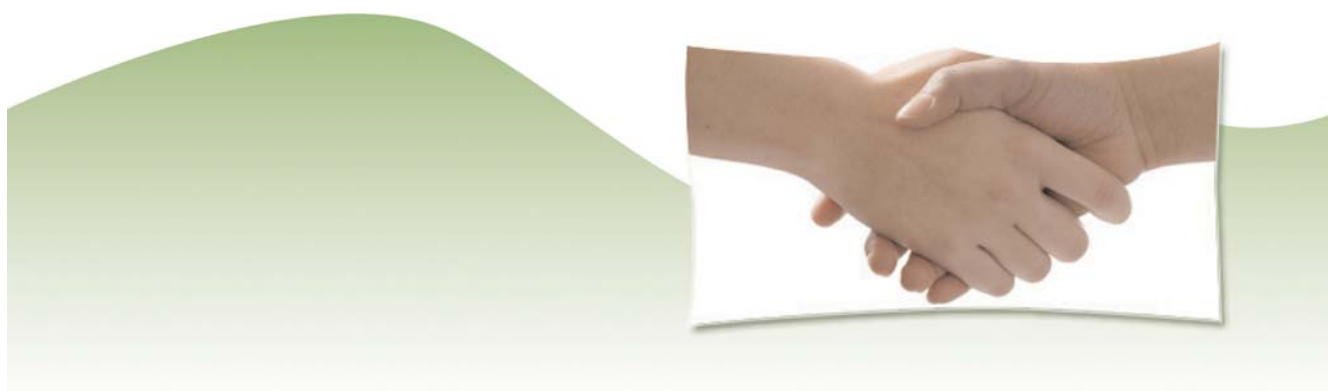
Répartition des enveloppes - équipements

Catégorie d'établissements	Maintien d'actifs : médicaux et non médicaux	Haute technologie	Aides techniques et soutien à domicile	TOTAL
CSSS	6 892 427 \$	2 063 594 \$	1 390 673 \$	
CR	205 049 \$			
CJ	273 568 \$			
Privés conventionnés	95 462 \$			
Part Agence	1 221 499 \$			
Subvention MSSS	8 688 005 \$	2 063 594 \$	1 390 673 \$	12 142 272 \$

Actifs+ Réseau

Le MSSS a poursuivi l'implantation du logiciel Actifs+ Réseau en y ajoutant le module de décaissement des projets pour les volets maintien des actifs (MA) et rénovation fonctionnelle (RF) inclus au Plan de conservation des immobilisations (PCFI) des établissements.

Suite à cet ajout, les établissements effectuent leurs suivis de projets et leurs demandes de remboursement auprès de l'Agence des Laurentides de manière informatisée. Au cours de l'année 2009-2010, le MSSS implantera d'autres modules dans le logiciel Actifs+ Réseau, soit les valeurs de remplacement des actifs (VDR) ainsi que les équipements médicaux de 100 000 \$ et plus.



Bilan de l'entente de gestion

Fiches de reddition de comptes 2008-2009

Légende

= 100 % et plus

= entre 90 % et 99 %

= moins de 90 %

Pour les indicateurs identifiés par (*), le pourcentage d'atteinte de l'engagement ou de la cible est calculé de façon inverse puisqu'une diminution est attendue au niveau des résultats.

Bilan de l'entente de gestion

Chapitre 5

Bilan abrégé de suivi de gestion régional 2008-2009 - Région des Laurentides

		Indicateurs pour les ententes de gestion 2008-2009		Cible 2010	Seuil 2008-2009	Engagement 2008-2009		Résultats 2008-2009 31 mars 2009	Pourcentage d'atteinte au 31 mars 2009	
						annualisé	déboursé		Engagement déboursé	Cible 2010
Gestion main-d'œuvre	3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	*	6,44	N/A	6,51	6,51	7,01 (P12)	93%	92%
	3.2	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier		100	N/A	70	70	50 (P12)	71%	50%
	3.3	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier		100	N/A	70	70	40 (P12)	57%	40%
Santé publique	1.1.11A	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - CHSGS		100	100	100	100	60	60%	60%
	1.1.11B	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - CHSLD		100	100	100	100	38	38%	38%
	1.1.11D	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - lits de psychiatrie		100	100	100	100	50	50%	50%
Services généraux	1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)		Augmentation	N/A	3845	3845	3618	94%	NA
	1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)		Augmentation	3,86	3,71	3,71	3,56	96%	NA
Perte d'autonomie liée au vieillissement	1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)		11187	10056	11247	11247	10364	92%	93%
	1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie		24,0	19,0	24,0	24,0	21,9	91%	91%
	1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD		3,00	2,80	3,00	3,00	3,11	104%	104%
	1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD		0,23	0,19	0,21	0,21	0,23	110%	100%
Déficience physique	1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)		3866	3600	2600	2600	2004	77%	52%
	1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)		21,5	14,5	16,3	16,3	18,7	115%	87%
	1.4.3	Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe		808	443	467	467	378	81%	47%
	1.4.8	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation		2442	N/A	2912	2912	3186	109%	130%
Déficience intellectuelle et TED	1.5.11	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)		715	592	1266	1266	1175	93%	164%
	1.5.12	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI-TED)		12,0	6,5	6,5	6,5	8,6	132%	72%
	1.5.13	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe		779	658	733	733	743	101%	95%
Jeunes en difficulté	1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoins en CSSS (mission CLSC)		8299	6722	8024	8024	8497	106%	102%
	1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)		7,0	6,0	7,0	7,0	7,0	100%	100%
	1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	*	12,0	N/A	18,0	18,0	21,5	84%	56%
	1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	*	30,0	N/A	21,6	21,6	15,2	142%	197%

Bilan abrégé de suivi de gestion régional 2008-2009 - Région des Laurentides

		Indicateurs pour les ententes de gestion 2008-2009			Cible 2010	Seuil 2008- 2009	Engagement 2008-2009		Résultats 2008-2009 31 mars 2009	Pourcentage d'atteinte au 31 mars 2009	
							annualisé	déboursé		Engagement déboursé	Cible 2010
	Jeunes en difficulté	1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	*	14,0	14,0	12,1	12,1	9,8	123%	143%
		1.6.8	Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	*	7,0	8,2	4,1	4,1	4,6	89%	152%
	Dép.	1.7.2	Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique		636	418	275	275	211	77%	33%
	Santé mentale	1.8.5	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services		1006	786	462	462	409	89%	41%
		1.8.6	Nombre de places en service de suivi intensif pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services		297	236	50	50	0	0%	0%
		1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	*	12,0	N/A	14,0	14,0	22,0	64%	55%
		1.8.8	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	*	0,0	N/A	4,0	4,0	10,8	37%	ND
		1.8.9	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)		9311	8161	4821	4671	4724	101%	51%
		1.8.10	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	*	0	N/A	385	385	800	48%	ND
	Santé physique	1.9.1	Séjour moyen sur civière	*	12,0	N/A	12,2	12,2	18,5	66%	65%
		1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	*	12,0	N/A	14,6	14,6	24,6	59%	49%
		1.9.3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	*	0,0	N/A	1,4	1,4	6,9	20%	ND
		1.9.4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	*	0,0	N/A	2,4	2,4	12,4	19%	ND
		1.9.5	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile **		1543	1256	1470	1470	1354	92%	88%
		1.9.6	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile		16,0	14,0	16,3	16,3	19,5	120%	122%
		1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	Augmen- tation		144	202	202	176	87%	ND
		1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	Augmen- tation		156	292	292	254	87%	ND
		1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	Augmen- tation		2587	4461	4461	5568	125%	ND
		1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	Augmen- tation		7687	9201	9201	8851	96%	ND
		1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	Augmen- tation		7681	8437	8437	9131	108%	ND
		1.9.20	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	Augmen- tation		90	90	90	94	104%	ND
		1.9.21	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	Augmen- tation		90	90	90	88	98%	ND
		1.9.22	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	Augmen- tation		90	90	90	53	59%	ND
	Gestion des bâtiments	2.2.2A	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Répertoire		100	100	100	100	32	32%	32%
		2.2.2B	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Catégorisation		100	100	100	100	23	23%	23%
		2.2.2C	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Accord responsable		100	100	100	100	16	16%	16%
		2.2.2D	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Accord du CA		100	100	100	100	11	11%	11%
		2.2.2E	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Désignation resp.		100	100	100	100	14	14%	14%

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Personnel du réseau et du ministère
--------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.
---	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats² 2008-2009</i>
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6.91	6.51	7.01 (P12)

Commentaires

La performance en matière de présence au travail étant toujours une priorité pour la région des Laurentides, cinq des 11 établissements ciblés pour cet indicateur dans notre région bénéficient encore du support de l'Agence dans l'implantation du programme de gestion intégrée de la présence au travail. Alors que deux établissements bénéficient quant à eux du support de l'Agence dans l'implantation du programme Entreprise en santé.

Six établissements ont amélioré ou maintenu leur ratio d'assurance salaire en 2008-2009 dont quatre des sept CSSS.

Ces résultats s'expliquent entre autres par une plus grande implication des gestionnaires dans le suivi des dossiers d'absence :

- les cas les plus lourds sont gérés plus étroitement (notion d'accommodement appliquée plus grandement ou fermeture de dossier);
- la gestion administrative des absences sporadiques faite plus rapidement;
- l'évaluation des diagnostics de santé mentale effectuée dès les premières semaines d'absence;
- la collaboration entre les gestionnaires et les services de SST est accrue;
- le support de médecins;
- l'ajout de rencontres avec l'employé pour préparer et faire le suivi de son retour au travail.

Nous avons atteint notre cible à 92 %. Sept établissements n'ont pas atteint leur cible dont quatre des CSSS.

Nous poursuivons nos actions visant à fournir l'accompagnement aux établissements afin de réaliser l'objectif de diminuer les ratios régional et locaux d'heures utilisées en assurance salaire sur l'ensemble des heures travaillées et d'atteindre la cible 2010 soit de 6.44 %.

Nom : Région 15	Date : 29 mai 2009
------------------------	---------------------------

¹Résultats en date du 13 mai 2008

²Résultats de la période 12 en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Personnel du réseau et du ministère
--------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.
---	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats³ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats⁴ 2008-2009</i>
3.2 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier	Nouveau	70 %	50 % (P12)
3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	Nouveau	70 %	40 % (P12)

Commentaires

La diminution des heures travaillées en temps supplémentaire par le personnel infirmier ainsi que du pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier demeure une grande préoccupation et une priorité pour la région. Nous remarquons que les établissements qui performant au niveau de l'indicateur du temps supplémentaire ont augmenté leur utilisation de la main-d'œuvre indépendante. Nous dénotons un phénomène de vases communicants.

Trois des 10 établissements qui n'ont pu atteindre leur cible ont dû déposer un plan d'action local pour la réduction du temps supplémentaire et de la main d'œuvre indépendante. Il s'agit de trois des sept CSSS.

Deux établissements ont maintenu le pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier en deçà des engagements 2008-2009.

Nous avons mis sur pied un comité régional composé de représentants des directions des ressources humaines des établissements, des représentants des directions des soins infirmiers ainsi que des représentants syndicaux régionaux concernant la main-d'œuvre indépendante. Ce comité a pour mandat de rechercher des solutions régionales afin de diminuer l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

Nous poursuivons nos travaux de promotion des emplois en santé et des services sociaux de la région avec nos partenaires des secteurs de l'emploi et de l'éducation.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

³Résultats en date du 13 mai 2008

⁴Résultats de la période 12 en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Santé publique
-------	----------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats ⁵ 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats ⁶ 2008-2009
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales			
1.1.11A En CHSGS	100 %	100 %	60 %
1.1.11B En CHSLD	50 %	100 %	37.5 %
1.1.11D En CHSGS avec lits psychiatriques	ND	ND	50 %

Commentaires

1.1.11 CHSGS – L'atteinte évaluée à 60 % doit être relativisée. En effet, trois CHSGS répondent à la norme à 100 % et plus alors qu'un des CHSGS y répond à 97 %. Nous considérons cette norme atteinte pour quatre des cinq CHSGS de la région. L'atteinte de cet indicateur dans la région se compare à celle de la province qui est à 81 %. Le CHSGS qui n'atteint pas la norme y répondait en 2007-2008 mais a actuellement un poste dépourvu de titulaire.

