

**Rapport annuel de gestion
2010-2011**
Agence de la santé
et des services sociaux de Lanaudière



**Rapport annuel de gestion
2010-2011
Agence de la santé
et des services sociaux de Lanaudière**

Adopté par le conseil d'administration
le 20 septembre 2011

Publié par la Direction des communications et des relations publiques
avec la collaboration de tous les employés de

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
245, rue du Curé-Majeau
Joliette (Québec) J6E 8S8
450 759-1157 ou 1 800 668-9229

Le Rapport annuel de gestion 2010-2011 est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière sous la coordination de la Direction des communications et des relations publiques.

Adopté par le conseil d'administration le 20 septembre 2011

Nota bene :

- Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.
- À moins d'une mention spéciale, les données présentées dans ce document étaient exactes au 31 mars 2011.

Le *Rapport annuel de gestion 2010-2011* est disponible :

- À l'Agence : 450 759-1157, poste 4288
- À la section *Documentation* sous l'onglet *Rapports annuels* du site Web de l'Agence :
www.agencelanaudiere.qc.ca

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Dépôt légal :

3^e trimestre 2011

ISBN : 978-2-89475-390-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89475-391-0 (version PDF)

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Mot du président du conseil d'administration et du président-directeur général



L'année 2010-2011 a été largement marquée par la poursuite des travaux que nous avons réalisés de concert avec les établissements de notre réseau en vue d'améliorer l'accessibilité aux services dans la région de Lanaudière. C'est là notre préoccupation de tous les instants.

Des efforts soutenus ont été consacrés au désengorgement des urgences et aux actions visant à agir en amont et en aval de ces services. Parmi ceux-ci, mentionnons le développement de ressources de longue durée, la consolidation des effectifs médicaux de première ligne, l'introduction d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, le soutien à domicile ainsi que le suivi des maladies chroniques qui constituent des pistes de solution intéressantes et mobilisent grandement les équipes de travail. Une gestion plus efficace de l'accès a aussi permis d'offrir aux usagers en attente d'une chirurgie une meilleure prise en charge de leur situation.

Au chapitre des services psychosociaux, nous avons eu de belles réalisations durant l'année. Soulignons entre autres une meilleure organisation des services d'accueil pour les victimes d'agression sexuelle, l'approche adaptée aux besoins particuliers des personnes âgées en milieu hospitalier ainsi que la poursuite de la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées. Soulignons également le travail réalisé en déficience physique et en déficience intellectuelle, qui a permis de résorber les listes d'attente établies au 8 novembre 2008. Enfin, des travaux régionaux sont en cours afin de mettre en place un programme en négligence pour les jeunes âgés de 5 à 12 ans sur tous les territoires des deux CSSS.

Au chapitre de la santé publique, le Programme national de santé publique (PNSP) a été prolongé jusqu'en 2015. Les objectifs fixés pour 2012 sont reportés en 2015 et viennent s'accoler à la planification stratégique ministérielle. Au 31 mars 2011, plus de 87 % des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le PNSP ont été amorcées dans la région de Lanaudière. Notons aussi qu'à la suite d'une éclosion de *C. difficile* à l'automne 2010, la Direction de la santé publique et d'évaluation de Lanaudière procède à une surveillance accrue des infections nosocomiales en collaboration avec les CSSS de la région.

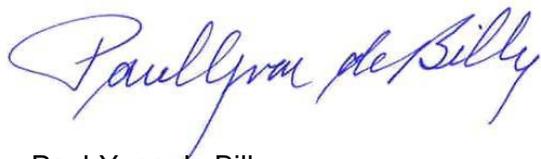
Dans un autre ordre d'idées, l'optimisation des ressources ainsi que la contribution de l'informatisation à l'accessibilité des services ont été des activités significatives au cours de l'exercice. Dans cette optique, la régionalisation des ressources informationnelles, l'informatisation clinique ainsi que le projet de partenariat Lanaudière-Laurentides-Laval sont devenus des priorités régionales et ont été les principaux chantiers au sein de l'Agence et du réseau lanaudois en ce qui a trait aux ressources informationnelles.

En accord avec le *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux personnes âgées*, l'Agence s'est affairée au cours de l'exercice à définir les solutions immobilières optimales pour répondre aux orientations ministérielles en cette matière, tout en assurant la sécurité et le bien-être des usagers. Il importe de souligner que depuis quelques années, d'importants investissements de rattrapage ont été consentis à la région.

