

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX

Déposé le 24 août 2011

No. : CSSS-55

Secrétaire Quik Laplante

# Présentation à la Commission de la santé et des services sociaux

Étude des rapports annuels de gestion  
2005-2006 / 2009-2010

Audition du 24 août 2011  
Assemblée nationale du Québec

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Laval

Québec 

#### Conception

Jean Lafortune, directeur adjoint aux affaires administratives

#### Coordination des travaux

Francine Ouellet, responsable des communications

#### Mise en page

Francine Prévost, agente administrative aux communications

Jocelyne Dupuis, agente administrative

#### Édition et diffusion

Offert au centre de documentation de l'Agence au 450-978-2000.

Coût : 10 \$

Offert gratuitement à partir de la section « Documentation » du site Internet de l'Agence :  
[www.sssslaval.gouv.qc.ca](http://www.sssslaval.gouv.qc.ca)

Pour l'obtention des documents en médias substitut, communiquez avec le centre de documentation.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

©Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2011

Dépôt légal – 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN-978-2-923699-84-4 (version imprimée)

ISBN-978-2-923699-85-1 (version PDF)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ACRONYMES .....</b>	<b>4</b>
<b>PRÉSENTATION DE LA RÉGION.....</b>	<b>6</b>
LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION .....	6
L'IMMIGRATION À LA HAUSSE .....	7
LA RÉTENTION DE LA CLIENTÈLE .....	8
L'OFFRE ET LA DISPENSATION DE SERVICES.....	10
LA PREMIÈRE LIGNE .....	12
CONCLUSION.....	12
<b>PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE .....</b>	<b>13</b>
PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES .....	13
SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE).....	15
VACCINATION CHEZ LES ENFANTS .....	16
ÉCOLE EN SANTÉ .....	19
PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN .....	20
INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS).....	20
PRÉVENTION DES CHUTES .....	22
TABAGISME .....	23
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	24
<b>PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX .....</b>	<b>26</b>
SERVICES PSYCHOSOCIAUX EN CSSS (MISSION CLSC) .....	26
SERVICES INFO-SANTÉ .....	27
SERVICES MÉDICAUX .....	27
VIOLENCE CONJUGALE.....	28
AGRESSION SEXUELLE .....	28
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	30
<b>PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT .....</b>	<b>32</b>
SOUTIEN À DOMICILE : CLIENTÈLE PALV .....	32
SERVICES EN HÉBERGEMENT .....	33
SOINS INFIRMIERS, D'ASSISTANCE ET SERVICES PROFESSIONNELS EN CHSLD.....	33
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	35
<b>PROGRAMMES DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP), DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (DI-TED).....</b>	<b>37</b>
PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES .....	37
DÉLAIS D'ACCÈS EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP) .....	37
DÉLAIS D'ACCÈS EN DÉFICIENCE (DI-TED) .....	39
AUTRES INDICATEURS PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE .....	41
<i>Soutien à domicile au CSSS de Laval .....</i>	<i>41</i>
<i>Soutien à la famille .....</i>	<i>43</i>
<i>Services spécialisés de réadaptation (DP) .....</i>	<i>44</i>

TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	46
AUTRES INDICATEURS PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT .....	48
<i>Soutien à domicile en CSSS</i> .....	48
<i>Services de soutien à la famille (DI-TED)</i> .....	49
<i>Services spécialisés de réadaptation (DI-TED)</i> .....	50
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	53
<b>PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ .....</b>	<b>55</b>
SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN CSSS .....	55
SERVICES EN CENTRE JEUNESSE .....	56
SERVICES SPÉCIALISÉS EN CENTRE JEUNESSE .....	57
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	58
<b>PROGRAMME DÉPENDANCES .....</b>	<b>60</b>
TOXICOMANIE .....	60
SERVICES SPÉCIALISÉS EN JEU PATHOLOGIQUE .....	60
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	62
<b>PROGRAMME SANTÉ MENTALE .....</b>	<b>64</b>
SERVICES D'INTENSITÉ VARIABLE .....	64
SERVICES DE SUIVI INTENSIF .....	65
SERVICES D'URGENCE EN SANTÉ MENTALE .....	65
SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN CSSS .....	67
SERVICES SPÉCIALISÉS DE DEUXIÈME – TROISIÈME LIGNE .....	68
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	69
<b>PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE .....</b>	<b>71</b>
SERVICES D'URGENCE .....	71
CHIRURGIE .....	73
ENDOSCOPIE .....	77
CARDIOLOGIE TERTIAIRE .....	77
SOINS PALLIATIFS À DOMICILE .....	79
SOINS PALLIATIFS (HÉBERGEMENT) .....	80
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	81
<b>PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN .....</b>	<b>83</b>
RESSOURCES HUMAINES .....	83
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	86
TABLEAU DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DIRECTES NETTES .....	88
<b>ANNEXES .....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXE I .....</b>	<b>91</b>
PROGRAMME PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE AUPRÈS DE LA POPULATION	91
<b>ANNEXE II .....</b>	<b>92</b>
GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE ET GMF RÉSEAU (2005-2010) .....	92

<b>ANNEXE III</b> .....	<b>93</b>
CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES .....	93
<b>ANNEXE IV</b> .....	<b>96</b>
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES .....	96
<b>ANNEXE V</b> .....	<b>97</b>
L'ITINÉRANCE .....	97
<b>ANNEXE VI</b> .....	<b>99</b>
LE DÉFI DE LA MAIN-D'ŒUVRE À LAVAL .....	99
SCHÉMA - PLAN RÉGIONAL DE MAIN-D'ŒUVRE DE LAVAL .....	103
<b>ANNEXE VII</b> .....	<b>105</b>
RESSOURCES INFORMATIONNELLES .....	105
<b>ANNEXE VIII</b> .....	<b>111</b>
DOCUMENTS PRODUITS PAR L'AGENCE DE LAVAL .....	111

## Liste des acronymes

ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
BGP	Bureau de gestion de projets
CAFAT	Centre de prévention et de traitement de la codépendance et des dépendances nocives
CDC	Corporation de développement communautaire de Laval
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre d'hébergement de soins généraux spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIFINO	Collecte d'informations financières et opérationnelles
CILL	Centre d'implication libre de Laval
CINQ	Comité des infections nosocomiales du Québec
CJL	Centre jeunesse de Laval
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRDINL	CRDI Normand-Laramée
CRE	Conférence régionale des élus de Laval
CRPAT	Centre de réadaptation pour les alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DGSP	Direction générale de santé publique
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DP	Déficience physique
DSIL	Département de sécurité incendie de Laval
DSMA	Direction de santé mentale adulte
ETC	Équivalent temps complet
FEJ	Famille/Enfance/Jeunesse
FMSQ	Fédération des médecins spécialisés du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
HJR	Hôpital juif de réadaptation
ICI	Intervention comportementale intensive
Îlot	Service régional de crise de Laval
IMP	Interventions multifactorielles personnalisées
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
IPAC	Initiative de partenariat en action communautaire
IPLI	Stratégie des partenaires de lutte contre l'itinérance
IRD	Institut Raymond-Dewar
ISO-SMAT	ISO-Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPJA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organismes communautaires
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAG	Plan d'action gouvernemental
PALV	Programme de perte d'autonomie liée au vieillissement
PCI	Prévention et contrôle des infections
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PMO-RH	Planification de la main-d'œuvre – Ressources humaines
PPE	Plan prévisionnel des effectifs
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RBQ	Régie du bâtiment du Québec
RI-RTF	Ressources intermédiaires-Ressources de type familial
ROIIL	Réseau des organismes et intervenants en itinérance de Laval
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SFR	Seuil de faible revenu
SIC-SRD	Système informatisé de collecte de données
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIM	Service de suivi intensif dans le milieu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIRH	Système d'information des ressources humaines
SISS	Système d'information pour la sécurité des soins et des services
SIV	Service de soutien d'intensité variable
SSPAD	Société de soins palliatifs à domicile
TRN	Thérapie de remplacement à la nicotine
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UMF	Unité de médecine familiale
VIRAJ	Prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes
Y'APP	Y'a personne de parfait

## PRÉSENTATION DE LA RÉGION

Les besoins d'une population en matière de services de santé et de services sociaux sont modulés selon diverses caractéristiques de la population et peuvent changer au cours des années. Les particularités régionales doivent être établies et considérées afin de se doter d'un réseau de services intégré et performant, à proximité des personnes et des milieux de vie. Dans ce court document, il sera question des principaux enjeux lavallois liés à la planification et à l'offre de service pour la période 2010-2015.

### La croissance démographique et le vieillissement de la population

Selon des données encore provisoires, on comptait à Laval, en 2008, 384 224 habitants (Tableau 1). D'ici 2016, la région devrait dépasser les 425 000 résidants, ce qui constitue une croissance projetée de 10,7 %. En comparaison avec l'ensemble du Québec, la province connaîtra une croissance globale de 6,1 %, selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec.

Tableau 1 : Projection de la population par groupes d'âge à Laval et pourcentages de variation projetée à Laval et dans l'ensemble du Québec

	2008 <sup>p</sup>	2011	2016	Variation (%) 2008- 2016 (Laval)	Variation(%) 2008- 2016 (Québec)
<b>0-19 ans</b>	92 703	94 670	97 139	4,8	-1,1
<b>20-34 ans</b>	71 068	76 554	80 025	12,6	3,3
<b>35-64 ans</b>	164 569	169 114	176 976	7,5	2,7
<b>65-74 ans</b>	30 367	32 748	38 239	25,9	39,5
<b>75 ans et +</b>	25 517	28 784	33 145	29,9	21,9
<b>Total</b>	384 224	401 870	425 524	10,7	6,1

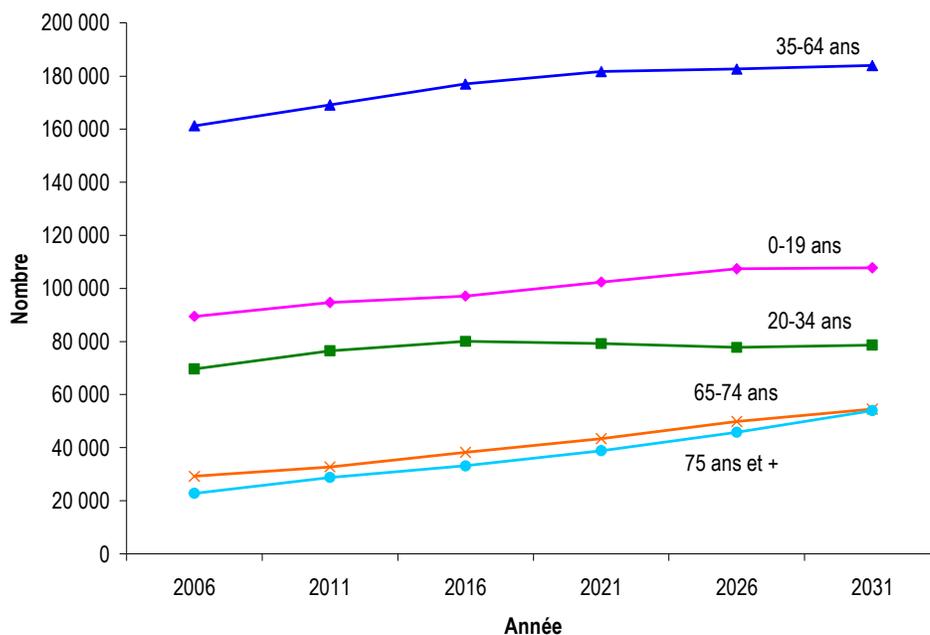
p : données provisoires

Source : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056

Lorsqu'on s'attarde à comparer les pourcentages de variation prévue selon les différents groupes d'âge, on remarque que la croissance démographique sera importante chez les personnes âgées, particulièrement dans le groupe des 75 ans et plus. En effet, bien que ce groupe soit le plus petit en termes d'individus, il augmentera de 29,9 %, passant de 25 517 personnes à plus de 33 000 en 2016. En comparaison avec l'ensemble du Québec, c'est le groupe des 65-74 ans qui connaîtra la plus forte croissance, soit 39,5 % d'ici 2016.

Jumelée à la croissance démographique, Laval connaît déjà, et va continuer de connaître, au-delà de 2016, un vieillissement accéléré de sa population, comparativement à l'ensemble du Québec. La figure 1 permet de visualiser les tendances à plus long terme pour les mêmes groupes d'âge que ceux qui figurant au tableau 1. Alors que les autres groupes d'âge devraient voir leurs nombres se stabiliser autour de 2021, ceux des 65-74 ans et des 75 ans et plus devraient croître de façon assez constante jusqu'en 2031. On remarque que la croissance prévue semble plus rapide pour les 75 ans et plus, qui rattraperont en nombre le groupe des 65-74 ans autour de 2031.

Figure 1 : Projection la population par groupes d'âge, Laval



Source : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056

## L'immigration à la hausse

Laval est de plus en plus une ville cosmopolite. La population immigrante (*personnes nées à l'extérieur du Canada*) y est bien enracinée et constituait, en 2006, 20,2 % de la population totale. Le tableau 2 nous apprend que la proportion d'immigrants n'a cessé de croître depuis 1996, particulièrement depuis 2001. En 2006, Laval comptait une population immigrante totale de 73 565 individus.

Alors qu'un Lavallois sur cinq était né hors du Canada en 2006, durant cette même année, 1 276 des 4 081 naissances à Laval étaient issues de mères immigrantes. C'est donc près du tiers des naissances à Laval qui proviennent des mères immigrantes.

Tableau 2 : Population immigrante en nombre et en proportion de la population totale, Laval

	n	%
<b>1996</b>	47 825	14,6
<b>2001</b>	52 495	15,5
<b>2006</b>	73 565	20,2

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2006

Parmi toutes les régions du Québec, Laval est la troisième terre d'accueil la plus importante pour les nouveaux arrivants. Le tableau 3 nous permet de constater que depuis 1996, les immigrants sont de plus en plus nombreux à s'installer dans la région de Laval.

D'ailleurs, entre la période 2005-2006 et celle de 2006-2007, l'augmentation a été particulièrement notable.

Tableau 3 : Immigrants nouvellement arrivés à Laval et dans l'ensemble du Québec et rang de Laval parmi les régions administratives du Québec en terme de nouveaux arrivants établis

	Laval n	Québec n	Part à Laval %	Rang
<b>1996-1997</b>	774	27 991	2,8	6
<b>1997-1998</b>	754	27 242	2,8	6
<b>1998-1999</b>	852	27 739	3,1	5
<b>1999-2000</b>	909	30 250	3,0	6
<b>2000-2001</b>	1 038	36 716	2,8	6
<b>2001-2002</b>	1 120	39 114	2,9	5
<b>2002-2003</b>	1 245	34 913	3,6	3
<b>2003-2004</b>	1 681	44 555	3,8	4
<b>2004-2005</b>	1 605	43 418	3,7	4
<b>2005-2006</b>	1 663	42 001	4,0	4
<b>2006-2007</b>	2 343	45 080	5,2	3
<b>2007-2008<sup>p</sup></b>	2 395	46 055	5,2	3

p : données provisoires

Source : ISQ, Migrations internationales et interprovinciales par région administrative, Québec, 1996-2008.  
Consultation en ligne le 1<sup>er</sup> décembre 2009  
[www.http://www.stat.gouv.qc.ca/](http://www.stat.gouv.qc.ca/)

En 2006-2007, tout comme en 2007-2008, 5,2 % des nouveaux arrivants ont choisi de s'installer à Laval, qui se retrouve au 3<sup>e</sup> rang, derrière la région de Montréal au premier rang et la Montérégie au second rang. En 2007-2008, Laval a accueilli près de 2 500 nouveaux immigrants, ce qui est plus de trois fois supérieur à il y a dix ans. Si on compare Laval avec d'autres grandes villes du Québec, Laval est toujours en troisième position, derrière Montréal et Longueuil.

### La rétention de la clientèle

Laval étant situé tout près de Montréal, plusieurs Lavallois consomment de nombreux soins dans cette région. Évidemment, certains soins spécialisés ne sont pas disponibles dans toutes les régions et, afin d'assurer une qualité, ces soins doivent rester concentrés dans des centres précis. Néanmoins, il faut considérer que la rétention de la clientèle reste un enjeu important pour une planification populationnelle des services de santé et des services sociaux.

Le tableau 4 démontre que depuis le début des années 90, les Lavallois consomment davantage de soins dans leur région. Toutefois, depuis 2001-2002, la rétention des Lavallois semble s'être stabilisée autour de 50 %. La région de Montréal, bien qu'en second rang, continue d'être un lieu d'hospitalisation très important pour les résidents de Laval.

Tableau 4 : Part des hospitalisations\* des résidents de Laval dans les principales régions de traitement (indice de dépendance de la population)

	<b>1991- 1992</b>	<b>2001- 2002</b>	<b>2006- 2007</b>	<b>2007- 2008</b>
Laval	26,2	49,5	48,9	50,2
Montréal	68,0	42,7	44,1	43,7
Laurentides	3,3	5,8	4,7	3,9

\* Hospitalisations pour soins physiques de courte durée uniquement, nouveau-nés exclus.

Source : MSSS, Info-Bassin, Service du développement de l'information, avril 2009

En parallèle, la région de Laval offre des soins à des résidents d'autres régions limitrophes (*tableau 5*). La part des hospitalisations des résidents des Laurentides et de Lanaudière a diminué depuis 1991-1992, bien qu'une tendance à l'augmentation soit notable pour les Laurentides depuis 2001-2002. Quant aux hospitalisations des Montréalais à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, elles sont relativement stables.

Par contre, la part des hospitalisations à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval attribuable aux Lavallois a augmenté entre les périodes 1991-1992 et 2001-2002, mais elle semble être relativement stable depuis. En 2007-2008, près des deux tiers des lits étaient occupés par des résidents de Laval.

Tableau 5 : Part des hospitalisations\* dans la région de Laval provenant des principales régions de résidence (indice de dépendance de la ressource)

	<b>1991- 1992</b>	<b>2001- 2002</b>	<b>2006- 2007</b>	<b>2007- 2008</b>
Laval	53,5	65,4	65,5	65,6
Laurentides	21,8	13,1	14,3	15,0
Lanaudière	16,8	14,2	12,5	11,7
Montréal	5,7	6,1	6,6	6,5

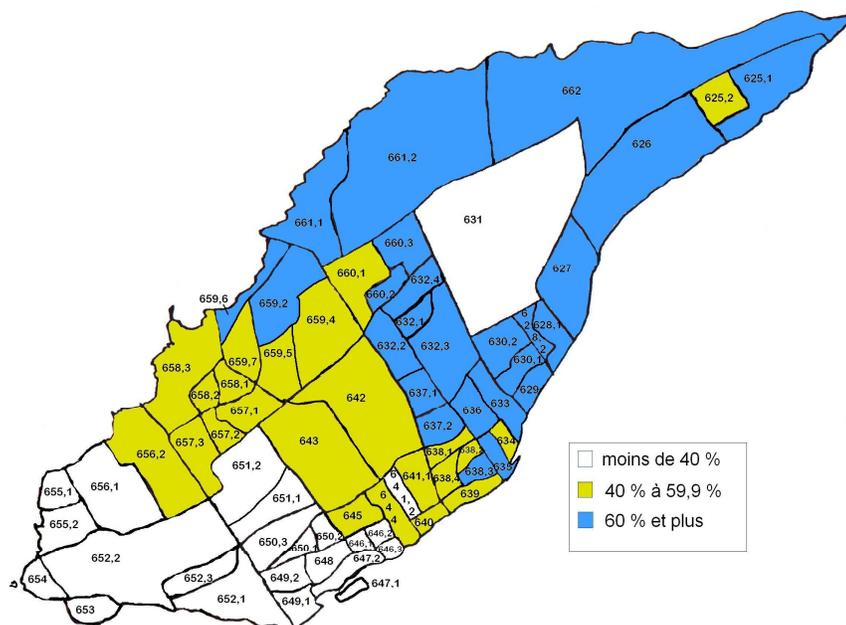
\* Hospitalisations pour soins physiques de courte durée uniquement, nouveau-nés exclus.

Source : MSSS, Info-Bassin, Service du développement de l'information, avril 2009

Le gain considérable fait en matière de rétention des Lavallois depuis 1991-1992 est probablement lié au développement du nombre de lits à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en 1996 et 1997. Comme l'offre fut augmentée à Laval, ceci a eu pour effet de hausser la rétention de la clientèle.

Toutefois, la rétention des Lavallois n'est pas uniforme dans l'ensemble du territoire. En effet, d'importantes différences existent dans les habitudes de consommation de soins et services entre diverses portions de l'île.

Figure 2 : Taux de rétention de la clientèle lavalloise, hospitalisations de courte durée, excluant les nouveau-nés, 2007-2008



Source : MSSS, Fichier Med-Écho, 2007-2008

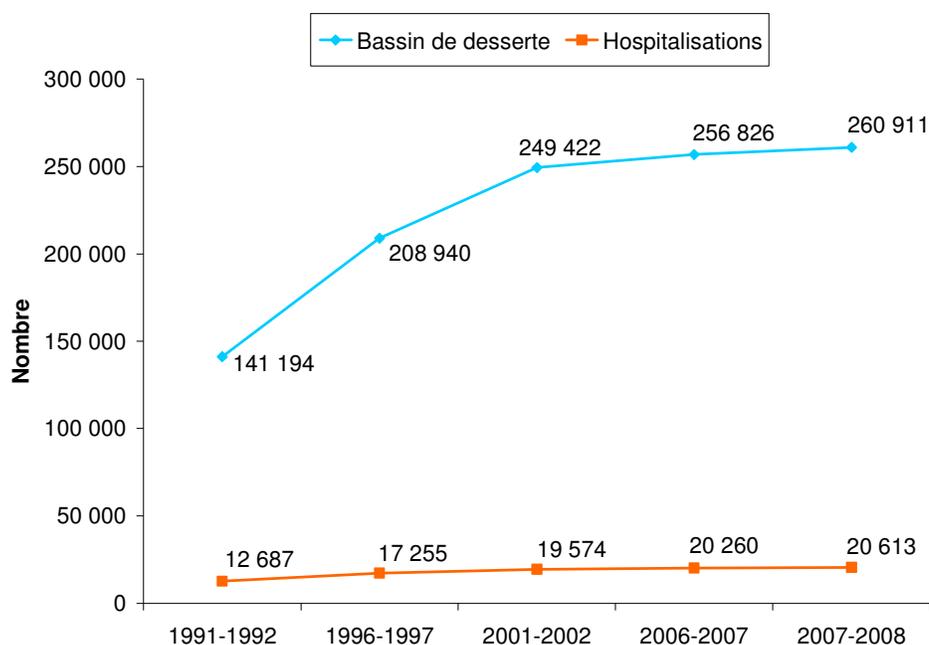
La figure 2 démontre bien cette disparité dans la rétention de la clientèle, puisque l'on y observe une gradation évidente d'ouest en est. De manière générale, la rétention est plus faible dans la portion ouest de l'île et s'accroît vers l'est.

### L'offre et la dispensation de services

Les enjeux liés à la croissance démographique, au vieillissement de la population, à l'augmentation de l'immigration et à la rétention des clientèles ont des incidences directes et indirectes sur l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux.

Un des premiers effets est d'ordre quantitatif. Comme en témoigne la figure 3, la croissance démographique à Laval, ainsi que celle de toute la couronne nord, contribuent à l'augmentation du bassin de desserte de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval.

Figure 3 : Bassin de desserte\* et nombre d'hospitalisations, Hôpital de la Cité-de-la Santé de Laval



\* Pour soins physiques de courte durée.

Source : MSSS, Info-Bassin, Service du développement de l'information, avril 2009

L'augmentation naturelle du bassin de desserte, jumelée à un désir de rapatrier la clientèle lavalloise, signifie plus de soins et de services à dispenser, ainsi qu'une programmation différente de ceux-ci. Des conséquences sur la main-d'œuvre sont donc à prévoir.

D'autres effets sont davantage d'ordre qualitatif. Le vieillissement de la population influence la dispensation des services. Tout comme au niveau national, l'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante constitue un enjeu sérieux dans la région de Laval.

La présence croissante de nouveaux arrivants à Laval implique également certains enjeux. Les immigrants, notamment ceux arrivés récemment, nécessitent parfois des attentions spécifiques. Entre autres, ils sont susceptibles de faire face à des obstacles liés à la langue et aux différences culturelles, à la méconnaissance du réseau, de son fonctionnement et des services existants. Ces enjeux seront particulièrement importants dans l'amélioration de la desserte hospitalière de la portion ouest de l'île.

## **La première ligne**

De façon transversale, le renforcement de la première ligne constitue à Laval, comme dans l'ensemble du Québec, un enjeu de premier plan. La primauté des services de première ligne doit s'insérer dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services.

Tout d'abord, il est primordial d'assurer l'accès des Lavallois à un médecin de famille, ce qui constitue un grand défi considérant l'augmentation de la population à desservir. En 2005, 35,6 % des Lavallois et 22,3 % des Lavalloises n'avaient pas de médecin de famille.

Ensuite, un suivi interdisciplinaire et intégré doit être assuré auprès des clientèles ayant des besoins spécifiques ou multiples. En l'occurrence, le soutien à domicile chez les personnes âgées doit demeurer une priorité, de même que les soins destinés aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou des maladies chroniques.

Enfin, il faut également se rappeler l'importance de la prévention à l'intérieur des continuums de services.

## **Conclusion**

En somme, Laval semble désormais être une ville dont l'ampleur des défis est comparable à ceux d'une métropole. Sa croissance démographique et le vieillissement de sa population sous-tendent une demande accrue de services, ainsi que l'adaptation de ceux-ci aux besoins spécifiques de certains groupes plus vulnérables, tels les individus souffrant de troubles mentaux ou de maladies chroniques, les personnes âgées et les immigrants. Tous ces éléments réunis constituent un défi majeur pour le réseau de services et l'intégration intersectorielle.

## PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE

### Prévention des infections nosocomiales

Depuis le dépôt du rapport Aucoin à la suite des problématiques avec le *Clostridium difficile* dans les établissements de santé québécois, la prévention des infections nosocomiales est devenue une priorité ministérielle. L'Agence de Laval a financé des ressources en prévention et contrôle des infections (PCI) autant en CHSGS qu'en CHSLD et a consolidé les équipes déjà en place. Les établissements se sont engagés à atteindre les seuils dans les ententes de gestion, dans le but d'améliorer la gestion du risque dans les milieux.

### Nombre de ressources en Centre hospitalier de soins de courte durée (CHSCD)

Cet indicateur consiste à comptabiliser les ressources en prévention et contrôle des infections (PCI) en milieu de soins selon un ratio établi à partir de la mission de l'établissement. Ces normes sont issues des recommandations émises par le Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) et par la Table nationale de prévention des infections nosocomiales par la Direction générale de santé publique (DGSP). Le ratio pour les deux établissements de CHSCD de la région de Laval est 1 ETC pour 133 lits.

Prévention des infections nosocomiales							
Indicateur n° 1.1.11A							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales CHSGS	Seuil 2010	100	50	100	100	50	100
	Cible 2010	100					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	100					
	Engagements déboursés		100	NA	100	100	100
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		50	NA	100	50	100

### Sommaire régional

Dans la région de Laval, il y a deux établissements de CHSGS. La cible y est présentement atteinte à 100 %. En 2005-2006, l'Agence de Laval a octroyé un financement permettant de consolider 1 ETC de plus pour atteindre le ratio 1/133. Depuis, la cible a été atteinte à 100 % jusqu'en 2008. En 2008-2009, l'ajout de civières à l'Urgence par la Direction de l'établissement a modifié le ratio à la baisse. Il y a eu l'octroi de 0,4 ETC en 2009-2010 par l'établissement, ce qui a permis d'atteindre la cible à 100 %.

Il est à noter qu'en 2005-2006 et 2008-2009, le ratio est atteint davantage à 95 % pour l'ensemble des deux CHSGS, mais la méthode de calcul ne nuance pas. Si la cible n'est pas atteinte à 100 %, zéro sera inscrit au portail.

## Nombre de ressources en Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)

Le ratio pour les établissements de soins de longue durée est d'un ETC pour 250 lits.

Prévention des infections nosocomiales							
Indicateur n° 1.1.11B							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales CHSLD			NA	NA	14,29/54	14,29	42,86/100
	Seuil 2010	100					
	Cible 2010	100					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	42,8					
	Engagements déboursés		NA	NA	100	100	100
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	14,2	14,2	42,8

### Sommaire régional

La région dispose d'un total de 1 423 lits publics et privés conventionnés. En 2008-2009, il y a eu la mise en place graduelle de l'équipe régionale en prévention et contrôle des infections pour couvrir ces lits. À Laval, les CHSLD publics et privés conventionnés sont desservis à 100 % avec un total de 5,8 ETC. Ces postes sont comblés à 100 %.

Pour 2007-2008 et 2008-2009, le chiffre de 14,29 %, inscrit au tableau, ne correspond pas à la réalité des milieux. Considérant une vue d'ensemble de la région, le pourcentage réel est supérieur à 85 %.

Les particularités méthodologiques et d'interprétation de cet indicateur peuvent porter à confusion. C'est d'ailleurs ce qui explique la différence entre les données. Pour cette période la cible est sur le point d'être atteinte. En 2009-2010, le pourcentage inscrit est de 42,86 alors que l'atteinte de la cible est de 100 % et que le ratio respecte les normes du MSSS (1 ETC/250 lits). Nous travaillons présentement à rectifier une problématique de saisie de données par les établissements depuis la consolidation de l'équipe régionale.

### Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales

Pour l'instant, l'indicateur tient compte seulement des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Prévention et contrôle des infections nosocomiales							
Indicateur n° 1.1.17							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel			NA	NA	NA	NA	100
	Seuil 2010	100					
	Cible 2010	100					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	100					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	100
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	100

### Sommaire régional

Le comité de prévention des infections est un comité multidisciplinaire. Il a une composante structurelle et essentielle à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de PCI. Ce comité a le mandat général de déterminer les objectifs de programme de PCI et de prioriser les

actions. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le cadre de référence «*Les infections nosocomiales - le Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec* » de 2006. Les deux CHSGS ont un comité de prévention des infections fonctionnel avec des rencontres périodiques. La cible est donc atteinte.

### Programme structuré de prévention et contrôle des infections (PCI)

Le programme en PCI permet d'avoir une perspective globale et de garder bien en vue les activités à prioriser, à réaliser et à maintenir pour réduire le risque infectieux relié à la prestation de soins. Le programme en PCI fait partie des quatre conditions essentielles pour la réduction des infections nosocomiales.

Prévention et contrôle des infections nosocomiales							
Indicateur n° 1.1.18							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage des établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales			Na	NA	NA	NA	0
	Seuil 2010	100					
	Cible 2010	100					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	0					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	100
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	0

### Sommaire régional

Les établissements n'ont pas de programmes structurés en PCI approuvés par le conseil d'administration, tel qu'il a été demandé par le MSSS. Les deux établissements disposent de normes de pratique et de gestion ainsi que des protocoles pour les infections nosocomiales. Des surveillances sont faites au sein des établissements ainsi que la gestion d'éclosions.