1.1.11 CHSLD – L'atteinte évaluée à 37.5 % doit aussi être relativisée. En effet, deux CHSLD répondent à la norme à 100 % et plus alors que deux autres y répondent à 95 et 96 %. Donc nous considérons cette norme atteinte pour quatre des huit CHSLD de la région soit une atteinte à 50 %. Notons que deux des CSSS ont fait le choix d'allouer plus de temps infirmière en courte durée qu'en longue durée à cause des besoins plus criants dans cette mission, ce qui explique qu'ils ont un écart positif en courte durée mais négatif en longue durée. La difficulté de la région d'atteindre cet indicateur en CHSLD est similaire à celle de la province puisque la moyenne provinciale n'est que de 58 %.

1.1.11 Psychiatrie – Trois des CSSS ont des lits de psychiatrie pour un total de 201 lits. Un des CSSS a intégré ces lits à sa mission de CHSGS compte tenue de son petit nombre de lits en psychiatrie. Le CSSS qui répond à la norme attendue est celui qui a le plus grand nombre de lits. La région se positionne en de ça de la moyenne provinciale qui est de 75 %.

Notons que depuis 2005, il y a une assez grande mobilité des ressources en prévention et contrôle des infections dans certains CSSS, ce qui fait en sorte que les postes sont parfois dépourvus de leur titulaire pour de grandes périodes. La mise en place de stratégies d'attraction et de rétention constitue un défi pour les gestionnaires en place afin d'assurer la qualité et le suivi des interventions en prévention et contrôle des infections nosocomiales.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

⁵Résultats en date du 13 mai 2008

⁶Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	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.

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats⁷ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats⁸ 2008-2009</i>
1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3707	3845	3618
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3.30	3.71	3.56

Commentaires

Ces services ont fait l'objet de plusieurs bonifications quant à leur définition et, conséquemment, les imputations de certains centres d'activités se sont déplacées vers d'autres programmes dont ceux de santé mentale et jeunes en difficulté.

De plus, certains CSSS ont procédé à des corrections d'imputation suite à l'analyse de dossiers d'utilisateurs.

Enfin, des difficultés de recrutement se font sentir aussi dans ce secteur.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

⁷Résultats en date du 13 mai 2008

⁸Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement
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 %.

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats⁹ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats¹⁰ 2008-2009</i>
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	9663	11247	10364
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	19.80	24.00	21.88

Commentaires

Le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile ainsi que l'intensité du suivi qui leur a été offert ont augmenté en 2008-2009 par rapport à l'année précédente. D'ailleurs, malgré une augmentation significative de la population âgée de 65 ans et plus (4,6 %), nous avons réussi à augmenter notre offre de service régionale, celle-ci passant de 15,1 % à 15,5 % de la population.

Toutefois, nous n'avons pas atteint nos cibles 2008-2009. Cette non-atteinte s'explique par les facteurs suivants :

- Plusieurs CSSS ont connu des difficultés de recrutement de professionnels. Plusieurs postes notamment d'ergothérapeutes sont restés sans titulaire plusieurs mois;
- L'alourdissement de la clientèle âgée, et plus particulièrement des 75 ans et plus, fait en sorte que la durée requise pour réaliser les interventions augmente;
- L'augmentation des interventions chirurgicales, notamment PTH, PTG et cataractes et de l'offre de services en soins palliatifs à domicile a fait pression sur les services de soutien à domicile et a entraîné un déplacement des ressources PALV vers le programme Services généraux;
- Certains CSSS ont modifié leur organisation du travail de telle sorte que les intrants liés aux prélèvements ne font plus partie du SAD. Les personnes âgées continuent de bénéficier de ce type de services, toutefois les prélèvements ne sont plus comptabilisés dans les indicateurs 1.3.1 et 1.3.2.

Dans le but d'améliorer le niveau de services offerts à notre clientèle en perte d'autonomie, nous poursuivons nos travaux visant à trouver des solutions aux difficultés de recrutement de ressources et à réorganiser le travail de façon plus efficiente. Par ailleurs, nous comptons sur l'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) pour réaliser des gains significatifs en termes de continuité de services et ainsi mieux desservir la clientèle en perte d'autonomie.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

⁹Résultats en date du 13 mai 2008

¹⁰Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	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 %.
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹¹ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats¹² 2008-2009</i>
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3.05	3.00	3.11
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0.21	0.21	0.23

Commentaires

L'atteinte et le dépassement des résultats démontrent les efforts consentis.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

¹¹Résultats en date du 13 mai 2008

¹²Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	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, en augmentant l'intensité des services.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹³ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats¹⁴ 2008-2009</i>
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2083	2600	2004
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	16.0	16.3	18.7

Commentaires

La cible 2008-2009 n'a pas été atteinte en partie parce qu'une grande confusion existe entre le départage de clientèle PALV et DP adulte. À titre d'exemple, un certain nombre de personnes suivies en déficience physique sont automatiquement inscrites avec un profil PALV lorsqu'elles atteignent l'âge de 65 ans. De plus, des interventions auprès de la clientèle ayant un diagnostic de déficience physique et présentant des besoins en lien avec leur diagnostic sont parfois comptabilisées en Santé physique.

Au cours de l'année 2008-2009, nous réaliserons des travaux nous permettant de mieux départager la clientèle DP des autres profils de clientèle.

La confusion entre les profils PALV et DP ne peut à elle seule expliquer la baisse remarquée du nombre d'usagers. Nous avons analysé les listes d'attente en déficience physique de chacun des CSSS et cela nous a permis de constater que même si l'ensemble de la clientèle en attente recevait des services, nous serions loin de la cible fixée par le MSSS pour 2010. Ainsi, nous considérons que le MSSS a surévalué la cible à atteindre pour l'indicateur 1.4.1.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

¹³Résultats en date du 13 mai 2008

¹⁴Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	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.

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹⁵ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats¹⁶ 2008-2009</i>
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	330	467	378

Commentaires

Le suivi réalisé auprès des établissements au cours de l'année nous a permis de bien identifier le nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille demande des services de soutien par allocation directe (répit, gardiennage, dépannage).

À la période 11, nous avons estimé qu'avec :

- les plans de service réalisés par les CSSS (en 2008-2009);
- les relances faites par les CSSS auprès des clients n'ayant pas encore réclamé leur allocation;
- et l'évaluation de nouvelles demandes (dossiers en attente);

nous serions en mesure d'atteindre la cible. Les résultats de la treizième période s'expliquent par le fait que la clientèle pour laquelle nous avons prévu une allocation directe, n'a pas réclamé cette somme. Donc, malgré que le CSSS évalue une demande et attribue l'allocation à la famille, la donnée apparaît dans Gestred seulement si la famille fait une réclamation de ladite allocation.

De plus, nous avons estimé qu'avec le volume actuel de clients demandant des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe, et en y ajoutant un nombre de nouvelles demandes pour 2009-2010 estimées à partir des données des CSSS cumulées au cours des dernières années, nous serons loin de la cible 2010 fixée par le MSSS. Donc, nous croyons que le MSSS a surévalué la cible à atteindre pour cette clientèle.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

¹⁵Résultats en date du 13 mai 2008

¹⁶Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Services 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.
---	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹⁷ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats¹⁸ 2008-2009</i>
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	3105	2912	3186

Commentaires

Les cibles en services spécialisés sont déjà atteintes. Cependant, il faut demeurer prudents car malgré cette hausse de niveau de service, les listes d'attente demeurent longues et l'offre de service est encore incomplète. De plus, nous notons une augmentation fulgurante du nombre de jeunes de 0 à 17 ans, dans la ceinture sud de la région, exerçant une pression importante, notamment sur les services en déficience du langage et en déficience motrice.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

¹⁷Résultats en date du 13 mai 2008

¹⁸Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED
--------------	--

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 ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats¹⁹ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats²⁰ 2008-2009</i>
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1099	1266	1175
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	7.4	6.5	8.6

Commentaires

Les sommes investies dans ce programme au cours des dernières années ont amené les CSSS de la région à réorganiser et bonifier leurs services auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Il en a résulté une migration de plusieurs intervenants et cadres intermédiaires des services de soutien à domicile vers les directions enfance-jeunesse. L'ensemble de ces facteurs ont influencé la saisie des données (I-CLSC) reliées à cette clientèle et par la même occasion les résultats pour les indicateurs de suivi (1.5.11 et 1.5.12). En effet, certains centres d'activités sont maintenant utilisés pour desservir cette clientèle alors qu'ils ne sont pas comptabilisés dans les indicateurs 1.5.11 et 1.5.12 bien qu'ils correspondent aux interventions réalisées sur le terrain. Nous continuons à documenter la situation et tentons de solutionner ces problématiques afin d'obtenir des données plus fiables.

Par ailleurs, l'épuration des listes d'attente a amené certains établissements à répondre à un volume important de demandes priorisées de nature complexe qui a limité leur capacité d'offrir des services à davantage de clients. Par contre, l'intensité des services s'en est retrouvée rehaussée ce qui fait qu'au total le nombre d'interventions réalisées est plus élevé que ce qui était prévu dans les cibles 2008-2009.

Finalement, l'application du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience a mobilisé beaucoup d'énergie dans les établissements qui ont eu à se l'approprier et à revoir leurs processus cliniques tout en développant leur offre de services. De plus, les sept CSSS de la région ont signé une entente de collaboration avec le Centre du Florès, ce qui implique pour les établissements de première ligne le développement de leur expertise et la mise en place de mécanismes formels de liaison avec le centre de réadaptation. Il est toutefois à prévoir que les efforts investis dans la dernière année permettront une stabilisation des équipes et une amélioration de leur performance.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

¹⁹Résultats en date du 13 mai 2008²⁰Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED
--------------	--

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats²¹ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats²² 2008-2009</i>
1.5.13 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	673	733	743

Commentaires

Il est difficile d'évaluer l'impact de l'actuelle réorganisation des services sur l'atteinte de la cible reliée à cet indicateur pour 2008-2009. En effet, les CSSS qui ont beaucoup de pression en termes de volume pour offrir un premier service à leur clientèle (standard dans le cadre du plan d'accès) ont eu des résultats mitigés par rapport à cette cible. Une piste de travail sera de vérifier où s'inscrit le soutien à la famille dans le processus clinique des équipes, car cette mesure est soit précédée ou accompagnée de services complémentaires pour la clientèle concernée.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

²¹Résultats en date du 13 mai 2008

²²Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	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.
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats²³ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats²⁴ 2008-2009</i>
1.6.1 Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) atteints en CSSS (mission CLSC)	8024	8024	8497
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7.0	7.0	7.0

Commentaires**Sur le plan régional**

- Les cibles de ces deux indicateurs ont été rencontrées avec satisfaction et même dépassées en ce qui concerne l'indicateur pour le nombre d'utilisateurs atteints (1.6.1).

Sur le plan local

- Tous les CSSS, sauf un, atteignent la cible en termes de nombre d'utilisateurs (1.6.1);
- La cible liée à l'intensité (1.6.2) demeure difficile à atteindre pour la majorité (5/7) des CSSS.

Note : Ces deux indicateurs sont liés, l'atteinte de l'un pouvant se faire au détriment de l'autre.