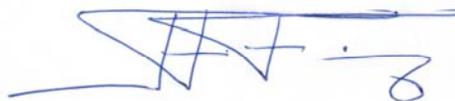
Soucieux d'avoir la main-d'œuvre nécessaire pour faire face aux importants défis que vit déjà le réseau de la santé et des services sociaux Lanaudois, notre réseau a choisi d'être proactif et créatif. L'Agence et les neuf établissements de santé et de services sociaux de Lanaudière ont d'ailleurs fait preuve d'une mobilisation jamais vue dans la région pour inciter les gens à venir travailler au sein des établissements du réseau Lanaudois. Cette mise en commun a permis de développer une marque employeur régionale, qui a été lancée en 2010-2011 avec pour slogan « La vie nous rapproche ».

Nous vous invitons à prendre connaissance de notre Rapport annuel, qui vous présente un aperçu des faits saillants qui ont marqué de l'année 2010-2011 et des défis qui attendent le réseau Lanaudois.

Nous sommes fiers du travail accompli et sommes bien conscients que beaucoup reste à faire. Nous tenons à remercier chaleureusement tous les membres du personnel de l'Agence et du réseau de la santé et des services sociaux de Lanaudière qui s'investissent jour après jour afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population Lanaudoise, de même que l'accessibilité aux services. Un merci également aux membres de notre conseil d'administration pour leur soutien indéfectible. Enfin, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à monsieur Maurice Blais qui a quitté le conseil d'administration de l'Agence après en avoir assuré avec brio la présidence pendant six ans.



Paul-Yvon de Billy
Président du conseil d'administration



Jean-François Foisy
Président-directeur général



Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence 2010-2011 et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière*, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J.F. Foisy'.

Jean-François Foisy
Président-directeur général



Table des matières

Mot du président du conseil d'administration et du président-directeur général.....	iii
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence 2010-2011 et des contrôles afférents	v
Table des matières.....	vii
Le conseil d'administration et ses comités au 31 mars 2011.....	1
Conseil d'administration.....	1
Comité conseil sur l'éthique et la déontologie	1
Comité de vérification	2
Comité de vigilance et de la qualité.....	3
Instances consultatives de l'Agence	4
Forum de la population	4
Département régional de médecine générale (DRMG).....	5
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée.....	6
Commission infirmière régionale	6
Commission multidisciplinaire régionale de Lanaudière.....	7
Comité régional sur les services pharmaceutiques	7
Comité régional pour l'accessibilité aux services en langue anglaise.....	8
Traitement des plaintes et qualité des services	9
Commissaires locaux aux plaintes – Établissements.....	9
Commissaire régional aux plaintes – Agence	10
Gestion des risques – Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) ...	11
Mission et environnement de l'Agence	12
Mission.....	12
Environnement.....	12
Organigramme 2010-2011	14
Le réseau lanadois de la santé et des services sociaux	15
Établissements publics	15
Établissements privés et conventionnés.....	15
Établissement privé non conventionné.....	15

Organismes communautaires	16
Financement	16
Activités régionales – Résultats 2010-2011.....	17
Services psychosociaux généraux	19
Info-Santé/Info-Social	19
Itinérance	19
Violence conjugale et agression sexuelle.....	19
Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).....	20
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier et réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	20
Ressources d'hébergement et soutien à domicile.....	20
Certification des résidences pour personnes âgées.....	21
Ligne aide abus aînés.....	21
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	22
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience	22
Initiative régionale visant à assurer la fiabilité des données	22
Jeunes en difficulté.....	23
Dépendances	24
Formation et développement des compétences.....	24
Périnatalité, une priorité	24
Unité spécialisée <i>L'Étincelle</i>	24
Certification pour les ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique	24
Santé physique.....	25
Maladies chroniques	25
Chirurgie	26
Imagerie médicale et endoscopie	26
Banque de sang.....	26
Urgences.....	26
Traumatologie	27
Lutte contre le cancer	28
Périnatalité	28
Services préhospitaliers d'urgence.....	28
Santé mentale.....	30

Santé publique	31
Développement, adaptation et intégration sociale.....	31
Habitudes de vie et maladies chroniques.....	31
Traumatismes non intentionnels.....	32
Maladies infectieuses.....	32
Santé environnementale.....	33
Santé en milieu de travail.....	33
Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants.....	34
Développement des communautés.....	34
Les ressources humaines du réseau.....	35
Marque employeur régionale.....	35
Planification de la main-d'œuvre.....	36
Les ressources informationnelles du réseau.....	37
Régionalisation des ressources informationnelles.....	37
Partenariat Lanaudière-Laurentides-Laval.....	37
Informatisation clinique.....	38
Autres projets.....	39
Les immobilisations et les équipements de technologie médicale.....	40
Contexte régional.....	40
Planification des immobilisations relatives à la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)....	40
Location d'espace dans le secteur privé.....	41
Annonces régionales.....	41
Les finances du réseau.....	42
Ressources financières – Agence.....	42
Ressources financières – Réseau.....	42
Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire.....	43
ANNEXES.....	45
Annexe 1A : Rapport de la direction sur les états financiers.....	47
Annexe 1B : Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés.....	48
Annexe 1C : État des résultats du fonds d'exploitation.....	50
Annexe 1D : État des résultats du fonds des activités régionalisées.....	51
Annexe 1E : État des résultats des fonds affectés cumulés.....	52
Annexe 1F : État des résultats du fonds d'immobilisations.....	53
Annexe 1G : Solde du fonds d'exploitation.....	54