Le manque de temps est un facteur important. La prévention et le contrôle des infections sont une spécialité de plus en plus exigeante pour les équipes en place, avec une lourdeur de travail importante. La production d'un protocole demande de la recherche de la part des conseillères, de la relecture par des médecins microbiologistes jusqu'à l'approbation de la Direction, et ce, en plus du travail de surveillance et de gestion des problématiques sur les unités de soins, etc. L'interprétation des données inscrites dans T-BIG et Gestred ne rend pas compte de la réalité de la région.

### Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Les SIPPE sont offerts par le CSSS de Laval sur l'ensemble du territoire et s'adressent aux femmes enceintes, aux bébés à naître, aux mères, aux pères et aux familles vivant en contexte de vulnérabilité (*parents sous-scolarisés vivant en contexte de pauvreté, jeunes parents, parents d'immigration récente*). Ils visent à favoriser le développement des enfants et à prévenir les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux. Ils comprennent deux volets : l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnement favorable à la santé et au bien-être de ces familles.

## Proportion de femmes nouvellement inscrites aux services (SIPPE)

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)							
Indicateur n° 1.1.12							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Proportion de femmes nouvellement inscrites aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de l'année financière 2009-2010			53	58,4	74	68	74,8
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	80					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	93,5					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	80
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	93,5

### Sommaire régional

Entre 2005-2006 et 2007-2008, la proportion de nouvelles mères inscrites ayant accouché dans l'année de référence a progressé de façon constante. Une diminution a été remarquée entre 2007-2008 et 2008-2009, faisant passer le pourcentage de nouvelles mères rejointes de 74 % à 68 %. Plusieurs raisons expliquaient ce recul et un plan d'action a été mis en place. La situation a été rétablie dès l'année suivante, 2009-2010, avec 74,8 % de nouvelles mères rejointes.

La cible 2010 est la norme ministérielle édictant que 80 % de cette clientèle devrait être rejointe par ces services. En comparant la moyenne des nouvelles mères rejointes sur trois ans aux engagements et à la cible, il faut parler d'une atteinte partielle des résultats attendus.

### Vaccination chez les enfants

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) prévoit un calendrier régulier de vaccination pour les enfants et une norme quant au délai acceptable entre l'âge prévu et la réception des vaccins. Les retards dans l'administration des vaccins constituent un manque de protection pour une portion importante d'une population vulnérable à des maladies évitables.

### Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1<sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais

L'indicateur permet de préciser la proportion d'enfants pour laquelle le calendrier de vaccination est respecté, pour le vaccin choisi comme indicateur, soit la dose du vaccin contre DCaT-Polio-Hib (Pentacel/Pediacel) à l'âge de deux mois. Il s'agit de la différence entre l'âge de l'enfant au moment où il reçoit le vaccin et la date prévue de l'administration de ce vaccin au calendrier du PIQ en rapport avec le nombre total d'enfants ayant reçu ce vaccin dans les CSSS mission CLSC. Pour être considéré dans les délais, l'enfant doit recevoir la 1<sup>re</sup> dose de vaccin à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ.

Vaccination chez les enfants							
Indicateur n° 1.1.14							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin conjugué contre le DCaT-Polio-Hib (Pentacel) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)			NA	NA	NA	NA	68,6
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	75					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	91,5					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	75
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	91,5

## Sommaire régional

Atteinte progressive de la cible prévue au plan d'action. 75% des enfants vaccinés en CSSS mission CLSC reçoivent leur 1<sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib (Pentacel-Pediacel) en dedans d'une semaine du moment prévu au calendrier du PIQ en 2009-2010 et 90 % en 2010-2011. L'objectif 2009-2010 (75 %) a été atteint à 91,5 %. Cet indicateur devrait obtenir des résultats identiques à ceux de l'indicateur 1.1.16, puisque les deux vaccins sont offerts lors d'une même séance de vaccination.

### Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1<sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais

L'indicateur permet de préciser la proportion d'enfants pour laquelle le calendrier de vaccination est respecté, pour le vaccin choisi comme indicateur, soit la dose du vaccin contre le méningocoque de séro groupe C à 1 an. Il s'agit de la différence entre l'âge de l'enfant au moment où il reçoit le vaccin et la date prévue de l'administration de ce vaccin au calendrier du PIQ en rapport avec le nombre total d'enfants ayant reçu ce vaccin dans les CSSS mission CLSC.

Pour être considéré dans les délais, l'enfant doit recevoir la 1<sup>re</sup> dose de vaccin à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ.

Vaccination chez les enfants							
Indicateur n° 1.1.15							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)			NA	NA	NA	58,1	
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	75					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	77,5					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	75
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	77,5

## Sommaire régional

Les enfants vaccinés (75 %) en CSSS mission CLSC reçoivent leur 1<sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C en dedans d'une semaine du moment prévu au calendrier du PIQ en 2009-2010 et 90% en 2010-2011. L'objectif 2009-2010 (75 %) a été atteint à 77,5 %. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ce résultat mitigé : disponibilité limitée du parent occasionnée par le retour au travail, enfants plus souvent malades avec l'introduction en milieu de garde, aucune intervention du CLSC depuis le dernier vaccin à l'âge de six mois, etc.

## Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1<sup>re</sup> dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais

L'indicateur permet de préciser la proportion d'enfants pour laquelle le calendrier de vaccination est respecté, pour le vaccin choisi comme indicateur, soit la dose du vaccin contre le pneumocoque (Prevnar) à l'âge de deux mois. Il s'agit de la différence entre l'âge de l'enfant au moment où il reçoit le vaccin et la date prévue de l'administration de ce vaccin au calendrier du PIQ en rapport avec le nombre total d'enfants ayant reçu ce vaccin dans les CSSS mission CLSC.

Pour être considéré dans les délais, l'enfant doit recevoir la 1<sup>re</sup> dose de vaccin à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ.

Vaccination chez les enfants						
Indicateur n° 1.1.16						
			Valeurs cumulatives			
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais			NA	NA	NA	70.2
	Seuil 2010	ND				
	Cible 2010	75				
	Atteinte de la cible 2010 (%)	93,6				
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	75
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	93,6

### Sommaire régional

Les enfants vaccinés (75 %) en CSSS mission CLSC reçoivent leur 1<sup>re</sup> dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque (Prevnar) en dedans d'une semaine du moment prévu au calendrier du PIQ en 2009-2010 et 90% en 2010-2011. L'objectif 2009-2010 (75 %) a été atteint à 93,6 %. La cible ministérielle est établie à 75 % des enfants vaccinés devant recevoir leur première dose en moins d'une semaine du moment prévu au calendrier pour ces trois vaccins. Les objectifs visés ont donc été atteints à plus de 90 % pour les enfants âgés de deux mois et à 77 % pour ceux âgés de 12 mois. Les résultats tiennent compte de la vaccination en CSSS mission CLSC seulement, ce qui représente environ 40 % de toute la vaccination réalisée à Laval.

Un comité permanent de coordination des activités en immunisation a été mis en place au CSSS de Laval, en décembre 2007, suite au dépôt du rapport d'un groupe de travail sur la vaccination. Différentes activités ont été ajoutées afin d'améliorer la couverture vaccinale des enfants âgés de deux et de 12 mois dans les délais prescrits, (*ex : activités de promotion de la vaccination à l'unité mère-enfant en CH, lors de visites post-natales et des suivis des familles en SIPPE, confirmation des rendez-vous de vaccination, relance des absents, appels à tous les nouveaux parents lavallois, etc.*)

Cette dernière mesure a été interrompue durant la pandémie d'influenza A (H1N1) mais a été reprise en juin 2010 en vue de documenter, pour une période de six mois, les raisons de non-vaccination des enfants de deux et 12 mois selon les délais prescrits (*ex : enfant malade, vaccination en cabinet médical, transport non disponible, disponibilité des heures de rendez-vous incompatible avec la disponibilité du parent, etc.*). Des cliniques ponctuelles ont aussi été ajoutées régulièrement pour répondre aux demandes de rendez-vous de dernière minute afin d'assurer une vaccination dans les normes.

Une révision des méthodes d'inscription des données dans le système I-CLSC a été effectuée afin de s'assurer que les vaccins visés par les indicateurs soient priorisés lors de la saisie. Au

cours de 2011, les parents devraient pouvoir prendre le rendez-vous de vaccination de leur enfant lors des activités de promotion de la vaccination.

## École en santé

L'approche *École en santé* est une démarche d'accompagnement visant à soutenir les écoles dans la planification et la mise en œuvre de leurs interventions en promotion de la santé et en prévention afin qu'elles gagnent en efficacité et s'ancrent dans leur projet éducatif et plan de réussite.

### Proportion d'écoles qui intègrent l'approche École en santé

École en santé							
Indicateur n° 1.1.13							
		Valeurs cumulatives					
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
Proportion d'écoles qui intègrent l'approche <i>École en santé</i>		NA	NA	NA	NA	38,5	
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	NA					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	48
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NS	80,2

### Sommaire régional

Le nombre d'écoles lavalloises ayant implanté l'approche est en constante progression depuis 2006-2007. Il est passé de 25 écoles cette année-là, à 42 sur un total de 82, soit 52 % en 2009-2010. La différence de proportion entre ce pourcentage et celui inscrit (38,5 %) réside dans l'utilisation récente d'un dénominateur qui repose sur un nombre de bâtiments (certaines écoles comptent plus d'un bâtiment) alors que notre pourcentage est établi à partir du nombre d'écoles.

Quoique plus récente, l'implantation de l'approche au secteur anglophone a suivi une progression similaire. Sous l'impulsion du Plan d'action régional de santé publique, *École en santé* est implantée en 2009-2010 dans presque toutes les écoles lavalloises dont l'indice de défavorisation se situe entre 7 et 10. Cet indice du seuil de faible revenu (SFR) correspond à la proportion de familles vivant autour ou sous le seuil de faible revenu.

En 2009-2010, plus de 20 000 élèves sont inscrits dans une école en santé dans notre région. Fort de ces données concernant les résultats observés sur quatre ans, au regard du nombre d'établissements scolaires publics que compte Laval, nous concluons à l'atteinte des résultats visés.

## Programme de dépistage du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est implanté depuis 1998 et vise à réduire de 25 % la mortalité par cancer du sein en incitant 70 % des femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage aux deux ans.

### Taux de participation au PQDCS

Habitudes de vie et maladies chroniques							
Indicateur 1.1.3							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)			42,3	48,5	48,3	N/A	N/A
	Seuil 2010	40					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)						
	Engagements déboursés		44,2	45	50,5	N/A	N/A
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		95,7	107,77	95,64			

### Sommaire régional

Depuis 2005-2006, le taux de participation au PQDCS est passé de 48,5 % à 55,6 % en 2008-2009 (*dernières données disponibles*), ce qui constitue une augmentation annuelle constante. En 2009, 80 % des Lavalloises passaient leur mammographie de dépistage dans leur région de résidence. La cible 2010 visait une augmentation du taux de participation au PQDCS. L'augmentation continue de la participation au programme, associée à la proportion de femmes qui passent des mammographies hors programme permet de constater qu'en 2007-08, 69,2 % des Lavalloises ont eu une mammographie au cours des 24 derniers mois.

Les enjeux reliés à l'application régionale du PQDCS regroupent ceux du Programme dans son ensemble tels que décrits dans le Plan d'action du MSSS 2009 soit l'accessibilité, l'assurance-qualité et le consentement éclairé.

### Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) des infections transmises sexuellement et par le sang visent des populations vivant dans des contextes particuliers, propices à l'adoption de comportements à risque de contracter et de transmettre ces infections. Selon un modèle régional centralisé, ces services sont dispensés par un seul établissement, le CSSS de Laval. Afin qu'elles soient rejointes en plus grand nombre possible, les clientèles sont rencontrées dans les locaux de l'établissement, mais aussi, dans une proportion importante, dans les milieux qu'elles fréquentent (outreach).

### Volume de tests de dépistage réalisés par les SIDEPE auprès de l'ensemble de la clientèle

VIH/Sida, VHC et ITS							
Indicateur 1.1.6							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés par les SIDEPE auprès de l'ensemble de la clientèle			3 396	707	824	N/A	N/A
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)						
	Engagements déboursés		>1 650	N/A	707	N/A	N/A
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		205,82		116,54			

## Volume de tests de dépistage réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP

VIH/Sida, VHC et ITS							
Indicateur 1.1.7							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP			124	100	345	N/A	N/A
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)						
	Engagements déboursés		>98	62	100	N/A	N/A
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		126,53	161,9	345		

### Sommaire régional

Le nombre total d'activités de dépistage dans les lieux où sont situés les SIDEP a augmenté entre 2006-2007 et 2007-2008, passant de 707 à 824.

Le nombre d'activités de dépistage hors les murs du SIDEP (*pour les populations les plus vulnérables*) a augmenté de façon significative, passant de 124 en 2005-2006 à 345 en 2007-2008.

Ces résultats dépassent les engagements prévus de façon marquée pendant la période où ces indicateurs se retrouvaient à l'entente de gestion. Compte tenu de la progression et du dépassement des engagements, il faut conclure à une atteinte totale de la tendance souhaitée.

Les indicateurs du nombre de dépistage des SIDEP ne sont plus intégrés à l'entente de gestion depuis 2008-2009. Cependant, les activités des SIDEP se poursuivent à Laval. Un travail d'accompagnement de la Direction de santé publique de l'ASSS auprès des SIDEP du CSSS se poursuit afin d'optimiser leur intervention à rejoindre efficacement les populations les plus vulnérables et à risque de développer une ITSS, notamment en accentuant les interventions dans le milieu de vie des populations visées.

## Prévention des chutes

Les services d'intervention en prévention des chutes prennent en compte des niveaux de risques différents selon le profil d'autonomie des aînés. Les interventions multifactorielles personnalisées (IMP) ont débuté en 2006 et sont données dans le cadre des services de soutien à domicile offerts par les CSSS (*mission CLSC*).

### Bilan des interventions multifactorielles personnalisées (IMP)

Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie dans le cadre des services de soutien à domicile et ayant bénéficié d'une intervention pour la prévention des chutes.

Année	Nombre d'usagers
<b>2006-2007</b>	<b>59</b>
<b>2007-2008</b>	<b>112</b>
<b>2008-2009</b>	<b>73</b>
<b>2009-2010</b>	<b>250</b>

### Sommaire régional

Pendant la première année de la mise en place du continuum en prévention des chutes, un état de situation a été établi en ce qui concerne l'ensemble des actions pour les différentes clientèles du continuum (*promotion, prévention et réadaptation*).

Cet état de situation a permis à la région de répondre à la demande ministérielle de mise en place des interventions multifactorielles personnalisées (IMP), puisque nous n'avions pas d'actions spécifiques pour la clientèle visée par ces interventions (*aînés en perte d'autonomie présentant une histoire de chute et un risque élevé de tomber à nouveau*).

La poursuite des travaux nous a permis de définir un modèle d'intervention approprié à notre région (*intensité accrue du volet marche et équilibre*). Le suivi de la clientèle dans le cadre des IMP s'échelonne sur 12 mois. Les actions en lien avec les interventions multifactorielles personnalisées ont débuté au mois de mai 2006.

Le nombre de personnes rejointes par les services de prévention des chutes (IMP) a augmenté considérablement depuis 2006-2007, passant de 59 à 250 personnes. On a pu observer une progression de nombre de personnes à la suite de l'implantation graduelle du programme et l'ajout de nouvelles ressources. Les résultats ont atteint les engagements prévus, selon l'intensité des actions du modèle proposé dans notre région et le nombre de ressources disponibles. Nous avons connu un problème de codification de la part des intervenants lors de l'année 2008-2009, ce qui explique la baisse du nombre de personnes ayant bénéficié des services pendant l'année en question (*le chiffre réel se situe autour de 200 personnes*), ainsi qu'une diminution des services en 2009-2010 causée par la pandémie de grippe (*AH1N1*).

Par ailleurs, les investissements dans le programme ont permis d'augmenter le nombre de ressources disponibles et, par conséquent, le nombre de bénéficiaires du programme. Le programme a démarré avec 2 ETC (*ressource thérapeute en réadaptation physique*). En 2007-2008, l'ajout d'une autre demi-ressource (2,5 ETC), pour ensuite, en 2009-2010, atteindre 6 ETC et offrir le service à 350 personnes.

## Tabagisme

La lutte au tabagisme s'inscrit dans le cadre de deux plans d'action : le Plan québécois de lutte au tabagisme (2005-2010) et le Plan québécois d'abandon du tabagisme.

### Nombre d'usagers des services de cessation à Laval

Nombre de fumeurs ayant reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)

Habitudes de vie et maladies chroniques							
Indicateur 1.1.2							
		Valeurs cumulatives					
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)	Individuel	140	155	216	195	166	
	Groupe	76	72	37	25	37	
	Seuil 2010						
	Cible 2010						
	Atteinte de la cible 2010 (%)						
	Engagements déboursés	>132	138/ 8 groupe de 10	N/A	N/A	N/A	
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)	104,54	112,31/ 90				

### Sommaire régional

Dans le contexte de la mise en place du Plan québécois de lutte au tabagisme (2005-2010) et du Plan québécois d'abandon du tabagisme, l'équipe du Centre de l'abandon du tabagisme (CAT) a été consolidée en créant des postes permanents pour les intervenants en cessation tabagique pour stabiliser les services offerts sur le territoire. Un service de cessation a été implanté à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, en vue de sensibiliser les fumeurs à la cessation tabagique et les renseigner sur les services offerts sur notre territoire (*ordonnance collective, CAT, ligne J'arrête*).

La «Méthode Oxygène» (*programme de cessation utilisé à Laval*) a été révisée afin d'intégrer les volets alimentation et activité physique (*offerts par des spécialistes dans les deux domaines*) et aussi pour effectuer une mise à jour des derniers avancements en ce qui a trait à la cessation (*nouveaux produits, etc.*).

L'ordonnance collective pour les thérapies de remplacement à la nicotine a été instaurée (*pour les pharmaciens*) ce qui permet à la population d'avoir accès aux TRN plus facilement. Une formation a été offerte aux pharmaciens, médecins et intervenants de la santé.

Tableau de la progression des dépenses directes nettes

**Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010**

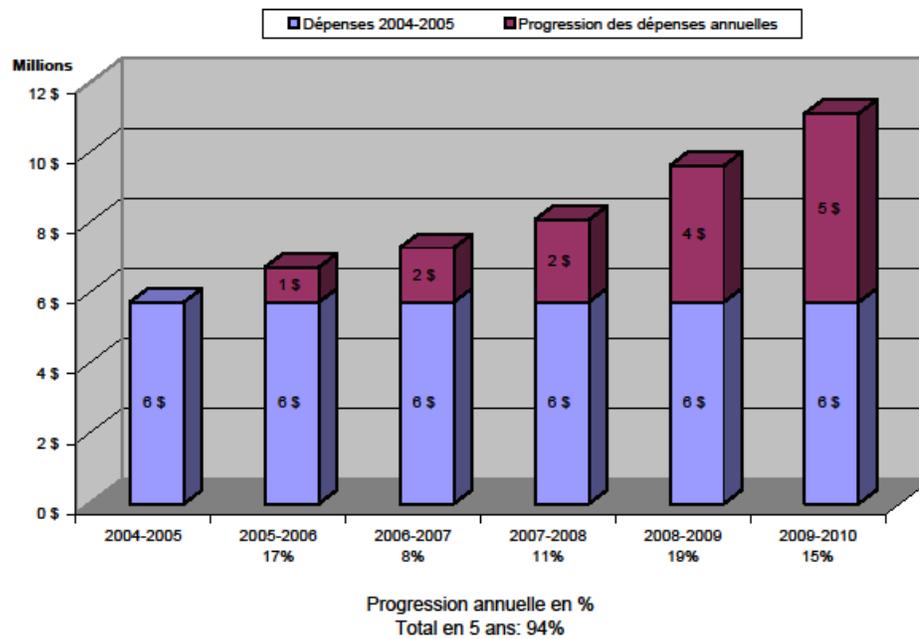
**Programme: Santé publique**

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	5 746 321 \$				
2005-2006	6 744 368 \$	998 047 \$	17%	998 047 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Préventions infections nosocomiales</li> <li>• École en santé</li> <li>• Prévention des chutes chez les aînés</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Lutte au tabagisme</li> <li>• Programme 0-5-30</li> </ul>
2006-2007	7 295 301 \$	550 933 \$	8%	1 548 980 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• École en santé</li> <li>• Programme 0-5-30</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Intervention nutritionnelle en milieu scolaire</li> <li>• Coordination réseau sentinelle</li> <li>• Soutien plan d'action en prévention suicide</li> </ul>
2007-2008	8 096 777 \$	801 476 \$	11%	2 350 456 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• École en santé</li> <li>• Coordination réseau sentinelle</li> <li>• Prévention des chutes chez les aînés</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Lutte au tabagisme</li> <li>• Programme Y'a personne de parfait</li> </ul>
2008-2009	9 635 728 \$	1 538 951 \$	19%	3 889 407 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Lutte au tabagisme</li> <li>• Réseaux sentinelles en prévention suicide</li> <li>• Programme 0-5-30</li> <li>• École en santé</li> <li>• Cuisines et jardins collectifs</li> <li>• Programme Y'a personne de parfait</li> </ul>
2009-2010	13 237 504 \$ <del>(2 114 741)\$</del> 11 122 763 \$	1 487 035 \$	15%	5 376 442 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Vaccination</li> <li>• Programme Y'a personne de parfait</li> <li>• Programme 0-5-30</li> <li>• École en santé</li> <li>• Développement sexualité saine et responsable</li> <li>• Sécurité alimentaire</li> <li>• Exclut vaccination pandémie</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>5 376 442 \$</b>	<b>94%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471  
Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

SANTÉ PUBLIQUE



## PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX

### Services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)

Les services psychosociaux généraux consistent en des suivis brefs visant à répondre aux problèmes psychologiques et sociaux des individus qui vivent une situation particulière momentanée ou qui présentent des problèmes ponctuels ou de nature aiguë et réversible. Ces services sont offerts par les centres de santé et de services sociaux (CSSS, mission CLSC).

### Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)

Nombre de personnes utilisant les services

Services psychosociaux en CSSS							
Indicateur n° 1.2.2							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)			1 429	1 422	1 531	1 416	2 052
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	NA					
	Engagements déboursés		1 422	1 429	1 429	1 531	1 531
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		100,4	99,5	107,1	92,4	134

### Sommaire régional

Pour cet indicateur, le bilan des cinq dernières années est très positif. En effet, la clientèle desservie au niveau des services psychosociaux généraux a suivi une courbe en augmentation entre 2005-2006 et 2009-2010 (sauf pour 2008-2009 où nous notons une légère baisse). La cible 2010 a été atteinte et le pourcentage d'atteinte de l'engagement déboursé varie de 34 % en 2009-2010 à 92,4 % en 2008-2009.

### Intensité des services

Cet indicateur décrit le nombre moyen des interventions réalisées par usager dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)

Services psychosociaux en CSSS							
Indicateur n° 1.2.3							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre moyen d'interventions par usagers réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)			4,49	4,75	3,88	3,69	2,93
	Seuil 2010	3,86					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	NA					
	Engagements déboursés		4,49	4,49	4,49	3,9	3,9
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		99,9	105,8	86,3	94,7	75,1

### Sommaire régional

Pour cet indicateur (*l'intensité des services psychosociaux généraux*), notre CSSS a maintenu un fort pourcentage d'atteinte (autour de 100 %) des engagements déboursés pour les quatre premières années du bilan de cinq ans. Pour l'année 2009-2010, le pourcentage d'atteinte a diminué à 75 % en raison des transferts de clientèle en services spécialisés effectués dans de très courts délais et de l'impact des guichets d'accès en santé mentale.

Notre réflexion régionale concernant cet indicateur nous amène à nous interroger sur le seuil et la cible ministériels alors que l'organisation des services et les meilleures pratiques ne supportent pas la notion d'un nombre élevé d'interventions par usager en services psychosociaux généraux.

### Services Info-Santé

Année	Nombre d'appels reçus de Lavallois	Nombre d'appels répondus par le SRIS de Laval	Durée moyenne du temps d'attente (minutes)
2007-2008	113 646	103 280	3 min
2008-2009	121 168	116 229	5 min 15 s
2009-2010	143 406	131 637	4 min 32 s

### Sommaire régional

Le service Info-Santé gagne en popularité depuis la mise en place de la ligne 811. Le nombre d'appels de Lavallois a augmenté de 26 % entre 2007-2008 et 2009-2010 passant de 113 646 à 143 406.

Le nombre d'appels traités par les infirmières d'Info-Santé de Laval a augmenté entre 2007-2008 et 2009-2010, passant de 103 280 à 131 637 soit une augmentation de 27 %. Par ailleurs, la région de Laval n'ayant pas de service Info-Social, la réponse téléphonique est offerte par Info-Santé ou par le guichet centralisé. Des ententes de collaboration ont été développées avec l'Urgence sociale de Ville de Laval et L'Îlot, Service régional de crise de Laval, et ce, autant pour compléter la réponse téléphonique en tout temps (24 h/7 jours) que pour l'intervention terrain. La population âgée de 18 ans et moins, ainsi que leurs familles, bénéficient des services de l'organisme Accès-cible. Cette organisation de services innovatrice assure une réponse complète à la population de Laval. La durée moyenne de temps d'attente a connu une augmentation lors de la mise en place de la ligne 811 faisant, en termes de délai d'attente, un bond de 3 minutes en 2007-2008 à 5 min 15 s en 2008-2009. Ce résultat s'améliore en 2009-2010 pour atteindre 4 min 32 s et tend vers les résultats initiaux pour l'année en cours.

Finalement, il est à noter que le service régional Info-Santé de Laval figure comme étant l'une des quatre centrales offrant les services à la population d'expression anglaise.

### Services médicaux

À Laval, il y a 43 cliniques médicales en omnipratique dont huit sont des cliniques assez importantes pour supporter le développement d'un réseau intégré. Ces cliniques sont assez bien réparties sur l'ensemble du territoire lavallois sauf pour la partie extrême ouest qui fait l'objet d'un développement immobilier important récent.

Plusieurs cliniques sont composées de médecins professant en solo et en duo, avec des médecins vieillissants.

Il se fait en moyenne 515 000 consultations avec rendez-vous par année et 400 000 en sans rendez-vous dans les cabinets soit une proportion de 55 % en rendez-vous et 45% en sans rendez-vous.

Ceci équivaut à 12 fois le nombre de consultations faites à l'urgence du CSSS qui est l'une des urgences les plus achalandées au Québec.

Les cliniques comptant des médecins plus âgés ont une plus grande proportion en rendez-vous et celles comptant de jeunes médecins ont la proportion inverse.

À Laval, en cabinet, 44% des médecins ont plus de 50 ans dont 33 % ont plus de 55 ans. Seulement 3% ont moins de 30 ans et 18 % ont moins de 40 ans. La région fait donc face à un vieillissement important des médecins en cabinet.

La région compte aussi quatre sites en CLSC qui offrent des services constants en rendez-vous et un seul site offre des services en sans rendez-vous.

La volumétrie et l'âge moyen des médecins ne sont pas disponibles dans ces sites, mais la nomenclature nous porte à croire qu'ils sont moins âgés que leurs confrères de cabinet.

## **Violence conjugale**

### **Portrait statistique à Laval**

Selon les dernières statistiques disponibles du Ministère de la Sécurité publique, en 2009, il y a eu 858 infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal à Laval. C'est une augmentation de 8,5 % comparativement à 2008, où 778 personnes ont été victimes d'infraction dans le même contexte. La plupart des infractions sont des voies de fait, des menaces et du harcèlement criminel. Les femmes sont les principales victimes de ces infractions.

### **Portrait des services à Laval**

Plusieurs acteurs sont impliqués dans la problématique de la violence conjugale à Laval. Tout d'abord, le service de police et l'urgence sociale de la Ville de Laval sont souvent les premiers répondants dans les cas de crise. Ils évacueront la femme du milieu conjugal pour l'admettre à l'hôpital afin qu'elle puisse recevoir des soins ou sinon directement auprès d'une maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale. Il existe trois maisons dans la région qui accueillent également les enfants des femmes en hébergement. Le nombre total de place disponible à Laval en maison d'hébergement est de 45 lits. Les intervenants du CSSS de Laval peuvent aussi détecter les femmes qui vivent de la violence et les référer vers les maisons d'hébergement pour obtenir des services en interne ou en externe. De plus, l'organisme le Bouclier d'Athéna fait de l'intervention en externe pour les personnes provenant des communautés ethnoculturelles.

Les hommes qui ont aussi des problèmes de violence peuvent recevoir des services par le CSSS ou être référés à l'organisme CHOC qui appuie les hommes dans leur démarche de changement de comportement.

### **Concertation régionale**

Il existe deux lieux de concertation régionale. Le CSSS de Laval est mandaté de coordonner la concertation du RLS par l'entremise du COCRSI – Violence conjugale et agressions sexuelles. Il travaille principalement sur le projet clinique.

Les organismes communautaires ont mis sur pied une concertation intersectorielle nommée : La Table de concertation en violence conjugale et agressions à caractères sexuels de Laval (TCVCASL). Cette concertation regroupe les services de police, procureur, commissions scolaires, ville de Laval, le CSSS de Laval et les organismes communautaires concernés par la problématique.

## **Agression sexuelle**

### **Portrait statistique**

En 2009, selon le Ministère de la Sécurité publique du Québec, il y a eu 179 déclarations d'infractions d'ordre sexuelles à Laval. Ces données se maintiennent depuis 2001 sauf en 2006, où le « phénomène Nathalie Simard » a amené plusieurs victimes à faire un dévoilement, ce qui a considérablement augmenté les statistiques durant cette année. La plupart des infractions sont des contacts sexuels. Les jeunes filles de moins de 18 ans restent les principales victimes de ces infractions, et ce plus spécifiquement les filles de 6 à 11 ans. Il est important de spécifier que ces statistiques ne représentent pas l'ensemble des cas d'agressions sexuelles puisque peu de victimes les dévoilent et elles le font encore moins à la police. De plus, près de 3 infractions sur dix ont été perpétrées avant 2009, ce qui démontre un long délai pour le dévoilement.

### **Portrait des services à Laval**

Les personnes victimes d'agression sexuelle peuvent porter plainte à la police et/ ou à la direction de la protection de la jeunesse, le cas advenant. Ces personnes peuvent obtenir des soins de santé et de services sociaux au CSSS de Laval, soit au Centre désigné en agression sexuelle pour les adultes ou à la clinique sociojuridique pour les moins de 18 ans. L'organisme communautaire Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) offre des services psychosociaux aux enfants et adultes, hommes et femmes victimes d'agressions sexuelles. De plus, pour les personnes délinquantes ou ayant des comportements sexuels déviants peuvent obtenir des services au Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS).