De plus, les activités de groupe, qui représentent de bonnes pratiques auprès de cette clientèle, ne sont pas tenues en compte dans le calcul de ces indicateurs. Il en résulte un portrait partiel des services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille en termes de nombre d'utilisateurs et d'intensité.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

²³Résultats en date du 13 mai 2008

²⁴Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	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.
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats²⁵ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats²⁶ 2008-2009</i>
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	22.6	18.0	21.5
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	21.6	21.6	15.2
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	12.1	12.1	9.8
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	4.1	4.1	4.6

Commentaires

Les indicateurs 1.6.5 et 1.6.7 sont atteints avec haute satisfaction.

L'indicateur 1.6.4 demeure difficile à atteindre pour les motifs suivants :

- Le nombre de postes ETC est de 49 à l'évaluation en protection de la jeunesse;
- Toutefois, au cours de la dernière année, le roulement du personnel en fonction de différentes raisons (maternité, départ, changement de poste, etc.) a fait en sorte que 74 personnes différentes ont été affectées à ces postes;
- Les impacts en termes de perte de productivité sont les suivants : lorsqu'une personne quitte son poste, son départ fait en sorte qu'aucun nouveau dossier ne lui soit assigné les trois ou quatre semaines précédant son départ afin qu'elle puisse terminer les évaluations en cours. Par ailleurs, l'entrée en fonction d'un nouvel intervenant n'est pas nécessairement immédiat. De plus, la personne qui entre en fonction nécessite une période d'intégration. Finalement, étant donné que ces nouveaux intervenants sont souvent sans grande expérience dans le secteur, leur niveau de productivité n'est pas à son plein potentiel pendant les six premiers mois;
- La productivité des intervenants a malgré tout été de 32.2 heures par évaluation réalisée par ETC. L'objectif de 30 heures par évaluation n'a pu être atteint pour la première fois en quatre ans. L'ajout de ressources temporaires permettra d'augmenter la capacité théorique à l'évaluation à 58 au début de 2009-2010;
- Toutefois, le taux de signalements a augmenté si bien que les effets au niveau de l'attente à l'évaluation ne se font pas sentir pour le moment.

L'indicateur 1.6.8 :

En 2006-2007 le taux de placement était de 4,9/1000 jeunes et en 2007-08 de 4,1 alors que la cible était de 5,1. Pour 2008-2009, il y a une légère augmentation à 4,6/1000 jeunes. Il faut comprendre que la cible a été fixée en fonction des résultats de l'année précédente qui étaient très performants bien au delà de la cible 2010 fixée par le MSSS en 2005 qui est de sept placements pour 1000 jeunes.

Nom : Région 15	Date : 29 mai 2009
------------------------	---------------------------

²⁵Résultats en date du 13 mai 2008

²⁶Résultats en date du 11 mai 2009 pour les indicateurs 1.6.4, 1.6.5 et 1.6.7 et du 25 mai pour l'indicateur 1.6.8 (une erreur ayant été constatée et corrigée dans Gestred).

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :		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		Résultats²⁷ 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats²⁸ 2008-2009
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique		268	275	211

Commentaires

Il n'y a pas de liste d'attente pour le jeu pathologique dans la région des Laurentides malgré de nombreuses activités de publicité et de « reaching out ». Afin de compenser la baisse de clientèle pouvant être rejointe en jeu pathologique, le CRD a augmenté le nombre d'usagers vus en externe pour un problème de dépendance (115 de plus). L'accès à des services en toxicomanie s'en retrouve donc amélioré.

Par ailleurs, l'implantation d'un nouveau système d'information clientèle SIC SRD est venue modifier les résultats statistiques reliés à cet indicateur. En effet, la modification du délai de fermeture de dossier liée à l'inactivité au sein de ce dernier, passant de 90 jours à 30 jours a entraîné une baisse du nombre de joueurs comptabilisés.

Nom : Région 15**Date :** 29 mai 2009²⁷Résultats en date du 13 mai 2008²⁸Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :		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		Résultats²⁹ 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats³⁰ 2008-2009
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services		265	462	409
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services		NA	50	0
Commentaires				
Soutien d'intensité variable (SIV, 1.8.5) ➤ Le problème réside principalement dans le recrutement et la rétention du personnel pour ce service; ➤ De plus, une prestation de services en milieu rural suppose un nombre d'usagers par intervenant moindre qu'en milieu urbain en raison des temps de déplacement; ➤ Le calcul et le suivi de cet indicateur demeurent encore un problème pour bien des établissements et les imputations sont parfois erronées. Suivi intensif dans le milieu (SIM, 1.8.6) ➤ Une nouvelle équipe de cinq intervenants a été mise en place à la fin de l'année. ➤ De plus, selon le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) créé récemment par le MSSS, une demi-équipe de cinq intervenants arrive plutôt à suivre 40 personnes.				
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009		

²⁹Résultats en date du 13 mai 2008³⁰Résultats en date du 11 mai 2009. Indicateur 1.8.5 : incluant la production des organismes communautaires (non comptabilisés dans Gestred) reconnus en suivi communautaire (50 usagers/places/années) Résultat Gestred : 369 places.

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :		Services d'urgence – santé mentale		
Objectifs de résultats 2005-2010		Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mental : - séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.		
<i>Indicateurs</i>		<i>Résultats³¹ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats³² 2008-2009</i>
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale		18.4	14.0	22.0
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale		6.3	4.0	10.8
Commentaires				
L'engorgement des unités d'hospitalisation de courte durée et les problèmes liés à l'hébergement en santé mentale (places de dépannage et en hébergement de crise) impactent directement la performance des salles d'urgence pour cette clientèle. De plus, des difficultés persistent concernant le transfert de patients vers le CSSS de Saint-Jérôme ce qui augmente la congestion des urgences des CSSS d'origine qui ne peuvent hospitaliser ces clientèles au sein de leur établissement et le nombre de personnes qui y séjournent 48 heures et plus. Par ailleurs, la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale est peu prise en charge par les omnipraticiens en cliniques médicales. Toutefois, des actions sont mises de l'avant pour améliorer la situation générale dans les salles d'urgence de notre région. Ces mesures s'appliquent également aux clientèles ayant des problèmes de santé mentale (voir fiche de reddition pour les indicateurs 1.9.1 à 1.9.4 p.19).				
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009		

³¹Résultats en date du 13 mai 2008³²Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	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.		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats³³ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats³⁴ 2008-2009</i>
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	3289	4671	4724

Commentaires

Nous voyons ici les impacts positifs des investissements en santé mentale des dernières années. Toutefois, des efforts restent à faire pour accroître l'accessibilité aux services de première ligne.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

³³Résultats en date du 13 mai 2008

³⁴Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Services de deuxième ligne – santé mentale
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats³⁵ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats³⁶ 2008-2009</i>
1.8.10 Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	494	385	800

Commentaires

Les CSSS du centre-sud de la région sont confrontés à un nombre insuffisant de professionnels en deuxième ligne qui crée un goulot d'étranglement au niveau des psychiatres et pédopsychiatres.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

³⁵Résultats en date du 13 mai 2008

³⁶Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :		Services d'urgence – santé physique		
Objectifs de résultats 2005-2010		Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.		
<i>Indicateurs</i>		<i>Résultats³⁷ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats³⁸ 2008-2009</i>
1.9.1 Séjour moyen sur civière		16.3	12.2	18.5
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus		21.4	14.6	24.6
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière		4.4	1.4	6.9
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus		8.1	2.4	12.4
Commentaires				
Résultat non atteint au niveau des quatre indicateurs concernant les services d'urgence – santé physique. Certaines salles d'urgence de la région ont éprouvé des difficultés en partie à cause d'effectifs médicaux limités à l'urgence ainsi qu'à l'hospitalisation. Cependant plusieurs actions ont été mises de l'avant pour améliorer la situation : ➤ Le suivi quotidien de l'engorgement des salles d'urgence de la région est effectué par l'Agence. Une réévaluation en après-midi est réalisée lorsque nécessaire; ➤ La production et la diffusion quotidienne d'un rapport concernant les données des salles d'urgence et la situation dans les centres hospitaliers de la région des Laurentides; ➤ Un plan d'action en lien avec les mesures identifiées prioritaires pour améliorer les trajectoires de soins, autour des urgences hospitalières a été envoyé par l'Agence, vers les CSSS avec CH et une évaluation a été faite deux fois cette année; ➤ Un comité interne à l'Agence concernant les urgences regroupe hebdomadairement des représentants des directions DRAMH-Préhospitalier-DSS et les coordonnateurs des mesures d'urgence. Un compte rendu est diffusé aux principaux acteurs à l'intérieur de l'Agence; ➤ Un comité ad hoc est en place, auquel participent les DG des CSSS concernés, le PDG de l'Agence, des représentants des directions de l'Agence DRAMH-Préhospitalier, DSS, DSA, pour discuter des impacts de l'engorgement et des solutions possibles; ➤ La mise en place d'un nouveau comité régional des salles d'urgence piloté par l'Agence regroupant les médecins chefs de département d'urgence, les chefs d'unité d'urgence et les gestionnaires des lits. La première rencontre s'est tenue le 5 février 2009. Il y aura quatre rencontres annuellement. Les prochaines priorités pour optimiser les salles d'urgence consisteront à : ➤ Améliorer l'organisation et le fonctionnement des urgences; ➤ Assurer l'accessibilité et la continuité des services dans les unités d'urgence; ➤ Maintenir l'accessibilité aux services médicaux; ➤ Contribuer à l'organisation de services hiérarchisés autour d'une première ligne forte au niveau de la santé mentale. ➤ Contribuer à développer une approche gériatrique au niveau des CSSS.				
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009		

³⁷Résultats en date du 13 mai 2008³⁸Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :		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		Résultats³⁹ 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats⁴⁰ 2008-2009
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile		1290	1470	1354
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile		15.0	16.3	19.5
Commentaires				
Il ne fait aucun doute que chaque territoire de CSSS priorise la clientèle de soins palliatifs à domicile. Par conséquent, même si certains territoires connaissent une baisse dans le nombre d'usagers desservis à domicile, on nous confirme qu'il n'y a pas de liste d'attente pour ce type de clientèle pour ces CSSS. Pour l'année 2009-2010 une attention particulière sera portée à l'ensemble des sept CSSS afin de vérifier avec les gestionnaires responsables de cette clientèle si tout est mis en œuvre afin d'identifier tout client ayant besoin de services de soins palliatifs à domicile. À cet égard, nous nous proposons d'interpeller la Table régionale des directrices et des directeurs du Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) afin de les accompagner vers l'atteinte de la cible 2010 fixée à 1543 usagers. Quant à l'intensité des services, les chiffres confirment le haut niveau de soins offerts par les équipes de soutien à domicile dans tous les CSSS des Laurentides auprès de la clientèle de soins palliatifs. De plus, l'Agence a aussi été financée par la Direction de la lutte contre le cancer pour les années 2007-2008 et 2008-2009 afin de réaliser un Projet pilote d'implantation dans les Laurentides des Protocoles pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie (publiés par le RQAM en 2006). Ce projet pilote aura un impact sur l'accroissement de la prise en charge des personnes atteintes d'une MPOC par les équipes de soins palliatifs à domicile dans chacun des CSSS de la région. Par ailleurs, la mise en place de postes de coordonnateurs de services de soins palliatifs dans trois territoires de CSSS et le déploiement à l'hiver 2009 d'une formation régionale visant à optimiser le travail en interdisciplinarité auprès notamment des membres des équipes de soins palliatifs de la région auront sans aucun doute un effet positif vers l'atteinte, voire même le dépassement de notre cible 2010. Pour terminer, soulignons que dans le cadre du suivi du Plan de mise en œuvre dans les Laurentides 2007-2012 de la Politique en soins palliatifs de fin de vie, nous effectuerons à l'automne 2009 avec les acteurs concernés dans chacun des CSSS un bilan mi-parcours. Ainsi, en fonction de chacune des actions proposées, nous identifierons les écarts comblés depuis le bilan initial effectué en 2007-2008. Déjà, nous savons que des efforts supplémentaires devront être consentis afin de consolider les services suivants : ➤ Expertise en soins palliatifs pédiatriques; ➤ Entente avec les pharmacies communautaires afin d'avoir un service en dehors des heures habituelles d'ouverture; ➤ Lits pour de l'hébergement temporaire; ➤ Consolidation des équipes interdisciplinaires en soins palliatifs à domicile; ➤ Ressourcement du personnel, soutien psychologique; ➤ Programme de soins palliatifs dans les ressources privées et alternatives; ➤ Accès à des lits dédiés de soins palliatifs; ➤ Formation des intervenants.				
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009		