Annexe 1H :	Solde du fonds d'immobilisations et des fonds des activités régionalisées	55
Annexe 1J :	Solde des fonds affectés cumulés	56
Annexe 1K :	Bilan du fonds d'exploitation et des fonds des activités régionalisées	57
Annexe 1L :	Bilan des fonds affectés cumulés	58
Annexe 1M :	Bilan du fonds d'immobilisations	59
Annexe 1N :	État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2010-2011	60
Annexe 1O :	Notes aux états financiers	61
Annexe 2 :	Allocations des ressources financières aux établissements	69
Annexe 3 :	Subventions 2010-2011 récurrentes aux organismes communautaires	70
Annexe 4 :	Autorisations d'emprunt accordées en vertu de la Loi	78
Annexe 5 :	Effectifs de l'Agence	79
Annexe 6 :	Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière, 2010-2011	80
Annexe 7 :	Code d'éthique et de déontologie	112



Le conseil d'administration et ses comités au 31 mars 2011

Conseil d'administration

Membres

M. Paul-Yvon de Billy

Président

M^{me} Céline Beaulieu

Vice-présidente

M. Alain Boudrias

M. Marc Campagna

M^{me} Nathalie Caron

M. François de Villemure

M. Michel Dunberry

M. Jean-François Foisy

M^{me} Doris Gagné

M^{me} Émilie-Ève Leblanc-Dupuis

M. Carol Legault

M. Yvan Ouellet

M^{me} Sylvie Rheault

M. Jacques Roy

M^{me} Nicole Sabourin

Comité conseil sur l'éthique et la déontologie

Membres

M^{me} Céline Beaulieu

M^{me} Doris Gagné

M. Yvan Ouellet

M^{me} Nicole Sabourin

Bilan des activités

Aucun manquement au Code de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et de services sociaux de Lanaudière n'a été enregistré au cours de l'exercice 2010-2011. En conséquence, il n'y a eu aucune activité au cours de cette période.

Comité de vérification

Membres

M. Carol Legault
Président

M. François de Villemure

M. Yvan Ouellet

M. Jacques Roy

Bilan des activités

Les membres du comité de vérification se sont réunis à cinq reprises au cours de l'exercice 2010-2011. Ils se sont notamment assurés du suivi des recommandations des vérificateurs externes et ont recommandé l'adoption du budget de fonctionnement et du rapport financier annuel de l'Agence. Le plan de réduction des dépenses de nature administrative de l'Agence fait également partie des documents qui leur ont été soumis dans le cadre de leurs travaux. Par ailleurs, les membres ont pu suivre, tout au long de l'exercice, l'évolution du budget de l'Agence, de l'allocation des crédits régionaux et des fonds affectés, de même que des emprunts autorisés par le MSSS à l'Agence et aux établissements du réseau.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

M. Jean-François Foisy
M. Jean-Jacques Lamarche
M. François de Villemure
M^{me} Sylvie Rheault

Bilan des activités

Le comité de vigilance a tenu trois rencontres durant lesquelles le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a fait état des plaintes reçues ainsi que des conclusions et des recommandations qu'il a formulées. Dans le cadre d'une approche intégrée de la qualité, il y a eu des présentations d'actions porteuses comme la « Prestation sécuritaire des services », le « Bilan des visites d'appréciation de la qualité » des CHSLD, des ressources intermédiaires et des ressources de type familial » ainsi que les « Lignes directrices sur l'agrément ».

Pour la prochaine année, les membres du comité de vigilance souhaitent finaliser leurs travaux en lien avec l'intégration des activités sur la qualité au plan régional. Ils souhaitent aussi la mise en place d'une table régionale des comités des usagers.



Instances consultatives de l'Agence

Forum de la population

Membres

M^{me} Martine Mercier
Présidente
M^{me} Ghislaine Bourcier
M. Claude Duchemin
M. Claude Durand
M. Camille Grondin
M^{me} Sylvie Hamel
M^{me} Lynne Harpin
M. Pierre Marchand
M^{me} Nicole Ouellet
M. Michel Racine
M^{me} Giselle Rivet
M. Jacques Roy
M. André Venne

Bilan des activités

Le Forum a tenu deux rencontres régulières au cours de l'année 2010-2011. Il a également tenu une rencontre conjointe avec le conseil d'administration pour lui faire part des recommandations découlant de ses travaux

Ces recommandations touchaient deux principaux éléments : la diffusion des bons coups et la diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante.