### **Concertation régionale**

En plus du COCRSI-Violence conjugale et Agressions sexuelles ainsi que la Table de concertation en violence conjugale et agressions à caractères sexuels de Laval (TCVCASL), la région détient une autre concertation spécifique dans le cadre du plan d'action en agression sexuelle, soit le comité régional 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 piloté par l'Agence. Ce comité regroupe des partenaires intersectoriels liés à tous les ministères signataires de l'Entente. L'Entente vise ainsi à garantir une meilleure protection aux enfants et à leur apporter l'aide dont ils ont besoin en prévoyant une concertation étroite entre le directeur de la protection de la jeunesse, le substitut du procureur général, les services policiers et, le cas échéant, les autres acteurs visés, notamment ceux des établissements et organismes scolaires, des centres de la petite enfance et autres services de garde, des établissements et organismes de santé et de services sociaux ainsi que des organismes de loisir et de sport.

Tableau de la progression des dépenses directes nettes

**Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010**

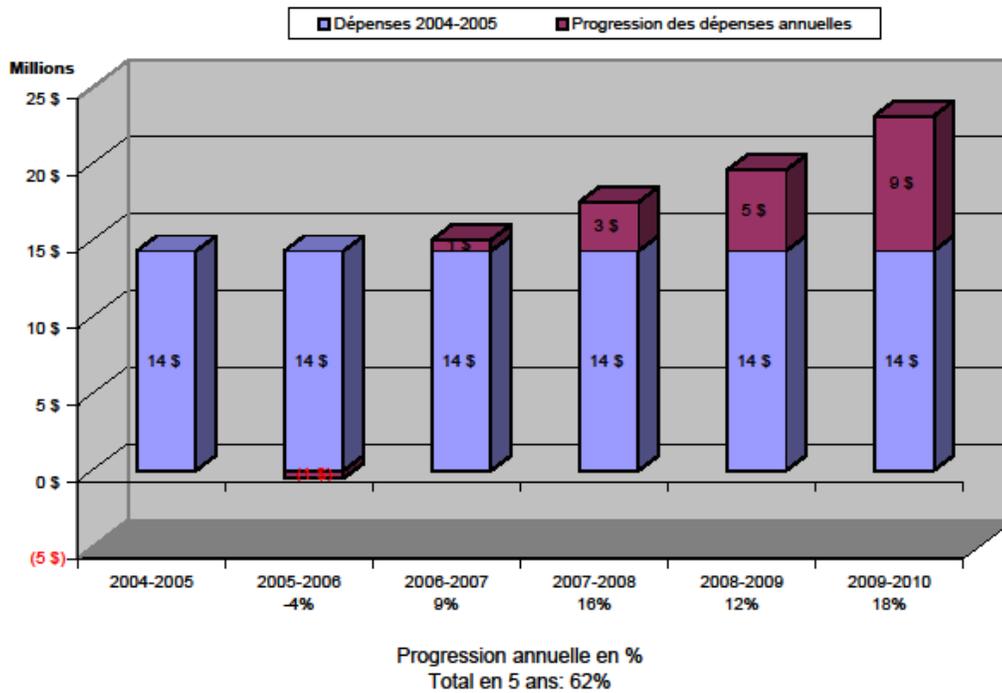
**Programme: Services généraux**

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	14 326 025 \$				
2005-2006	13 809 364 \$	(516 661 \$)	-4%	(516 661 \$)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Femmes victimes violence conjugale</li> <li>- <b>Transfert à d'autres programmes dû au budget par programmes</b></li> </ul>
2006-2007	15 046 820 \$	1 237 456 \$	9%	720 795 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Programme de lutte contre le cancer</li> <li>- SAD désengorgement d'urgence</li> <li>- Violence conjugale</li> <li>- Maison hébergement femmes violentées</li> <li>- Démarrage trois cliniques / projet-réseau</li> </ul>
2007-2008	17 524 256 \$	2 477 436 \$	16%	3 198 231 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Augmenter les ressources actuelles du service Info-Santé pour répondre à 90% des appels en moins de 4 minutes</li> <li>- SAD désengorgement d'urgence</li> <li>- Maison hébergement femmes violentées</li> <li>- Plan régional contingence</li> <li>- Info santé 811</li> <li>- Soutenir cliniques médicales privées</li> </ul>
2008-2009	19 597 912 \$	2 073 656 \$	12%	5 271 887 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Maintenir le projet d'ordonnance collective pour la contraception orale</li> <li>- SAD désengorgement d'urgence</li> <li>- Maison hébergement femmes violentées</li> <li>- Plan régional contingence</li> <li>- Info santé 811</li> </ul>
2009-2010	23 144 273 \$	3 546 381 \$	18%	8 818 248 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Infirmière 1<sup>re</sup> répondante GMF</li> <li>- Développement accueil clinique</li> <li>- Rehaussement UMF</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>8 818 248 \$</b>	<b>62%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471  
Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

### Progression des dépenses directes nettes 2005-2006 à 2009-2010

#### SERVICES GÉNÉRAUX



## Perte d'autonomie liée au vieillissement

### Soutien à domicile : Clientèle PALV

Les services de soutien à domicile (SAD) comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (*physiothérapie, ergothérapie, etc.*) prodigués aux personnes avec une perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) dans leur milieu naturel. Ils sont dispensés par les CSSS (mission CLSC).

### Personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)

Service dans le milieu de vie							
Indicateur n° 1.3.1							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)			8 196	8 254	8 625	8 455	8 057
	Seuil 2010	8 652					
	Cible 2010	9 228					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	87,3					
	Engagements déboursés		9 679	8 392	8 543	8 867	9 228
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		84,6	98,3	100,9	95,3	87,3

### Sommaire régional

Le nombre d'utilisateurs ayant reçu des services de soutien semble avoir connu une baisse de 1,7 % entre 2004-2005 et 2009-2010, soit de 8 196 à 8 057 personnes rejointes. Pour comprendre l'évolution de cette volumétrie au fil des ans, il est nécessaire de rappeler qu'en juin 2007, il y a eu une réorganisation du SAD pour desservir la clientèle par programme-service. Ainsi, à partir de 2008-2009, seules les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement sont comptabilisées. Les personnes âgées en perte d'autonomie liée à une déficience physique ou intellectuelle, de même que les personnes en perte d'autonomie temporaire ne sont plus comptabilisées dans cet indicateur.

De plus, la réorganisation des processus, des équipes de travail et de saisie de données a pu avoir un impact sur le calcul du nombre de personnes desservies. Toutefois, les résultats observés ont permis l'atteinte de l'engagement déboursé à plus de 95 % pendant trois ans. Par ailleurs, il faut noter l'impact du plan de lutte à la pandémie à l'automne 2009 et à l'hiver 2010. Finalement, cette volumétrie est concomitante à un dépassement de la cible au niveau de l'intensité de services.

Les seuils et la cible 2010 constituent les normes établies d'après les objectifs de la planification stratégique ministérielle 2005-2010. Ils sont basés sur un taux visé de pénétration de services. En comparant la moyenne du nombre d'utilisateurs desservis sur trois ans aux seuils, aux cibles ainsi qu'aux engagements, force est de conclure à une atteinte partielle des résultats attendus.

## Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie

Service dans le milieu de vie							
Indicateur n° 1.3.2							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie			29,16	33,07	33,97	34,15	36,31
	Seuil 2010	19					
	Cible 2010	24					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	151,2					
	Engagements déboursés		22,66	24	29,15	34	24
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		128,6	137,8	116,5	100,4	151,2

### Sommaire régional

Le nombre total d'interventions a augmenté de 22 % depuis 2004-2005, passant de 238 995 à 292 550 interventions au total en 2009-2010. Chaque année, les résultats observés dépassent les engagements. La moyenne du nombre d'interventions par personne est supérieure à l'engagement déboursé durant les cinq années, passant de 29,16 en 2005-2006 jusqu'à 36,31 en 2009-2010. Différentes réalités influencent ces résultats. En 2009, dans un contexte de manque de ressources d'hébergement et de rehaussement des critères d'admission en CHSLD, les personnes maintenues à domicile ont une perte d'autonomie et des besoins plus substantiels. Le nombre plus élevé d'interventions s'explique aussi par le fait que le territoire de Laval compte de nombreuses tours d'habitation, ce qui requiert moins de temps de transport pour certains types de services.

Les normes ministérielles quant aux nombres d'interventions reposent sur un nombre d'interventions annuel, par usager, à atteindre. En situant la moyenne des résultats observés sur trois ans au seuil et à la cible traduite en nombre total d'interventions, une atteinte majeure des résultats attendus peut être conclue.

### Services en hébergement

#### Soins infirmiers, d'assistance et services professionnels en CHSLD

Ces deux indicateurs réfèrent au nombre d'heures travaillées par le personnel offrant les soins infirmiers et d'assistance, ainsi que les services professionnels tels que l'ergothérapie, la psychologie, la physiothérapie, etc., par jour-présence, dans un établissement de soins de longue durée public ou privé-conventionné. Ils permettent de vérifier si le nombre d'heures travaillées correspond aux besoins des personnes hébergées.

## Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD

Services en CHSLD							
Indicateur n° 1.3.3							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD			2 904	2 932	2 992	3	3 003
	Seuil 2010	2,8					
	Cible 2010	3					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	100,1					
	Engagements déboursés		2,83	2,84	2,87	2,99	3
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		102,6	103,2	104,2	100,3	100,1

### Sommaire régional

Le nombre d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance a augmenté de 3,4 % entre 2005-2006 et 2009-2010, passant de 2 904 à 3 003 heures par jour. Les résultats sont égaux ou supérieurs aux engagements pour chacune des années d'observation. La cible a été atteinte et même dépassée à chaque année.

Le seuil ministériel est basé sur la situation observée lors d'une année de référence. La cible ministérielle est une norme basée sur l'estimation théorique des besoins des personnes hébergées évalués à trois heures soins par jour. La moyenne quotidienne des heures-soins sur trois ans, comparée aux engagements et à la norme, indique que les résultats attendus ont été atteints en totalité.

## Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD

Services en CHSLD							
Indicateur n° 1.3.4							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD			0,209	0,209	0,216	0,21	0,216
	Seuil 2010	0,19					
	Cible 2010	0,23					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	93,7					
	Engagements déboursés		0,21	0,21	0,21	0,21	0,21
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		99,6	99,4	102,7	99,9	102,7

### Sommaire régional

Le nombre d'heures travaillées par jour-présence pour les services professionnels a, pour sa part, augmenté de 3,3 % depuis 2005-2006, passant de 0,209 à 0,216 heure par jour. La progression a été continue.

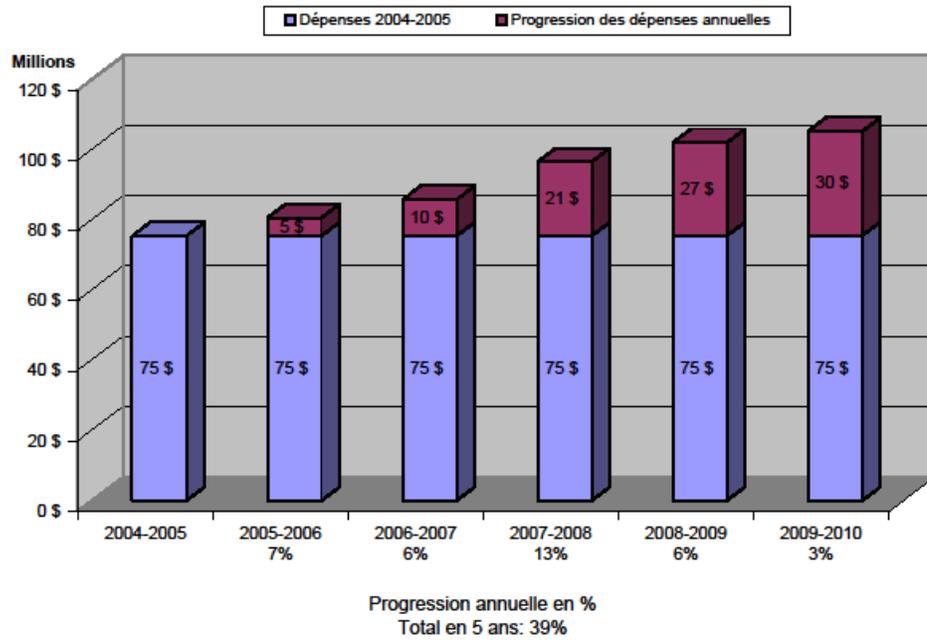
Bien que différents, le seuil et la cible ministériels ont été déterminés selon les mêmes critères que l'indicateur précédent. En comparant la moyenne des heures en services professionnels aux engagements et aux normes ministérielles, il faut faire mention d'une atteinte majeure des résultats escomptés.

Tableau de la progression des dépenses directes nettes

Progression des dépenses directes nettes 2005-2006 à 2009-2010					
Programme: Perte d'autonomie liée au vieillissement Incluant ententes de services					
	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2006	75 466 217 \$				
2006-2008	80 616 693 \$	5 150 476 \$	7%	5 150 476 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Développement soutien à domicile</li> <li>• Intégration du programme d'achat de places</li> <li>• Alourdissement en hébergement</li> <li>• Ajout de lits à la Résidence Riviera (nouvelle construction, phase 1)</li> <li>• Consolidation du Pavillon Notre-Dame</li> <li>• Développement Habitation St-Christophe</li> <li>• Médicaments coûteux</li> </ul>
2008-2007	85 812 201 \$	5 195 508 \$	6%	10 345 984 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Services offerts aux personnes en ressources non institutionnelles</li> <li>• Services offerts aux personnes en hébergement</li> <li>• Ajout de lits à la Résidence Riviera (nouvelle construction, phase 2)</li> <li>• Entente de services en hébergement</li> <li>• Diminution liste d'attente en soutien à domicile et intensification des services</li> <li>• Développement de places en ressources non institutionnelles</li> <li>• Évaluation de la lourdeur de la clientèle hébergée</li> <li>• Développement de la Maison Alzheimer (phase 1)</li> <li>• Unité transitoire convalescence</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
2007-2008	96 611 650 \$	10 799 449 \$	13%	21 145 433 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Diminution liste attente en soutien à domicile et intensification des services</li> <li>• Entente de service - achat places en CHSLD</li> <li>• Développement de places en ressources non institutionnelles personnes âgées en perte d'autonomie</li> <li>• Évaluation de l'alourdissement de la clientèle PALV</li> <li>• Développement de la Maison Alzheimer phase 2</li> <li>• Plan régional de contingence</li> <li>• Mesures désengorgement urgences</li> <li>• Répit proches aidants</li> <li>• Entente de services en hébergement</li> <li>• Transfert de l'ASSSL au CSSSL de la programmation PALV</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
2008-2008	102 032 105 \$	5 420 455 \$	6%	26 565 888 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Diminution liste attente en soutien à domicile et intensification des services</li> <li>• Développement de places d'hébergement en ressources non institutionnelles</li> <li>• Financement de 15 places additionnelles - UCRF, clientèle en processus de rapatriement</li> <li>• Entente de services PALV</li> <li>• Évaluation clientèle hébergée en CHSLD</li> <li>• Logement social &amp; proches aidants</li> <li>• Plan régionale de contingence</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

**PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT  
incluant ententes de services**



## Programmes déficience physique (DP), déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)

### Plan d'accès aux services

Le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* vise à assurer à ces personnes un accès aux services spécifiques (CSSS), spécialisés et surspécialisés (CR). Il vise également une optimisation et une harmonisation des processus, de la gestion de l'accès aux services ainsi que de l'organisation.

L'implantation du Plan d'accès a été prévue en trois phases échelonnées entre les années 2008-2009 à 2010-2011. Plusieurs indicateurs ont été conçus pour encadrer l'implantation de chacune des phases. Parmi eux figurent les délais d'accès aux services qui ont été définis selon trois niveaux de priorité :

- **Niveau de priorité urgent** : début des services dans un délai maximal de 72 heures suivant la réception de la demande.
- **Niveau de priorité élevé** : début des services à l'intérieur de 30 jours suivant l'analyse de la demande pour les services spécifiques (CSSS) et 90 jours suivant l'analyse de la demande pour les services spécialisés (CR).
- **Niveau de priorité modéré** : début des services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.

La cible à atteindre pour cet indicateur est le respect des délais pour 75 % des personnes visées dès la première année et de 90 % pour les années subséquentes. Le suivi des autres indicateurs est assuré conjointement pour l'Agence avec les gestionnaires d'accès désignés dans les établissements.

### Délais d'accès en déficience physique (DP)

#### Personnes de niveau de priorité urgent ayant une DP

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de niveau de priorité « urgent » en CSSS			NA	NA	NA	NA	59,3
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	100					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	22,2					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	100
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	59,3	

### Sommaire régional

En 2009-2010, le CSSS de Laval a reçu 27 demandes de ce niveau de priorité au cours de l'année 2009-2010 et neuf n'ont pas été traitées dans les délais prescrits. Ce qui signifie que le respect du délai a été observé pour 60 % des demandes.

**Personnes de niveau de priorité élevé ayant une DP en CSSS et en CR**

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de moins de 6 ans de niveau de priorité «élevé» en CSSS			NA	NA	NA	NA	50
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	90					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	55,56					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	90
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	55,56	

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de 6 ans et plus de niveau de priorité «élevé» en CSSS			NA	NA	NA	NA	68,5
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	75					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	91,33					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	75
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	91,33	

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de moins de 6 ans de niveau de priorité «élevé» en CR			NA	NA	NA	NA	64,5
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	90					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	71,67					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	90
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	71,67	

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de 6 ans et plus de niveau de priorité «élevé» en CR			NA	NA	NA	NA	98,5
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	75					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	131,33					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	75
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	131,33	

**Sommaire régional**

En 2009-2010, le CSSS de Laval a respecté le délai pour 68,5 % des demandes. La cible 2010 étant de 90 %, le taux de respect visé est de 75 %, ce qui demeure en dessous des attendus ministériels. En 2009-2010, l'HJR a respecté le délai d'accès pour 70 % des demandes. La cible 2010 étant de 90 %, le taux de respect équivaut à 78 % et demeure en dessous des attendus ministériels.

## Délais d'accès en déficience (DI-TED)

### Personnes de niveau de priorité urgent ayant une DI ou un TED

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de niveau de priorité «urgent en CSSS»			NA	NA	NA	NA	0
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	90					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	0					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	100
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	0

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de niveau de priorité «urgent» en CRDI			NA	NA	NA	NA	100
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	90					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	100					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	100
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	100

### Sommaire régional

Le CSSS de Laval a reçu une demande de ce niveau de priorité au cours de l'année 2009-2010 et elle n'a pas été traitée dans les délais. Cette demande n'aurait pas dû se retrouver avec un niveau de priorité du *Plan d'accès* puisque la nature du service demandé ne répondait pas aux objectifs. La demande était de nature médicale. Le CSSS n'a donc pas reçu de demande de niveau urgent en 2009-2010. Le CRDI Normand-Laramée (CRDINL) a reçu trois demandes qui ont toutes été traitées dans le délai prescrit. L'atteinte de la cible 2010 est donc de 100 %.

### Personnes de niveau de priorité élevé ayant une DI ou un TED

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de moins de 6 ans de niveau de priorité «élevé» en CSSS			NA	NA	NA	NA	33,33
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	90					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	37,03					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	90
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	37,03

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de moins de 6 ans de niveau de priorité «élevé» en CRDI			NA	NA	NA	NA	92,31
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	90					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	102,57					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	90
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	102,57

### Sommaire régional

Le taux de respect des délais pour les enfants de moins de 6 ans de niveau de priorité élevé est de 90 % (*une année complète d'application*). Le CSSS de Laval a reçu trois demandes et a respecté le délai pour une d'entre elles (1/3). Il y a eu respect des délais pour 33,33 % des demandes. La cible 2010 étant de 90 %, le taux de respect équivaut à 37,03 %, ce qui est en deçà des attentes ministériels.

Le CRDINL a respecté le délai d'accès pour 12 demandes sur 13. Il y a eu respect des standards pour 92,3 % des demandes. La cible 2010 étant de 90 %, le taux de respect équivaut à 102,57 %, ce qui dépasse légèrement les attentes ministérielles.

### Personnes 6 ans et plus de niveau de priorité élevé

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de 6 ans et plus de niveau de priorité «élevé» en CSSS			NA	NA	NA	NA	36,4
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	75					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	48,5					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	75
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	48,5

Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience							
Indicateur							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Respecter les standards d'accès pour la clientèle de 6 ans et plus de niveau de priorité «élevé» en CRDI			NA	NA	NA	NA	100
	Seuil 2010	ND					
	Cible 2010	75					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	133,33					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	NA	75
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	133,33

### Sommaire régional

Le taux de respect des délais pour les personnes 6 ans et plus de niveau de priorité élevé est de 75 % (*standard appliqué depuis le 7 novembre 2009*). Le CSSS de Laval a traité 11 demandes et a respecté les délais pour quatre d'entre elles (4/11). Il y a eu respect des délais pour 36,4 % des demandes. La cible 2010 étant de 75 %, le taux de respect des délais équivaut à 48,5 %. Le résultat obtenu indique que l'objectif n'a pas été atteint.

Le CRDINL a traité 12 demandes sur 13 dans les délais d'accès. Il y a eu respect des standards pour 92,3 % des demandes traitées. La cible 2010 étant de 75 %, le taux de respect des délais équivaut à 133,33 %, ce qui dépasse les attentes ministérielles.

### **Conclusion**

À la suite d'une rencontre des gestionnaires d'accès régionaux avec le Ministère, un groupe de travail a été créé pour examiner l'application I-CLSC en lien avec le Plan d'accès.

L'objectif consistait à trouver des solutions aux différents problèmes affectant l'uniformité des données : les codifications intra et inter régions, cohérence des données statistiques issues de GESTRED par rapport à celles de l'outil Excel. Pour ces raisons, certaines demandes concernant l'hébergement ne peuvent être répondues dans les délais faute de places disponibles. Ces usagers se retrouvent sur une liste d'attente de plusieurs mois, voire des années.

Par ailleurs, les établissements ont résorbé à presque 100 % la liste d'attente pré-plan au cours de l'année (*nonobstant une liste d'attente pour les demandes de premier service en hébergement*) et ce avant l'échéance fixée (novembre 2010). Cette obligation de desservir également les personnes déjà en liste d'attente a influencé les résultats du CSSS de Laval pour les cohortes visées par les standards.

De plus, les travaux régionaux d'optimisation et d'harmonisation des processus, de la gestion de l'accès aux services et de l'organisation des services ne sont pas complétés. Une fois cette étape franchie, nous croyons qu'ils contribueront à l'atteinte des respects des standards d'accès.

Finalement, la subvention versée par le Ministère pour l'implantation du *Plan d'accès aux personnes ayant une déficience* vise essentiellement à l'amélioration de l'accès aux services spécifiques rendus par le CSSS et aux services spécialisés rendus par les CR. Malgré les objectifs spécifiques visés par la subvention, l'engagement financier du conseil d'administration de l'Agence envers les organismes communautaires a été maintenu, un montant correspondant à environ 8,4 % du budget de développement du *Plan d'accès* a été alloué aux organismes communautaires soutenant les personnes ayant une déficience. Cependant, les activités offertes par ces organismes ne peuvent être considérées dans la reddition de comptes exigée par le Ministère. Ces activités sont plutôt collatérales au *Plan d'accès*.

## **Autres indicateurs Programme déficience physique**

### **Soutien à domicile au CSSS de Laval**

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des services d'aide à domicile, des services professionnels (*psychosociaux, physiothérapie, ergothérapie, etc.*) prodigués aux personnes ayant une déficience physique dans leur milieu naturel. Ils comprennent aussi des services de soutien à la famille et à leurs proches (*répit, dépannage, présence, surveillance*), des services de soutien à l'intégration sociale et au milieu de travail et des services de soutien intensif de maintien à domicile.

## Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

Soutien à domicile en CSSS							
Indicateur n° 1.4.1							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)			1958	1483	1501	1721	1815
	Seuil 2010	2525					
	Cible 2010	2685					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	67,5					
	Engagements déboursés		2557	1975	1613	1881	2100
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		76,5	75	93	91,4	86,4

### Sommaire régional

L'analyse des résultats atteints entre 2005-2006 et 2009-2010 pour les services de soutien à domicile pour la clientèle ayant une déficience physique confirme une augmentation constante depuis 2006-2007 du nombre de personnes desservies passant de 1 483 à 1 815. Toutefois le seuil et la cible 2010 ne sont pas atteints. En effet, pour cet indicateur, les résultats obtenus au cours des cinq dernières années doivent être analysés en tenant compte notamment de plusieurs éléments.

Deux directions clientèles du CSSS de Laval dispensent les services pour l'atteinte des résultats : la Direction des services généraux pour les adultes pour les services de 1<sup>re</sup> ligne aux adultes et la Direction Famille, Enfance, Jeunesse pour les services de 1<sup>re</sup> ligne aux enfants et adolescents 0-18 ans. La nouvelle Direction des services généraux adulte desservant la clientèle adulte ayant une déficience physique ne dispose que de très peu d'effectifs (*encore aujourd'hui*) lorsque la comptabilisation des résultats a débuté en 2005-2006.

Ainsi, dès 2005, toutes les directions clientèles du CSSS de Laval ont dû composer, avec des mouvements et des déplacements majeurs d'employés d'équipes, avec des changements de pratiques professionnelles, des difficultés de remplacement de personnel et des délais dans l'actualisation d'une nouvelle organisation clinique, administrative et territoriale. Conséquemment, en 2007-2008, la Direction des services généraux pour la clientèle adulte a déposé un plan d'action pour améliorer la performance globale des services de 1<sup>re</sup> ligne et tendre vers l'atteinte des cibles ; la Direction FEJ a ajouté à l'indicateur les services de soutien à domicile offerts par le programme (CA 5919). On en ressent les impacts en 2009. Toutefois à l'échelle du Québec, cet indicateur ne sera pas atteint en raison de nombreuses problématiques (*par exemple : financement insuffisant, cibles et seuils non réalistes, etc.*).

Les effets du plan d'action déposé à l'Agence sont manifestes puisque entre 2007-2008 et 2009-2010, les résultats atteignent successivement 1 501 (2007-2008), 1 721 (2008-2009) et 1 815 (2009-2010) personnes ayant reçu des services. De plus, ces résultats sont en lien avec les engagements déboursés, car ils correspondent à 93 % (2007-2008), 91 % (2008-2009) et 86,4 % (2009-2010) de l'atteinte de l'engagement déboursé. À l'analyse, il ressort que le seul engagement financier significatif en SAD-DP s'est fait en 2007-2008, afin d'augmenter le nombre de personnes desservies.

### Interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC)

Soutien à domicile en CSSS		Valeurs cumulatives				
Indicateur n° 1.4.2		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC)	Seuil 2010	14,47				
	Cible 2010	21,47				
	Atteinte de la cible 2010 (%)	219,4				
	Engagements déboursés	35	35	29,98	30	38
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)	121,7	143,3	162,9	156,4	124

### Sommaire régional

Le nombre total d'interventions par usager demeure assez constant depuis 2005-2006, passant de 83 436 à 85 567 interventions en 2009-2010. Le nombre d'interventions a toujours été supérieur aux engagements régionaux pendant toute la période. Cette situation s'explique par le souhait des usagers de demeurer à domicile le plus longtemps possible et par le fait que les séjours en CHSGS sont de plus en plus courts. Ces deux facteurs principaux constituent l'intensité des services requis.

Le nombre total d'interventions variant très peu explique le nombre moyen par usager, qui passe de 42,61 à 47,14 annuellement. Une comparaison entre les moyennes d'interventions et les normes ministérielles démontre une atteinte totale des résultats attendus. En conclusion, il est à noter que les seuils et cibles 2010 ministériels sont sous-estimés en raison d'éléments divers et nombreux et la mesure de cet indicateur devrait être revue dans le cadre des travaux d'optimisation des services de soutien à domicile prévus par le MSSS.

Durant les cinq dernières années, l'amélioration du respect du cadre normatif pour la clientèle DP, la mise en place de stratégies d'actions pour rejoindre la clientèle, l'embauche d'intervenants pour résorber la liste d'attente, l'implantation d'un service d'intervention précoce ont eu pour effet d'invalider les données de référence ministérielles, ce qui nous laisse croire que ces dernières sont surévaluées.

### Soutien à la famille

Le programme de soutien aux familles des personnes handicapées consiste en une allocation versée directement aux familles par un CSSS, pour l'achat de services de soutien, tels que du répit, du gardiennage ou du dépannage.

## Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (Répit. Gardiennage. Dépannage) par allocation directe

Soutien à la famille							
Indicateur n° 1.4.3							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit. Gardiennage. Dépannage) par allocation directe			270	299	320	276	362
	Seuil 2010	302					
	Cible 2010	552					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	65,5					
	Engagements déboursés		257	270	303	320	432
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		105	110,7	105,6	86,2	83,7

### Sommaire régional

Le nombre d'usagers dont la famille a reçu des services de soutien a augmenté de 92 familles entre 2005-2006 et 2009-2010, avec 270 familles rejointes en 2005 et 362 familles rejointes en 2010. Le nombre de familles rejointes a connu une baisse en 2008-2009. À l'exception des deux dernières années, les résultats sont supérieurs aux engagements.

Les seuils et la cible sont déterminés par le Ministère. En 2007-2008 et 2009-2010, la région a dépassé le seuil. En 2006-2007, le seuil était presque atteint. En 2005-2006 et 2008-2009, le seuil a été dépassé. La cible ministérielle 2010 n'est jamais atteinte, ce qui permet de conclure à une atteinte partielle des résultats attendus entre 2005-2010.

Depuis 2005, un plus grand nombre d'usagers bénéficie des services de soutien pour leur famille par l'allocation moyenne. Toutefois, on observe depuis cinq ans que le montant de l'allocation directe par usager a baissé passant de 1 058 \$ par famille par année à 862 \$ en 2009-2010. Ceci laisse supposer une diminution de l'intensité des services par l'allocation directe, mais qu'un plus grand nombre de familles est desservi.

Pour cet indicateur, de 2005 à 2008, les familles desservies qui ont pu bénéficier de ce programme provenaient de toutes les clientèles confondues (DP-DI-TED). Certains des usagers bénéficiant de ce programme ayant un double diagnostic, il devient difficile de départager entre la DP, la DI et les TED. Un plan d'action est en place au CSSS de Laval afin de remédier à ce problème. De plus, en fin d'année 2008-2009, tous les clients en attente recevaient en 2009-2010 une allocation de soutien à la famille s'ils étaient éligibles. Une amélioration de l'interprétation du cadre de référence de ce programme a fait en sorte que 72 dossiers ont été fermés parce que non conformes. En contrepartie, plus de 200 familles supplémentaires ont pu recevoir une allocation.