³⁹Résultats en date du 13 mai 2008⁴⁰Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Lutte contre le cancer		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats 2008-2009</i>
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	NA	NA	NA
Commentaires			
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009	

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Cardiologie tertiaire		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats 2008-2009</i>
1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A :	NA	NA	NA
Catégorie B :	NA	NA	NA
Commentaires			
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009	

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Cardiologie tertiaire		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats 2008-2009</i>
1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A :	NA	NA	NA
Catégorie B :	NA	NA	NA
Commentaires			
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009	

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Cardiologie tertiaire		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électro-physiologie		
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats 2008-2009</i>
1.9.10 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie			
Catégorie A :	NA	NA	NA
Catégorie B :	NA	NA	NA
Commentaires			
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009	

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :		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		
<i>Indicateurs</i>		<i>Résultats⁴¹ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats⁴² 2008-2009</i>
1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	228	202	176
1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	257	292	254
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	3518	4461	5568
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	9610	9201	8851
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	8718	8437	9131
Commentaires				
Arthroplasties de la hanche et du genou (indicateurs 1.9.11 et 1.9.12)				
Les cibles concernant les arthroplasties de la hanche et du genou n'ont pas été atteintes en partie à cause de la pénurie de chirurgiens orthopédistes à notre centre régional. Un nouveau plan d'action régional est à prévoir.				
Chirurgies de la cataracte (indicateur 1.9.13)				
La cible concernant les chirurgies de la cataracte a été dépassée de 1107 cas grâce à une entente avec Iris Laval. Des pourparlers sont actuellement en cours concernant la reconduction de cette entente pour 2009-2010.				
Chirurgies d'un jour excluant les cataractes (indicateur 1.9.14 et 1.9.15)				
La cible concernant les chirurgies d'un jour est non atteinte régionalement (96 %). Nous pouvons expliquer cet écart par le fait que plusieurs de ces chirurgies sont maintenant effectuées hors des blocs opératoires (endoscopie, clinique externe, etc.). Cette pratique est en expansion au niveau national et le ministère nous fournira des balises concernant l'inscription de ces chirurgies au cours de la prochaine année.				
Chirurgies avec hospitalisation (indicateur 1.9.16)				
La cible est atteinte à 108 % pour les chirurgies avec hospitalisation.				
Il est important de noter que nous poursuivons nos travaux d'optimisation des blocs opératoires avec l'introduction de la méthode Lean dans toute la région. De plus, des plans d'action régionaux seront élaborés dans le but de répondre plus adéquatement aux besoins de notre clientèle afin d'augmenter notre taux de rétention dans la région.				
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009		

⁴¹Résultats en date du 13 mai 2008⁴²Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :		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.		
<i>Indicateurs</i>		<i>Résultats⁴³ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats⁴⁴ 2008-2009</i>
1.9.20	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	Nouveau	90 %	93.5 %
1.9.21	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	Nouveau	90 %	87.9 %
1.9.22	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	Nouveau	90 %	53.3 %
Commentaires				
Délais pour une arthroplastie totale de la hanche La cible est atteinte au niveau des arthroplasties totales de la hanche. Délais pour une arthroplastie totale du genou La cible n'est pas atteinte (87.9 %) au niveau des arthroplasties totales du genou. Des mécanismes de validation seront élaborés par les responsables locaux afin de s'assurer de respecter les cibles. Délais pour une chirurgie de la cataracte La cible n'est pas atteinte (53.3 %) pour les cataractes compte-tenu de la méthode de saisies de données effectuée par notre centre régional. En effet, le calcul de l'attente pour le deuxième œil débutait au moment de l'inscription du premier œil. Cette méthode engendrait un délai considérable pour le deuxième œil, puisqu'un délai de quatre semaines est nécessaire entre les chirurgies des deux yeux. La correction des données sera terminée pour le 1^{er} juin 2009 et nous aurons alors le portrait réel des délais pour les chirurgies de la cataracte dans la région. Des actions seront entreprises en fonction des résultats obtenus. Il est à noter que des rencontres entre la responsable régionale et les responsables locaux seront amorcées dès juin 2009 dans le but de soutenir les établissements dans l'atteinte de leurs cibles.				
Nom : Région 15		Date : 29 mai 2009		

⁴³Résultats en date du 13 mai 2008⁴⁴Résultats en date du 11 mai 2009

Fiche de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Prévention et contrôle - infections nosocomiales
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.
---	--

<i>Indicateurs</i>		<i>Résultats⁴⁵ 2007-2008</i>	<i>Cibles 2008-2009</i>	<i>Résultats⁴⁶ 2008-2009</i>
2.2.2 Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	Nouveau	100 %	31.8 %
	Catégorisation	Nouveau	100 %	22.7 %
	Accord responsable	Nouveau	100 %	15.9 %
	Accord au c/a	Nouveau	100 %	11.4 %
	Désignation d'un responsable	Nouveau	100 %	13.6 %

Commentaires

Cet indicateur de gestion a été introduit en 2007-2008 pour les établissements ayant une mission de courte ou de longue durée. En 2008-2009, deux autres missions ont été ajoutées soit les CLSC et les centres de réadaptation physique. Pour les 11 établissements visés par cet indicateur, il y a 44 installations dans la région des Laurentides.

Les étapes visant le répertoire et la catégorisation sont soit réalisées ou en voie de réalisation pour la moitié des installations (23/44). Deux établissements ont complété la démarche pour l'ensemble de leurs installations et l'établissement qui n'a pas encore amorcé sa démarche prévoit le faire à l'automne.

L'atteinte de cette cible est particulièrement prioritaire en courte et en longue durée. Par contre, elle y est aussi plus complexe et plus longue à faire. L'ajout de deux nouvelles missions, alors que la démarche était à peine amorcée en courte et longue durée, influence donc à la baisse les résultats de 2008-2009. De plus, la réalité de ces nouvelles missions est différente (ex. : locaux de type locatif, genre de clientèle, niveau de soins, etc.). Les risques infectieux sont différents ce qui requiert une analyse différente de ce qui se fait en CH et CHSLD.

La difficulté de la région à atteindre cette cible est similaire à celle de la province puisqu'une seule région a complété la démarche. Néanmoins, le taux de réalisation pour la région des Laurentides est inférieur (19.1 %) à celui de la province (44.5 %).

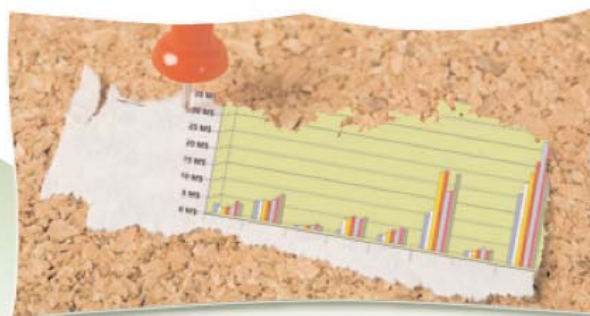
Le Comité en hygiène et salubrité des Laurentides a été mis sur pied en 2008-2009 afin de favoriser le partage d'expérience et d'assurer une meilleure coordination des démarches en matière d'hygiène et salubrité. Deux sous-comités de travail ont été créés dans le but de soutenir les établissements notamment pour l'atteinte des cibles concernant les zones grises et la formation des préposés.

Nom : Région 15

Date : 29 mai 2009

⁴⁵Résultats en date du 13 mai 2008

⁴⁶Résultats en date du 11 mai 2009



Données financières

Enveloppe régionale des crédits

Situation financière des établissements

Subventions accordées aux organismes
communautaires

États financiers

Enveloppe régionale des crédits

Chapitre 6

Enveloppe régionale comparative des crédits (base déboursée)

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2009

	Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE	
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2007-2008 inscrit dans le système SBF-R	01 707 099 685 \$
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE	
Allocations aux établissements	02 653 714 108
Allocations aux organismes communautaires	03 20 659 057
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04 765 680
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05 675 138 845
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06 25 367 292
Autres	07 17 100
TOTAL (L.05 à L.07)	08 700 523 237
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09 6 576 448 \$
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les établissements publics	
- Comptes à payer signifiés	10 5 221 662
- Comptes à payer non signifiés	11 821 928
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les organismes autres que les établissement publics	
- Comptes à payer signifiés	12 99 805
- Comptes à payer non signifiés	13 235 938
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14 6 379 333
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15 197 115
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16 - \$

Les nouveaux crédits (Brut - base annuelle)

	2007-2008	2008-2009	% augmentation 07-08
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Coûts de systèmes (indexation)	18,1	19,3	2,70%
Coûts de système spécifique	3,3	3,5	0,49%
Développement des services (détails au tableau suivant)	17,8	13,6	1,90%
Autres ajustements en cours d'exercice	0,6	0,8	0,11%
TOTAL	39,8	37,2	5,19%

Développements (incluant transition) par programme
(base annuelle)

	2007-2008	2008-2009
Santé publique		808 492 \$
Services généraux	180 000 \$	406 168 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement	6 050 820 \$	2 988 133 \$
Déficiences physique	2 510 981 \$	1 755 358 \$
Déficiences intellectuelle et TED	2 664 092 \$	1 260 562 \$
Jeunes en difficultés	2 634 348 \$	981 284 \$
Dépendances		709 000 \$
Santé mentale	2 780 411 \$	1 164 000 \$
Santé physique	1 004 395 \$	2 802 378 \$
Administration		717 171 \$
Gestion des bâtiments et des équipements		
Total	17 825 047 \$	13 592 546 \$

Situation financière des établissements

Établissements publics et privés conventionnés Budget net de fonctionnement (base déboursée)

	<i>2007-2008</i>	<i>2008-2009</i>
CSSS d'Antoine-Labelle	71 065 488 \$	74 925 479 \$
CSSS de Saint-Jérôme	163 659 470 \$	179 041 777 \$
CSSS des Sommets	58 043 287 \$	63 181 636 \$
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	101 032 506 \$	107 842 269 \$
CSSS d'Argenteuil	32 487 123 \$	34 416 741 \$
CSSS de Thérèse-De Blainville	46 285 727 \$	51 382 766 \$
CSSS des Pays-d'en-Haut	12 329 385 \$	13 852 884 \$
La Résidence de Lachute	2 365 419 \$	2 538 604 \$
Centre André-Boudreau	3 828 243 \$	4 231 286 \$
Centre du Florès	40 395 733 \$	43 506 309 \$
CRDP Le Bouclier	8 086 578 \$	10 477 946 \$
Centre jeunesse des Laurentides	55 250 673 \$	58 301 134 \$
Total établissements publics	594 829 632 \$	643 698 831 \$
CHSLD Deux-Montagnes	4 010 186 \$	4 185 758 \$
CHSLD Villa Soleil	8 862 063 \$	9 293 037 \$
Pavillon Sainte-Marie (CR)	8 314 783 \$	8 563 164 \$
Total établissements privés conventionnés	21 187 032 \$	22 041 959 \$
Total région des Laurentides	616 016 664 \$	665 740 790 \$