➤ Diffusion des bons coups

Le Forum propose que la diffusion interne et externe des bons coups s'appuie sur les réalisations de l'Agence, des établissements, des aidants naturels, des bénévoles et des organismes communautaires, de manière à constituer un facteur de mobilisation et de reconnaissance auprès des intervenants, en plus de favoriser le partage des meilleures pratiques au sein du réseau. Par la même occasion, cette diffusion permettrait à la population de mieux connaître les efforts consentis dans l'amélioration des soins et des services.

➤ Diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante

Dans cette optique, le Forum propose que l'on poursuive les activités d'organisation du travail pour offrir des conditions mieux adaptées à la situation présente (horaires de travail, distribution des activités entre les différentes catégories de personnel infirmier, etc.). Le comité souhaite également que l'on accentue les activités de valorisation du personnel.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres

D^r Alain Boudrias
Chef du DRMG
D^{re} Julie, Archambault
D^r Jean-Claude Berlinguet
D^{re} Guylaine Chaput
D^r Jean-Marc Hébert
D^{re} Hélène Laporte
D^{re} Louise-Marie Légaré
D^r Daniel Léveillé
D^r Harry Max Prochette
D^r Claude St-Laurent

Bilan des activités

➤ Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique

Les membres du comité de direction du département régional de médecine générale ont géré le Plan régional des effectifs médicaux et les activités médicales particulières.

En 2010, le ministre a autorisé le recrutement de dix-sept postes, dont onze nouveaux facturants et six pour le transfert de région. Des dix-sept postes alloués, un poste a dû être réservé pour l'Unité de médecine familiale du CSSS du Nord de Lanaudière. De plus, une exemption a été accordée à la région par le MSSS afin de recruter un médecin en provenance du Nouveau-Brunswick en surplus de la cible autorisée. Après de nombreuses représentations, les deux CSSS ont pu recruter seize médecins, dont onze nouveaux facturants et cinq transferts de région.

De plus, trois médecins ont obtenu un forfait d'installation dans la région en 2010, soit un à la MRC de L'Assomption et deux à la MRC Les Moulins. La région s'assure ainsi de leur engagement de pratique pour un minimum de 24 mois.

➤ Maladies chroniques

Les travaux des deux groupes de médecine de famille qui ont développé un projet en lien avec les maladies chroniques se poursuivent.

➤ Guichets d'accès

Les coordonnateurs médicaux continuent d'assurer le bon fonctionnement des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille et vulnérable, et ce, avec les effectifs disponibles.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Membres

D^r Michel Dunberry
Président
D^r Jean-Claude Berlinguet
D^r Paul Buu
D^r Michel Gil
D^r Gilbert Gosselin
D^r Pierre Lacaille-Bélanger
D^r Pierre Laflamme
D^r Daniel Langlois
D^r Howard Melnik
D^{re} Évelyne Montulet
D^r John Westerlund

Bilan des activités

La table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est composée de dix membres qui agissent à titre de chef de département de médecine spécialisée dans divers domaines, au sein des deux établissements situés sur le territoire de l'Agence.

Le comité de direction de la table régionale des chefs s'est réuni neuf fois au cours de l'année et une assemblée générale annuelle a eu lieu.

Au cours de l'année, le comité de direction a participé à l'élaboration du plan quinquennal des effectifs médicaux proposé par le Ministère, entre autres en analysant les besoins des établissements tout en tenant compte des demandes populationnelles. De plus, les membres ont participé à la réalisation du portfolio et de la mission des établissements de la région.

Commission infirmière régionale

Membres

M^{me} Nathalie Caron
Présidente
M^{me} Aguiar-Coelho
M^{me} Ginette Ayotte
M^{me} Michèle Campeau
M^{me} Suzanne Durand
M. Yvon Faust
M^{me} Louise Leduc
M^{me} Marylin Lévesque
M^{me} Lise Racette
M^{me} Ysabelle Tardy

Bilan des activités

Au cours de l'année 2010-2011, la commission infirmière régionale (CIR) a tenu cinq rencontres. Dans une de celles-ci, les membres de la CIR Lanaudière ont rencontré ceux de la CIR des Laurentides dans le but d'échanger sur le fonctionnement et la possibilité d'éventuels partages. Les membres ont eu un taux de participation de 80 % aux rencontres.

La CIR s'est dotée d'un plan d'action qu'elle a suivi tout au long de l'année. L'une de ses premières actions a été de se faire connaître et reconnaître dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les travaux de la commission ont porté principalement sur la planification de la main-d'œuvre et la participation de la CIR au comité des infirmières praticiennes.

Finalement, les membres de la commission infirmière régionale ont émis un avis concernant la prévention et la gestion des maladies chroniques dans Lanaudière.