### Services spécialisés de réadaptation (DP)

Les services spécialisés de réadaptation sont offerts aux personnes ayant une déficience motrice, visuelle, auditive ainsi qu'une déficience de la parole et du langage. Ces services sont offerts par l'Hôpital juif de réadaptation ou par les deux établissements ayant un mandat supra régional (INLB et IRD). Ces services visent à développer et à maintenir l'autonomie fonctionnelle des personnes présentant une déficience physique et à compenser leur incapacité.

## Personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation

Services spécialisés de réadaptation							
Indicateur n° 1.4.8							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation			3903	3237	3294	3831*	4071*
	Seuil 2010	NA					
	Cible 2010	3124					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	109,6					
	Engagements déboursés		3147	2823	2660	3389	3831
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		124	114,6	123,8	113	106,18

\* incluant les données de l'Institut Raymond-Dewar et de l'Institut Nazareth et Louis-Braille

### Sommaire régional

Le nombre d'utilisateurs recevant ces services spécialisés a augmenté de 8 % depuis 2006-2007, passant de 3 237 à 4 071 en 2009-2010. L'accroissement le plus important a été réalisé entre 2007-2008 et 2008-2009. C'est du côté de la déficience du langage et de la parole que s'observe la plus forte hausse d'utilisateurs rejoints.

Les normes ministérielles ne prévoient pas de seuil pour cet indicateur. La cible 2010 est déterminée par le nombre d'utilisateurs desservis auquel s'ajoute le nombre d'utilisateurs en attente lors d'une année de référence. Les résultats observés dépassent les engagements et la cible, pour une atteinte complète des résultats visés.

Tableau de la progression des dépenses directes nettes

**Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010**

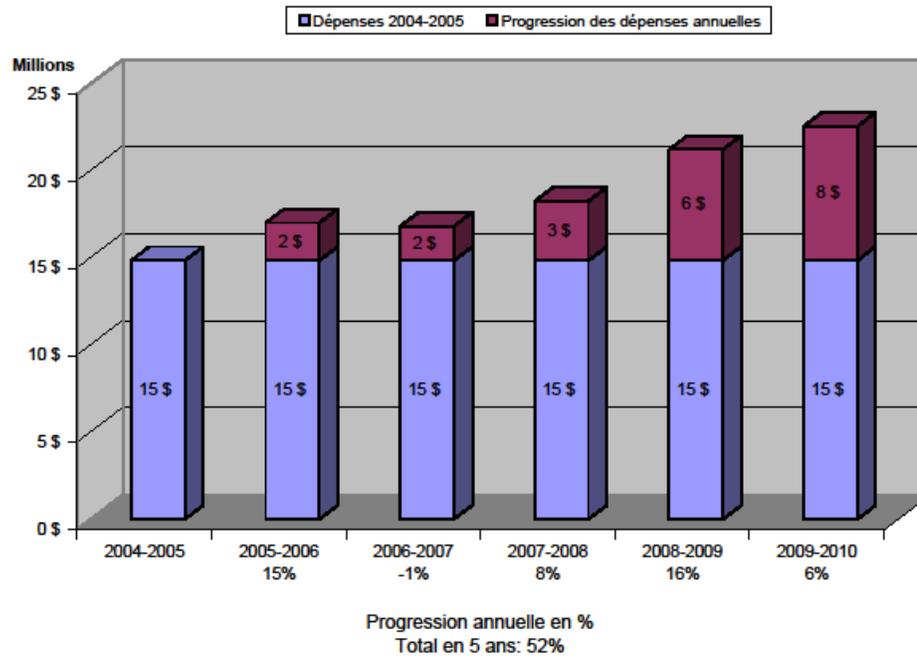
**Programme: Santé physique**

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	128 793 891 \$				
2005-2006	138 334 243 \$	7 540 352 \$	6%	7 540 352 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Désengorgement de l'urgence</li> <li>• Développement mesures PRSA</li> <li>• Coût système spécifique et nouvelles molécules oncologie</li> <li>• Plan régional de contingence</li> </ul>
2006-2007	140 133 339 \$	3 799 096 \$	3%	11 339 448 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• PRIISME et Amimage Centre régional du Diabète</li> <li>• Désengorgement des urgences</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
2007-2008	158 351 859 \$	16 218 520 \$	12%	27 557 968 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Plan régional de contingence</li> <li>• Financement hausse coût transport ambulancier</li> <li>• Mesures désengorgement urgence</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Offre services au module naissance et couverture des heures défavorables</li> <li>• Primes mesures administratives</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
2008-2009	167 288 828 \$	10 936 969 \$	7%	38 494 937 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Développement de la salle d'hémodynamie</li> <li>• Dialyse à domicile</li> <li>• Services d'audiologie diminution liste d'attente</li> <li>• Lits soins subaigus</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Plan régional de contingence</li> <li>• Primes mesures administratives</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
2009-2010	178 965 337 \$	9 676 509 \$	6%	48 171 446 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Accroissement de volume en dialyse</li> <li>• Ajout infirmières praticiennes</li> <li>• Activités en obstétrique</li> <li>• Désengorgement de l'urgence</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Primes mesures administratives</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>48 171 446 \$</b>	<b>37%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471  
Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

**DÉFICIENCE PHYSIQUE**



## Autres indicateurs Programme déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

### Soutien à domicile en CSSS

Les services de soutien à domicile comprennent des soins infirmiers, des activités de soutien et d'aide et des services professionnels (*physiothérapie, ergothérapie, etc.*) prodigués aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) dans leur milieu naturel.

### Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

Soutien à domicile en CSSS						
Indicateur n° 1.5.11						
		Valeurs cumulatives				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)		529	504	590	974	1208
	Seuil 2010	416				
	Cible 2010	497				
	Atteinte de la cible 2010 (%)	243				
	Engagements déboursés	520	531	531	590	747
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)	101,7	94,9	111,1	165	161,7

### Sommaire régional

Le nombre d'utilisateurs a plus que doublé depuis 2005-2006, passant de 529 à 1 208 personnes rejointes. L'accroissement de la clientèle est notable depuis 2008. Les résultats obtenus rencontrent et dépassent les engagements régionaux, sauf pour 2006-2007 où l'atteinte a été de près de 95 %. Les seuils et la cible 2010 constituent les normes établies d'après les objectifs de la planification stratégique ministérielle 2005-2010. Les études menées par diverses instances conviennent d'une augmentation de la clientèle du trouble du spectre de l'autisme (TSA), selon des taux de prévalence variés.

Outre l'augmentation véritable, mais difficilement estimable, des personnes ayant un TSA, d'autres facteurs ont contribué à la hausse observée, soit l'embauche de nouveaux intervenants dans le cadre des crédits dédiés au *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, la réorganisation par programme-clients, l'harmonisation de l'offre de service et des pratiques des intervenants et la standardisation de la codification des données du I-CLSC à l'ensemble des installations du CSSS de Laval.

### Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager (DI-TED)

Soutien à domicile en CSSS						
Indicateur n° 1.5.12						
		Valeurs cumulatives				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager (DI-TED)		15,2	12,8	15,2	10,3	10,8
	Seuil 2010	6,5				
	Cible 2010	12				
	Atteinte de la cible 2010 (%)	90,3				
	Engagements déboursés	14,3	14,2	12,6	12	12
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)	106,3	89,7	120,2	85,8	90,3

## Sommaire régional

Les résultats rencontrent la cible pour les trois premières années. Une baisse est constatée pour les deux dernières années, où l'atteinte est de 85 % et 90 % de la cible. Malgré une progression du nombre total d'interventions, passant de 6 942 interventions en 2005-2006 à 9 342 interventions en 2009-2010, le nombre moyen d'interventions n'a pu être maintenu ou amélioré dans le contexte de forte demande.

L'augmentation importante du nombre d'utilisateurs au cours des dernières années n'a pas permis d'accroître, ni même de maintenir, le nombre moyen d'interventions par utilisateur. Une charge de cas élevée par intervenant et le manque de personnel sont invoqués par le CSSS comme causes probables.

## Services de soutien à la famille (DI-TED)

Le Programme de soutien aux familles des personnes handicapées consiste en une allocation versée par le CSSS de Laval, directement aux familles ou aux dispensateurs de services, tels les camps de jour ou de séjour, pour l'achat de services de soutien, soit de répit, de gardiennage ou de dépannage.

### Utilisateurs ayant une déficience ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien

Soutien à la famille		Valeurs cumulatives					
Indicateur n° 1.5.13		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
Nombre d'utilisateurs ayant une déficience ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, Gardiennage, dépannage)	Seuil 2010	449					
	Cible 2010	532					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	154,8					
	Engagements déboursés		669	703	769	846	700
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		105	111,2	110	86,4	117,7

## Sommaire régional

Le nombre d'utilisateurs dont la famille a reçu des services de soutien dans le cadre de ce programme a connu une hausse de 15 % entre 2005 et 2010, passant de 703 familles rejointes en 2005 à 824 familles en 2010. Les résultats obtenus ont été supérieurs à la cible.

Depuis 2005-2006, le nombre de familles rejointes dépasse les engagements, les seuils et la cible ministériels 2010, à l'exception de l'année 2008-2009. Durant cette année, le CSSS a procédé à une fusion administrative de ce programme auparavant géré par installation CLSC. Cette réorganisation a nécessité des réaménagements (*transferts de données, fermeture de dossiers*) qui ont eu un impact négatif sur les résultats. Le tout a cependant été rectifié au début de l'année financière 2010. La baisse ne correspond donc pas à une diminution réelle de clientèle. Il est permis de conclure à une atteinte totale des résultats attendus pour cet indicateur.

L'allocation moyenne par utilisateur est très variable et difficilement comparable pour les années antérieures à 2009-2010. Chaque CLSC gérait le programme Soutien à la famille indépendamment l'un de l'autre. Même s'il y avait un cadre de référence commun, l'interprétation et la gestion différaient de façon importante d'un CLSC à l'autre. Le regroupement du personnel administratif en juin 2009 a permis une gestion harmonisée.

## Services spécialisés de réadaptation (DI-TED)

Les services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, d'intégration et de participation sociale offerts aux enfants, aux jeunes et aux adultes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement relèvent du CRDI Normand-Laramée. Il offre également des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

### Enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA

Services spécialisés de réadaptation							
Indicateur 1.5.7							
		Valeurs cumulatives					
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA		29	51	51	N/A	N/A	
	Seuil 2010	24					
	Cible 2010	41					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	70,73	124,39	124,39			
	Engagements déboursés	27	29	35	N/A	N/A	
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)	107,40	175,86	145,71			

### Sommaire régional

La région a connu une hausse du nombre d'enfants recevant des services d'intervention comportementale intensive (ICI), celui-ci passant de 29 à 51, entre 2005-2006 et 2007-2008. Le total représente le nombre d'enfants auprès desquels le CRDI est intervenu et non le nombre de places disponibles. L'année de reddition couvre deux années scolaires, certains enfants fréquentent les services du CRDI d'avril à juin et quittent en vue de leur intégration scolaire. Ces places laissées vacantes sont comblées par de nouveaux enfants dès septembre.

Les services de l'ICI sont offerts de septembre à juin. Le CRDI privilégie la période estivale pour la prise de congé annuel de ses intervenants afin de conserver une intensité de service optimale le restant de l'année. En comparant les résultats de l'indicateur aux normes ministérielles, il y a eu dépassement de la cible pour les deux dernières années de référence et atteinte partielle pour l'année 2005-2006. Les engagements déboursés ont cependant été largement atteints.

### Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans

Services spécialisés de réadaptation							
Indicateur 1.5.8							
		Valeurs cumulatives					
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans		10,32	10,22	10,22	N/A	N/A	
	Seuil 2010	N/A					
	Cible 2010	20					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	51,6	51,1	51,1			
	Engagements déboursés	13	13	15,08	N/A	N/A	
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)	79,38	78,61	67,77			

### Sommaire régional

Le nombre moyen d'heures hebdomadaires ICI par enfant de moins de 6 ans se situe en deçà de la cible ministérielle, mais près de l'engagement déboursé. La diminution et l'arrêt des services durant la période estivale influencent la moyenne hebdomadaire annuelle.

Certains enfants fréquentent également une pré-maternelle ou un centre de la petite enfance. Une collaboration étroite est assurée avec ces milieux et plusieurs mettent en application le plan

d'intervention élaboré pour l'enfant. Toutefois, ces heures ne sont pas comptabilisées comme elles semblent l'être dans certaines régions. Pour Laval, seules les heures travaillées par un éducateur ou un professionnel sont comptabilisées.

Les autres motifs expliquant la moyenne d'heures actuelle touchent : le temps consacré à la formation, le temps d'absence des intervenants, la difficulté de combler ces absences, les contraintes familiales et le manque de disponibilité de certains enfants. La cible de 20 heures constitue une norme ministérielle visant à assurer les conditions idéales de développement pour les enfants. Cette norme demande cependant à être analysée puisqu'il existe divers courants de pensée sur le sujet. Actuellement, il n'existe pas de consensus.

### Jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)

Services spécialisés de réadaptation							
Indicateur 1.5.9							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)			197	215	269	N/A	N/A
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	91					
	Atteinte de la cible 2010 (%)		216,48	236,26	295,6		
	Engagements déboursés		164	197	197	N/A	N/A
Atteinte de l'engagement déboursé (%)			120,12	109,14	136,55		

### Sommaire régional

La cible pour le nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED) est largement dépassée. Le nombre de jeunes desservis s'est accru de 36% entre 2005 et 2008.

### Adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)

Services spécialisés de réadaptation							
Indicateur 1.5.10							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)			41	46	49	N/A	N/A
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	46					
	Atteinte de la cible 2010 (%)		89,13	100	106,52		
	Engagements déboursés		45	41	41	N/A	N/A
Atteinte de l'engagement déboursé (%)			91,11	112,2	119,51		

### Sommaire régional

La cible du nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED) a été presque atteinte pour 2005-2006 et a été dépassée au cours des années suivantes.

**Personnes de 6 ans et plus recevant un service spécialisé (TED)**

Services spécialisés de réadaptation							
Indicateur 1.5.14							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de personnes de 6 ans et plus recevant un service spécialisé (TED)			N/A	261	227	N/A	N/A
	Seuil 2010	N/D					
	Cible 2010	137					
	Atteinte de la cible 2010 (%)			190,51	165,69		
	Engagements déboursés		N/A	238	238	N/A	N/A
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)			109,66	95,38		

**Sommaire régional**

Le nombre de personnes de 6 ans et plus recevant un service spécialisé (TED) a connu une baisse entre les deux années de référence.

## Tableau de la progression des dépenses directes nettes

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

## Programme: Déficience intellectuelle et TED

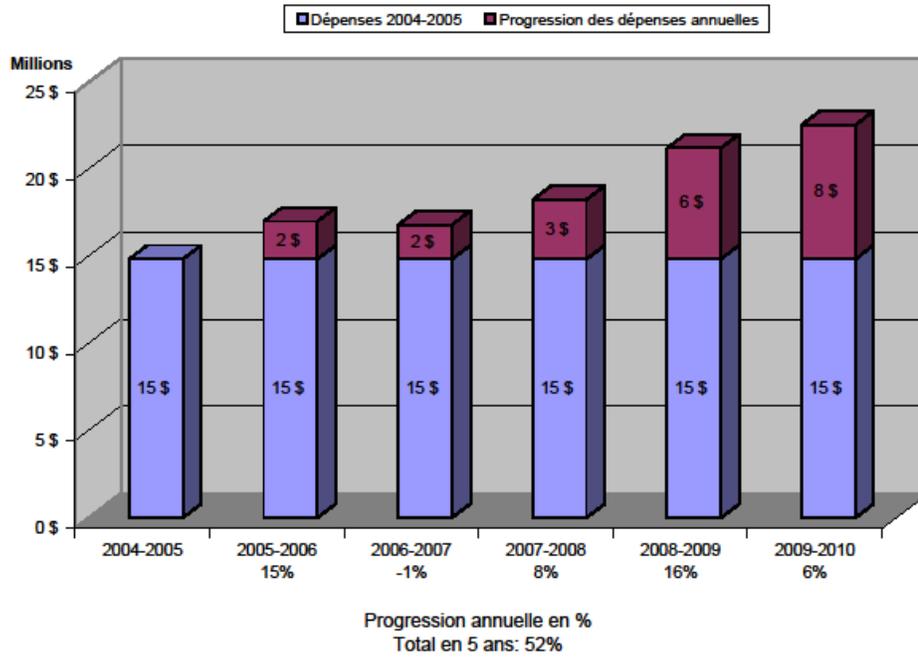
	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	24 259 601 \$				
2005-2006	25 223 227 \$	963 626 \$	4%	963 626 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Programme pédiatrique et TED (2-5 ans) (Étincelle)</li> <li>Enfants autistes (6-12 ans), places ressources Intermédiaires</li> <li>Révision et consolidation base budgétaire</li> </ul>
2006-2007	27 107 826 \$	1 884 599 \$	7%	2 848 225 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Développement de places en ressources non Institutionnelles</li> <li>Mesure soutien aux RI et RTF</li> <li>Milieu de vie transitoire trouble grave du comportement</li> <li>Transfert d'usagers de Montréal</li> </ul>
2007-2008	30 042 481 \$	2 934 655 \$	11%	5 782 880 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Augmenter intensité ICI</li> <li>Transfert d'usagers de Montréal</li> <li>Développement de places en ressources non Institutionnelles</li> <li>Poste liaison &amp; diminution usagers en attente de services</li> </ul>
2008-2009	32 148 271 \$	2 105 790 \$	7%	7 888 670 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Plan d'accès/priorité à tous les enfants de moins de 6 ans ICI</li> <li>Plan d'accès/Clinique du développement - éliminer liste d'attente</li> <li>Développement de places en ressources non Institutionnelles</li> <li>Programme logement à soutien gradué</li> <li>Consolidation base budgétaire</li> </ul>
2009-2010	34 273 113 \$	2 124 842 \$	7%	10 013 512 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience et répit (dernière phase)</li> <li>Développement de places en ressources non Institutionnelles</li> <li>Diminution délais attente jeunes 6-21 ans</li> <li>Coût système spécifique</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>10 013 512 \$</b>	<b>41%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471

Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

DÉFICIENCE PHYSIQUE



## PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ

### Services de première ligne en CSSS

Ces services ont pour but de répondre aux besoins psychosociaux des jeunes en difficulté et de leurs parents, par des interventions continues dans le cadre d'un suivi. Ils sont offerts par les CSSS dans l'établissement ou dans les milieux de vie des enfants, des jeunes et des familles.

#### Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)

Services de première ligne en CSSS							
Indicateur n° 1.6.1							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)			5076	5214	5472	5304	5085
	Seuil 2010	4513					
	Cible 2010	5641					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	90,1					
	Engagements déboursés		5160	5281	5321	5522	5641
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		98,3	98,7	102,8	96	90,1

#### Sommaire régional

Pour cet indicateur, les résultats obtenus sont tous au-dessus du seuil ministériel 2010 prescrit pour chacune des cinq années de référence, et oscillent entre 90 % et 100 % de l'atteinte de l'engagement déboursé. En tenant compte de l'importante réorganisation clinique, administrative et territoriale des services FEJ au cours des années 2005 à 2008 et des difficultés fréquentes de remplacement de personnel, la performance de notre région est excellente en ce qui a trait aux services psychosociaux pour les jeunes et leur famille. Les chiffres obtenus au fil des années, en nombre de personnes desservies, se situent entre 5 472 et 5 076 pour chacune des années de référence. L'atteinte de la cible 2010 frôle le pourcentage de 100 % à plusieurs reprises et devrait être une formalité pour l'avenir.

#### Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)

Services de première ligne en CSSS							
Indicateur n° 1.6.2							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)			7,16	7,15	7,29	6,48	6,92
	Seuil 2010	6,00					
	Cible 2010	7,00					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	98,8					
	Engagements déboursés		7,24	7,24	7,00	7,00	7,00
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		98,9	98,7	104,1	92,6	98,8

#### Sommaire régional

Cet indicateur vise l'intensité des services dont il est question à l'intérieur de l'indicateur 1.6.1.

Pour notre région, les résultats démontrent que l'intensité est au rendez-vous, alors que pour chacune des années de référence du bilan, le nombre moyen d'interventions par usager dépasse ou atteint presque totalement la cible 2010. En 2009-2010, la région montre une performance de 6,92 interventions par usager, alors que la cible ministérielle est de sept. Tout cela, dans un contexte de pénurie de certains types de professionnels à remplacer.

## Services en centre jeunesse

Le Centre jeunesse de Laval, comme entité responsable des services spécialisés, est chargé de fournir une aide aux jeunes qui connaissent des difficultés graves et à leur famille.

### Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse

Services en centre jeunesse							
Indicateur n° 1.6.4							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse			13,68	11,09	10,61	9,3	10,79
	Seuil 2010	NA					
	Cible 2010	12					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	110					
	Engagements déboursés		12	12	12	12	12
Atteinte de l'engagement déboursé (%)			85,9	107,5	111,5	122,4	110

### Sommaire régional

Pour cet indicateur, notre centre jeunesse a amélioré la cible 2010 pour chacune des années de référence, atteignant un délai moyen d'attente à l'évaluation (*Protection de la jeunesse*) de 10,79 jours en 2009-2010, alors que la cible ministérielle était de 12 jours.

### Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse

Services en centre jeunesse							
Indicateur n° 1.6.5							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse			17,6	14,2	14,2	9,9	13,3
	Seuil 2010	NA					
	Cible 2010	30					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	155,8					
	Engagements déboursés		30	30	20	20	20
Atteinte de l'engagement déboursé (%)			141,2	152,6	128,8	150,4	133,7

### Sommaire régional

Pour cet indicateur, notre centre jeunesse est un chef de file provincial et un exemple pour les autres centres jeunesse. Le délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse est de 13,3 jours en 2009-2010, alors que la cible ministérielle était de 30 jours. Au cours des cinq années de référence du bilan, notre centre jeunesse a amélioré la cible convenue en atteignant jusqu'à 153 % de l'engagement déboursé.

## Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA

Services en centre jeunesse							
Indicateur n° 1.6.7							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA			NA	8,3	9,92	10,87	9,57
	Seuil 2010	14					
	Cible 2010	14					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	131,6					
	Engagements déboursés		NA	14	14	14	14
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	140,6	129,1	122,3	131,6

### Sommaire régional

Pour cet indicateur, notre centre jeunesse est un chef de file provincial atteignant un délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse (LSJPA) de 9,57 jours en 2009-2010, alors que la cible ministérielle était de 14 jours. Au cours des cinq années de référence du bilan, les pourcentages d'atteinte de l'engagement déboursé ont toujours dépassé 100 %.

### Services spécialisés en centre jeunesse

#### Taux de nouveau placement en centre jeunesse

Services spécialisés en centre jeunesse							
Indicateur 1.6.8							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Taux de nouveau placement en centre jeunesse	Placement s/ 1 000		5,69	4,21	3,66	4,42	N/A
	Seuil 2010	8,2					
	Cible 2010	7,0					
	Atteinte de la cible 2010 (%)		81,29	60,14	52,29	63,14	
	Engagements déboursés			7	7	7	N/A
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)			60,14	52,29	63,14	

### Sommaire régional

Notre centre jeunesse se distingue par un taux de nouveaux placements plutôt bas, ce qui est excellent. Non seulement le seuil et la cible 2010 sont atteints, mais ils sont améliorés en considérant que le Centre jeunesse de Laval obtient de nouveaux placements de 4,42 enfants par 1 000 de population.

Tableau de la progression des dépenses directes nettes

**Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010**

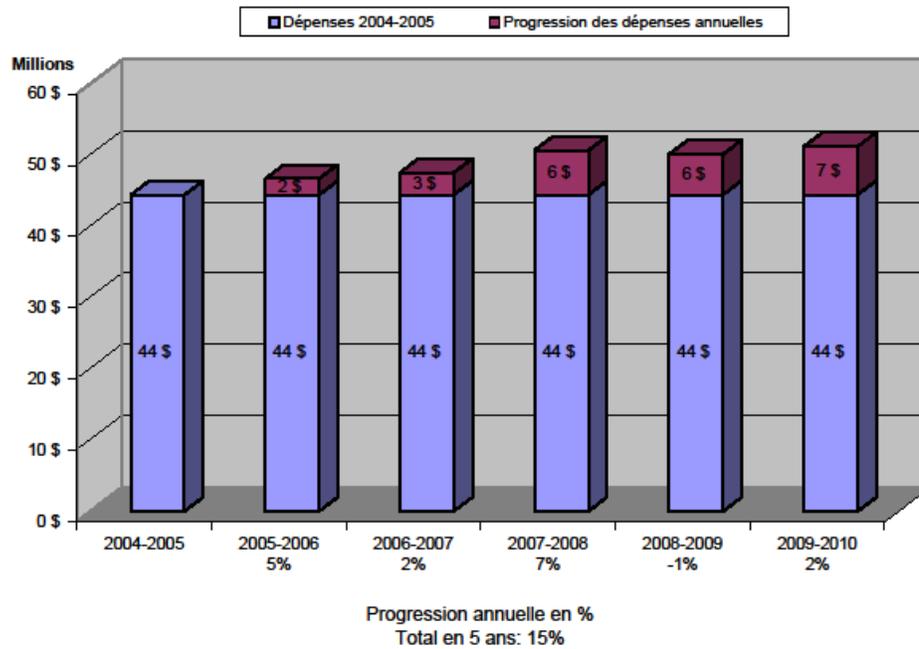
**Programme: Jeunes en difficulté**

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	44 382 257 \$				
2005-2006	46 660 777 \$	2 268 520 \$	5%	2 268 520 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Réduction liste d'attente DPJ évaluation</li> </ul>
2006-2007	47 530 146 \$	869 369 \$	2%	3 137 889 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Répit dépannage</li> <li>Mesures de soutien RI-RTF</li> <li>Stratégie d'action jeunesse / équipe multi / qualification jeunes</li> </ul>
2007-2008	50 657 564 \$	3 127 418 \$	7%	6 265 307 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Services réadaptation spécialisés pour jeunes présentant trouble sévère de santé mentale</li> <li>Augmentation nombre de jeunes et leur famille référés par le Centre jeunesse</li> <li>Consolidation des services en toxicomanie</li> <li>Stratégie d'action jeunesse</li> </ul>
2008-2009	50 122 729 \$	(534 835 \$)	-1%	5 730 472 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Complément à la rétribution des ressources de type familial</li> <li>Stratégie d'action jeunesse</li> <li>Développement services référé CJ</li> <li>Ajustements en fonction des budgets par programmes services (santé mentale jeunes)</li> </ul>
2009-2010	51 176 280 \$	1 053 551 \$	2%	6 784 023 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Complément rétribution des ressources de type familial</li> <li>Nouvelle ressource 16-21 ans</li> <li>Stratégie d'action jeunesse</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>6 784 023 \$</b>	<b>15%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471  
Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

**JEUNES EN DIFFICULTÉ**



## PROGRAMME DÉPENDANCES

Dans la région, tous les jeunes sont évalués et référés dans le cadre d'un mécanisme d'accès appelé Programme accès jeunesse en toxicomanie (PAJT). Ce programme permet l'évaluation rapide et l'orientation des jeunes qui nécessitent des services en toxicomanie.

### Toxicomanie

#### Jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation.

Toxicomanie							
Indicateur 1.7.1							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie			76	195	231	N/A	N/A
	Seuil 2010	162					
	Cible 2010	217					
	Atteinte de la cible 2010 (%)		35,02	89,86	106,45		
	Engagements déboursés		65	162	195	N/A	N/A
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		116,92	120,37	118,46		

### Sommaire régional

Depuis 2005-2006, l'actualisation du mécanisme d'accès a favorisé la mise en place d'un réseau de services intégrés formel, en assurant ainsi que la clientèle jeunesse vivant des problématiques de dépendances transite adéquatement vers des services spécialisés, et ce, sur l'ensemble du territoire lavallois. En ce sens, les efforts consentis du Centre de réadaptation Le Maillon ont permis l'atteinte, voire le dépassement, des engagements pour les années 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008.

Le Centre le Maillon s'est impliqué dans le processus de détection, en mobilisant des effectifs en première ligne, afin de suppléer à l'exercice d'harmonisation des pratiques dans les quatre installations CLSC du CSSS et au Centre jeunesse de Laval. Une performance altérée, quant à la référence, a été observée à cet égard. Le Centre de réadaptation Le Maillon s'est également engagé dans l'évaluation de premier niveau en soutien à la première ligne. Puisque l'atteinte de la cible et son dépassement ont été observés durant trois années, le suivi des indicateurs a été abandonné pour les années suivantes.

### Services spécialisés en jeu pathologique

Nombre d'usagers ayant reçu des services de traitement en jeu pathologique en interne et en externe dans un centre de réadaptation du réseau public, une ressource communautaire ou privée financée par le MSSS dans le cadre du programme expérimental sur le jeu pathologique, et ce, au cours de la période financière.

Services spécialisés en jeu pathologique							
Indicateur n° 1.7.2							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique			328	311	229	226	189
	Seuil 2010	297					
	Cible 2010	446					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	42,3					
	Engagements déboursés		292	292	311	311	311
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		112,3	106,5	73,6	72,6	60,7

## Sommaire régional

La clientèle ayant un problème de jeu pathologique, repérée au CSSS de Laval est dirigée au Centre de réadaptation Le Maillon. À la suite de son évaluation spécialisée, la clientèle peut être prise en charge par le service de traitement spécialisé externe du Maillon, ou être dirigée vers le service de traitement spécialisé avec hébergement de l'organisme La Maisonnée Paulette Guinois.

Avant 2009, les personnes aux prises avec une dépendance aux jeux d'argent et de hasard étaient aussi référées à l'organisme CAFAT qui a fermé ses portes depuis (*à la suite de la fermeture de CAFAT*), nous avons réalisé que leurs données compilées à titre d'indicateur de gestion étaient inexactes, ce qui signifie que ces joueurs étaient inexistantes ayant ainsi un impact négatif sur l'atteinte de l'engagement déboursé. Un groupe de travail sur les services offerts en jeu pathologique à Laval, formé de représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, du CSSS de Laval, du CRPAT et d'organismes communautaires a été mis en place pour pallier aux écarts.

D'autre part, depuis 2007-2008, il y a eu une réduction marquée du nombre de joueurs rejoints. Cela est attribuable à une diminution des références du CSSS de Laval et de la ligne téléphonique « Jeux aides et références ». À cet effet, une décroissance au niveau des références à travers la province est également observée. L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) et l'Institut universitaire sur les dépendances Centre Dollard-Cormier poursuivent des analyses sur les facteurs expliquant ce phénomène.

En ce qui a trait à la référence de la clientèle par le CSSS de Laval, la mise en place en 2009-2010 de l'équipe de liaison à l'urgence de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval n'a pas encore permis de constater une augmentation du nombre d'utilisateurs rejoints. Par ailleurs, la maîtrise des outils de dépistage par les intervenants de la première ligne devrait être améliorée lorsque ces derniers auront reçu la formation du Ministère. Donc, nous attendons une augmentation des cas référés pour l'année 2010, sans toutefois atteindre le seuil déboursé.