Établissements publics Surplus (déficits)

	2007-2008		
	<i>Surplus (déficit)</i>	<i>Déficit autorisé</i>	<i>Écart</i>
CSSS d'Antoine-Labelle	(524 032) \$	(549 538) \$	25 506 \$
CSSS de Saint-Jérôme	(7 579 925) \$	(1 260 479) \$	(6 319 446) \$
CSSS des Sommets	(2 889 876) \$	(2 075 178) \$	(814 698) \$
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	(5 801 038) \$	(3 650 778) \$	(2 150 260) \$
CSSS d'Argenteuil	169 200 \$	- \$	169 200 \$
CSSS de Thérèse-De Blainville	(211 428) \$	(234 419) \$	22 991 \$
CSSS des Pays-d'en-Haut	(165 108) \$	(165 246) \$	138 \$
La Résidence de Lachute	10 168 \$	- \$	10 168 \$
Centre André-Boudreau	7 665 \$	- \$	7 665 \$
Centre du Florès	(247 934) \$	(668 668) \$	420 734 \$
Centre jeunesse des Laurentides	(459 919) \$	(617 322) \$	157 403 \$
Total établissements publics	(17 692 227) \$	(9 221 628) \$	(8 470 599) \$

	2008-2009		
	<i>Surplus (déficit)</i>	<i>Déficit autorisé</i>	<i>Écart</i>
CSSS d'Antoine-Labelle	(1 751 408) \$	(549 538) \$	(1 201 870) \$
CSSS de Saint-Jérôme	(5 510 088) \$	(1 260 479) \$	(4 249 609) \$
CSSS des Sommets	(2 073 488) \$	(2 075 178) \$	1 690 \$
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	(3 637 485) \$	(3 650 778) \$	13 293 \$
CSSS d'Argenteuil	126 951 \$	- \$	126 951 \$
CSSS de Thérèse-De Blainville	(1 626 741) \$	(234 419) \$	(1 392 322) \$
CSSS des Pays-d'en-Haut	(164 995) \$	(165 246) \$	251 \$
La Résidence de Lachute	184 953 \$	- \$	184 953 \$
Centre André-Boudreau	25 702 \$	- \$	25 702 \$
Centre du Florès	(540 526) \$	(668 668) \$	128 142 \$
Centre jeunesse des Laurentides	(507 102) \$	(617 322) \$	110 220 \$
Total établissements publics	(15 474 227) \$	(9 221 628) \$	(6 252 599) \$

Autorisations d'emprunt des établissements publics au 31 mars 2009

<i>Emprunts</i>	<i>\$ Autorisé</i>	<i>\$ Utilisé</i>
Autorisés par le MSSS		
Dépenses de fonctionnement	125 200 000 \$	107 493 681 \$
Projets autofinancés d'économie d'énergie	5 902 106 \$	638 889 \$
	131 102 106 \$	108 132 570 \$
Autorisés par l'Agence		
Projets autofinancés *	3 340 592 \$	3 251 604 \$

* Le plafond régional autorisé des autorisations d'emprunts reliées aux dépenses en immobilisations du fonds d'exploitation est de 5 380 000 \$.

Subventions accordées aux organismes communautaires

Chapitre 6

	Versement total 2007-2008	Versement total 2008-2009
Catégorie A - Alcoolisme, toxicomanie et dépendance		
Groupe JAD	70 721 \$	75 807 \$
Unité Toxi des Trois-Vallées	26 152 \$	26 544 \$
Maison Lyse-Beauchamp	188 565 \$	186 000 \$
Regroupement en toxicomanie Prisme	142 701 \$	152 047 \$
Sablier	94 484 \$	95 900 \$
Tangage des Laurentides	96 899 \$	93 172 \$
Unité Domrémy de Sainte-Thérèse	153 465 \$	161 493 \$
Sous-total - Catégorie A	772 987 \$	790 963 \$
Catégorie B - Contraception, périnatalité, allaitement, famille		
6 ^e Jour	121 698 \$	154 076 \$
Grands-Parents Tendresse	59 447 \$	57 972 \$
Maison de la famille de Bois-des-Filion	- \$	10 750 \$
Maison de la famille des Pays-d'en-Haut	1 700 \$	1 850 \$
Maison de la famille du Nord	762 \$	- \$
La Petite Maison de Pointe-Calumet	825 \$	1 000 \$
Maison de la famille de Sainte-Anne-des-Plaines	1 000 \$	1 000 \$
Maison Parenfant des Basses-Laurentides	850 \$	850 \$
Maison Pause-Parent	1 700 \$	5 400 \$
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	130 550 \$	233 370 \$
Nourri-Source-Laurentides	13 597 \$	22 818 \$
Sous-total - Catégorie B	332 129 \$	489 086 \$
Catégorie C - Déficience physique		
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	21 348 \$	21 668 \$
Association des personnes avec des problèmes auditifs des Laurentides	189 045 \$	208 357 \$
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	60 387 \$	65 456 \$
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité	92 311 \$	101 139 \$
Centre d'aide aux personnes traumatisées crâniennes et handicapées physique des Laurentides	149 475 \$	203 508 \$
Groupe relève pour personnes aphasiques	110 980 \$	147 193 \$
Maison des parents d'enfants handicapés Laurentides Lanaudière	48 690 \$	52 817 \$
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides	92 327 \$	101 128 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	42 281 \$	44 980 \$
Service régional d'interprétariat de Lanaudière	- \$	2 500 \$
Service d'interprétation visuelle et tactile	80 164 \$	79 537 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques section Laurentides	31 675 \$	32 538 \$
Sous-total - Catégorie C	918 683 \$	1 060 821 \$

	Versement total 2007-2008	Versement total 2008-2009
Catégorie D - Déficience intellectuelle		
Acco-Loisir	68 073 \$	84 541 \$
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	21 348 \$	22 057 \$
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	60 389 \$	67 709 \$
Association des personnes handicapées intellectuelles des Laurentides	97 197 \$	93 535 \$
Atelier Altitude	118 977 \$	131 135 \$
La Libellule	125 838 \$	135 746 \$
Les Papillons de Nomingue	75 697 \$	86 343 \$
Maison des parents d'enfants handicapés Laurentides Lanaudière	76 697 \$	67 825 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	37 740 \$	35 873 \$
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	42 281 \$	44 980 \$
Société de l'autisme des Laurentides	169 411 \$	171 952 \$
Sous-total - Catégorie D	893 648 \$	941 696 \$
Catégorie G : Santé mentale		
Alternatives Laurentides	6 951 \$	7 055 \$
Association laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale	209 402 \$	214 793 \$
Atelier « Ensemble on se tient »	209 048 \$	212 184 \$
C.E.S.A.M.E., centre pour l'enfance en santé mentale Deux-Montagnes	149 358 \$	151 872 \$
Carrefour des femmes du Grand Lachute	- \$	13 735 \$
Centre aux sources d'Argenteuil	161 032 \$	165 698 \$
Centre de prévention du suicide Le Faubourg	534 297 \$	520 631 \$
Droits et recours des Laurentides	106 083 \$	107 674 \$
Groupe La Licorne MRC Thérèse-de-Blainville	227 662 \$	231 077 \$
L'Arc-en-Soi, centre de prévention et d'intervention en santé mentale	198 700 \$	201 681 \$
Le Groupe Harfang des Neiges des Laurentides	251 247 \$	255 016 \$
L'Échelon des Pays-d'en-Haut	135 710 \$	139 996 \$
L'Envolée de Sainte-Agathe-des-Monts	133 544 \$	137 797 \$
Maison Clothilde	121 967 \$	134 482 \$
Maison des jeunes d'Argenteuil	- \$	- \$
Sous-total - Catégorie G	2 445 001 \$	2 493 691 \$
Catégorie H - Centre d'action bénévole		
L'Action bénévole de la Rouge	30 154 \$	36 293 \$
Centre d'action bénévole Association Solidarité d'Argenteuil	39 990 \$	40 590 \$
Centre d'action bénévole Léonie-Bélanger	48 435 \$	49 162 \$
Centre de bénévolat de Saint-Jérôme	46 418 \$	42 040 \$
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut	220 633 \$	223 942 \$
Sous-total - Catégorie H	385 630 \$	392 027 \$

Subventions accordées aux organismes communautaires

Chapitre 6

	Versement total 2007-2008	Versement total 2008-2009
Catégorie J : Personnes âgées		
Atelier des aînés de la MRC Rivière-du-Nord	32 125 \$	32 606 \$
Mouvement d'entraide de Bellefeuille	44 721 \$	45 392 \$
Sous-total - Catégorie J	76 846 \$	77 998 \$
Catégorie K : Santé physique		
Association de la fibromyalgie des Laurentides	77 066 \$	99 035 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques section Laurentides	- \$	- \$
Sous-total - Catégorie K	77 066 \$	99 035 \$
Catégorie L : Personnes démunies		
Café communautaire L'Entre-gens de Sainte-Adèle, comté Rousseau	71 595 \$	87 423 \$
Amie du quartier	78 712 \$	87 653 \$
Atelier « Ensemble on se tient »	6 600 \$	- \$
Centre communautaire Ferme-Neuve	7 408 \$	22 550 \$
Centre d'action bénévole Léonie-Bélanger inc.	3 300 \$	- \$
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	4 173 \$	- \$
Centre de la famille du Grand Saint-Jérôme	119 341 \$	131 484 \$
Centre d'entraide d'Argenteuil	123 740 \$	130 738 \$
Centre d'entraide Racine-Lavoie	135 271 \$	132 625 \$
Centre d'entraide Thérèse-de-Blainville	92 463 \$	93 118 \$
Centre d'intervention en hortithérapie Les Serres de Clara	15 680 \$	- \$
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	3 920 \$	5 000 \$
Comptoir d'entraide de Labelle	18 799 \$	19 081 \$
Garde Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	10 383 \$	22 550 \$
Maison de la famille de Bois-des-Filion	9 900 \$	- \$
La Montagne d'Espoir	6 600 \$	- \$
La rencontre de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson	37 957 \$	40 079 \$
Centre regain de vie inc.	9 900 \$	- \$
L'Échelon des Pays-d'en-Haut	3 500 \$	- \$
Maison d'accueil de Prévost	15 252 \$	15 481 \$
Maison Pause Parent	3 300 \$	- \$
Manne du jour	65 367 \$	63 582 \$
Moisson Laurentides	148 500 \$	112 630 \$
Mouvement d'entraide de Bellefeuille	3 800 \$	- \$
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	1 900 \$	- \$
Objectif Partage	12 000 \$	- \$
Resto pop Thérèse-de-Blainville	5 000 \$	5 000 \$
Signée femmes - le centre de femmes	1 900 \$	- \$
Soupe populaire de la Vallée Saint-Sauveur	12 930 \$	14 390 \$
Sous-total - Catégorie L	1 029 191 \$	983 384 \$