Commission multidisciplinaire régionale de Lanaudière

Membres

M^{me} Andréane Beaudry
M^{me} Suzie Gagnon
M^{me} Chantal Guilbault
M. Stéphane Mercier
M^{me} Alexandra Plourde

Bilan des activités

La commission multidisciplinaire régionale (CMUR) de Lanaudière n'a pas réussi à réunir ses membres en cours d'année, faute de respect du quorum, étant donné le nombre restreint de ses membres.

Le président du processus de désignation à l'Agence a complété l'exercice de désignation des membres afin de combler les postes vacants. Au 31 mars 2011, la CMUR comptait toujours six postes à combler. La permanence poursuit ses démarches.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Membres

M^{me} Chantale Beaulne
D^r Jean-Claude Berlinguet
M. François Chabot
M. Jean-François Foisy
M^{me} Guylaine Ladouceur
M^{me} Rosalie Ménard
M^{me} France Poirier

Bilan des activités

Au cours de la dernière année, le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) a tenu trois rencontres. Les discussions du CRSP ont porté sur les sujets suivants :

- la problématique de suivi anticoagulothérapie;
- le programme de prévention des chutes pour les personnes âgées;
- les ordonnances collectives en vue d'une éventuelle insertion au site Web de l'Agence;
- la mise en place d'un sous-comité pour les ordonnances collectives;
- le suivi en lien avec l'ordonnance collective thérapie pédiculicide;
- l'administration des vaccins à l'intérieur d'une pharmacie communautaire.

Le CRSP s'est réuni en assemblée générale le 29 septembre 2010. Lors de cette assemblée, un bilan des activités a été présenté aux participants.

Un scrutin s'est tenu le 20 décembre 2010 pour faire suite à une période d'élection. Un réseau de communication par le biais de Lotus Notes permet désormais aux pharmaciens communautaires et aux pharmaciens du réseau d'acheminer et de recevoir de la correspondance.

Comité régional pour l'accessibilité aux services en langue anglaise

Membres

M. Gilbert Bourgeois

M^{me} Danielle Joly

M. Pierre Lalancette

M. Patrice Laliberté

M. Robert Lasalle

M^{me} Micheline Lefebvre-Desjardins

M^{me} Nathalie Martin

M^{me} Merle Parkinson

M^{me} Lynn Scott

M^{me} Linda Tessier

Bilan des activités

Le comité régional a tenu cinq rencontres régulières en 2010-2011.

L'année 2010-2011 aura été consacrée à deux principaux objectifs :

- Révision du programme d'accès en langue anglaise pour une période de trois ans, 2011-2014

La révision du programme d'accès en langue anglaise a mobilisé les établissements de santé et de services sociaux dans la révision de leur offre de services auprès de l'ensemble de la population anglophone de la région Lanaudière. Le programme d'accès sera présenté au MSSS cet été pour approbation.

- Réalisation du projet en langue anglaise 2010-2013 : *L'accessibilité pour tous : une population mieux desservie dans sa langue*

Le projet en langue anglaise se poursuit. Un document sera produit en juin 2011. Il portera notamment sur les services et l'ajustement de l'offre de service en matière de santé et de services sociaux auprès des jeunes et des personnes âgées.



Traitement des plaintes et qualité des services

Commissaires locaux aux plaintes – Établissements

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration de son établissement du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, il reçoit notamment les demandes des usagers ou de leurs représentants, il aide à formuler les plaintes et examine celles-ci. Le commissaire peut recommander toute mesure visant l'amélioration de la qualité des services aux usagers ainsi que le respect de leurs droits. Il a aussi le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés.

Voici les différents dossiers traités et conclus, au cours de l'exercice 2010-2011, par les commissaires locaux aux plaintes de la région ainsi que les motifs de plaintes et d'intervention.

Dossiers traités				Dossiers conclus
	En traitement en début d'exercice	Ouverts en cours d'année	Total	En cours d'année
Plaintes	36	473	509	445
Interventions	8	272	280	260
Demandes d'assistance	Non disponible	Non disponible	1450	Non disponible
Consultations	Non disponible	Non disponible	401	Non disponible
Plaintes transmises au Protecteur du citoyen	Non disponible	Non disponible	29	Non disponible

Objets des demandes	Plaintes	Interventions
Accessibilité	155	61
Aspect financier	27	7
Droits particuliers	38	25
Organisation du milieu et ressources matérielles	42	51
Relations interpersonnelles	116	51
Soins et services dispensés	235	93
Autres objets	0	0
Total	613	288

Commissaire régional aux plaintes – Agence

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes, et ce, d'un point de vue régional. En plus d'assumer des responsabilités similaires au commissaire local, il a aussi le pouvoir de recommander toute mesure visant l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers par :

- un organisme communautaire;
- une résidence privée d'hébergement;
- une résidence pour personnes âgées;
- un service de transport ambulancier;
- l'Agence de santé et des services sociaux de Lanaudière.