Tableau de la progression des dépenses directes nettes

**Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010**

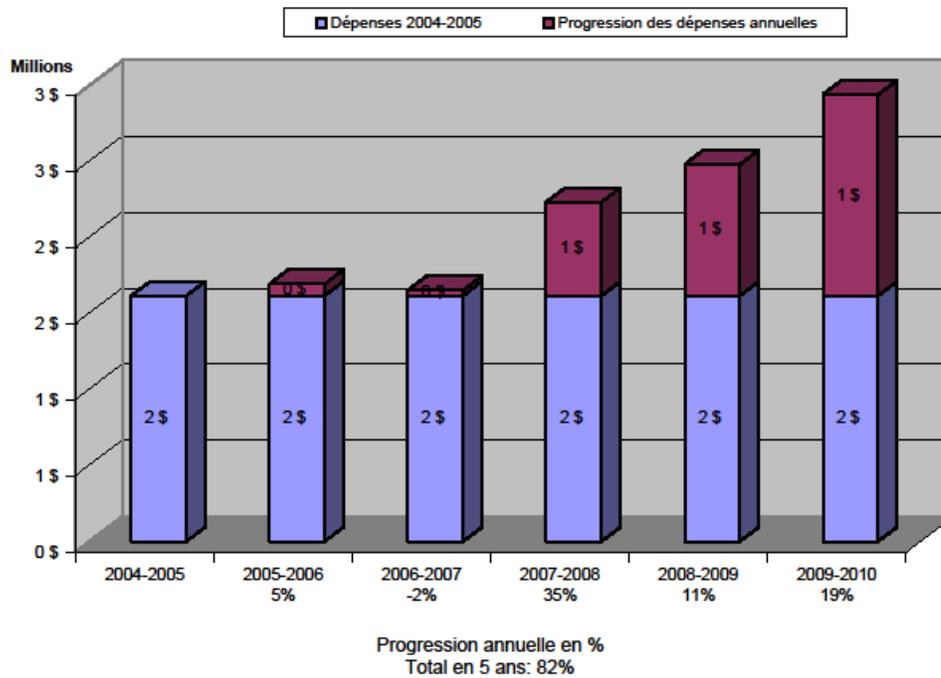
**Programme: Dépendances**

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	1 616 259 \$				
2005-2006	1 683 449 \$	77 190 \$	5%	77 190 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Évaluation de jeunes ayant des problèmes de toxicomanies</li> <li>Consolidation de l'offre service Alco-choix</li> </ul>
2006-2007	1 652 283 \$	(41 166 \$)	-2%	36 024 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Dépister, évaluer et référer des clients aux prises avec problèmes alcoolisme, toxicomanies ou jeux pathologiques</li> <li>Ajustement en fonction des budgets par programme services</li> </ul>
2007-2008	2 232 598 \$	580 315 \$	35%	616 339 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Mise en œuvre des orientations régionales</li> <li>Consolidation services en désintoxication</li> <li>Prévention et dépistage - jeu pathologique</li> <li>Poursuite d'activités en dépendances</li> </ul>
2008-2009	2 480 132 \$	247 534 \$	11%	863 873 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Soutien des services et activités en jeu patho.</li> <li>Soutien organismes en dépendances</li> <li>Offre de service de 1ère ligne</li> </ul>
2009-2010	2 940 391 \$	460 259 \$	19%	1 324 132 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Maintenir offre de service en dépendances</li> <li>Soutien organismes en dépendances</li> <li>Dépistage clientèle vulnérables</li> <li>Activités prévention et sensibilisation jeux hasard</li> <li>Projet pilote - Zéro ATAQ</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>1 324 132 \$</b>	<b>82%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471  
Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

### Progression des dépenses directes nettes 2005-2006 à 2009-2010

#### DÉPENDANCES



## PROGRAMME SANTÉ MENTALE

### Services d'intensité variable

Les services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté, dispensés par les CSSS, regroupent des activités d'évaluation, de traitement de réadaptation et d'intégration sociale destinés aux personnes vivant des troubles mentaux graves. Généralement, les services sont donnés dans le milieu de vie des personnes et selon une intensité pouvant varier d'une période à l'autre.

### 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

Services d'intensité variable							
Indicateur n° 1.8.5							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
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			N/D	164	339	567	739
	Seuil 2010	714					
	Cible 2010	714					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	104					
	Engagements déboursés (usagers)		51	105	129	261	511
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		0	156	262	217	145

### Sommaire régional

L'analyse des résultats atteints entre 2005-2006 et 2009-2010 pour les services de soutien d'intensité variable confirme une augmentation constante du nombre de places disponibles pour ce type de services, à tel point que le seuil et la cible 2010 sont atteints. En effet, l'atteinte de l'engagement déboursé qui avait été convenu avec nos deux dispensateurs de services (SIV), soit le CSSS de Laval et le CILL, correspond (en %) à plus de 100 % pour chacune des années.

Dès 2005-2006, l'Agence a donné son aval à un modèle mixte institutionnel et communautaire pour les services SIV à développer dans la région et cette décision s'est avérée porteuse de succès compte tenu du nombre de personnes desservies et du développement de la pratique professionnelle en SIV. Lors des engagements financiers annuels en santé mentale, l'Agence s'est appliquée à soutenir le développement du SIV auprès des deux dispensateurs tout en les rendant imputables d'une harmonisation des pratiques, d'une fluidité des références entre partenaires et d'une prise en compte des besoins diversifiés des personnes bénéficiant des services. La finalité, soit une qualité des interventions avec une dispensation sans liste d'attente, a été respectée.

Enfin, notre région continue d'insister pour que la mesure de cet indicateur se traduise en personnes différentes desservies plutôt qu'en nombre de places.

## Services de suivi intensif

Les services de suivi intensif dans le milieu (SIM) sont caractérisés par la présence d'une équipe de soins intégrés en coordination continue, intervenant auprès de personnes pouvant présenter une condition instable et un risque très élevé d'hospitalisations répétées.

### Nombre de places en suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Services de suivi intensif							
Indicateur n° 1.8.6							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
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			55	62	67	79	94
	Seuil 2010	210					
	Cible 2010	210					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	34,1					
	Engagements déboursés		45	64	65	82	147
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		122	96,9	103	96,3	63,9

## Sommaire régional

En dépit de ralentissements au niveau de la productivité (*ralentissements reliés à un manque d'effectifs psychiatres, infirmières et travailleuses sociales*) et d'un investissement financier insuffisant au cours des dernières années, le CSSS de Laval a développé des équipes SIM performantes et a atteint des résultats qui se situent en termes de clientèle rejointe à près de 100 % ou plus de l'engagement déboursé au cours de quatre des cinq années de référence.

À l'analyse, il ressort que seule l'absence d'engagement financier pour 2009-2010 en SIM a pu empêcher un score parfait de cinq années sur cinq au niveau de l'atteinte de la cible de l'engagement déboursé et convenu entre l'Agence et le CSSS de Laval pour le bilan cinq ans. En conclusion, il est à noter que les seuils et cibles 2010 ministériels sont irréalistes en raison d'éléments divers et nombreux (*idem* à 1.8.9) et que la mesure de cet indicateur devrait se compter en personnes desservies et non en nombre de places théoriques, tel que mentionné au tableau 1.8.5.

## Services d'urgence en santé mentale

### Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale

Cet indicateur concerne le temps moyen utilisé pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle en santé mentale sur civière vers une destination répondant à ses besoins.

Services d'urgence en santé mentale							
Indicateur n° 1.8.7							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale			15,25	17,7	17,34	16,28	16,58
	Seuil 2010	NA					
	Cible 2010	12					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	61,7					
	Engagements déboursés		NA	14	14	14	15
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	73,5	76,1	83,6	89,4

## Sommaire régional

La tendance sur les résultats de cet indicateur pour les cinq dernières années présente une hausse de 8,7 %, soit un passage du séjour moyen de civière en santé mentale de 15,25 à 16,58 heures, entre 2005-2006 et 2009-2010. D'ailleurs, on constate que ces résultats sont supérieurs aux engagements déboursés pour l'ensemble des périodes financières citées ci-dessus.

### Séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale

L'indicateur concernant le séjour de 48 heures et plus sur civière pour des problèmes de santé mentale facilite la compréhension des performances et des difficultés de cette clientèle par rapport aux performances générales de l'urgence.

Services d'urgence en santé mentale							
Indicateur n° 1.8.8							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale			NA	5,67	4,42	2,87	3,31
	Seuil 2010	NA					
	Cible 2010	0					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	NA					
	Engagements déboursés		NA	1	1	1	2,87
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	0	0	0	84,6

## Sommaire régional

Selon les attentes du MSSS, la cible à atteindre vise à ce que les unités d'urgence puissent orienter leurs patients dans les délais appropriés, ceux-ci ne devant pas être supérieurs à 48 heures. Lors de la comparaison des résultats des quatre dernières années avec les engagements, on constate la non-atteinte des résultats visés. Toutefois, pendant la même période nous observons une amélioration, soit un passage de 5,67 % à 3,31 %, l'équivalent d'une réduction de 41,6 % du pourcentage de patients avec un séjour sur civière de 48 heures et plus à l'urgence pour un problème de santé mentale.

L'analyse globale de la volumétrie de l'ensemble de la clientèle en santé mentale, ambulatoire et sur civière, permet de constater une légère augmentation d'environ 7 % entre 2005-2006 et 2009-2010. Cependant, nous remarquons que la clientèle sur civière est relativement stable. La variation du nombre d'épisodes semble avoir un impact sur la baisse de performance régionale puisque le nombre d'utilisateurs sur civière s'est accru de 18 % depuis 2004-2005, passant de 10 531 à 12 582.

Les causes principales associées avec l'augmentation de la durée de séjour sont les lacunes en matière d'infrastructures pour accueillir les patients dans les lits d'hospitalisation de courte durée en santé mentale.

## Services de première ligne en CSSS

### Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)

Services de première ligne en CSSS							
Indicateur n° 1.8.9							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)			2 073	1 531	1 733	2 701	3 612
	Seuil 2010	5 822					
	Cible 2010	6 613					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	54,6					
	Engagements déboursés		1 816	2 416	3 000	3 249	3 010
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		114,2	63,3	57,7	83,1	120

### Sommaire régional

Pour cet indicateur, les résultats atteints au cours des cinq dernières années doivent être analysés en tenant compte (*notamment*) de plusieurs éléments. Tout d'abord, deux directions clientèles du CSSS de Laval dispensent les services pour l'atteinte des résultats : la Direction Santé mentale adulte pour les services 1<sup>re</sup> ligne aux adultes et la Direction Famille, Enfance, Jeunesse pour les services 1<sup>re</sup> ligne aux enfants et adolescents 0-18 ans.

La direction Santé mentale adulte (DSMA) ne disposait que de 50 % environ des effectifs professionnels (*selon les standards ministériels*) requis, lorsque la comptabilisation des résultats a débuté (2005-2006). On se rappellera que toutes les Directions clientèles du CSSS de Laval (*le plus imposant CSSS au Québec au niveau de la taille du budget et du nombre d'employés*) ont dû composer (*au lendemain de la fusion des établissements en 2004-2005*) avec des mouvements-déplacements majeurs d'employés d'équipes des changements de pratiques professionnelles, des difficultés de remplacement de personnel et des délais dans l'actualisation d'une nouvelle organisation clinique, administrative et territoriale.

En 2007-2008, la DSMA adulte a déposé un plan d'action précis et chiffré pour améliorer la performance globale des services 1<sup>re</sup> ligne et tendre vers l'atteinte des cibles, et la Direction FEJ a procédé de la même manière quelques mois plus tard. À l'échelle du Québec, cet indicateur ne sera pas atteint en raison de nombreuses problématiques reliées à des causes ou situations toutes aussi nombreuses (*par exemple : financement insuffisant, cibles et seuils non réalistes, etc.*).

La progression des résultats est impressionnante entre 2006 et 2010 pour cet indicateur. Plus de 1 000 clients supplémentaires sont comptabilisés entre ces deux années de référence, le nombre de personnes desservies évoluant de 1 531 en 2006-2007 à 3 612 en 2009-2010. Les effets des deux plans d'action (*DSMA et FEJ*) déposés à l'Agence, sont manifestes puisque entre 2007-2008 et 2009-2010, les résultats atteignent successivement 1 733 (2007-2008), 2 701 (2008-2009) et 3 612 (2009-2010) personnes ayant reçu des services. De plus, ces résultats sont en lien avec les engagements déboursés, car ils correspondent à 58 % (2007-2008), 83 % (2008-2009) et 120 % (2009-2010) de l'atteinte de l'engagement déboursé.

Pour notre région, le bilan de cet indicateur est très positif depuis 2007-2008 et nous croyons qu'avec un nombre d'effectifs correspondant aux standards ministériels, le seuil 2010 aurait été atteint avec certitude.

## Services spécialisés de deuxième – troisième ligne

### Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours

Services spécialisés de deuxième – troisième ligne							
Indicateur n° 1.8.10							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours			NA	NA	5	48	17
	Seuil 2010	NA					
	Cible 2010	0					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	NA					
	Engagements déboursés		NA	NA	3	3	0
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	N/D	N/D	N/D

### Sommaire régional

Les résultats reliés à cet indicateur sont intrinsèquement reliés à la disponibilité des différents professionnels dans les différentes équipes de 2<sup>e</sup> ligne du CSSS de Laval. Dans notre région (*qui est aussi desservie dans sa partie ouest par le Pavillon Albert-Prévost de l'HSCM*), les carences en psychiatres, en psychologues, en infirmières et en travailleuses sociales ont été fréquentes au fil des années, affectant la productivité des équipes pour des périodes variables dans le temps.

Cette variabilité se reflète au niveau des résultats liés à cet indicateur, certaines portions de l'année étant sans aucune attente, alors que d'autres portions enregistrent quelques dizaines de personnes en attente. Pour l'atteinte de la cible 2010 (*aucune personne en attente pour plus de 60 jours*), la clé réside dans des équipes de 2<sup>e</sup> ligne pourvues de leurs effectifs à 100 % du temps ouvrable et une plus grande fluidité et complémentarité entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne.

Tableau de la progression des dépenses directes nettes

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

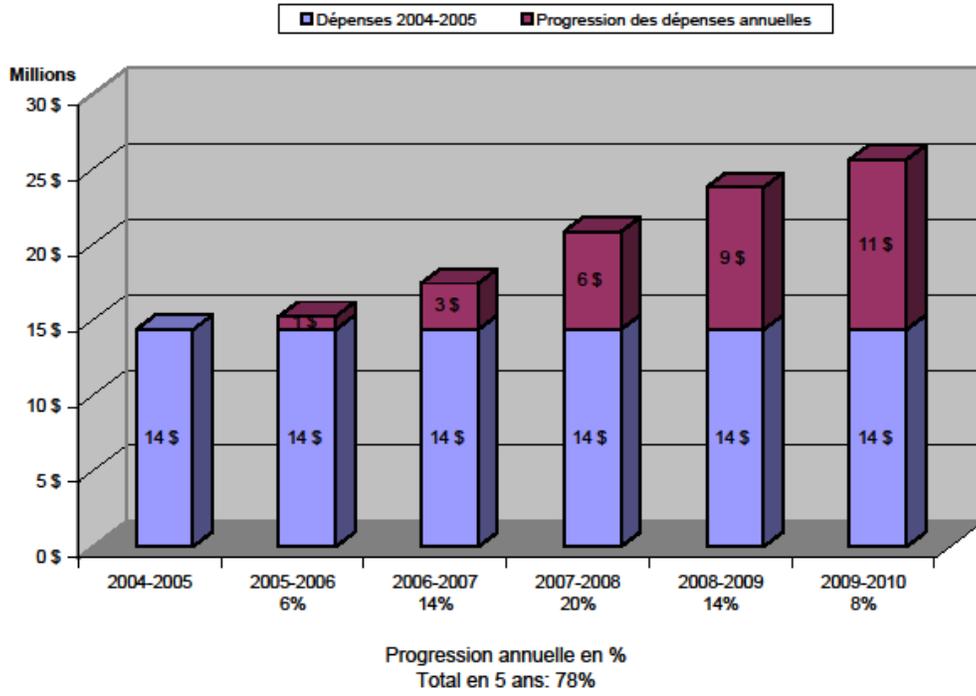
## Programme: Santé mentale

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2006	14 377 547 \$				
2006-2008	15 253 098 \$	875 551 \$	6%	875 551 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Consolider les équipes de base</li> <li>Consolider les services d'évaluation</li> <li>Développer les services de soutien</li> <li>Suivi intensité variable adultes et équipe communautaire</li> </ul>
2008-2007	17 446 506 \$	2 193 408 \$	14%	3 068 959 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Accroître l'offre de services en évaluation, traitement et suivi des équipes 1<sup>re</sup> ligne santé mentale - Jeunesse</li> <li>Accroître l'offre de service de soutien intensité variable</li> <li>Développer des places en ressources non institutionnelles</li> </ul>
2007-2008	20 867 288 \$	3 420 782 \$	20%	6 489 741 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Suivi d'intensité variable - adultes</li> <li>Suivi intensif dans le milieu - adultes</li> <li>Accroître l'offre de services en évaluation, traitement et suivi des équipes 1<sup>re</sup> ligne santé mentale - Jeunesse</li> <li>Développer des places en ressources non institutionnelles</li> <li>Plan régional de contingence</li> <li>Complément rétribution base RTF</li> <li>Places réplits en ressources non institutionnelles</li> <li>Soutien médical cliniques privées prise en charge</li> <li>Transfert de ABBBL au CSSBL des effectifs de programmation en santé mentale</li> </ul>
2008-2009	23 814 398 \$	2 947 110 \$	14%	9 436 851 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Contribution du CILL de manière significative à l'atteinte cible 2010 (SIV)</li> <li>Suivi intensif dans le milieu - adultes (SIM)</li> <li>Développer des places en ressources non institutionnelles</li> <li>Complément rétribution base RTF</li> <li>Transfert pratique clinique &amp; org. travail 1<sup>re</sup> ligne</li> <li>Stratégie action Jeunesse / équipe multi.</li> <li>Équipe itinérante &amp; prog. spécialisé troubles relationnels complexes</li> </ul>
2008-2010	25 638 992 \$	1 824 594 \$	8%	11 261 445 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Suivi intensif milieu adultes</li> <li>1<sup>re</sup> ligne &amp; prog. spécialisé troubles relationnels complexes</li> <li>Clientèle avec cooccurrence de troubles mentaux et toxicomanie</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>11 281 445 \$</b>	<b>78%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471  
Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

**SANTÉ MENTALE**



## PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

### Services d'urgence

L'urgence est une des principales portes d'accès au réseau de la santé, plus particulièrement pour les patients ambulants et arrivés par ambulance nécessitant un accès rapide à des services urgents. Elle a comme mission de fournir en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services de qualité requis par sa condition. Sur le territoire de Laval, elle revêt d'autant plus importance puisque sa population est desservie par une seule salle d'urgence.

### Séjour moyen sur civière

Séjour à l'urgence			Valeurs cumulatives				
Indicateur n° 1.9.1			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Séjour moyen sur civière			15,07	16,81	17,42	17,74	18,78
	Seuil 2010	N/A					
	Cible 2010	12					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	43,4					
	Engagements déboursés		15,3	14,5	14,5	14,5	16,7
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		101,5	84	79,8	77,6	87,5	

### Sommaire régional

La cible de l'indicateur séjour moyen sur civière (2009-2010) était de 16,7 heures et cette valeur concerne le temps moyen utilisé pour accueillir, évaluer et orienter la clientèle sur civière vers une destination répondant à leurs besoins.

La durée moyenne de séjour a un impact direct sur la disponibilité des civières et conséquemment sur les délais de prise en charge des patients à l'urgence. Entre 2005-2006 et 2009-2010, cet indicateur illustre une évolution à la hausse de 24,6 %, soit un passage de 15,07 à 18,78 heures. La comparaison de nos résultats des cinq dernières années avec les cibles respectives confirme la non-atteinte des engagements concernant la réduction du séjour moyen sur civière.

### Séjour de 48 heures et plus sur civière

Dans un souci de compréhension de l'ampleur des séjours de longue durée à la salle d'urgence, le Ministère demande le suivi de la proportion obtenue soit de diviser le nombre d'usagers avec un séjour de 48 heures et plus, par le nombre total des séjours à l'urgence.

Séjour à l'urgence			Valeurs cumulatives				
Indicateur n° 1.9.3			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière			0,73	2,49	2,82	3,02	4,49
	Seuil 2010	N/A					
	Cible 2010	0					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		1,4	0,7	0,7	0,7	2,6
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	NA	NA	

## Sommaire régional

Entre 2006-2007 et 2009-2010, la proportion d'usagers avec un séjour de 48 heures et plus sur civière a augmenté de 80,3 % passant de 2,49 % à 4,49 %. D'ailleurs, la comparaison de nos résultats des quatre dernières années avec les cibles respectives confirme la non-atteinte des résultats visés.

Les cinq dernières années, l'urgence a subi une forte pression en matière d'augmentation du nombre de visites, plus particulièrement du nombre de patients arrivés par ambulance. Ce dernier présente un accroissement de 11,0 %, l'équivalent de 1 473 patients, pour atteindre un total de 14 803 patients en 2009-2010. Entre autres, 51 % de ces derniers ont utilisé une civière, comparativement à 47 % l'année précédente.

### Séjour moyen sur civière - usagers âgés de 75 ans et plus

L'indicateur concernant le « *Séjour moyen sur civière ainsi que le pourcentage de séjour sur civière des personnes de 75 ans et plus* » facilite la compréhension des performances et des difficultés de cette clientèle par rapport aux performances générales de l'urgence.

Séjour à l'urgence							
Indicateur n° 1.9.2							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus			17,56	19,72	20,62	20,59	22,5
	Seuil 2010	N/A					
	Cible 2010	12					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	12,4					
	Engagements déboursés		18,6	17	17	17	18
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		105,5	83,9	78,6	78,8	74,9

### Séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus

Séjour à l'urgence							
Indicateur n° 1.9.4							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus			1,00	3,76	4,86	4,68	7,06
	Seuil 2010	N/A					
	Cible 2010	0,00					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		2,00	1,00	1,00	1,00	4,20
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

## Sommaire régional

Entre 2005-2006 et 2009-2010, le séjour moyen sur civière pour les personnes âgées de 75 ans et plus présente une augmentation de 28,1 %, soit un passage de 17,56 à 22,5 heures. D'ailleurs, pour toutes ces années, les résultats obtenus sont supérieurs aux engagements déboursés.

En ce qui concerne l'indicateur « *Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus* », il enregistre un accroissement de 87,8 % entre 2006-2007 et 2009-2010, passant de 3,76 % à 7,06 % respectivement. Désormais, les résultats obtenus sont

supérieurs que les engagements prévus pour cet indicateur (1.9.4), à l'exception de l'année 2005-2006.

L'utilisation des services par les personnes âgées de 75 ans et plus ne cesse de s'accroître au cours des cinq dernières années. Par exemple, entre 2005-2006 et 2009-2010, le nombre de patients sur civière pour ce groupe d'âge est passé de 1 673 patients, soit l'équivalent à une augmentation de 29 % pour atteindre, en 2009-2010, la quantité de 7 454 patients. Dans le même groupe d'âge, pour l'ensemble des patients ambulatoires et sur civière, les tendances sur l'achalandage confirment aussi une augmentation du nombre de patients. C'est ainsi qu'entre 2005-2006 et 2009-2010, le nombre de patients présente un passage de 8 314 à 11 089, soit une augmentation de 33 %.

## Chirurgie

### Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées

Cet indicateur prend en compte les interventions chirurgicales de remplacement total de la hanche (primaire) ou de révision au bloc opératoire pour un patient hospitalisé par la suite dans une unité de courte durée durant plus de 24 heures.

Chirurgie – Prothèses totales de la hanche							
Indicateur n° 1.9.11							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées			111	96	113	113	134*
	Seuil 2010	91					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		102	102	110	96	96
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		108,8	94,1	102,7	117,7	81,2

\* : ce nombre inclut les prothèses bipolaires.

### Sommaire régional

Le nombre de prothèses totales de la hanche (PTH) a augmenté de 20,7 % en 5 ans, passant de 111 en 2005-2006 à 134 en 2009-2010.

### Patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche

Chirurgie Mécanisme central de gestion de l'accès							
Indicateur n° 1.9.20							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche			N/A	N/A	N/A	82,86	52,7
	Seuil 2010	90					
	Cible 2010	N/A					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		N/A	N/A	N/A	90	90
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		N/A	N/A	N/A	92	58,5

## Sommaire régional

La cible 2008-2009 pour cet indicateur a été dépassée selon ce qui a été convenu à l'entente du CSSS (75 %), mais non en ce qui a trait à la cible convenue antérieurement par l'Agence (90 %) avec le MSSS.

Le *Plan d'effectifs médicaux de l'établissement* comporte actuellement huit chirurgiens orthopédistes, dont sept qui opèrent. De ce nombre, 4 des 7 orthopédistes opèrent autant les PTH que les PTG, dont deux de façon plus intensive, ce qui entraîne des listes d'attente plus longues pour certains. La non-uniformité de la répartition des chirurgies entre les orthopédistes et le profil de pratique de ces chirurgiens demeure un enjeu important dans la prise en charge adéquate de la clientèle. Afin de favoriser l'accessibilité aux services dans le respect des délais fixés, le processus de cheminement des requêtes en chirurgie orthopédique est en cours de révision.

## Nombre d'arthroplasties du genou réalisées

Cet indicateur englobe les interventions chirurgicales de remplacement total du genou ou de révision au bloc opératoire pour un patient hospitalisé ensuite dans une unité de courte durée durant plus de 24 heures.

Chirurgie – Prothèses totales du genou							
Indicateur n° 1.9.12							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées			166	135	164	134	202
	Seuil 2010	131					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		166	166	140	135	135
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		100	81,3	117,1	99,2	149,6

## Sommaire régional

Le nombre de prothèses totales du genou (PTG) a augmenté de 21,6 % en cinq ans, passant de 166 en 2005-2006 à 202 en 2009-2010.

## Patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou

Chirurgie – Mécanisme central de gestion de l'accès							
Indicateur n° 1.9.21							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou			N/A	N/A	N/A	70,15	58,91
	Seuil 2010	90					
	Cible 2010	N/A					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		N/A	N/A	N/A	90	90
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		N/A	N/A	N/A	77,9	65,4

## Sommaire régional

En 2009-2010, 58,91 % des patients nécessitant une arthroplastie du genou ont été traités dans les délais prescrits comparativement à 70,15 % en 2008-2009.

Un ralentissement de production en orthopédie est survenu lors des premières périodes 2008-2009. De plus, deux orthopédistes sont partis en congé de maladie et en congé de maternité. Des démarches sont en cours pour améliorer la prise en charge de la clientèle en chirurgie orthopédique dans les délais par le biais d'un corridor de services interrégional.

### Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées

Cet indicateur vise la comptabilisation des interventions chirurgicales sur le cristallin nécessitant l'implantation d'une lentille intra cornéenne.

Chirurgie – Cataracte							
Indicateur n° 1.9.13							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées			1 647	1 766	1 910	2 098	2 734
	Seuil 2010	1 367					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		1 550	1 466	1 757	1 834	2 000
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		106,2	120,4	108,7	114,3	136,7	

### Sommaire régional

En cinq ans, l'augmentation du volume de cataractes est de l'ordre de 65,9 %, passant de 1 647 en 2005-2006 à 2 734 en 2009-2010. Le bilan de cinq ans révèle une atteinte totale des résultats attendus par une production en constante augmentation et au-dessus des engagements déboursés. Cette situation résulte d'une entente conclue en juin 2009, entre le CSSS et une clinique privée de la région, afin d'effectuer des chirurgies de la cataracte additionnelles. En effet, à la suite de la visite d'un comité conjoint FMSQ-MSSS au printemps 2008, leurs recommandations ont été mises en œuvre par le CSSS de Laval afin d'augmenter de 10 % la production chirurgicale.

### Patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte

Chirurgie – Mécanisme central de gestion de l'accès							
Indicateur n° 1.9.22							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte			N/A	N/A	N/A	93,46	94,84
	Seuil 2010	90					
	Cible 2010	N/A					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		N/A	N/A	N/A	90	90
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		N/A	N/A	N/A	103,8	105,3	

### Sommaire régional

Le transfert des chirurgies de la cataracte à l'extérieur de l'Hôpital vers une clinique privée a permis d'améliorer considérablement la prise en charge de la clientèle dans les délais. En 2008-2009 et 2009-2010, les patients nécessitant une chirurgie de la cataracte ont été traités dans les délais prescrits, soit à l'intérieur d'un délai maximal de six mois. Cette proportion dépasse les engagements déboursés.

### Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)

Cet indicateur comptabilise les interventions chirurgicales dans une unité de chirurgie d'un jour (*patients recevant leur congé le jour même*). Il inclut les chirurgies en pédiatrie, mais exclut les cas d'obstétrique, les chirurgies de la cataracte ainsi que les actes diagnostiques et thérapeutiques.

Autres chirurgies d'un jour							
Indicateur n° 1.9.14							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)			3 792	4 994	7 131	5 171	7 162
	Seuil 2010	5 911					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		5 928	5 511	5 911	6 521	7 280
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		63,9	90,6	120,6	79,2	98,3	

### Sommaire régional

L'augmentation du volume des chirurgies d'un jour est de 88,8 % en cinq ans. Le nombre total des chirurgies d'un jour est passé de 3 792, en 2005-2006, à 7 162 en 2009-2010.

Dans le but d'augmenter la productivité au bloc opératoire, le CSSS de Laval a signé en octobre 2008 une entente avec une clinique privée de la région afin d'effectuer des chirurgies mineures dans leurs locaux. L'Agence a entrepris également des négociations avec les régions avoisinantes afin d'établir un corridor de services interrégional dans le but d'effectuer les interventions chirurgicales de chirurgies d'un jour dans les délais.

### Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)

Cet indicateur vise la comptabilisation des interventions chirurgicales des patients hospitalisés par la suite dans une unité de courte durée durant plus de 24 heures. Les chirurgies suivantes sont exclues : remplacements totaux de la hanche et du genou, les chirurgies de la cataracte, les actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les cas d'obstétrique autres que césariennes.

Autres chirurgies avec hospitalisation							
Indicateur n° 1.9.15							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)			4 179	5 082	4 978	4 955	5 186
	Seuil 2010	4 402					
	Cible 2010	Aug.					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	N/A					
	Engagements déboursés		4 428	4 402	4 720	4 849	4 849
Atteinte de l'engagement déboursé (%)		94,3	115,4	105,4	102,1	106,9	

### Sommaire régional

En cinq ans, le volume de chirurgies avec hospitalisation est passé de 4 179 à 5 186, ce qui démontre une augmentation de 24 %. Depuis 2006-2007, ce type d'interventions est supérieur aux engagements déboursés.