	Versement total 2007-2008	Versement total 2008-2009
Catégorie N - Assistance et accompagnement/centres téléphoniques		
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes des Laurentides	- \$	- \$
4 Korner's Family Resource Center	- \$	7 300 \$
Sous-total - Catégorie N	- \$	7 300 \$
Catégorie O : VIH - SIDA		
Centre Sida Amitié	285 312 \$	269 092 \$
Sous-total - Catégorie O	285 312 \$	269 092 \$
Catégorie Q - Concertation et consultation générale		
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides	251 278 \$	174 786 \$
Sous-total - Catégorie Q	251 278 \$	174 786 \$
Catégorie R - Maintien à domicile		
L'Action bénévole de la Rouge	52 655 \$	53 445 \$
Association des abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus	14 248 \$	14 863 \$
Centre d'action bénévole Association Solidarité d'Argenteuil	219 057 \$	222 343 \$
Centre d'action bénévole Laurentides	200 894 \$	203 907 \$
Centre d'action bénévole Léonie-Bélanger	158 458 \$	160 835 \$
Centre d'action bénévole les artisans de l'aide	270 951 \$	275 015 \$
Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp	276 077 \$	280 218 \$
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	49 021 \$	49 757 \$
Centre de bénévolat de Saint-Jérôme	210 369 \$	213 524 \$
Comité de bénévolat Sainte-Anne-du-Lac	14 201 \$	14 855 \$
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	13 924 \$	14 768 \$
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut	- \$	- \$
Grands-Parents Tendresse	- \$	6 838 \$
Les joyeux aînés macaziens	14 342 \$	14 958 \$
Pallia-Vie, service de soins palliatifs à domicile	11 506 \$	11 506 \$
Mouvement d'entraide de Bellefeuille	- \$	- \$
SERCAN, service pour personnes atteintes d'un cancer	10 115 \$	10 115 \$
Société Alzheimer des Laurentides	98 872 \$	104 935 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques section Laurentides	- \$	- \$
Sous-total - Catégorie R	1 614 690 \$	1 651 882 \$

	Versement total 2007-2008	Versement total 2008-2009
Catégorie S : Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté		
La Citad'elle de Lachute	591 548 \$	658 496 \$
Maison d'accueil Le Mitan	613 504 \$	663 293 \$
La Maison d'Ariane	622 828 \$	673 265 \$
L'Ombre-Elle	595 228 \$	661 795 \$
Passe R Elle des Hautes-Laurentides	598 291 \$	641 191 \$
Sous-total - Catégorie S	3 021 399 \$	3 298 040 \$
Catégorie T - Centres de femmes		
Carrefour des femmes du Grand Lachute	199 093 \$	188 332 \$
Centre de femmes Les Unes et les Autres	168 987 \$	172 485 \$
Centre de femmes Liber'elles	5 333 \$	22 550 \$
Centre Rayons de femmes Thérèse-de-Blainville	156 782 \$	172 108 \$
La Colombe	159 961 \$	171 995 \$
La Mouvance centre de femmes	162 143 \$	171 927 \$
Signée femmes - le centre de femmes	162 739 \$	171 950 \$
Sous-total - Catégorie T	1 015 038 \$	1 071 347 \$
Catégorie V - Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Laurentides	339 004 \$	360 040 \$
Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles	193 321 \$	208 908 \$
L'Élan, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	238 805 \$	263 532 \$
Sous-total - Catégorie V	771 130 \$	832 480 \$
Catégorie X - Hommes en difficulté		
A.C.C.R.O.C., Accueil collectif des conjoints en relation opprimante et colérique	200 678 \$	197 636 \$
Paix, programme d'aide et d'intervention	142 071 \$	155 424 \$
Sous-total - Catégories X	342 749 \$	353 060 \$
Catégorie Z : Organismes de justice alternative		
Mesures alternatives des Basses-Laurentides	386 886 \$	395 190 \$
Mesures alternatives des Vallées-du-Nord	408 254 \$	416 280 \$
Sous-total - Catégorie Z	795 140 \$	811 470 \$

	Versement total 2007-2008	Versement total 2008-2009
Catégorie 1 : Maisons de jeunes		
Association des maisons de jeunes de Mirabel	82 993 \$	89 650 \$
Carrefour des jeunes de Mont-Laurier	115 877 \$	117 615 \$
Carrefour Jeunesse Desjardins	92 029 \$	98 270 \$
Maison des jeunes de Blainville	89 525 \$	96 849 \$
Maison des jeunes de Grenville et agglomération	72 675 \$	86 984 \$
Maison des jeunes de Labelle	70 375 \$	86 176 \$
Maison des jeunes d'Oka	70 547 \$	86 281 \$
L'Avenue 12-17	82 993 \$	89 650 \$
Univers Jeunesse Argenteuil	131 809 \$	133 786 \$
Maison des jeunes de Brownsburg	69 739 \$	86 173 \$
Maison des jeunes des Deux-Montagnes	89 279 \$	96 553 \$
Maison des jeunes de La Minerve	3 333 \$	53 270 \$
Maison des jeunes de la Vallée-de-la-Rouge	106 364 \$	107 959 \$
Maison des jeunes de Pointe-Calumet	56 464 \$	86 159 \$
Maison des jeunes de Sainte-Agathe	92 978 \$	96 903 \$
Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Plaines	93 576 \$	94 980 \$
Maison des jeunes de Saint-Eustache, Entre-Ado	106 713 \$	108 314 \$
Maison des jeunes de Saint-Jovite	100 238 \$	101 742 \$
Maison des jeunes des Basses-Laurentides	142 353 \$	136 812 \$
Maison de jeunes Rivière-du-Nord	106 713 \$	108 314 \$
Maison des jeunes Sainte-Adèle	97 858 \$	99 326 \$
Maison des jeunes Sodarrid de Boisbriand	94 174 \$	30 105 \$
Maison des jeunes Saint-Sauveur - Piedmont inc.	3 333 \$	53 271 \$
Sous-total - Catégorie 1	1 971 938 \$	2 145 142 \$
Catégorie 2 - Autres ressources jeunesse		
L'Antre Jeunes	124 308 \$	136 780 \$
Appartements supervisés Le Transit	21 550 \$	24 397 \$
Association des parents Panda Thérèse-de-Blainville	105 505 \$	129 919 \$
Centre ressource jeunesse Notre-Dame-du-Laus	43 381 \$	44 420 \$
Espace Laurentides	131 557 \$	128 456 \$
L'Écluse des Laurentides	189 439 \$	194 531 \$
Les Grands Frères et Grandes Sœurs de la Porte du Nord	52 115 \$	63 582 \$
Panda Basses-Laurentides Sud-Ouest	101 745 \$	128 781 \$
Parrainage civique Basses-Laurentides	32 739 \$	35 486 \$
Sous-total - Catégorie 2	802 339 \$	886 352 \$

	Versement total 2007-2008	Versement total 2008-2009
Catégorie 4 - Cancer		
Albatros 06-B inc.	13 664 \$	14 586 \$
Pallia-Vie, service de soins palliatifs à domicile	129 522 \$	143 703 \$
SERCAN, service pour personnes atteintes d'un cancer	52 438 \$	58 693 \$
Sous-total - Catégorie 4	195 624 \$	216 982 \$
Catégorie 5 - Santé publique		
Amie du quartier	- \$	7 920 \$
Atelier « Ensemble on se tient »	- \$	6 600 \$
Centre communautaire Ferme-Neuve	- \$	4 075 \$
Centre d'action bénévole Léonie-Bélanger inc.	- \$	3 300 \$
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	- \$	4 173 \$
Centre d'entraide Argenteuil	- \$	3 000 \$
Centre d'entraide Racine-Lavoie	- \$	9 900 \$
Centre d'entraide Thérèse-de-Blainville inc.	- \$	6 600 \$
Centre d'intervention en hortithérapie Les Serres de Clara	- \$	15 680 \$
Centre regain de vie inc.	- \$	9 900 \$
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	- \$	3 920 \$
Échelon des Pays-d'en-Haut	- \$	3 500 \$
Garde Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	- \$	7 050 \$
Manne du jour	- \$	6 300 \$
Moisson Laurentides	- \$	25 000 \$
Montagne d'Espoir	- \$	6 600 \$
Mouvement Entraide de Bellefeuille	- \$	3 800 \$
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	- \$	3 750 \$
Objectif Partage	- \$	12 000 \$
Samaritaine de Mont-Tremblant	- \$	3 176 \$
Signée femmes - le centre de femmes	- \$	1 900 \$
Sous-total - Catégorie 5	- \$	148 144 \$
Catégorie 6 - Maisons d'hébergement communautaire jeunesse		
Accueil communautaire jeunesse Le Labyrinthe	249 119 \$	258 905 \$
Maison d'hébergement accueil communautaire jeunesse des Basses-Laurentides	311 501 \$	322 380 \$
Maison d'hébergement jeunesse La Parenthèse	300 513 \$	315 314 \$
Maison d'hébergement Le Préfixe des Basses-Laurentides	271 924 \$	291 913 \$
Maison Le Petit Patro des Basses-Laurentides	311 501 \$	322 380 \$
Sous-total - Catégorie 6	1 444 558 \$	1 510 892 \$
Total - PSOC	19 442 376 \$	20 705 670 \$

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et de services sociaux des Laurentides 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. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et les vérificateurs externes, examinent les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les vérificateurs externes « Rocheleau Labranche et Associés, CA Inc. » ont procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et leur rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de leur opinion. Les vérificateurs externes « Rocheleau Labranche et Associés, CA Inc. » peuvent, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne leur vérification.



Marc Fortin
Président-directeur général



RAPPORT DES VÉRIFICATEURS SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

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

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides au 31 mars 2009 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport daté du 28 mai 2009. Le rapport financier annuel, dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 3 et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a été établi pour satisfaire à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité, en conformité avec la note d'orientation pertinente concernant la certification, publiée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, une image fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises selon les principes comptables généralement reconnus du Canada et les normes et pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 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 de la santé et des services sociaux des Laurentides, 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.

Rocheleau Labranche et Associés, CA inc.

Laval, le 10 août 2009

¹ Par Guy Godin comptable agréé auditeur

État des résultats du Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2009

	Activités principales	Activités accessoires
PRODUITS		
Subventions MSSS :		
- Budget signifié	9 862 918 \$	- \$
- (Diminution) ou augmentation du financement	1 555 468	(1 642)
- Variation des revenus reportés - MSSS	(24 239)	63 929
- Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	19 184	(1 642)
Total	11 413 331	60 645
Revenus d'intérêts	31 718	10
Revenus d'autres sources :		
- Recouvrements	283 574	318 757
- Subventions du gouvernement fédéral	15 000	-
- Autres subventions	96 845	-
- Autres revenus	119 178	-
Total des produits	11 959 646	379 412
CHARGES D'EXPLOITATION		
Salaires	5 442 140	270 404
Avantages sociaux	1 386 284	52 354
Charges sociales	676 993	26 742
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A. (act.princ.)	235 097	8 543
Services achetés	1 074 323	291
Communications	206 197	4 860
Loyer	2 261 936	-
Location d'équipement	26 529	-
Fournitures de bureau	321 365	510
Autres frais	196 509	16 865
Charges non réparties	90 919	(1 643)
Transfert de frais généraux	(130 030)	-
Total des charges d'exploitation	11 788 262	378 926
EXCÉDENT	171 384 \$	486 \$
À titre informatif seulement: Contributions (+/-)		
En provenance de fonds affectés (+)	75 000	-
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(64 784)	-
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	181 600 \$	486 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

État des résultats du Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2009

PRODUITS

Crédits régionaux destinés aux établissements	5 480 217 \$
Variation des revenus reportés - Crédits régionaux	305 000
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	(19 542)
Revenus d'intérêts	52 733
Revenus d'autres sources :	
- Recouvrements	53 373
- Ventes de services	697 171
- Subventions du gouvernement fédéral	22 224
- Autres revenus	850 463
Total des produits	7 441 639

CHARGES D'EXPLOITATION

Salaires	1 327 597
Avantages sociaux	326 883
Charges sociales	201 425
Frais de déplacement et d'inscription	90 919
Services achetés	3 112 510
Communications	47 160
Loyer	60 214
Location d'équipement	724
Fournitures de bureau	50 457
Autres frais	1 432 835
Transferts de frais généraux	120 558
Variation de la provision pour vacances, congés de maladies et fériés	1 176
Total des charges d'exploitation	6 772 458

EXCÉDENT

	669 181 \$
À titre informatif seulement: Contributions (+/-)	
En provenance de fonds affectés (+)	10 200
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(78 308)
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	601 073 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