Voici les différents dossiers traités et conclus, au courant de l'année 2010-2011, par le commissaire régional aux plaintes ainsi que les motifs de plaintes et d'intervention.

Dossiers traités				Dossiers conclus
	En traitement au début d'exercice	Ouverts en cours d'année	Total	En cours d'année
Plaintes	13	30	43	35
Interventions	5	27	32	30
Demandes d'assistance	Non disponible	Non disponible	157	Non disponible
Consultations	Non disponible	Non disponible	40	Non disponible
Plaintes transmises au Protecteur du citoyen	Non disponible	Non disponible	1	Non disponible

Objets des demandes	Plaintes	Interventions
Accessibilité	2	2
Aspect financier	5	2
Droits particuliers	11	4
Organisation du milieu et ressources matérielles	13	25
Relations interpersonnelles	20	10
Soins et services dispensés	13	13
Autres objets	1	3
Total	65	59

Gestion des risques – Système d’information sur la sécurité des soins et des services (SISSS)

Le 20 octobre 2010, la version 1.1 de l’application SISSS a été mise en place à travers le réseau lanauois. Ce changement a requis l’organisation de formations. Ainsi, deux formations complètes sur le paramétrage ont été offertes à l’ensemble des gestionnaires de risques des établissements, en juillet 2010. Une formation de base leur a également été dispensée en octobre 2010.



Mission et environnement de l'Agence

Mission

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux sur son territoire. Toutes ses actions visent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que l'accroissement de l'accès aux services pour les citoyens lanauchois.

Dans cette optique, le réseau s'articule autour d'une organisation de services intégrés sur la base de deux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). Coordonnés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), ces réseaux regroupent également d'autres partenaires du territoire, c'est-à-dire les établissements régionaux, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les pharmacies, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et différentes ressources privées.

Environnement

La région de Lanaudière couvre une superficie de 12 414 kilomètres carrés. Elle regroupe 59 municipalités, douze territoires non organisés et une communauté autochtone. Ce territoire se subdivise en six municipalités régionales de comté (MRC) : D'Autray, Joliette, L'Assomption, Les Moulins, Matawinie et Montcalm.

Forte croissance démographique

La population de Lanaudière compte 464 467 personnes en 2010¹. En 2016, elle pourrait se chiffrer à 513 000 d'individus. Cet accroissement anticipé de la population lanauchoise devrait être supérieur à celui du Québec (10 % contre 4 %)².

Jeunesse et vieillesse se côtoient

La région se caractérise par sa jeunesse : 21 % de sa population est âgée de moins de 18 ans alors que 14 % a 65 ans et plus (19 % et 15 % au Québec, respectivement). Les prochaines années seront toutefois marquées par un vieillissement rapide de sa population. Entre 2010 et 2016, le nombre d'aînés devrait ainsi s'accroître de 30 % pour atteindre 16 % de la population lanauchoise.

L'espérance de vie à la naissance des résidents de Lanaudière se situe à 82,5 ans pour les femmes et à 77,9 ans pour les hommes en 2005-2007³. La longévité des Lanauchoises est inférieure à celle des Québécoises, alors que celles des Lanauchois et des Québécois sont similaires.

¹ Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011. (données tirées du SYLIA en mai 2011 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

² Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques des MRC du Québec : 2006-2031, décembre 2009. (données tirées du SYLIA en mai 2011 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

³ Institut national de santé publique (INSPQ). Site Web consulté en mai 2011 : www.infocentre.inspq.rttss.qc.ca.

Maladies chroniques : le cancer prédomine

Même si une forte majorité de la population Lanaudoise juge positivement son état de santé global (90 % en 2008)⁴, une part appréciable est affectée par au moins un problème de santé chronique. Les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire sont, chez les femmes et les hommes, les principales causes d'hospitalisation et de mortalité. Avec 38 % des décès en 2007-2009, les cancers constituent la principale cause de mortalité chez les Lanaudoises⁵. Celles-ci présentent une mortalité moindre que celle des Québécoises pour le cancer du sein, alors qu'elle est plus élevée pour le cancer du poumon. Les maladies cardiovasculaires et les maladies de l'appareil respiratoire sont respectivement responsables de 23 % et 10 % des décès de Lanaudoises.

Les cancers représentent aussi la cause prédominante de mortalité chez les Lanaudois avec 40 % des décès. Les maladies cardiovasculaires sont la cause de 23 % des décès, tandis que les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 10 % des décès. La mortalité par cancer des Lanaudois et, plus spécifiquement celle du cancer du poumon, est plus élevée que celle des Québécois. La mortalité par maladies cardiovasculaires et la mortalité par cardiopathie ischémique des Lanaudois sont plus faibles que celles des Québécois.