À la suite de la mise en application de la méthode Bolduc (*priorisation des patients ayant les délais les plus longs*), le nombre de patients en attente depuis plus de 18 mois, pour une chirurgie, est passé de 148 au 31 mars 2009, à 17 au 14 août 2010. Cependant, les imprévus,

tels que l'augmentation des cas urgents (*dont les césariennes*) et les périodes d'encombrement de l'urgence, influencent la gestion du bloc opératoire et le respect de la programmation des chirurgies électives. Afin d'augmenter la production chirurgicale, l'infrastructure actuelle du bloc opératoire nécessite des modifications. Compte tenu de la disponibilité limitée aux salles d'opération et aux lits, deux projets sont à l'étude par l'Agence. Un projet d'ajout de 40 lits au CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, a été récemment autorisé par le MSSS et devrait se réaliser à court terme. Un projet d'agrandissement pour l'ajout de deux salles au bloc opératoire est également en cours d'analyse.

## Endoscopie

L'endoscopie est une procédure d'examen pratiquée avec ou sans anesthésie locale permettant de pratiquer des biopsies et des examens complémentaires par un orifice naturel à l'aide d'un endoscope pour investiguer et traiter les usagers.

### Endoscopies totales réalisées

Endoscopies							
Indicateur n° 1.9.23							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'endoscopies totales réalisées			N/A	15 376	14 743	15 511	17 117
	Seuil 2010		12 140				
	Cible 2010		N/A				
	Atteinte de la cible 2010 (%)		92,45				
	Engagements déboursés		N/A	13 837	14 159	15 343	17 143
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)			N/A	111,12	104,12	101,09

### Sommaire régional

En 2006-2007, le MSSS a accepté que le nombre de chirurgies d'un jour soit réduit de 400, passant de 5 911 à 5 511, malgré le fait que le seuil soit maintenu à 5 911. Le nombre prévu, pour ces 400 chirurgies d'un jour, a été réalloué à la production de 1 697 endoscopies à caractère oncologique, afin d'atteindre une cible de 13 837 endoscopies. Cette demande de permutation a permis à la région de s'engager à produire plus d'endoscopies bien qu'face à la difficulté d'augmenter le volume de productions chirurgicales en chirurgies d'un jour.

En quatre ans, la production d'endoscopies a augmenté de 11,3 %. Cependant, la réduction des listes d'attentes pour cet examen demeure une problématique provinciale. Dans le but d'améliorer l'accessibilité à l'endoscopie, l'Agence a accordé un financement additionnel au CSSS afin de conclure une entente avec une clinique privée pour une production additionnelle de 3 000 endoscopies digestives sur deux ans. Les activités avec le partenaire privé ont débuté en janvier 2009.

Afin de favoriser l'accessibilité aux services dans le respect des délais fixés, le processus de cheminement des requêtes en endoscopie est en cours de révision. Dans le but de réduire les listes d'attente, le projet de réaménagement et d'agrandissement de ce service à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé doit être réactualisé.

### Cardiologie tertiaire

Les indicateurs traitant de la cardiologie tertiaire adulte réfèrent au pourcentage de demandes de service pour une intervention réalisée à l'intérieur de délais médicalement acceptables selon le niveau de priorité établi.

La catégorie A comprend les priorités suivantes :

- priorité 1 avec délai immédiat;
- priorité 2 avec délai < = 24 heures;
- priorité 3.1 avec délai < = 72 heures;
- priorité 3.2 avec délai < = 1 semaine;
- priorité 4 avec délai < = 2 semaines.

### Pourcentage de demandes de services à l'intérieur des délais – Catégorie A

Cardiologie tertiaire - hémodynamie							
Indicateur n° 1.9.8A							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage de demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A			ND	ND	00	100	100
	Seuil 2010	100					
	Cible 2010	100					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	100					
	Engagements déboursés		NA	NA	NA	100	100
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	100	100

La catégorie B comprend les priorités suivantes :

- priorité 5.1 avec délai < = 1 mois;
- priorité 5.2 avec délai < = 2 mois.

### Pourcentage de demandes de services à l'intérieur des délais –Catégorie B

Cardiologie tertiaire - hémodynamie							
Indicateur n° 1.9.8B							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie B			NA	NA	99,4	100	100
	Seuil 2010	75					
	Cible 2010	90					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	111,1					
	Engagements déboursés		NA	NA	ND	90	90
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		NA	NA	NA	111,1	111,1

### Sommaire régional

Les demandes de services en hémodynamie sont réparties selon deux niveaux : les demandes de la catégorie A doivent être répondues en moins de deux semaines et les demandes de catégorie B doivent l'être à l'intérieur de deux mois. Le seuil et la cible ministériels, pour toute la cardiologie tertiaire, sont établis à partir des normes de délais jugées médicalement acceptables par le Collège des médecins du Québec, le Réseau québécois de cardiologie tertiaire et le RUIS de l'Université de Montréal.

À Laval, tout est mis en œuvre pour assurer la prise en charge rapide de la clientèle. L'ensemble des besoins pour les catégories A et B est réalisé sans délai. Les cibles sont atteintes. Le 10 avril 2007 a eu lieu l'inauguration du Laboratoire d'hémodynamie du Centre de santé et de services sociaux de Laval. Situé à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, ce laboratoire offre des services de cardiologie tertiaire à la population de Laval, et ce, dans des délais plus rapides.

Une volumétrie de 1 500 usagers traités est prévue annuellement. Il est entendu que cet objectif doit être atteint selon les paramètres convenus dans le protocole d'entente entre le consortium des établissements du comité de cardiologie tertiaire du RUIS de l'Université de Montréal et la région de Laval.

### Soins palliatifs à domicile

Les services de soutien à domicile en soins palliatifs sont donnés par le CSSS (mission CLSC).

### Usagers desservis

Soins palliatifs							
Indicateur n° 1.9.5							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile			861	836	841	778	681
	Seuil 2010	978					
	Cible 2010	1174					
	Atteinte de la cible 2010 (%)	58,0					
	Engagements déboursés		775	860	930	898	859
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)		111,0	97,2	90,4	86,6	79,2

### Sommaire régional

À Laval, les services de soins palliatifs à domicile sont assurés en complémentarité par le CSSS de Laval et la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD), antérieurement Association Entraide Ville-Marie. Celle-ci est un organisme à but non lucratif, qui existe à Montréal depuis plus de 30 ans, qui offre des services de soins infirmiers en fin de vie à domicile aux personnes atteintes de cancer.

Les résultats, relatifs aux indicateurs des ententes de gestion des cinq dernières années, indiquent une quasi-atteinte de l'objectif 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* ». Un écart défavorable est à noter au niveau de l'indicateur nombre d'usagers desservis.

Pour ce qui est du nombre d'usagers desservis, la région de Laval éprouve de la difficulté à répondre aux ententes de gestion. Le redéploiement du soutien à domicile par programme-clientèle, au niveau du CSSS de Laval, a amené des impacts sur les résultats de cet indicateur. Jusqu'en 2008-2009, une proportion des usagers suivis en soins palliatifs au sein des autres regroupements clientèles du CSSS de Laval n'étaient pas comptabilisés dans cet indicateur (1.9.5). Une formation spécifique a été mise en place auprès des intervenants afin de corriger les données pour les années suivantes et permettre une meilleure comptabilisation du nombre d'usagers.

Malgré cette amélioration, la cible régionale fixée à 1 174 usagers n'a pas été atteinte. L'année 2009-2010 s'est conclue par une performance moindre que celle des années précédentes. Le nombre d'usagers desservis a diminué de 20 % depuis 2005-2006, passant de 861 à 681 personnes rejointes. Bien que la cible régionale n'ait pas été atteinte, il n'y a pas de liste d'attente pour ces services. Toutes les demandes reçues par le guichet universel du CSSS de Laval ont été traitées et aucune demande n'a été refusée en se basant sur les critères de partage de la clientèle entre les différents regroupements.

Plusieurs communications avec le CSSS de Laval, de même qu'avec la SSPAD, ont permis de documenter cette situation, mais sans effet apparent sur la performance de cet indicateur. Pendant l'exercice 2010-2011, la région finalisera d'autres projets ayant comme objectif la consolidation des services en soins palliatifs, soit :

- l'actualisation de l'entente de service entre le CSSS de Laval et la SSPAD;
- la réévaluation de l'offre de service en soins palliatifs à domicile;
- la consolidation de l'équipe de soins palliatifs;
- la création d'un comité stratégique en soins palliatifs;
- l'actualisation du *Plan régional de mise en œuvre de la politique en soins palliatifs de fin de vie*.

### Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile

Soins palliatifs		Valeurs cumulatives				
Indicateur n° 1.9.6		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile		17,42	16,77	18,20	19,66	20,10
	Seuil 2010	14				
	Cible 2010	16				
	Atteinte de la cible 2010 (%)	125,6				
	Engagements déboursés	14	16	16	16	16
	Atteinte de l'engagement déboursé (%)	124,4	104,8	113,7	122,8	125,6

### Sommaire régional

Par rapport à la cible fixée aux ententes de gestion, le nombre d'interventions en soins palliatifs a été respecté. L'intensité de services a augmenté de 15 % depuis 2005-2006, passant de 17,42 à 20,1 interventions en moyenne par usager. La région de Laval poursuit ainsi une performance ascendante qui se maintient depuis les cinq dernières années.

### Soins palliatifs (hébergement)

#### Nombre de lits spécifiquement consacrés aux soins palliatifs de fin de vie

L'objectif des soins palliatifs est d'offrir la meilleure qualité de vie possible aux personnes en fin de vie et à leurs proches. La région de Laval disposait, jusqu'en janvier 2010, de 12 lits à l'unité de soins palliatifs du CSSS, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval. Au cours de l'exercice 2009-2010, l'offre en ce qui a trait au nombre de lits dédiés aux soins palliatifs a augmenté à 24, avec l'ouverture progressive de 12 lits à la Maison de soins palliatifs de Laval. Celle-ci fait partie d'un réseau intégré de centres palliatifs et fonctionne en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux du Québec et, tout particulièrement, avec le CSSS.

Tableau de la progression des dépenses directes nettes

**Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010**

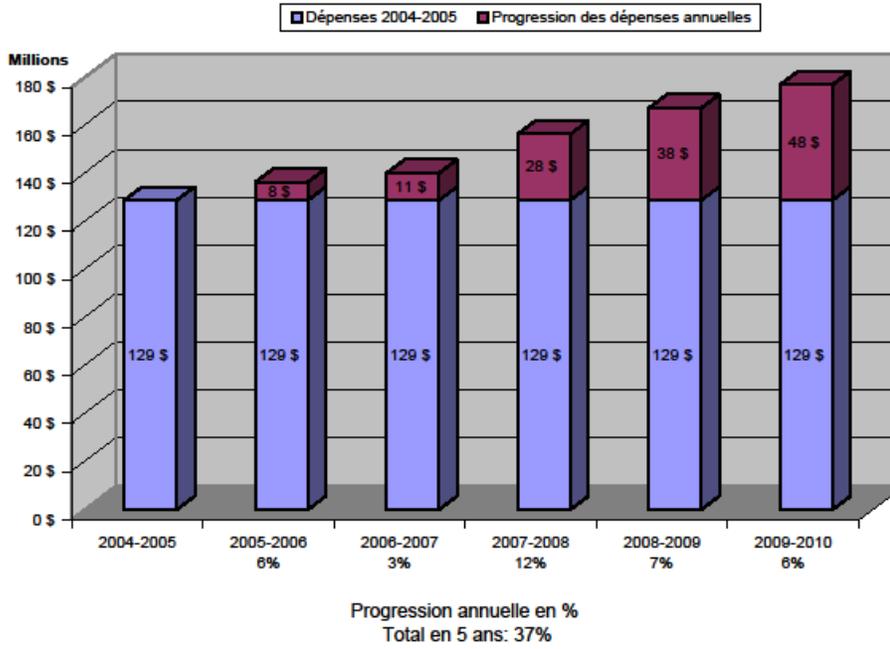
**Programme: Santé physique**

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	128 793 891 \$				
2005-2006	138 334 243 \$	7 540 352 \$	6%	7 540 352 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Désengorgement de l'urgence</li> <li>• Développement mesures PRSA</li> <li>• Coût système spécifique et nouvelles molécules oncologie</li> <li>• Plan régional de contingence</li> </ul>
2006-2007	140 133 339 \$	3 799 096 \$	3%	11 339 448 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• PRIISME et Amimage Centre régional du Diabète</li> <li>• Désengorgement des urgences</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
2007-2008	158 351 859 \$	16 218 520 \$	12%	27 557 968 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Plan régional de contingence</li> <li>• Financement hausse coût transport ambulancier</li> <li>• Mesures désengorgement urgence</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Offre services au module naissance et couverture des heures défavorables</li> <li>• Primes mesures administratives</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
2008-2009	167 288 828 \$	10 936 969 \$	7%	38 494 937 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Développement de la salle d'hémodynamie</li> <li>• Dialyse à domicile</li> <li>• Services d'audiologie diminution liste d'attente</li> <li>• Lits soins subaigus</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Plan régional de contingence</li> <li>• Primes mesures administratives</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
2009-2010	176 965 337 \$	9 676 509 \$	6%	48 171 446 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'accroissement</li> <li>• Accroissement de volume en dialyse</li> <li>• Ajout infirmières praticiennes</li> <li>• Activités en obstétrique</li> <li>• Désengorgement de l'urgence</li> <li>• Liste d'attente en chirurgie</li> <li>• Primes mesures administratives</li> <li>• Coût système spécifique</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>48 171 446 \$</b>	<b>37%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471  
Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

**SANTÉ PHYSIQUE**



## PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN

### Ressources humaines

#### Assurance-salaire

Cet indicateur permet de suivre l'évolution de l'absentéisme pour un établissement, pour une région ou pour l'ensemble du réseau, d'une période à l'autre. Les données sont chargées automatiquement de CIFINO, sauf pour les établissements privés conventionnés.

Assurance-salaire							
Indicateur n° 3.1							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	Cibles à atteindre		5,03	5,19	5,21	5,17	5,26
	Résultats		5,34	5,16*	4,95	5,33	5,41
	Atteinte de la cible (%)		94	100,6	104,9	96,9	97,2

\* Sont exclus du calcul, les établissements privés conventionnés

#### Sommaire régional

Entre 2005-2006 et 2009-2010, on constate une augmentation de 4,6% de la cible en matière d'assurance-salaire, celle-ci passant de 5,03 à 5,26 en 2009-2010. Les résultats observés en 2006-2007 et 2007-2008 sont en deçà de la cible, donc comblent les attentes, comparativement à ceux obtenus au cours des années 2008-2009 et 2009-2010 où des difficultés ont été éprouvées.

En 2008-2009, les établissements visés par une augmentation de leur ratio ont présenté un plan d'action qui n'a pu atteindre le but recherché en 2009-2010 pour différentes raisons. Notamment :

- le non-remplacement du personnel salarié durant la période estivale jumelé à l'augmentation des heures de formation, ayant un impact sur les heures travaillées, d'où l'augmentation du ratio;
- l'augmentation des cas de maladie physique grave pour lesquels les établissements n'avaient aucun pouvoir (*cancers, chirurgies diverses*);
- le vieillissement du personnel;
- le climat de travail en lien avec l'accroissement des besoins de la clientèle, la pénurie de main-d'œuvre et le temps supplémentaire.

Le plan d'action des établissements portait sur :

- la diminution du nombre et de la durée des dossiers d'invalidité (*assurance-salaire et accident du travail*);
- la promotion en santé et sécurité du travail;
- la promotion de saines habitudes.

Une démarche de soutien aux établissements a également été instaurée en vue de favoriser un partage d'expertise et alimenter les actions à prendre. Les établissements identifient plusieurs facteurs pour expliquer les résultats atteints.

- une diminution des heures travaillées pour certains établissements durant la période estivale;
- les heures de formation non comptabilisées dans les heures travaillées;
- l'augmentation de cas de maladie physique grave en raison de cancer et de chirurgies diverses;
- le vieillissement du personnel;
- le climat de travail tendu en périodes d'accroissement des besoins de la clientèle jumelées à la pénurie de main-d'œuvre et du temps supplémentaire.

### Heures supplémentaires du personnel infirmier

Cet indicateur est utilisé pour rendre compte d'une main-d'œuvre insuffisante. Plus le pourcentage est élevé, plus un établissement est en difficulté, les heures régulières travaillées de l'effectif ne suffisent pas à la demande.

Heures supplémentaires du personnel infirmier							
Indicateur n° 3.2							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier							
	Cible 2010					100	100
	Atteinte de la cible 2010 (%)		NA	NA	NA	42,86	16,67

### Sommaire régional

Entre 2006-2007 et 2009-2010, l'augmentation des heures en temps supplémentaire pour l'ensemble du personnel œuvrant dans les établissements de la région de Laval se chiffre à 33 %, et à 36 % dans le groupe des infirmières (*données de SIRH, excluant trois CHSLD privés conventionnés*). Par ailleurs, entre 2008-2009 et 2009-2010, le pourcentage d'augmentation était de 3 % pour l'ensemble des salarié(e)s, et de 8 % au sein du groupe des infirmières.

Cette progression, qui va à l'encontre de la tendance recherchée, est une indication de non-atteinte des résultats attendus. En soins infirmiers, seul le CSSS de Laval a atteint la cible fixée en 2009-2010. On note par ailleurs une hausse de 1 169,30 heures du temps supplémentaire. Fait à noter, le CHSLD privé conventionné Santé Courville Inc. n'a pas atteint sa cible de 2 % en 2009-2010, mais il se situait très près à 2,46 %.

### Main-d'œuvre indépendante (MOI) du personnel infirmier

Le pourcentage de main-d'œuvre indépendante (MOI) est un indicateur du recours à une main-d'œuvre extérieure. Plus le pourcentage est élevé, plus un établissement a recours à la MOI afin d'accomplir du travail infirmier.

Main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier							
Indicateur n° 3.3							
			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier							
	Cible 2010		NA	NA	NA	100	100
	Atteinte de la cible 2010 (%)					33,33	33,33

## Sommaire régional

Deux CHSLD privés conventionnés ont réussi à atteindre la cible, dont un qui n'en n'utilise pas du tout (Santé Courville). Les heures payées en main-d'œuvre indépendante au personnel infirmier en P12 ont enregistré une hausse de 18% entre 2008-2009 et 2009-2010 passant de 158 768,50 heures (84 ETC) à 187 612,70 heures (99 ETC).

Plusieurs projets d'organisation du travail au CSSS de Laval visaient la diminution de la main-d'œuvre indépendante. Par exemple en médecine-chirurgie, en soins à domicile, au bloc opératoire et en biologie médicale, les structures de postes ont fait l'objet d'une révision pour tenir compte de l'intégration des infirmières auxiliaires et des agents administratifs. Les processus ont également été revus afin d'assurer une meilleure efficacité.

Selon les CHSLD privés conventionnés visés, le recours à la main-d'œuvre indépendante est principalement attribuable aux difficultés de recrutement du personnel.

### Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières

Cet indicateur rend compte de l'engagement, par le gouvernement, voulant que 60 % des postes d'infirmières devraient être des postes à temps complet régulier. Le pourcentage est calculé à partir de la structure de postes des infirmières. Rappelons qu'une structure de postes représente l'ensemble des postes autorisés, à temps complet régulier ou à temps partiel régulier. Elle est établie en fonction du budget de l'organisation et permet de connaître le nombre de personnes nécessaires à la prestation des services requis.

Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières							
Indicateur n° 3.4							
Pourcentage de postes à temps complet régulier (TCR) pour les infirmières tel que mesuré à partir de la structure de postes de l'établissement			Valeurs cumulatives				
			2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
	Cible 2010		NA	NA	NA	NA	60
	Atteinte de la cible 2010 (%)						52,2

## Sommaire régional

Seul le CSSS de Laval était concerné par cet indicateur. Malgré les efforts déployés (*affichages de postes, recrutement*), les infirmières n'ont pas manifesté d'intérêt envers les postes à temps complet. Le pourcentage de 52,2 % semble avoir atteint sa limite.

Entre 2006-2007 et 2009-2010, il y a eu une croissance de 4 % du nombre d'infirmières à temps complet. Par ailleurs, entre 2007-2008 et 2009-2010, une diminution de 4 % a été enregistrée, dont une de 1 % pour la dernière année, ce qui reflète la réalité du CSSS de Laval.

## Tableau de la progression des dépenses directes nettes

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

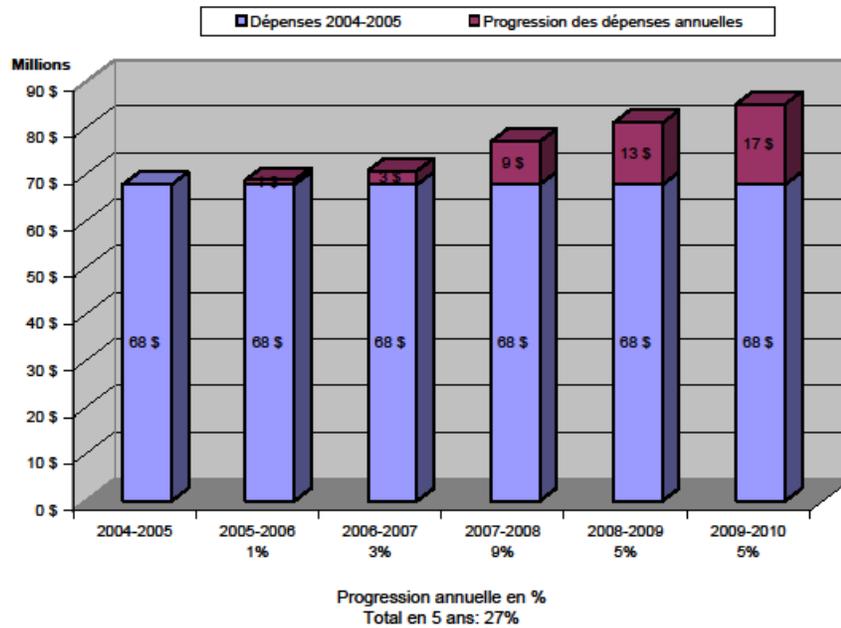
## Programme: Administration et soutien aux services

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalizations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	67 914 348 \$				
2005-2006	68 880 665 \$	966 317 \$	1%	966 317 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Frais de gestion des établissements</li> </ul>
2006-2007	70 889 795 \$	2 009 130 \$	3%	2 975 447 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Frais de gestion des établissements</li> <li>Formation régionale</li> </ul>
2007-2008	77 133 119 \$	6 243 324 \$	9%	9 218 771 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Transfert de ressources de l'ASSSL au CSSSL</li> <li>Plan communication urgence</li> <li>Plan communication offre services</li> <li>Support mise en place RLS</li> <li>Frais de gestion des établissements</li> <li>Formation régionale</li> <li>Organisation travail soins à domicile</li> <li>Organisation travail personnel Catégorie IV</li> <li>Organisation travail hébergement</li> </ul>
2008-2009	81 165 814 \$	4 032 695 \$	5%	13 251 466 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Info-santé Web</li> <li>Technocentre régional</li> <li>Organisation travail soins à domicile</li> <li>Organisation travail médecine et chirurgie</li> <li>Élaboration du plan de main-d'œuvre</li> <li>Frais de gestion des établissements</li> <li>Formation régionale</li> </ul>
2009-2010	85 225 260 \$	4 059 446 \$	5%	17 310 912 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'accroissement</li> <li>Élaboration du plan de main-d'œuvre</li> <li>Frais de gestion des établissements</li> <li>Formation régionale</li> <li>Organisation travail médecine et chirurgie</li> <li>Organisation travail personnel Catégorie IV</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>17 310 912 \$</b>	<b>25%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471

Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

### ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES



## Tableau de la progression des dépenses directes nettes

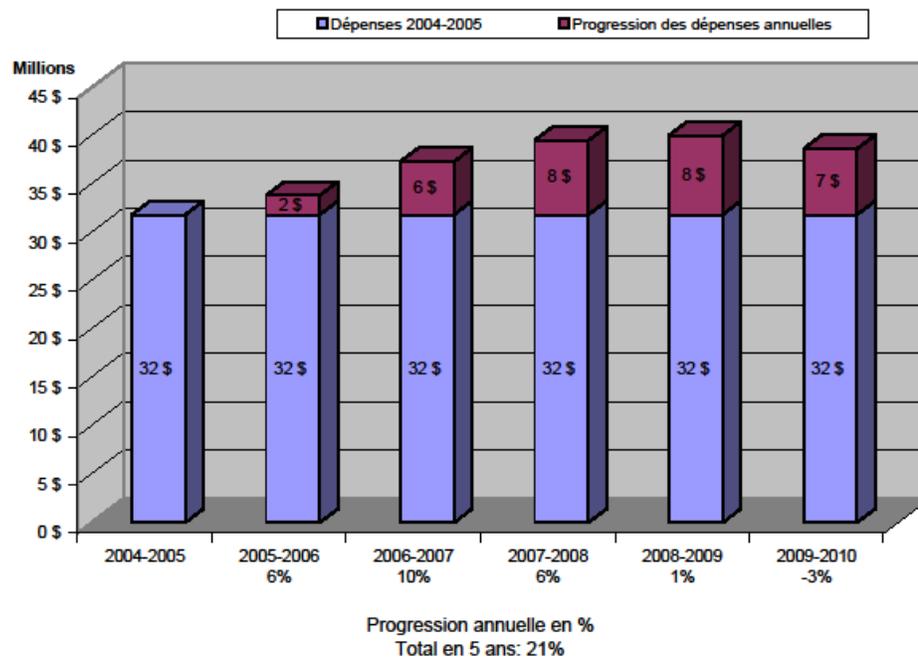
Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010Programme: **Gestion des bâtiments et équipements**

	Dépenses	Progression annuelle		Progression cumulative	Réalisations majeures
	\$	\$	%	\$	
2004-2005	31 856 477 \$				
2005-2006	33 854 165 \$	1 997 688 \$	6%	1 997 688 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Nouvelle construction de 128 lits</li> <li>- Urgence - budget fonctionnement</li> <li>- Locations d'espaces</li> </ul>
2006-2007	37 360 823 \$	3 506 658 \$	10%	5 504 346 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Nouvelle construction de 128 lits</li> <li>- Locations d'espaces</li> <li>- Ajustement dépenses programme clientèles</li> </ul>
2007-2008	39 539 648 \$	2 178 825 \$	6%	7 683 171 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Location d'espaces</li> <li>- Taxes municipales - Établissements privés conventionnés bâtisse CHQ</li> </ul>
2008-2009	40 065 356 \$	525 708 \$	1%	8 208 879 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Taxes municipales - Établissements privés conventionnés bâtisse CHQ</li> <li>- Location d'espaces</li> </ul>
2009-2010	38 666 078 \$	(1 399 278 \$)	-3%	6 809 601 \$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accroissement</li> <li>- Location d'espaces</li> <li>- Équipements soins infirmiers</li> <li>- Support au logiciel Hélios</li> <li>- Ajustement en fonction des budgets par programme (maintien d'actifs)</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		<b>6 809 601 \$</b>	<b>21%</b>		

Source: Contours financiers - AS-471  
Établissements publics, privés conventionnés et organismes communautaires

Progression des dépenses directes nettes  
2005-2006 à 2009-2010

**GESTION DES BÂTIMENTS ET ÉQUIPEMENTS**



## **ANNEXES**

## ANNEXE I

### PROGRAMME PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE AUPRÈS DE LA POPULATION

- Signature de l'Entente régionale sur les saines habitudes de vie par quatorze partenaires régionaux. L'Entente tient compte de la mise en place des actions inscrites dans les différents plans, tels que le plan d'action gouvernemental (PAG) «Investir dans l'avenir», le plan stratégique de la CRÉ de Laval (*orientation 5*), le Plan d'action régional de la Direction de santé publique et le projet clinique du CSSS de Laval.
- Mise en place du comité de gestion de l'Entente sur les saines habitudes de vie. Le comité de gestion de l'entente est co-présidé par la directrice générale de la Conférence régionale des Élus de Laval (CRÉ de Laval), la Directrice de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Laval (DSP de l'ASSSL) et le directeur général du CSSS de Laval. La DSP assure le lien entre le comité de gestion de l'entente et la conférence régionale administrative (CAR) afin d'obtenir le soutien d'autres ministères interpellés par le PAG dans le déploiement des actions régionales.
- Mise en place d'un comité opérationnel composé de membres de tous les partenaires signataires (*comité de soutien aux initiatives locales*) pour suivre les actions sur le terrain. La DSP de l'ASSS de Laval assure le leadership de l'animation des comités.

C'est par le biais des travaux de ce comité que la DSP a soutenu et soutient plusieurs actions régionales en promotion des saines habitudes de vie :

- le déploiement de la politique cadre sur les saines habitudes de vie dans les milieux scolaires «Pour un Virage santé à l'école»;
- la création de six regroupements locaux de partenaires issus de Québec en Forme et la mise en place de leurs plans d'action respectifs;
- le déploiement régional du programme de promotion des déplacements actifs «Mon école à pied et à vélo» de Vélo-Québec;
- le déploiement du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION dans les milieux cliniques, municipaux et de travail;
- la mise en place du site internet [www.0530laval.com](http://www.0530laval.com) avec l'ensemble des informations sur les saines habitudes de vie (*services, statistiques, campagnes, etc.*);
- la demande de soutien financier à Québec en Forme d'un projet régional en saine alimentation que vise à soutenir les milieux de garde familiaux, les organismes communautaires jeunesse et les services de garde en milieu scolaire;
- la coordination des travaux de mise en place du cadre de référence pour les politiques alimentaires dans les établissements de santé;
- collaboration à l'écriture et à la mise en place du cadre pour l'offre alimentaire dans les établissements municipaux publics.

## ANNEXE II

### GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE ET GMF RÉSEAU (2005-2010)

Les groupes de médecine de famille ont été créés dans le but de répondre aux objectifs suivants :

- Assurer une plus grande disponibilité de services, une prise en charge globale et un suivi des patients inscrits auprès d'un médecin membre d'un GMF;
- permettre à moyen terme à plus de personnes d'avoir accès à un médecin de famille;
- améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne;
- développer une plus grande complémentarité des services avec les CSSS.

En 2004, la région de Laval comptait deux GMF. Depuis 2005, six nouvelles cliniques GMF ont été implantées, pour atteindre un total de huit. En 2009, deux cliniques GMF ont augmenté leur offre de service par l'ajout de cliniques satellites. De plus, deux cliniques GMF ont manifesté leur intention de devenir des GMF réseau, ce qui s'est concrétisé dans un cas en 2010.

Des résultats, en date du mois novembre 2010, sur les performances en matière d'inscription des patients, nous apprennent que depuis le début de l'année, 125 072 patients ont été inscrits, soit 83,38 % des résultats à atteindre par l'ensemble des GMF de la région. Deux GMF sur huit ont dépassé leur cible et les six autres sont sur le point de les atteindre en moins de cinq ans. Cette différence s'explique par le fait que deux GMF de plus de 20 000 inscriptions ont un fort pourcentage de médecins faisant de l'obstétrique et que ces clients ne sont pas considérés comme vulnérables. Il faut se rappeler que le CSSS de Laval est l'hôpital qui effectue le plus d'accouchements au Québec.