État des résultats du Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2009

PRODUITS

Ministère de la santé et des services sociaux :	
- Subvention pour le remboursement de la dette-capital	333 769 \$
Revenus d'autres sources :	
- Subventions du gouvernement fédéral	-
- Autres subventions	-
- Autres	-
Total des produits	333 769

CHARGES

Frais d'intérêts :	
- Corporation d'hébergement du Québec	-
- Financement Québec	-
- Autres	9 453
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	467 467
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	11 921
Total des charges	488 841
EXCÉDENT	(155 072) \$

À titre informatif seulement: Contributions

Contributions en provenance du :	
- Fonds d'exploitation - activités principales (+)	64 784
- Fonds des activités régionalisées (+)	78 308
- De fonds affectés (+)	11 980
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	- \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

État du solde de Fonds du Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2009

	Activités principales	Avoir propre	Total
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT DE L'EXERCICE	39 742 \$	430 863 \$	470 605 \$
Additions (déductions)			
ACTIVITÉS PRINCIPALES :			
Excédent de l'exercice	171 384	-	171 384
Transferts interfonds (provenance) :			
- Contributions de fonds affectés (+)	75 000	-	75 000
Transferts interfonds (affectations) :			
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(64 784)	-	(64 784)
Excédent après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds	181 600	-	181 600
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :			
Excédent de l'exercice	-	486	486
Libération de surplus	(39 742)	39 742	
Autres additions	45 615	-	45 615
Variation de l'exercice	187 473	40 228	227 701
Réforme comptable - redressements au 1er avril déterminés par l'agence :			
- Autres charges salariales à payer	-	(37 766)	(37 766)
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	227 215 \$	433 325 \$	660 540 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

État du solde de Fonds des Fonds d'immobilisations et Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2009

	Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	3 169 809 \$	1 677 159 \$
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice	(155 072)	669 181
Transferts interfonds (provenance) :		
- Contributions du fonds d'exploitation (+)	64 784	-
- Contributions des activités régionalisées (+)	78 308	-
- Contributions de fonds affectés (+)	11 980	10 200
Transferts interfonds (affectations) :		
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	-	(78 308)
Autres	-	10 437
Variation de l'exercice	-	611 510
Réforme comptable - redressements au 1er avril confirmés par le MSSS :		
- Amortissement cumulé des immobilisations	(1 924 845)	-
- Écart de financement - immobilisations	(1 244 964)	-
Réforme comptable - redressements au 1er avril déterminés par l'agence :		
- Autres charges salariales à payer	-	(1 726)
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	- \$	2 286 943 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

Bilan des Fonds d'exploitation et Fonds des activités régionalisées

Au 31 mars 2009

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	1 363 809	\$	2 224 607	\$
Débiteurs :				
- M.S.S.S.	59 728		411 152	
- Établissements	-		273 070	
- Fonds d'exploitation	-		12 810	
- Fonds des activités régionalisés	243		-	
- Autres	250 872		229 337	
Intérêts courus	4 960		-	
Taxes à recevoir	50 414		76 981	
Charges payées d'avance	44 560		95 726	
Autres éléments	3 942		-	
Total - Actif à court terme	1 778 528		3 323 683	
Subvention à recevoir - réforme comptable	754 087		121 628	
TOTAL DE L'ACTIF	2 532 615	\$	3 445 311	\$
PASSIF				
À court terme				
Déouvert de banque	-	\$	81 942	\$
Créditeurs :				
- Établissements	-		114 178	
- Fonds d'exploitation	-		243	
- Fonds des activités régionalisés	12 810		-	
- Fonds affectés	1 977		-	
- Autres charges salariales	36 857		6 055	
- Autres	276 327		750 266	
Autres revenus reportés	112 038		-	
Provision pour vacances, congés de maladies, fériés	825 821		159 672	
Autres éléments	606 245		46 012	
Total - Passif à court terme	1 872 075		1 158 368	
À long terme	-		-	
TOTAL DU PASSIF	1 872 075		1 158 368	
SOLDE DE FONDS	660 540		2 286 943	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	2 532 615	\$	3 445 311	\$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

Bilan du Fonds d'immobilisations

Au 31 mars 2009

ACTIF

À long terme

Immobilisations	1 112 338 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - écart de financement - réforme comptable	(911 195)
TOTAL DE L'ACTIF	201 143 \$

PASSIF

À court terme

Avance de fonds en provenance des fonds affectés des immobilisations et des équipements - enveloppes décentralisées	68 617 \$
---	-----------

À long terme

Dette à long terme (note 7)	132 526
TOTAL DU PASSIF	201 143
SOLDE DE FONDS	-
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	201 143 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

Bilan des Fonds affectés cumulés

Au 31 mars 2009

ACTIF**À court terme**

Encaisse	3 000 709 \$
Avances de fonds aux établissements publics	9 184 918
Avances de fonds au fonds d'immobilisations	68 617
Débiteurs :	
- M.S.S.S.	553 842
- Établissements	22 320
- Fonds d'exploitation	1 977
- Taxes à recevoir	10 866
- Autres	68 129
Charges payées d'avance	167 738

Total - Actif à court terme

13 079 116

À long terme

Subvention à recevoir - provision vacances, congés maladie, fériés	35 600
Subvention à recevoir - réforme comptable - enveloppes décentralisées	43 284 923

TOTAL DE L'ACTIF

56 399 639 \$

PASSIF**À court terme**

Découvert de banque	3 874 \$
Emprunts de banque	9 206 782
Intérêts courus à payer :	
- Corporation d'hébergement du Québec	5 250
- Financement Québec	432 943
- Autres	46 750
Créditeurs et charges à payer :	
- Établissements	195 981
- Autres charges salariales à payer	3 760
- Autres	795 819
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	158 550
Autres revenus reportés	10 000
Provision pour vacances, congés maladie, fériés	55 716

Total - Passif à court terme

10 915 425

Dettes à long terme - Enveloppes décentralisées (Note 6)

43 284 923

TOTAL DU PASSIF

54 200 348

SOLDE DE FONDS

2 199 291

TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS

56 399 639 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

Solde de Fonds des Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2009

SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	812 299 \$
Additions (déductions)	
Excédent de l'exercice	1 499 488
Transferts interfonds (affectations) :	
- Contributions au fonds d'exploitation (-)	(75 000)
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(11 980)
Transferts interfonds	(10 200)
Autres additions (déductions)	(15 316)
Variation de l'exercice	1 386 992
Réforme comptable - redressements au 1er avril confirmés par le MSSS	(46 477 611)
Réforme comptable - redressements au 1er avril déterminés par l'agence :	
- Écart de financement - réforme comptable - enveloppes décentralisées	46 477 611
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	2 199 291 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

État des résultats des Fonds affectés des immobilisations et Fonds affectés des équipements

Exercice terminé le 31 mars 2009

	Des immobilisations	Des équipements
PRODUITS		
Subvention MSSS pour :		
- le remboursement de la dette-capital	75 000 \$	- \$
- le remboursement de la dette-intérêt	-	3 063 968
Revenus de placements	-	11
Total des produits	75 000	3 063 979
CHARGES		
Intérêts sur emprunts :		
- Corporation d'hébergement du Québec	-	5 250
- Financement Québec	-	3 058 718
Services achetés	-	1 529
Total des charges		3 065 497
EXCÉDENT (DÉFICIT)	75 000 \$	(1 518) \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

État du solde de fonds des Fonds affectés des immobilisations et Fonds affectés des équipements

Exercice terminé le 31 mars 2009

	Des immobilisations	Des équipements
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	- \$	5 560 \$
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice	75 000	(1 518)
Transferts interfonds (affectations) :		
- Contributions au fonds d'exploitation (-)	(75 000)	-
Autres additions (déductions)	-	(3 138)
Variation de l'exercice	-	(4 656)
Réforme comptable - redressements au 1er avril confirmés par le MSSS		(46 477 611)
Réforme comptable - redressements au 1er avril déterminés par l'agence :		
- Écart de financement - réforme comptable - enveloppes décentralisées	-	46 477 611
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	- \$	904 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

État des résultats et solde de fonds du Fonds affecté des Services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements

Exercice terminé le 31 mars 2009

PRODUITS	
MSSS	18 638 410 \$
Crédits régionaux	85 903
Variations des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	(123 350)
Revenus autonomes	5 905 088
Revenus de placements	12 239
Autres revenus :	
- Autres	25 594
Total des produits	24 543 884
CHARGES	
Contrats minimaux de services d'ambulance	21 007 081
Particularités régionales	276 011
Éléments rectifiables	460 059
Centre de communication santé	1 408 767
Formation	305 825
Assurance qualité	78 574
Allocation de retraite	78 664
Médicaments	43 172
Ajustements des années antérieures	(120 761)
Premiers répondants	8 496
Déplacement des usagers	148 177
Charges d'exploitation :	
- Salaires	57 940
- Avantages sociaux	15 663
- Charges sociales	24 158
- Services achetés	28 748
- Fournitures de bureau	21 823
- Autres charges d'exploitation	8 781
Autres charges	119 350
Total des charges	23 970 528
EXCÉDENT	573 356 \$
SOLDE DE FONDS	
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	9 291 \$
Additions (déductions)	
Excédent de l'exercice	573 356
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(11 980)
Autres déductions	(1 422)
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	569 245 \$

Note : Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a été constituée le 1^{er} 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 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 les bénéfices.

NOTE 2 - MODIFICATIONS DE CONVENTIONS COMPTABLES

Au cours de l'exercice, l'Agence a adopté l'ensemble des recommandations du *Manuel de comptabilité pour le secteur public* de l'Institut canadien des comptables agréés. Les modifications principales sont les suivantes :

- Utilisation de la comptabilité d'exercice pour les intérêts de la dette à long terme, les vacances, les congés de maladie, les congés mobiles et tout autre élément salarial;
- Amortissement des immobilisations corporelles;
- Amortissement des revenus reportés afférents aux immobilisations corporelles selon la même durée que les immobilisations corporelles correspondantes;
- Comptabilisation des dons, legs, subventions et autres formes de contributions sans condition rattachée aux résultats du fonds d'exploitation;
- Ajustements des revenus et dépenses des exercices antérieurs aux résultats de l'exercice courant sauf dans le cas d'une erreur importante ou d'une modification de convention comptable;
- Présentation d'un état des résultats pour chacun des fonds;
- Comptabilisation des transferts entre les différents fonds à l'état des soldes de fonds;
- Comptabilisation des revenus répondant aux exigences du chapitre SP 3100 "Actifs et revenus affectés" comme revenus reportés.

Ces modifications de conventions comptables ont été appliquées rétroactivement sans retraitement des états financiers de l'exercice antérieur. Par conséquent, l'effet cumulatif de ces modifications sur les comptes d'actif, de passif et du solde de fonds est reconnu au 1^{er} janvier 2008.

Fonds d'exploitation

- Augmentation des autres créditeurs de 774 311 \$;
- Augmentation de la subvention à recevoir - réforme comptable de 736 435 \$.
- Diminution du solde de fonds de 37 766 \$.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 2 - MODIFICATIONS DE CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Fonds d'immobilisations

- Augmentation de l'amortissement cumulé de 1 924 845 \$;
- Diminution de la subvention à recevoir - réforme comptable de 1 244 964 \$;
- Diminution du solde de fonds de 3 169 809 \$.

Fonds des activités régionalisées

- Augmentation des autres créditeurs de 142 896 \$;
- Augmentation de la subvention à recevoir - réforme comptable de 141 170 \$;
- Diminution du solde de fonds de 1 726 \$.