Bilan socioéconomique : des revenus plus faibles et moins de diplômés

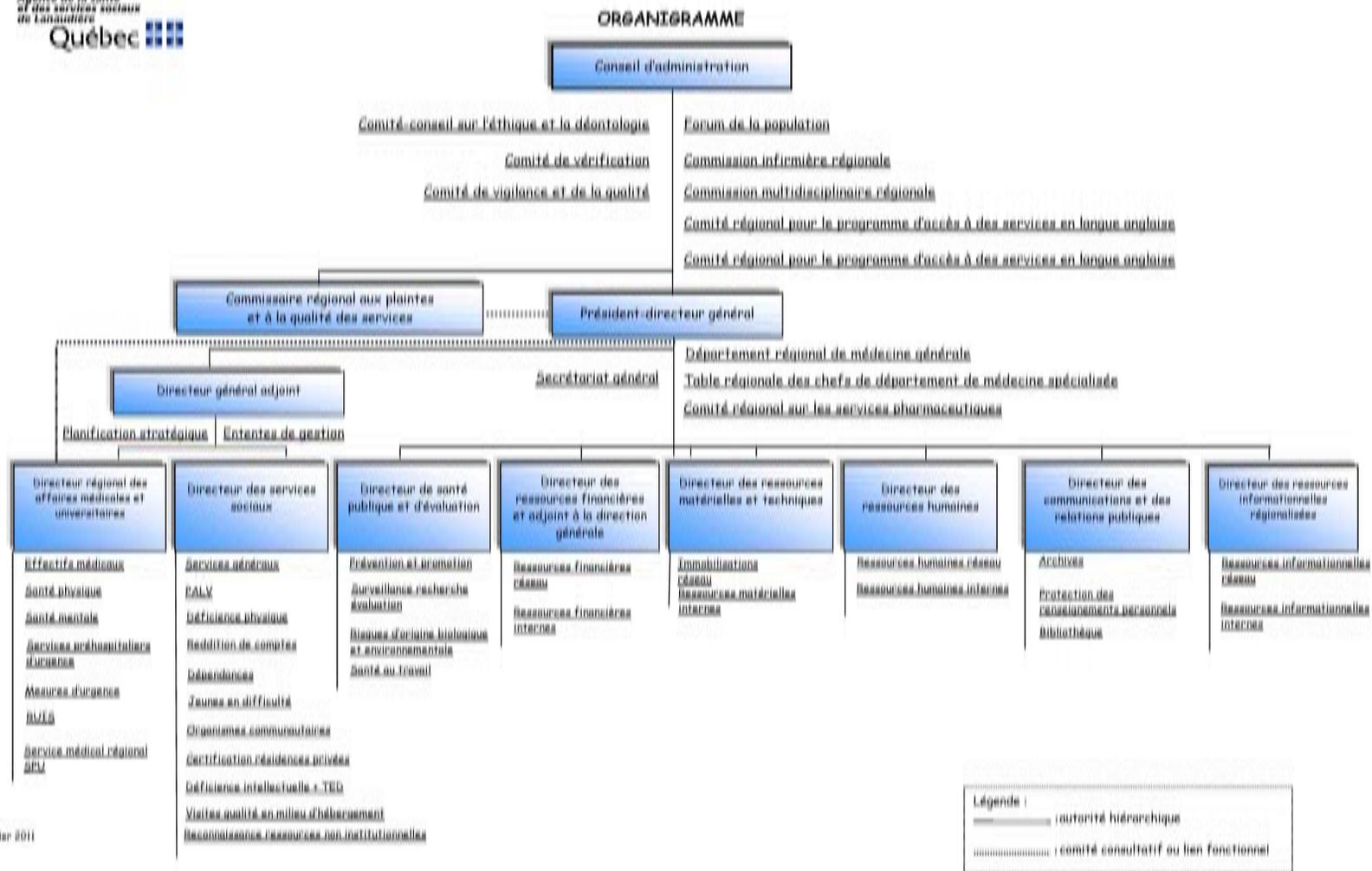
Le bilan socioéconomique du territoire Lanaudois est plus ou moins favorable comparativement à celui du Québec. Les proportions de personnes vivant sous le seuil de faible revenu et celles vivant de l'assistance emploi sont plus faibles dans Lanaudière. On constate également que le taux d'emploi y est plus élevé. Par contre, les revenus moyens des particuliers et des familles sont plus faibles que ceux du Québec. De même, la région compte une proportion plus importante de personnes de 25 ans et plus sans certificat, diplôme ou grade scolaire et un pourcentage nettement moindre de diplômés universitaires.