Établissement	Date d'adhésion	Personnes inscrites	Personnes inscrites et vulnérables	Ratio vuln.
GMF Centre médical Laval	2004-02-17	26 042	7 330	28,15%
GMF Clinique médicale Sainte-Dorothée	2006-01-10	13 980	6 432	46,01%
GMF Concorde	2004-03-15	26 692	7 998	29,96%
GMF de Laval	2003-04-04	13 747	4 176	30,38%
GMF Le Carrefour médical	2008-04-29	13 293	4 437	33,38%
GMF Médi + Centre Chomedey	2008-04-29	14 274	4 120	28,86%
GMF Polyclinique médicale Fabreville	2007-02-07	12 396	4 246	34,25%
GMF Ste-Rose	2009-03-05	4 648	2 274	48,92%
		125 072	41 013	32,79%

## **ANNEXE III**

### **CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES**

#### **Portrait des installations**

Résidences inscrites au registre, total 61 (7 027 unités locatives) :

- 16 résidences de 1 à 9 personnes
- 25 résidences de 10 à 99 personnes
- 20 résidences de plus de 100 personnes

#### **État d'avancement de la certification pour la région de Laval**

- 33 résidences certifiées (2 774 unités locatives)
- 54,10 % de résidences certifiées sur le nombre de résidences inscrites au registre
- 28 résidences actives au registre non certifiées

#### **Renouvellement au cours de 2010-2011 (octobre 2010 à avril 2011)**

- 23 résidences

#### **Sommaire régional**

Considérant le nombre important de résidences privées de plus de 10 personnes sur le territoire de Laval et de tours d'habitation, le Département de sécurité incendie de Laval (DSIL) attend des orientations claires et précises du gouvernement (MSP, RBQ, MSSS) quant aux normes attendues au plan de la sécurité incendie pour recommander la conformité.

Toutes les demandes de certification ont été reçues, l'information et l'accompagnement des nouveaux exploitants, les visites de vérification du Conseil québécois d'agrément ont été réalisées et leurs rapports déposés. Enfin, les suivis auprès des résidences pour s'assurer de leur conformité à l'ensemble des articles ont été complétés.

Vingt-huit résidences demeurent en processus de certification. Elles attendent une approbation du DSIL pour leur plan de sécurité-incendie.

Les problématiques qui se présentent dans ces résidences sont les suivantes :

- La grande majorité des bâtiments dans lesquels il y a exploitation d'une résidence pour personnes âgées sont construits pour une clientèle autonome ou en légère perte d'autonomie ;
- Il y a, dans ces résidences, des clients qui sont dans l'impossibilité d'évacuer le bâtiment sans aide particulière et dans les délais prescrits, donc un nombre plus ou moins élevé de personnes codées jaune<sup>(1)</sup> ou rouge<sup>(2)</sup>;

(1) Code jaune : peut se rendre avec de l'aide en lieu sûr.

(2) Code rouge : a besoin de mesures spéciales pour être transporté en lieu sûr.

- Il y a absence, dans ces résidences, de mesures de protection incendie permettant de pallier la difficulté d'évacuation des clients ; il y a insuffisance de personnel pour pallier à la difficulté d'évacuation des clients.

Devant ces constats, le Département de sécurité incendie ne peut approuver les plans, ce qui a pour effet d'empêcher la certification.

### Étapes franchies

- L'Agence a donné un soutien supplémentaire aux exploitants des résidences problématiques afin qu'ils puissent compléter la fiche des mesures particulières à l'évacuation.
- L'Agence a demandé au CSSS d'évaluer les clients en importante perte d'autonomie et de voir rapidement à leur relocalisation dans un bâtiment sécuritaire si les mesures d'aide à l'évacuation de ces résidents ne sont pas jugées adéquates et à la satisfaction du Département de sécurité incendie.
- Pour certaines résidences hébergeant plus de neuf personnes, un signalement à la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) a été réalisé par l'Agence.
- Par ailleurs, l'Agence collabore de très près, par le biais de sa coordination interrégionale Laval-Laurentides-Lanaudière au comité interministériel dont le mandat est d'élaborer un document d'orientation en matière de sécurité incendie.
- L'Agence a contribué, par le biais de sa coordination interrégionale, au développement des nouveaux outils d'évaluation et de détermination de balises spécifiques pour établir le niveau d'adaptation du milieu en fonction des résidents et du bâtiment. L'Agence a collaboré à une expérimentation de ces outils.
- Un document d'orientation qui doit être publié en décembre 2010 ou janvier 2011 présente une nouvelle approche en matière de sécurité incendie, les façons d'évacuer les personnes, des précisions sur l'évaluation de la capacité des personnes à évacuer, les délais raisonnables, les lieux sûrs, etc. (*livre de recettes*).
- Un plan de formation est à prévoir auprès des municipalités et des Services incendie ainsi que des stratégies de déploiement.
- Dans une correspondance du sous-ministre adjoint aux PDG des agences (18 juin 2010), on demande au réseau des services de santé et de services sociaux de ne référer la clientèle ou lors de prise d'entente de service (*RI, achats de places, ententes de services*) qu'aux résidences certifiées. Une lettre a été envoyée au directeur général du CSSS de Laval à cet effet le 30 juillet 2010. Deux rencontres ont eu lieu avec la responsable des RI-RTF et le Regroupement lavallois des chambres et pensions à cet effet.
- Lors de cette rencontre, on a constaté que cette nouvelle directive aurait un impact important sur la clientèle, le réseau et les résidences. Il est nécessaire d'évaluer l'impact de cette situation en faisant un état de situation. Voici ce qui a été identifié comme points à clarifier :
  - portrait des places dans le Regroupement lavallois des chambres et pensions;

- évaluation des profils des personnes dans ces résidences;
  - évaluation de l'impact sur la clientèle, sur le réseau, sur les résidences (tous).
- Le registre apparaissant sur le site web du Ministère affiche les résidences certifiées, en cours de certification et maintient la présence des résidences non certifiées. De cette façon, il est possible pour toute personne de se diriger vers des résidences certifiées et de voir celles qui n'ont pas obtenu leur certification.

### **Impacts**

- Pour Laval, nous sommes, depuis juin 2009, en attente de l'approbation du Département sécurité incendie de Laval pour certifier 28 résidences (articles 19 et 24). Autrement, les exploitants sont conformes aux autres exigences de la certification.
- Actuellement, 23 résidences seront en renouvellement au cours de l'année 2010-2011. Un renouvellement exige d'avoir maintenu les exigences conformément au règlement.
- Une résidence a reçu un avis de non-certification.

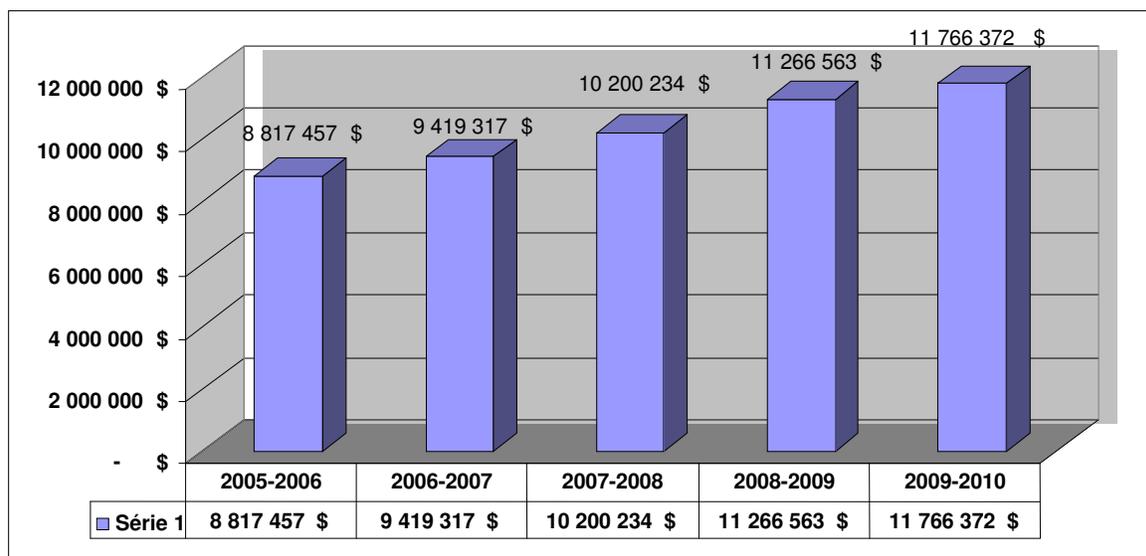
## ANNEXE IV

### ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence contribue au soutien financier de 97 organismes communautaires.

Depuis 2005-2006, le budget total affecté à ce programme a progressé de 47,5 %. Le budget annuel alloué aux organismes communautaires est conséquemment passé de 12,4 M\$ en 2005-2006 à 18,3 M\$ en 2009-2010. Les organismes communautaires reconnus au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), ainsi que les OSBL financés en santé et services sociaux à Laval sont inclus dans ces budgets.

#### Évolution du financement en appui à la mission globale (\*)



(\*) Ce tableau n'inclut pas les sommes provenant des ententes spécifiques de service ou toute autre entente extérieure au PSOC.

À Laval, l'engagement de la région envers les organismes communautaires est inscrit au Cadre de référence régional *L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise*, adopté en février 2007 par le conseil d'administration de l'Agence.

L'Agence s'est engagée à allouer un minimum de 10 % des budgets de développement octroyés aux organismes communautaires. De même, le taux d'indexation versé par le MSSS est alloué en entier aux organismes communautaires. Enfin, certains financements additionnels se sont ajoutés via les budgets programmes-clientèles pour des activités spécifiques des OC.

La Corporation de développement communautaire de Laval (CDC) estime qu'environ 5 M\$ supplémentaires seraient nécessaires pour atteindre les budgets de base minimaux requis et reconnus par le Cadre de référence régional et répondre adéquatement aux demandes des groupes lavallois. Selon le Portrait régional effectué en 2009 :

Personnes desservies :	118 250 personnes
Employés :	603 employés
Bénévoles :	5 025 bénévoles

## ANNEXE V

### L'ITINÉRANCE

#### Portrait statistique – Itinérance à Laval 2007

La région de Laval est généralement considérée comme une région favorisée du point de vue socio-économique. Cette situation entraîne toutefois une occultation de la pauvreté sur son territoire. L'invisibilité du phénomène de l'itinérance dans l'espace public contribue à alimenter le mythe que ce phénomène n'existe pas à Laval. Il est difficile d'évaluer le nombre de personnes « à la rue » à un moment précis. Les chiffres avancés semblent varier considérablement selon la méthodologie de recensement employée et la définition proposée. Selon Carle & Bélanger-Dion (2007)<sup>1</sup>, « En 2001, sur les 275 130 personnes âgées de 15 ans et plus, habitant à Laval, 54 190 vivaient sous le seuil de faible revenu, soit près de 20 % de cette population. Cette situation semblait tout particulièrement préoccupante pour les secteurs Pont-Viau, Chomedey et Laval-des-Rapides ».

#### Financement en itinérance 2004-2010

Depuis 2004, dans le cadre du PSOC l'Agence finance 24 organismes qui œuvrent en santé mentale, santé publique, dépendances, jeunes en difficulté, logement, emploi, pauvreté, et qui ont des clientèles itinérantes ou à risque d'itinérance (*près de 23 M\$ ont été versés*). De plus, l'Agence soutient 14 projets dans le cadre de l'IPAC II – IPLI (*plus de 5 M\$ recommandés*) afin de maintenir ou de développer des services auprès des populations itinérantes de Laval.

#### Fermeture d'organismes et services en itinérance

Avec la fermeture de deux des ressources d'hébergement d'urgence, Le Répit dépannage et le Saint-Claude en 2005, plusieurs intervenants doivent référer cette clientèle vers les ressources montréalaises. Aucun organisme communautaire à Laval n'a le mandat d'intervenir exclusivement avec la population itinérante. Seul le service d'Urgence-Sociale de Laval et l'Équipe itinérante du CSSS de Laval ont un mandat spécifiquement lié à cette clientèle.

#### Équipe itinérante du CSSS de Laval

L'Équipe itinérante du CSSS de Laval a développé une approche milieu « outreach », afin d'intervenir directement dans la population. Il s'agit d'une équipe d'intervenants professionnels de la santé (*infirmières, travailleurs sociaux*) travaillant en collaboration, en partenariat et en complémentarité avec les ressources du réseau et dans les milieux de vie. Les interventions de l'équipe visent à apporter directement aux individus à risque d'itinérance et aux itinérants, des services de santé globale (*prise de tension artérielle, conseils, référence, accompagnement*) dans leur milieu naturel (*domicile, rue, ressources communautaires, etc.*). De plus, ce projet vise à assurer l'accessibilité aux services offerts par d'autres organismes des réseaux institutionnels ainsi que par des organismes communautaires. L'équipe a comme ambition de renforcer la mise en œuvre des mesures de soutien destinées à aider les sans-abri ou les personnes à haut risque d'itinérance.

---

<sup>1</sup> Carle, Paul et Lalie Bélanger-Dion. 2007. Second regard sur l'itinérance à Laval : du constat à la mise en place de nouvelles pratiques. Montréal, 14 p.

### **Recherche sur l'itinérance**

En 2007, afin d'obtenir un portrait des ressources et identifier l'ampleur de la problématique de l'itinérance à Laval, l'Agence a actualisé la recherche « Second regard sur l'itinérance à Laval, du constat à la mise en place de nouvelles pratiques » de Paul Carle et Lalie Bélanger-Dion. Ces nouveaux constats ont permis la mobilisation des acteurs impliqués dans la lutte à l'itinérance.

### **Concertation et développement de projet**

En 2007, afin de pallier à l'absence de service spécifiquement lié à l'itinérance, l'Agence a initié la création du Réseau des organismes et intervenants en itinérance de Laval (ROILL), piloté par le CSSS de Laval et soutenu financièrement par l'Agence. Depuis, le ROILL a permis de développer une vision commune de l'itinérance à Laval. Il offre un lieu d'échanges et d'actions sur les enjeux reliés au phénomène de l'itinérance à Laval et établit les priorités d'actions du *Plan communautaire 2007-2011*, inspiré du Cadre de référence provincial. Le ROILL regroupe 15 organismes communautaires et des représentants du réseau de la santé et des services sociaux. La concertation au sein du ROILL a permis la création d'un nouvel organisme qui a pour mandat de répondre aux besoins d'hébergement d'urgence à Laval. La nouvelle ressource, L'Aviron, ouvrira ses portes en 2011.

De plus, l'Agence pilote le comité « Suivi du plan communautaire » qui assure la cohésion des actions des membres du réseau avec son plan de développement régional ainsi que le continuum des services pour les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance pour la région de Laval.

### **Besoins régionaux**

Afin de soutenir la clientèle itinérante, Laval a besoin de ressources d'hébergement sous toutes ses formes : de dépannage ou d'urgence, à prix modique avec ou sans support communautaire, supervisées, de réinsertion, de transition ou spécialisées. Au niveau de l'intervention, on doit favoriser les liens entre les organismes, développer et maintenir des ressources d'intégration sociale et de soutien visant l'autonomie en brisant l'isolement, maintenir et développer des services psychosociaux accessibles et flexibles tout en y intégrant le suivi communautaire. Ces perspectives d'intervention renvoient à l'importance du travail en amont à l'exclusion sociale et visent la prévention de la détérioration des conditions de vie. Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 du gouvernement du Québec permettra à l'Agence et au réseau de poursuivre leurs interventions multidisciplinaires pour coordonner la mise en place de mesures durables, efficaces et efficientes pour cette clientèle dont les besoins sont particuliers.

## ANNEXE VI

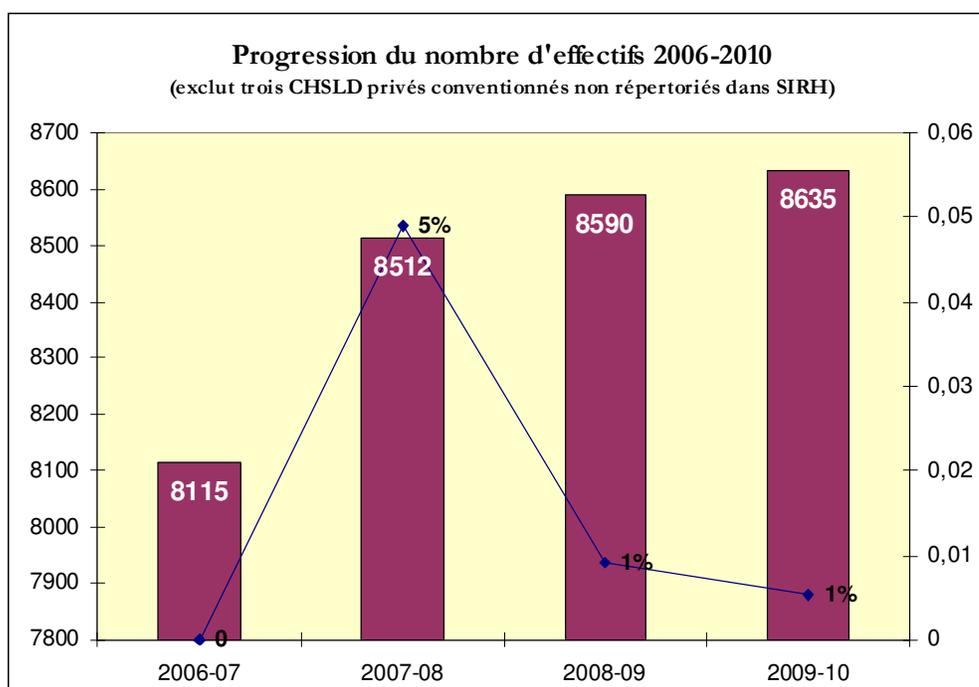
### LE DÉFI DE LA MAIN-D'ŒUVRE À LAVAL

Préoccupée par les enjeux de main-d'œuvre, l'Agence désirant soutenir les établissements de la région, s'est dotée d'une stratégie de gestion de main-d'œuvre détaillée. Celle-ci ayant été adoptée par le conseil d'administration de l'Agence, le 22 mars 2010 et ayant au préalable, fait l'objet d'une consultation auprès des différents intervenants et partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. En annexe 1, sont présentées de façon schématique l'ensemble des actions mises en place qui devront se poursuivre jusqu'en 2015.

Préalablement à l'élaboration de cette stratégie de main-d'œuvre, il était essentiel de produire un portrait régional de la main-d'œuvre de Laval afin de circonscrire les déséquilibres et l'indisponibilité des effectifs œuvrant au sein des emplois dits vulnérables. Des portraits en 2008-2009 et 2009-2010 ont été réalisés.

#### Diagnostic

Le nombre d'effectifs dans la région a fluctué passablement entre 2007-2008 et 2009-2010, alors qu'il y avait eu une progression de 5 % entre 2006-2007 et 2007-2008. Trois établissements ont maintenu une progression ou un maintien de leurs effectifs, soit l'Hôpital juif de réadaptation, le Centre jeunesse de Laval et le Manoir St-Patrice Inc. L'année 2009-2010 présente par ailleurs une diminution d'effectifs au-delà de 5 % pour trois établissements, dont deux CHSLD privés conventionnés, d'où l'importance qu'un plan d'action soit mis en place pour analyser la situation et y apporter des correctifs.



**Variation du nombre d'effectifs par rapport à l'année précédente (%)**

Établissements	2007-08	2008-09	2009-10
CHSLD St-Jude Inc.	0,38%	2,64%	-5,51%
CJ de Laval	10,96%	0,68%	0,19%
CRDI Normand-Laramée	1,10%	6,07%	-11,86%
CSSS de Laval	4,55%	-0,47%	1,63%
Hôpital juif Réadaptation	0,00%	1,13%	5,39%
Manoir St-Patrice Inc.	3,48%	1,68%	0,00%
Résidence Riviera Inc.	16,28%	-22,00%	-6,41%

**Planification de main-d'œuvre**

Cinq indicateurs sont essentiels à la planification de main-d'œuvre, soit le taux de roulement, le taux de rétention des nouvelles personnes embauchées, le taux d'absentéisme, le taux de précarité ainsi que le taux de temps supplémentaire. Ceux-ci nous sont fournis depuis janvier 2010 par la nouvelle version de SIRH.

L'Agence est également en mesure de suivre des indicateurs reliés aux ententes de gestion, notamment au niveau de la main-d'œuvre indépendante chez les infirmières en 2008-2009 et en 2009-2010, ainsi que les ratios obtenus en matière de temps supplémentaire effectué par ce groupe.

Il ressort de ces différents indicateurs que le taux de roulement, globalement pour la région, progresse ; il était à 11,88% au 31 mars 2009 pour se situer à 15,35% au 31 mars 2010, soit 1% de plus que la moyenne nationale. Notamment, celui chez les cadres connaissait une augmentation dans quatre établissements, soit le CSSS de Laval, le Centre jeunesse, le CHSLD St-Jude et le Manoir St-Patrice.

Le taux de rétention chez les nouvelles personnes embauchées était au 31 mars 2010 à 69,52% soit quelques 3% en deçà de la moyenne nationale. C'est un élément important à observer. Les établissements s'y pencheront, notamment par l'élaboration d'un programme d'accueil/intégration qui puisse faciliter l'apprentissage des différents milieux, par la mise en place du programme de préceptorat, au sein du groupe des infirmières/infirmières auxiliaires œuvrant de soir et de nuit, par un cheminement de carrière possible à l'intérieur du milieu ou de la région. Les groupes les plus à risque sont les infirmières, infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les psychologues.

Le taux d'absentéisme connaît également un accroissement. Il était à 17,81 au 31 mars 2010 (*près de 2% de plus que la moyenne nationale*) et de 17,63% au 31 mars 2009. Les congés parentaux représentent une source d'absence élevée dans le groupe d'âge de moins de 40 ans, notamment chez les orthophonistes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux-agents de relations humaines, les infirmières et inhalothérapeutes, accentuant ainsi les besoins en main-d'œuvre.

Le taux de congé sans solde est élevé chez les psychologues qui ont une rémunération plus élevée en pratique privée, ce qui devient un enjeu majeur pour les maintenir au secteur public. Le taux d'assurance-salaire chez les préposés aux bénéficiaires (32%) et les infirmières auxiliaires (34%) est à surveiller au 31 mars 2010.

Le taux de précarité était à 27,83 % au 31 mars 2010 et tend à diminuer, ce qui devient davantage attractif.

Le taux de temps supplémentaire chez les infirmières représentait au 31 mars 2010 l'équivalent de 46 ETC. La cible établie vise une diminution de 10 % du temps supplémentaire. Plusieurs projets d'organisation du travail prévoient l'introduction d'infirmières auxiliaires dont les retombées pourront mieux être évaluées au cours de l'année 2010-2011 et suivantes.

La main-d'œuvre indépendante est également une préoccupation majeure pour la région. Pour le seul groupe des infirmières, la main-d'œuvre indépendante représentait 108,32 ETC, soit une augmentation de 12,32 ETC par rapport à l'année 2008-2009. Fait à noter, deux établissements de la région n'utilisent aucune main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers, soit Santé Courville et l'Hôpital juif de réadaptation.

Les défis pour Laval sont à toutes fins pratiques majeurs tant au niveau de l'attraction, que de la rétention des effectifs dans la région. La stratégie de gestion de la main-d'œuvre qui devrait se poursuivre jusqu'en 2015 s'attaque donc aux différents éléments du diagnostic sur la main-d'œuvre, soit sur l'élaboration des plans d'effectifs, l'augmentation du processus d'octroi des stages, la présence au travail, la promotion des métiers et des professions et le développement des compétences tant des salariés que des cadres (*voir la liste en annexe*).

Les trois axes d'intervention de la stratégie de gestion de la main-d'œuvre renferment divers objectifs, moyens et activités, notamment :

- élaborer une campagne promotionnelle auprès de deux publics cibles, soit les jeunes du secondaire et ceux ayant poursuivi leurs études dans les régions limitrophes;
- assurer une visibilité des établissements de la santé et des services sociaux;
- faire connaître les possibilités d'emploi à Laval;
- créer des partenariats avec les différents ministères, soit l'Immigration, Emploi et Solidarité sociale et le MELS;
- assurer une meilleure coordination de stages;
- soutenir le personnel d'encadrement dans le développement de leurs compétences;
- soutenir les établissements en matière d'organisation du travail.

Les différents projets d'organisation du travail se réfèrent essentiellement aux suivants mais n'excluent aucunement l'ajout de certains dans les années futures :

- Optimiser les équipes de soins en médecine-chirurgie au CSSS de Laval.
- Optimiser l'utilisation du titre d'emploi d'infirmière auxiliaire (CSSS de Laval, CHSLD).
- Implantation d'un programme de préceptorat (CSSS de Laval, Hôpital juif de réadaptation, Manoir St-Patrice, CHSLD St-Jude).
- Intégration de l'infirmière praticienne (CSSS de Laval – cinq en 2009-2010 et projection de 16 d'ici quelques années).
- Optimiser l'organisation du travail de la catégorie IV (CSSS de Laval, Hôpital juif de réadaptation et Centre jeunesse de Laval).
- Réorganisation des prélèvements à domicile et transfert au département de biologie médicale (CSSS de Laval).

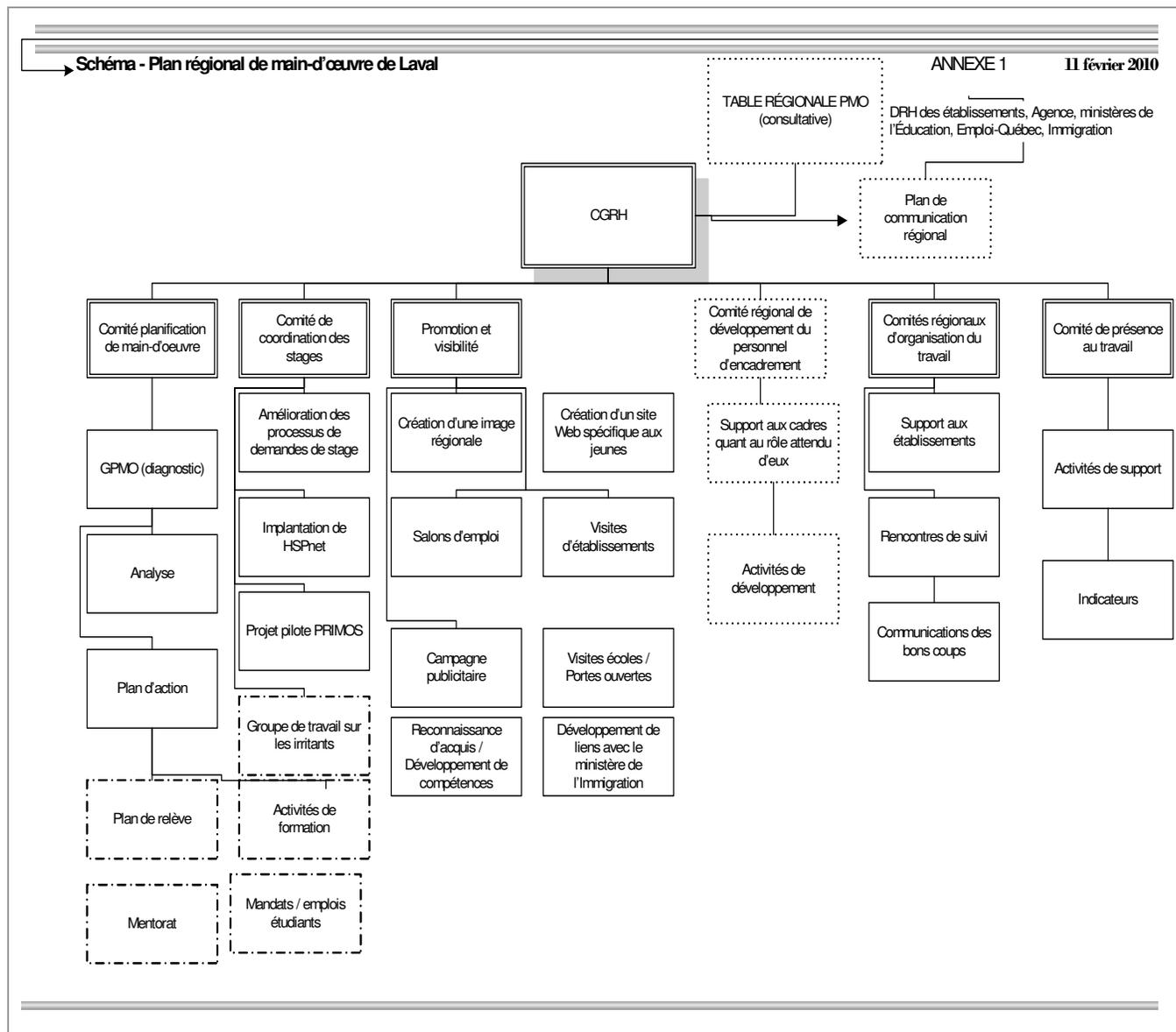
### **Plan de communication**

En vue d'informer la région des actions entreprises en matière de planification et de développement de la main-d'œuvre réseau, un bulletin PMO-RH est distribué quatre fois par année, où l'on y relate les faits saillants, que ce soit la campagne promotionnelle 2010-2011 ou les bons coups accomplis par les établissements de la région.

Un microsite est également disponible renfermant toute l'information sur les carrières et professions du réseau de la santé et des services sociaux, les établissements de la région de Laval, les emplois qui y sont offerts et les formations offertes par les établissements en cours d'emploi. On peut également y lire les témoignages recueillis auprès de gens du milieu sur les raisons qui les ont incités à exercer leur profession. Une page Facebook incite également les jeunes à discuter de la campagne promotionnelle.

Une tournée des écoles secondaires afin de faire connaître le réseau de la santé et des services sociaux aux jeunes du secondaire a été réalisée en 2010-2011. Cette tournée a été réalisée grâce à la collaboration de la Commission scolaire de Laval dont les conseillers en orientation ont identifié le profil et les besoins des jeunes. Plusieurs représentants d'établissements ont gracieusement accepté de participer à cette tournée.

### Schéma - Plan régional de main-d'œuvre de Laval



### **Bilan des activités de formation offertes au personnel du réseau**

Depuis 2006-2007, 32 activités de formation ont été organisées auxquelles ont participé quelque 4 070 personnes. Parmi celles-ci mentionnons notamment la contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse, l'intervention en première ligne en dépendance jeunesse, la diversité culturelle, l'hygiène et salubrité, la langue anglaise, les mesures de contrôle, l'outil d'évaluation multiclientèle et enfin, agir auprès de la personne âgée qui débutait en 2009-2010 pour une durée de trois ans. Ces activités étaient issues des orientations ministérielles ou de priorités régionales déterminées de concert avec les établissements.