Fonds affectés

- Augmentation des autres créditeurs de 38 064 \$;
- Augmentation de la subvention à recevoir - réforme comptable de 35 251 \$;
- Augmentation des intérêts courus à payer de 509 633 \$;
- Diminution du solde de fonds de 2 813 \$.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction conformément aux normes et pratiques comptables du *Manuel de comptabilité pour le secteur public* de l'Institut canadien des comptables agréés.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les principes comptables utilisés aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada applicables aux organismes sans but lucratif sont les suivants :

Les instruments financiers ne sont pas classifiés et aucune information n'est présentée;

Les chiffres de l'exercice précédent ne sont pas présentés dans les notes aux états financiers.

Utilisation d'estimations

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 des 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 de ces estimations faites par la direction.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Exercice financier

Conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars.

Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail visés par le chapitre VIII de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, ne couvre pas la même période.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

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

- i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les contributions au fonds d'immobilisations;
- ii) Le fonds d'immobilisations corporelles regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court et à long terme, à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant;
- iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa 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. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés;
- iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;
- v) Le Fonds de santé au travail présenté à la section 600 du rapport financier annuel regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations corporelles, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie est comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Les principes énoncés ci-dessus s'appliquent aux fonds affectés des immobilisations et des équipements à l'égard des emprunts contractés au 1^{er} avril 2000 concernant les enveloppes décentralisées.

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, dont la durée de vie utile s'étend au-delà de l'année financière et qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production des biens ou la prestation de services.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et sont amorties selon la méthode linéaire sur une période correspondant à leur durée de vie utile respective :

Mobilier et équipements	5 ans
Équipements médicaux	5 ans
Équipements informatiques	3 ans

Biens loués en vertu d'un contrat de location-acquisition

Les contrats de location auxquels l'Agence est partie à titre de preneur et qui lui transfèrent la quasi-totalité des avantages et des risques liés à la propriété, sont comptabilisés comme des contrats de location-acquisition, et sont inclus dans les immobilisations et la dette à long terme, et ce, depuis le 1er avril 2003. Le coût comptabilisé des biens loués en vertu des contrats de location-acquisition représente la valeur actualisée des paiements minimums exigibles en vertu du bail. Ceux-ci sont amortis selon la méthode linéaire sur la durée du bail.

Tous les autres contrats de location sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation et les coûts de location qui en découlent sont inscrits comme charges dans l'exercice où ils surviennent.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents, libérée par le Ministère.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

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.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Ristournes ou bonis bancaires

Les ristournes ou bonis accordés par les institutions financières prêteuses restent dans le fonds emprunteur. Dans le cas des fonds affectés des immobilisations et des équipements, ils sont appliqués contre les emprunts et les intérêts pris en charge par la Corporation d'hébergement du Québec.

Revenus et les revenus reportés autres qu'immobilisations

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 lesquels les dépenses et les services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu :

i) Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement (établissements publics, M.S.S., etc., *Manuel de l'I.C.C.A., chapitre SP 3410*) :

Ces sommes, dont le budget de fonctionnement, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où : ils sont autorisés, les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et une estimation raisonnable des montants en cause est possible lorsque applicable.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté que dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que pour des dépenses qui seront assumées, pour ces fins, dans le futur.

ii) Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement (*Manuel de l'I.C.C.A., chapitre SP 3100*) :

a) Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)**Revenus et les revenus reportés autres qu'immobilisations (suite)**

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

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

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

- a) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur;
- b) 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;
- c) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- d) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Ajustement de revenus et de charges des exercices antérieurs

Les ajustements des produits et des charges de chacun des fonds s'appliquant aux exercices antérieurs sont comptabilisés à l'état des résultats du fonds correspondant. Toutefois, les redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur significative dans les états financiers d'exercices antérieurs peuvent être portés au solde du fonds. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont pas redressés.

Emprunts et frais d'émission

À compter de l'exercice 2008-2009, les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont déduits des emprunts et amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

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, des fonds d'activités régionalisées et des fonds affectés se retrouvent à la note 4.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 4 - FLUX DE TRÉSORERIE

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

Fonds d'exploitation :

Contribution au fonds d'immobilisations	64 784 \$
---	-----------

Fonds d'activités régionalisées :

Contribution au fonds d'immobilisations	78 308 \$
---	-----------

Fonds affectés :

Contribution au fonds d'immobilisations	11 980 \$
---	-----------

NOTE 5 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2009, l'Agence dispose de marges de crédit bancaires autorisées de 37 810 037 \$ au Fonds affecté des immobilisations et de 22 398 614 \$ au Fonds affecté des équipements, au taux des acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,3 %, soit 1,17 % au 31 mars 2009 (2008 : 3,91 %). Sur ces marges autorisées, 33 378 302 \$ au Fonds affecté des immobilisations et 15 982 268 \$ au Fonds affectés des équipements ne sont pas utilisés au 31 mars 2009. Les conventions de crédit sont renégociables le 30 avril 2009.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME

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

Marge de crédit d'un montant autorisé de 51 000 000 \$, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 % et venant à échéance le 31 mars 2023.	166 234	\$
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,94 %, remboursable en versements annuels de 460 263 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en septembre 2011.	4 919 030	
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,54 %, remboursable en versements annuels de 326 100 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en avril 2026.	5 869 798	
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,75 %, remboursable en versements annuels de 161 881 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2010.	323 760	
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,64 %, remboursable en versements annuels de 492 272 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2009.	4 758 763	
Emprunt, portant intérêt au taux variant de 4,66 % à 9,82 % remboursable en versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	11 273 775	
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,219 %, remboursable en versements annuels de 417 046 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2011.	4 095 440	
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,408 %, remboursable en versements annuels de 40 059 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	921 344	
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,408 %, remboursable en versements annuels de 102 833 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	1 010 395	
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,077 %, remboursable en versements annuels de 29 860 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	716 640	

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME (suite)

Emprunt, portant intérêt au taux de 4,077 %, remboursable en versements annuels de 328 097 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	3 636 279	\$
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 18 641 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	466 027	
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 489 472 \$, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	<u>5 127 438</u>	
	41 557 888	
Tranche à moins d'un an	<u>10 570 660</u>	
	<u><u>30 987 228</u></u>	\$

Les versements en capital sur la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2010	10 570 660	\$
2011	5 054 813	
2012	9 337 343	
2013	2 132 369	
2014	<u>2 193 020</u>	
	<u><u>29 288 205</u></u>	\$

NOTE 7 - OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION - ACQUISITION

Contrat de location d'équipement portant intérêt au taux de 8 %, remboursable en versements annuels de 35 940 \$ incluant les intérêts, échéant en février 2012.	147 478	\$
Moins : Frais accessoires et intérêts inclus	<u>14 953</u>	
	132 525	
Tranche à moins d'un an	<u>31 020</u>	
	<u><u>101 505</u></u>	\$

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 7 - OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION - ACQUISITION (suite)

Les paiements minimums futurs exigibles en vertu du contrat de location-acquisition s'établissent comme suit :

2010	38 354	\$
2011	38 354	
2012	38 354	
2013	32 416	
	147 478	
Moins : Frais accessoires et intérêts inclus	14 953	
	132 525	\$

NOTE 8 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (R.R.E.G.O.P.), au régime de retraite des fonctionnaires (R.R.F.) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (R.R.P.E.).

Au 1er janvier 2009, le taux de cotisation pour le R.R.E.G.O.P. est demeuré à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du R.R.P.E. s'est maintenu à 10,54 % ainsi que celui du R.R.F. à 7,25 %.

NOTE 9 - ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

L'Agence loue des locaux en vertu d'un bail venant à échéance en 2024. Les loyers minimaux futurs totalisent 18 159 753 \$ et comprennent les versements suivants pour les cinq prochains exercices :

Locaux de l'Agence

2010	1 066 129	\$
2011	1 166 832	
2012	1 173 767	
2013	1 179 932	
2014	1 183 784	

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 9 - ENGAGEMENTS CONTRACTUELS (suite)

Pour les fins de l'exploitation de deux établissements privés conventionnés, l'Agence a contracté des baux avec la Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.) pour un montant total de 6 017 380 \$ lesquels sont remboursés totalement et directement à celle-ci par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. À cet effet, l'Agence a contracté des baux de sous-location avec ces deux établissements. Le revenu du Ministère et la dépense de loyer correspondante sont comptabilisés au rapport financier annuel. Les remboursements effectués à la Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.) par le Ministère en 2008-2009 au nom de l'Agence sont les suivants :

Établissements privés conventionnés

C.H.S.L.D. Villa Soleil	960 477 \$
C.H.S.L.D. Vigi de Deux-Montagnes	447 866
	<u>1 408 343 \$</u>

Les loyers minimums futurs totalisent 6 017 380 \$ et comprennent les versements pour les prochains exercices:

2010	1 408 342 \$
2011	1 408 342
2012	1 408 342
2013	1 408 342
2014	384 012

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée, par contrat, à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région des Laurentides. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des prochains exercices sont les suivants:

2010	70 000 \$
2011	70 000
2012	40 000
2013	40 000

L'Agence s'est engagée, par contrats, à verser des honoraires professionnels à des consultants externes dans différents dossiers. Les dépenses estimées prévues au cours des prochains exercices sont les suivants :

2010	589 713 \$
2011	120 030
2012	48 000

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2009

NOTE 10 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

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



Annexes

Déclaration du code d'éthique

Code d'éthique et de déontologie

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

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

Nous reproduisons le code ci-après et des exemplaires sont également disponibles sur demande auprès de la direction générale de l'Agence.

Notons qu'au cours de l'année 2008-2009, le Comité d'éthique et de déontologie n'a été saisi d'aucune situation et n'a traité aucun cas.

Code d'éthique et de déontologie

**du conseil d'administration de la
Régie régionale de la santé et
des services sociaux des Laurentides**

Adopté par le conseil d'administration le 20 novembre 2002

ISBN 2-89547-051-0

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

DÉCLARATION DE PRINCIPE

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

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

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

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

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

Dispositions générales

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

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

1. Devoirs et obligations

- 1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.
- 1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- 1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.
- 1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.
- 1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin ; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.
- 1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.
- 1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.
- 1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.
- 1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

2. Règles relatives aux conflits d'intérêt

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Déclaration d'intérêt

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

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

Article 154

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

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

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

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

4. Activités politiques

- 4.1 Le président de conseil d'administration et le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.
- 4.2 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général associé du ministère du Conseil exécutif.
- 4.3 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01) précise alors les règles applicables à sa situation.

5. Règles relatives aux assemblées

- 5.1 Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- 5.2 Le membre doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.
- 5.3 Le membre doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.
- 5.4 Le membre, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- 5.5 Le membre a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal ; par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.
- 5.6 Le membre évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

6. Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

- 6.1 Le membre ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- 6.2 Le membre ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 6.3 Le président-directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

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

7. Devoirs et obligations de l'après-mandat

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

8. Mécanisme d'application et de respect du code

- 8.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil d'administration.
- 8.2 Toute personne qui est d'avis qu'une administratrice ou qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
- 8.3 Le président du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un des membres du conseil pouvant entraîner une sanction disciplinaire avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.
- 8.4 Le président du conseil d'administration, pour l'aider dans sa décision de saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs, peut confier au Comité d'éthique et de déontologie le soin d'examiner et d'analyser une plainte à l'encontre d'un membre du conseil d'administration; ce comité est consultatif au président du conseil d'administration à qui la décision finale appartient.
- 8.5 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation ; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

- 8.6 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administratrice ou l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendue, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'elle juge pertinent.
- 8.7 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administratrice ou l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'elle ou qu'il a fait preuve d'une conduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.
- 8.8 Le président du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

9. Enquête et immunité

- 9.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.
- 9.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

10. Publicité du code

- 10.1 La Régie régionale doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.
- 10.2 La Régie régionale doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration.
- 10.3 Le rapport annuel de la Régie régionale doit faire état :
- a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchuées de charge.

santé

**services
sociaux**

Laurentides

*Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides*

Québec