### **Bilan des activités de formation offertes au personnel d'encadrement**

Des activités de ressourcement ont été offertes au personnel d'encadrement entre 2006-2007 et 2009-2010, portant notamment sur la gestion des risques, l'amélioration de la qualité de vie en hébergement et différentes formations à la carte. S'y ajoutaient des déjeuners-causerie sur des thèmes variés, des groupes de codéveloppement ou de cercle de dialogue. Au total 21 groupes de participants ont pu participer à l'une ou l'autre des activités.

## **Annexe VII**

### **RESSOURCES INFORMATIONNELLES**

Le Centre régional de services en ressources informationnelles (CRSRI) assure la gestion optimale de l'ensemble des ressources informationnelles de l'Agence et des partenaires de la région de Laval. Il coordonne pour l'Agence, et en partenariat avec les établissements régionaux, des projets d'informatisation conformes aux orientations ministérielles et régionales. De plus, il met en place une planification stratégique des ressources informationnelles, de concert avec l'Agence et les partenaires de la région de Laval. Le CRSRI assure la gestion du portefeuille de projets régionaux, maintient une vigie technologique et voit à la saine gouvernance des technologies.

#### **Sommaire régional des réalisations**

Les ressources informationnelles sont omniprésentes dans les activités courantes de gestion – administration et clinique et dans la prestation des soins et services. Il est parfois difficile d'attribuer une réalisation à un secteur unique : les actifs informationnels couvrent une gamme d'activités et un ensemble de processus souvent interreliés et essentiels à la continuité dans la prestation des soins et des services.

Selon le cas, les systèmes sont regroupés dans le volet clinique ou dans le volet administratif, parfois dans les deux, ou encore rattachés à des programmes-clientèles. Les réalisations peuvent découler d'exigences du MSSS ou encore de priorités identifiées par les établissements ou les services. (*Voir Tableau général plus loin*). Les réalisations comprennent également tout le volet formation du personnel.

## TABLEAU DES RÉALISATIONS

Nom système/ réalisation	Programme Clientèle	Clin.	Adm.	Requis MSSS
<b>SIC-SRD</b>	Dépendances <b>Services de réadaptation</b>	x	x	x
<b>IPM – Index Patients Maître (DSQ)</b>	Administration		x	x
<b>Normalisation des quatre (4) bases de données I-CLSC</b>	Administration <b>Arrimage éventuel avec l'IPM</b>	x	x	
<b>Entrepôt de données organisationnelles et tableau de bord (BI)</b>	Administration <b>Infocentre /Service ambulatoire 1re ligne</b>	x	x	
<b>Portail régional</b>	Administration –Information Communication <b>Régionale –inter établissements</b>		x	
<b>Info-Santé 24/7</b>	Services généraux/multiprogrammes <b>Clientèle vulnérable/Enregistrement</b>	x	x	x
<b>SIGACO</b>	Services généraux/multiprogrammes <b>Clientèle sans médecin de famille</b>	x	x	x
<b>Info-Santé Web</b>	Services généraux/multiprogrammes <b>Continuité des services –CSSSL et GMF SAD-Info-Santé-Info-Social</b>	x	x	x
<b>Module de garde</b>	Services généraux/multiprogrammes <b>GMF et CSSSL /horaires de garde en lien avec Info-Santé Web</b>		x	x
<b>Horaire Plus Services à domicile</b>	Services généraux/multiprogrammes <b>Gestion des rendez-vous des prélèvements à domicile</b>	x	x	
<b>Répertoire des ressources</b>	Services généraux/multiprogrammes <b>GMF et CSSSL /Accès au bottin de ressources</b>		x	x
<b>SI-PRSI.Net (web) (2009-2010) (Repere)</b>	Tous les programmes <b>Infrastructure régionale du continuum de services</b>	x		
<b>Grille ISAR-Identification Systématique des aînées à Risque à l'Urgence</b>	Santé physique <b>Services d'urgence –Personnes âgées</b>	x		
<b>SIPAD</b>	Programme Déficience physique et intellectuelle	x		x
<b>SICHELD</b>	Programme PPALV <b>Clientèle en centre d'hébergement</b>	x	x	
<b>RSIPA</b>	Programme PPALV <b>Réseau services intégrés aux personnes âgées</b>	x	x	

## DESCRIPTION DES RÉALISATIONS

### Programme Dépendances

Implantation du Système d'information clientèle pour les services de réadaptation dépendances (SIC-SRD). Le Centre le Maillon a maintenant accès à la base I-CLSC, par l'architecture régionale, conformément aux exigences du MSSS.

### Programme Administration

#### IPM – Index Patients Maître (DSQ) –Administratif

- IPM : Passage à la version 2 de HNS (2008-2009).  
Environnement nécessaire au déploiement de l'IPM provincial, un prérequis pour le DSQ.  
Facilite la gestion des doublons entre installations.
- Mise à jour de la composante d'intégration (2009-2010).  
Mise à jour du Courtier Laval à la même version qu'IPM (HNSv2) utilisé par la CMV.  
Uniformisation de cette plate-forme à celle utilisée par le Courtier Sogique pour IPM en vue de libérer des serveurs.

#### Normalisation des quatre (4) bases de données I-CLSC : Arrimage éventuel avec l'IPM

Faciliter le travail des intervenants pour la codification des différents codes (raisons et actes) effectués au quotidien : standardisation des codes dans les quatre bases de données, concordance et cohérence de l'information (statistiques), harmonisation des quatre bases de données en prévision de la fusion à venir.

#### Entrepôt de données organisationnelles et tableau de bord (BI) (2008-2009)

- **Implantation de l'entrepôt de données SA1 en développement**  
Permettre un accès à de l'information pertinente rapidement, efficacement, sans chevauchements pour mieux planifier, gérer et évaluer ses activités. Soutenir les gestionnaires (décisions éclairées en temps réel). Utiliser efficacement les données sources disponibles dans des délais plus courts. Fournir une vue d'ensemble des opérations, en l'occurrence de vision transversale. Rendre disponible l'information aux seuls utilisateurs autorisés, en temps opportun, le tout en respectant l'intégrité et le caractère confidentiel des informations. Intégrer les activités informationnelles aux pratiques cliniques et de gestion.
- **Livraison phase 1 Service ambulatoire 1<sup>re</sup> ligne (entrepôt et tableau de bord) (2009-2010) – Infocentre**  
Renforcement de la qualité des données uniques, fiables et non interprétables. Obtenir la bonne information à temps (le plus près possible du temps réel lorsque requis). Plus grande autonomie de l'**Infocentre** dans l'exploitation des données. Meilleur service à la clientèle.

### Administration –Information Communication

**Portail régional** avec la technologie Oracle UCM (Universal Content Management).

Implantation du portail dans chacun des établissements partenaires du CSSS et au CSSS, pour améliorer l'accès à l'information locale ou régionale pour l'ensemble du personnel de la Région 13. Favorise un climat de collaboration intra-extra établissements. Contribue à l'amélioration des communications internes et à l'accroissement de l'efficacité du travail des utilisateurs et des différents partenaires. Offre un accès centralisé à l'information, aux outils et applications. Facilite le travail collaboratif (vision horizontale interservices et inter-établissements). Développe un sentiment d'appartenance régionale. Partage de l'information au niveau régional. Gains financiers indirects à tous les niveaux du fait d'un meilleur partage et communication de l'information, de l'optimisation des processus de travail et de l'intégration des ressources informationnelles.

## **Programme Services généraux et multiprogrammes**

### **Clientèle vulnérable Info-Santé**

Enregistrement de la clientèle vulnérable au 24/7 d'Info-Santé, pour éviter une visite à l'urgence ou une hospitalisation.

### **Clientèle orpheline**

Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien. (SIGACO)  
Identifier et orienter la clientèle sans médecin de famille, enregistrer la clientèle de façon plus efficace.

### **Info-Santé Web au CSSS et dans les GMF : Implantation de l'application provinciale**

Info-Santé Web facilite la continuité des services offerts aux clientèles enregistrées, selon les ententes régionales en vigueur entre les Groupes de médecins de famille (GMF), les soutiens à domicile (SAD) et le service Info-Santé-Info-Social. L'application facilite la gestion de fiches d'enregistrements et permet l'échange d'informations cliniques entre les organismes enregistreurs, le service Info-Santé-Info-Social et les organismes de garde.

### **Module de garde au CSSS de Laval et dans les GMF : Implantation de l'application provinciale**

Le module de garde est un outil destiné spécifiquement aux GMF et au CSSS qui enregistrent leur clientèle auprès des services Info-Santé Web. Ces organismes produisent leurs horaires de garde via le Web et rendent ceux-ci accessibles aux professionnels des services Info-Santé et Info-Social, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, leur permettant ainsi d'assurer la continuité de service. Les modifications sont faites en temps réel.

### **Prélèvements à domicile : Gestion des rendez-vous des prélèvements à domicile dans l'application Horaire Plus.**

Déploiement technique et formation réalisée. La gestion des horaires et génération est commencée, mais reste à saisir une partie des rendez-vous. Planification des routes des prélèvements à domicile. Génération automatique des statistiques dans I-CLSC.

### **Répertoire des ressources au CSSS de Laval et dans les GMF : Implantation de l'application provinciale**

Permet à l'ensemble des intervenants du territoire d'avoir accès à un bottin de ressources pour répondre à la clientèle ayant des besoins médicaux, d'ordre professionnel, communautaire, les coopératives et les commerces. Cette liste est alimentée par les intervenants et validée par un pilote régional.

## **Tous les programmes – Ambulatoire - Clinique**

### **SI-PRSI.Net (web) (2009-2010) Livraison en acceptation /Version majeure**

Le système tient compte de la nouvelle structure des CSSS. Ex. gestion par programme. Le système évite la double saisie d'informations. On ajoute au module partageable médicaments existant plusieurs autres modules partageables (*allergie, médecin, diète, personne contact, BMR, etc.*). Le système permet la saisie de données normalisées et structurées, les échanges avec d'autres systèmes (*IPM V2, I-CLSC, etc.*), et de s'interfacer avec la solution RSIPA du ministère et avec la DSIE provinciale. Le système est exportable à l'extérieur de la région.

## **Programme Santé physique**

### **Grille ISAR-Identification Systématique des aînées à Risque à l'Urgence : Développement et implantation**

Assurer plus de rigueur dans le processus de détection des groupes d'usagers en perte d'autonomie grave au moment de leur visite à l'Urgence et ceux à risque de perte d'autonomie dans les six mois suivant la visite à l'Urgence.

## **Programme Santé publique**

### **Développer un logiciel de Gestion des expositions accidentelles pour le Centre de référence PPE (Gestion des expositions aux liquides biologiques)**

Appel d'offres et signature du contrat. Améliorer l'efficacité et l'efficacités au Centre de référence PPE. Économie de temps pour la production de rapports, rapports annuels 4 jours, rapports trimestriels 16 jours et la retranscription 150 heures. Rapports justifiant les demandes budgétaires à la CSST et au Département de la santé publique.

### **Prévention et contrôle des infections nosocomiales : Analyse d'affaire**

Étude de faisabilité et proposition de solutions et alternatives (Clé en main vs Développement vs Mixte) à l'Agence de Laval. Meilleure gestion des éclosions, interventions plus rapides pour éviter la transmission des infections. Collectes de données plus standardisées. Meilleure transmission d'informations (directeur général, directrices de garde, etc.) et communication entre les membres de l'équipe de prévention des infections (conseillers (ères), microbiologistes) Données en temps réel. Partenariat facilité avec les unités de soins dans les projets de surveillance. Production de statistiques plus élaborées dans un délai plus court.

## **Programme Déficience physique et intellectuelle**

### **SIPAD**

Gestion du financement Agence pour CRDI et HJR. CRDI : Déploiement du SIPAD (Formation des utilisateurs et pilotes locaux + mise à l'écran), installation de 165 postes, mise en place de nouveaux bureaux et équipements bureautiques, câblage) Intégration de nouveaux prototypes de travail, partage des données entre les intervenants. Consultation directe d'une banque de données commune permettant de simplifier la reddition de comptes, de diminuer les charges de travail des gestionnaires, de rendre l'information facilement accessible, d'assurer un meilleur suivi des demandes et la coordination des services, d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services.

## **Programme PPALV- Personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement**

### **Déploiement SICHELD dans les centres de jour, en remplacement de JEDI**

Évaluation préliminaire. Remplacement d'un système désuet. SICHELD répond mieux aux besoins statistiques et opérationnels, offre plus d'autonomie et de possibilités en termes d'évolution.

### **Implantation de la Livraison 1 du système d'information RSIPA - Réseau services intégrés aux personnes âgées**

Au CSSSL et HJR (Hôpital juif de réadaptation), Livraison au MSSS avec l'approbation de l'Agence des deux (2) premiers livrables – Répartition des ressources et Plan de déploiement.

## **Formation**

### **SICHELD**

Formation des pilotes cliniques des neuf (9) CHSLD de la région de Laval sur le Plan thérapeutique infirmier (PTI) dans SICHELD

Utilisation du PTI informatique par les utilisateurs de SICHELD dans les CHSLD suivants : Ste-Dorothée, Idola St-Jean, Rose-de-Lima, Fernand-Larocque, Lapinière, Santé Courville, St-Patrice, St-Jude, Riviera.

### **Cadre Normatif I-CLSC**

Harmonisation et actualisation des nomenclatures par programme-clientèle

### **Entrepôt de données (Cadre de gestion)**

#### **Portail - Élaboration des outils de formation**

Rédaction des guides pour les différents utilisateurs du portail régional et formation

Guide contributeur;

Guide pilote local;

Guide pilote régional/administrateur;

Guide Serveur de contenu de Laval.

## Annexe VIII

### DOCUMENTS PRODUITS PAR L'AGENCE DE LAVAL

#### 2005-2006

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

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

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

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

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

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

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

*Marcher et découvrir Laval : 33 parcours de marche pour découvrir la richesse patrimoniale et culturelle de Laval*, 3<sup>e</sup> éd, Ville de Laval et Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

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

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

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

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

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

#### 2006-2007

LAFLEUR, Éliane. *Cadre de référence en matière de reconnaissance des ressources intermédiaires et de type familial : Région de Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

BARBEAU, Christiane, et COUTURE, Dre Pauline. *Plan d'action des services spécialisés chirurgicaux*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

BÉLANGER, Philippe et ST-DENIS, Alexandre. *État de situation du suicide à Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007

BÉLANGER, Philippe. *Projection des données de mortalité pour la région de Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

ARCAND, Lyne, CARRIER, Alain (coll.) et GODIN, François (coll.). *Cadre de référence lavallois pour l'élaboration d'une offre de services conjointe en promotion et prévention à partir de l'école*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007.

CHARTRAND, Emily et ST-DENIS, Alexandre (coll.) État de situation de la sécurité alimentaire à Laval 2006 en collaboration avec le Comité d'action en sécurité alimentaire de Laval (CASAL). Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007.

COMITÉ RÉGIONAL EN SANTÉ MENTALE. *Plan d'action régional en santé mentale 2006-2010*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

CORBEIL, Marie-Reine, DUVAL, Ève et GRIGNON, Richard. *Profil sociosanitaire de la population lavalloise*. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

CORBEIL, Marie-Reine, LAROCQUE, Diane et DUVAL, Michel. *Satisfaction des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage dans les centres de dépistage désignés de la région de Laval*. Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Laval, Centre de santé et de services sociaux de Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007.

CORBEIL, Marie-Reine. *Quelques aspects de la santé des hommes à Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

CORBEIL, Marie-Reine. *Sondage auprès des lavallois sur la disponibilité d'un médecin de famille*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

DAIGLE, Marc et LABELLE, Réal. *Être enfant et survivre au suicide d'un être cher. Évaluation du Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide de la Ressource régionale suicide de Laval*. Ministère de la santé et des services sociaux et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval, 2006.

DEMERS, Diane et LAFORTUNE, Christine. *L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise : Cadre de référence*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007.

TURGEON, Jeanne-Evelyne. *Plan directeur régional en traumatologie de Laval 2005-2008*. Direction des affaires médicales et de la santé physique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

DOVONOU, Nicaise. *La surdité professionnelle à Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

DOVONOU, Nicaise. *Pour une maternité sans danger. Profil statistique de 2000 à 2004*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

LEMAY, Louise. *Ensemble vers un même horizon : Manuel de référence pour la réalisation des Plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII) à Laval – Volet jeunesse*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

MINH-NGUYET, Nguyen. *Rapport final : Évaluation de deux livres d'histoire « La colère de Banjo » et « C'est Banjo qui mène »*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

PARÉ, Johanne. *Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

PROULX, Daniel. *Rapport annuel : Application de la procédure d'examen des plaintes et amélioration de la qualité des services 2005-2006*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

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

TESSIER, Simon, MINH-NGUYET, Nguyen et GAGNON, Kathleen. *Rapport de recherche : Étude sur l'action bénévole chez les jeunes*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006.

VALLÉE, Jean-Guy, BÉLANGER, Claudette, BOURDAGES, Stéphanie et GARCEAU, Ginette. *Expérience pilote d'application d'agents de scellement dentaire dans le secteur public à Laval – Année scolaire 2005-2006. Rapport final. octobre 2006*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval et Centre de santé et de services sociaux de Laval, 2006.

VILLENEUVE, Lise. *Outils d'évaluation des connaissances en immunisation de base. Questionnaire et Réponses aux questions*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval et Centre de santé et de services sociaux de Laval, 2006.

## **2007-2008**

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Plan d'action régional 2007-2012. Région de Laval (13) Projet SARDM. Système automatisé et robotisé du médicament*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2008, 22 p.

PARÉ, Johanne et CAZA-LENGHAN, Martine. *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 82 p.

COUTU, Michel. *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2006-2007*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 31p.

BÉLANGER, Philippe et LAROCQUE, Diane. *Bilan des activités de dépistage du PQDCS / Laval. Années 2004, 2005 et 2006*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 19 p.

BÉLANGER-DION, Lalie. *Plan communautaire 2007-2009. Pour prévenir et réduire l'itinérance à Laval*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 10 p.

BOUFFARD, Mirelle. *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) Bilan 2006 de l'implantation à Laval*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 44 p.

CAMPANELLI, Nadia, NGUYEN, Minh-Nguyet et LAFRANCE, Martine. *Projet : Évaluation de l'implantation lavalloise du système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées. Sommaire*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 4 p.

DAMESTOY, Nicole et GODIN, François. *Avis de santé publique sur les impacts de l'implantation de salons de jeux au Québec, Région de Laval*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 18 p.

LAFORTUNE, Jean, MATTA, Maria et THIVIERGE, Hélène. *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2007-2010 - Région de Laval*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 49 p.

LANDRY, Monique et ROYER, Line. *Rapport du groupe de travail sur la vaccination au Centre de santé et de services sociaux de Laval*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 17 p.

LANDRY, Monique et ROYER, Line. *Rapport du groupe de travail sur la vaccination au Centre de santé et de services sociaux de Laval, Annexes*. Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 99 p.

LEMAY, Louise. *Ensemble vers un même horizon. Manuel de référence pour la réalisation des Plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII) Volet jeunesse, région Laval*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 81 p.

NGUYEN, Minh-Nguyet et LAROCQUE, Diane. *Perception des médecins de Laval face à leur rôle en prévention du cancer du sein et au PQDCS*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 61p.

NGUYEN, Minh-Nguyet. *Projet : Pour un parcours plus inclusif des 17-24 ans qui ont recours aux services de santé et aux services sociaux. Une étude exploratoire. Rapport final*, Laval, Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007, 49 p.

## **2008-2009**

CARRIER, Alain; ST-DENIS, Alexandre; ROBICHAUD, Catherine. *Réalité des cuisines collectives à Laval, (La): une enquête sur leur fonctionnement et leurs défis*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-00-4-version Imprimée ; ISBN 978-2-923699-01-1-version PDF)

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LAVAL. *Plan d'action régional de santé publique 2008-2012*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-16-5-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-17-2-version PDF).

HUARD, Julie. *Guide d'intervention sur les MI en milieu scolaire*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-08-0-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-09-7-version PDF).

MANFREDI, Silvio. *Cahier du participant : Activité physique (2e rencontre en CLSC) Projet PRIISME-Diabète Automne 2004-Hiver 2005*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-02-8-version imprimée; ISBN 978-2-923699-03-5-version PDF).

MANFREDI, Silvio. *Cahier du participant : Activité physique (2e rencontre en CLSC) Projet PRIISME-Diabète Hiver - printemps 2007*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-04-2-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-05-9-version PDF).

MANFREDI, Silvio. *Cahier du participant : Activité physique (2e rencontre en CLSC) Projet PRIISME-Diabète Automne 2007- Hiver 2008*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-06-6-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-07-3-version PDF).

PARÉ, Johanne. *Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-12-7-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-13-4-version PDF).

PARÉ, Johanne. *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2007-2008*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-14-1-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-15-8-version PDF).

BÉLANGER, Philippe, ST-DENIS, Alexandre. *État de situation du suicide à Laval – 2009*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-18-9-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-19-6-version PDF).

BÉLANGER, Philippe, ST-DENIS, Alexandre. *État de situation du suicide à Laval – 2009 – Sommaire*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-20-2-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-21-9-version PDF).

ROYER, Line. *Politique de gestion des produits immunisants de la région de Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval, 2008. (ISBN 978-2-923699-10-3-version imprimée ; ISBN 978-2-923699-11-0-version PDF).

## **2009-2010**

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Mission santé : plan de mesures d'urgence volet psychosocial : cahier de l'intervenant*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-34-9/version imprimée; ISBN 978-2-923699-35-6/version PDF).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Ouvrir une résidence pour personnes âgées : réponses aux questions les plus fréquemment posées par les promoteurs*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-40-0/version imprimée; ISBN 978-2-923699-41-7/version PDF).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. *Plan d'action 2009-2010 visant l'accessibilité et l'adaptation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval aux personnes handicapées*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-32-5/version imprimée; ISBN 978-2-923699-33-2/version PDF).

BÉLANGER, Philippe. *Quelques aspects de la santé des hommes à Laval : édition 2009*. Direction de la santé publique de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-42-4/version imprimée; ISBN 978-2-923699-43-1/version PDF).

BINHAS, Lynda. *Contribution des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux à Laval : portrait régional*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-36-3/version imprimée; ISBN 978-2-923699-37-0/version PDF).

COUTU, Michel, BERGERON, Ginette. *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2008-2009*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-30-1/version imprimée; ISBN 978-2-923699-31-8/version PDF).

LAFORTUNE, Jean, PARÉ, Johanne. *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-28-8/version imprimée; ISBN 978-2-923699-29-5/version PDF).

LAPOINTE, Micheline, NAWAL BELGHAITER, Siham et DUFOUR, Céline. *Calendrier de conservation des documents administratifs*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN-978-2-923699-26-4/version imprimée; ISBN-978-2-923699-27-1/version PDF).

ROBICHAUD, Catherine, AUTHIER, Marie-Andrée et ST-DENIS, Alexandre. *Pauvreté à Laval, (La): au-delà des apparences : plus que jamais le développement des communautés*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval. (ISBN 978-2-923699-46-2-version Imprimée ; ISBN 978-2-923699-47-9-version PDF)

## 2010-2011

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2010). *Mission santé : plan de mesures d'urgence volet psychosocial*. 2<sup>e</sup> édition. ISBN 978-2-923699-53-0 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-54-7 (version PDF)

Agence de la santé et des services sociaux de Laval (2010). *Guide d'information pour l'ouverture d'une résidence pour personnes âgées*. 2<sup>e</sup> édition. ISBN 978-2-923699-70-7 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-71-4 (version PDF)

AUTHIER, Marie-Andrée (2010). *Caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la communauté d'expression anglaise à Laval : portrait 2010*. Direction de la santé publique de Laval. ISBN 978-2-923699-62-2 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-63-9 (version PDF).

COUTU, Michel (2010). *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et amélioration de la qualité des services*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. ISBN 978-2-923699-66-0 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-67-7 (version PDF).

DAMESTOY, Nicole; BÉLANGER, Philippe (2010). *Profil thématique sur l'état du vieillissement*

à Laval. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval. ISBN 978-2-923699-22-6 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-23-3 (version PDF).

DAMESTOY, Nicole; CARRIER, Alain. (2010). *Le vieillissement à Laval : le temps d'agir : pour un vieillissement actif, le plus longtemps possible : rapport de la directrice de santé publique de Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval. ISBN 978-2-923699-49-3 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-48-6 (version PDF).

Département des communications (2010). *Sommaire des activités de la Direction de la santé publique de Laval : 2009-2010*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval. ISBN 978-2-923699-69-1 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-70-7 (version PDF).

KÉBÉ, Mababou; DAMESTOY, Nicole (sous la direction de). (2010). *Portrait sociosanitaire de la population lavalloise en 2009*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. ISBN 978-2-923699-51-6 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-50-9 (version PDF).

LAROCQUE, Diane. (2010). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : bilan des activités de dépistage du PQCDS / Laval : années 2007, 2008 et 2009*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. ISBN 978-2-923699-56-1 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-57-8 (version PDF).

NGUYEN, Minh-Nguyet; TESSIER, Simon. (2009). *Rapport d'évaluation, implantation de l'approche École en santé dans une école secondaire de premier cycle de la région de Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval. ISBN 978-2-923699-24-0 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-25-7 (version PDF). EN ATTENTE DE DÉPÔT LÉGAL

## **Monographies (Dépôt légal et ISBN)**

### **Publications en série**

#### **2007-2008**

*CA en Bref*. Vol. 13, No. 3 - vol.14, no.2. (6 numéros)

*Info-DMRG*. Vol. 3, No. 2 (1 numéro)

*Synergie*. Avril 2007, Vol. 1, No. 1. (2 numéros)

*Sélections - Santé Laval*. Vol. 4, No. 4 – Vol. 5, No. 4 (10 numéros)

*Mission Prévention Possible*. Vol. 18 no.2 – vol. 19, No. 3 (4 numéros). Coéditeur : Centre de santé et des services sociaux de Laval.

*CA en Bref*. Vol.14, No.3 - Vol.15, No.6 (6 numéros)

*Info-DMRG*. (0 numéro)

*Synergie*. Vol.1, No.2. - Vol.2, No.1 (3 numéros)

*Sélections-Santé Laval*. Vol.5, No.4 – Vol.6, No.1 (8 numéros)

*Mission Prévention Possible*. Vol.20 no.2 – vol.20, No.3 (2 numéros).  
Co-éditeur : Centre de santé et des services sociaux de Laval.

**2008-2009**

CA en Bref. Vol.14, No.3 - Vol.15, No.6 (6 numéros)

*Info-DMRG*. (0 numéro)

*Synergie*. Vol.1, No.2. - Vol.2, No.1 (3 numéros)

*Sélections-Santé Laval*. Vol.5, No.4 – Vol.6, No.1 (8 numéros)

*Mission Prévention Possible*. Vol.20 no.2 – vol.20, No.3 (2 numéros).  
Co-éditeur : Centre de santé et des services sociaux de Laval.

**2009-2010**

*CA en Bref.*, Vol. 15, no 3 – Vol. 15, no 8/ ISSN : 1496-7413 (version imprimée)/ISSN : 1496-7421 (version PDF).

*Synergie*, Vol. 3, no 1 – Vol. 4, no 1/ISSN : 1496-7391 (version imprimée)/ISSN 1496-7405 (version PDF).

*Sélections Santé Laval*, Vol. 5, no 4 – Vol. 6, no 1/ISSN : 1710-8284 (version imprimée)/ISSN 1710-8292 (version PDF) :

AUTHIER, Marie-Andrée. *Les agressions sexuelles à Laval*, avril 2009; *Les nouveau-nés et la défavorisation sur le territoire lavallois*, juin 2009; *Les Lavalloises : moins fortunées, mais un peu plus scolarisées*, février 2010; *Les grands défis populationnels de Laval : croissance démographique, vieillissement, immigration et rétention des clientèles*, mars 2010.

BÉLANGER, Philippe. *L'évolution du diabète à Laval*, mai 2009; *La santé mentale chez les adultes*, octobre 2008; *Les projections démographiques...*, septembre 2009; *Les tours d'habitation et la migration interrégionale à Laval*, janvier 2010.

KÉBÉ, Mababou. *Les différences entre les hommes et les femmes à Laval quant à leur santé et leur bien-être*, octobre 2009.

GRIGNON, Richard. *La santé du cœur à Laval*, novembre 2009; *Les hospitalisations dans la couronne Nord*, décembre 2009.

*Mission Prévention Possible*, Vol. 20, no 1– Vol. 21, no 1 (3 numéros). Coéditeur : Centre de santé et de services sociaux de Laval/ISSN : 1918-0837 (version imprimée)/ISSN 1948-0845 (version PDF).

**2010-2011**

*CA en Bref.*, Vol. 16, no 1 – Vol. 16, no 6 / ISSN : 1496-7413 (version imprimée)/ISSN : 1496-7421 (version PDF).

*INFO-RH Réseau*, Vol. 1, no 1 – Vol. 1, no 4 / ISSN : 1923-3620 (version imprimée)/ISSN 1923-3639 (version PDF)

*Mission Prévention Possible*, Vol. 21, no 2 – Vol. 21, no 3 / ISSN : 1918-0837 (version imprimée)/ISSN 1948-0845 (version PDF)

*Synergie*, /ISSN : 1496-7391 (version imprimée)/ISSN 1496-7405 (version PDF).

*Sélections Santé Laval*, Vol. 7, no 4 – Vol. 8, no 1 / ISSN : 1710-8284 (version imprimée)/ISSN 1710-8292 (version PDF) :

AUTHIER, Marie-Andrée. *Laval de plus en plus métropolitaine : la communauté anglophone en forte croissance*, octobre 2010;

BÉLANGER, Philippe. *Les troubles qui minent l'autonomie des personnes âgées*, avril 2010;  
DUFOUR, Céline. *Les troubles qui minent l'autonomie des personnes âgées (2<sup>e</sup> partie)*, juin 2010; *L'activité physique : les Lavallois sont-ils suffisamment actifs dans leurs loisirs ?*, septembre 2010; *Les traumatismes dans la région : des taux d'hospitalisations et de décès plus bas à Laval qu'au Québec*, novembre 2010;

DUFOUR, Céline; KEBE, Mababou. *Les habitudes de vie des Lavallois s'améliorent*, décembre 2010, *Embonpoint et obésité à Laval : près d'un adulte sur deux présente un surplus de poids*, janvier 2011

KEBE, Mababou. *L'évolution de la population lavalloise depuis 20 ans*, mai 2010;

### **Information administrative**

Le centre de documentation s'est doté d'un tout nouveau calendrier de conservation. Il a été adapté à partir de celui de l'Agence de Montréal et permet, principalement, la gestion de la masse d'information administrative (papier et numérique) tout en respectant le cadre légal auquel l'Agence est assujettie. Le calendrier de conservation a été approuvé par la Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Toutes les publications sont maintenant disponibles en ligne à partir du site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, section Documentation.