		POPULATION		
		2010	2016	Variation
				2010-2016
	D'Autray	41 688	44 846	7,6
	Joliette	61 967	66 487	7,3
	Matawinie	51 905	54 291	4,6
	Montcalm	46 393	52 639	13,5
	RLS Lanaudière-Nord	201 953	218 263	8,1
	L'Assomption	117 642	128 292	9,1
	Les Moulins	144 872	166 499	14,9
	RLS Lanaudière-Sud	262 514	294 791	12,3
	Lanaudière	464 467	513 054	10,5

⁴ Marquis, Geneviève, et Josée Payette. *Un aperçu des indicateurs de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, mars 2011.

⁵ Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Système Lanaudois d'Information et d'Analyse. Site Web consulté en mai 2011: www.agencelanaudiere.qc.ca/sylia.

Organigramme 2010-2011





Le réseau lanaudois de la santé et des services sociaux

Le réseau de la santé et des services sociaux lanaudois est composé de cinq établissements publics, de quatre établissements privés conventionnés ainsi que d'un établissement privé non conventionné.

Établissements publics

- Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
- Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
- Les Centres jeunesse de Lanaudière
- Centre de réadaptation La Myriade (Déficience intellectuelle)
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier (Ce centre dessert également la région des Laurentides)

Établissements privés conventionnés

- CHSLD de la Côte Boisée
- CHSLD Heather I
- Centre d'hébergement Champlain Le Château
- CHSLD Vigi Yves-Blais

Établissement privé non conventionné

- CHSLD Heather II



Organismes communautaires

Conformément à son *Cadre régional de référence pour la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)*, l'Agence a maintenu, en 2010-2011, la reconnaissance, le soutien et le financement des organismes communautaires de son territoire.

Lanaudière compte un total de 178 organismes communautaires, dont 153 financés par le PSOC. Ceux-ci agissent dans plusieurs secteurs d'activités tels que : aide et entraide, sensibilisation/formation et défense des droits, milieux de vie et soutien à la communauté, hébergement.

Plus de 1 000 personnes travaillent à temps complet ou à temps partiel dans ces organismes qui rejoignent près de 290 000 personnes dans des activités grand public et plus de 170 000 personnes par des activités individuelles ou de groupe.

Les clientèles utilisatrices sont très variées : familles, femmes, hommes en difficulté, personnes âgées, démunies, itinérantes, alcooliques, toxicomanes ou présentant des problèmes de santé physique, de santé mentale, des déficiences physiques, des déficiences intellectuelles ou des troubles envahissants du développement.

Financement

Cette année, l'Agence a financé 153 organismes communautaires pour un total de 21 029 615 \$. De ce montant, 19 257 157 \$ ont été attribués en mission globale et 1 042 473 \$ pour des ententes spécifiques. L'Agence a également remis 40 837 \$ à des organismes hors PSOC, 127 570 \$ à des projets ponctuels, 259 086 \$ au programme dédié aux personnes âgées ainsi que 302 492 \$ à différents organismes sans but lucratif de la région.



Activités régionales – Résultats 2010-2011



Services psychosociaux généraux

La priorité au sein des services psychosociaux demeure l'accessibilité. Le bilan de l'entente de gestion 2010-2011 permet d'affirmer que de belles réalisations ont eu cours durant cette période et que l'offre de service à la population connaît une progression.

Info-Santé/Info-Social

L'accessibilité au volet santé du 811 a été favorisée avec un délai de virtualisation réduit, passant de 15 secondes à 0 seconde. Cette amélioration permet dorénavant aux usagers d'avoir accès plus rapidement à une infirmière de Lanaudière ou d'une autre région.

Également, l'utilisation d'Info-Santé Web donne accès à plus de 2 200 « usagers vulnérables », répondant aux critères énoncés dans le cadre de référence régional, à la ligne dédiée d'Info-Santé. Ceux-ci bénéficient ainsi de services personnalisés de professionnels des CLSC et de groupes de médecine familiale, et ce, 24 heures/7 jours.

Itinérance

L'année a été marquée par les mesures transitoires de financement de la *Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance* dont tient compte la planification communautaire 2011-2014, élaborée à la suite du bilan 2007-2011. À cela s'ajoute la mobilisation des deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour faciliter l'arrimage des services entre les établissements et les organismes communautaires.

Le fait saillant de l'année 2010-2011 demeure toutefois l'activité de dénombrement de la population lanauoise en situation d'itinérance. Cette initiative du directeur régional de santé publique et d'évaluation a été réalisée en collaboration avec la table régionale en itinérance, à l'hiver 2011. Elle a d'ailleurs suscité un grand intérêt de la part du Ministère.

Violence conjugale et agression sexuelle

Plusieurs travaux ont été réalisés en collaboration avec les comités régionaux. De cette concertation régionale sont nées l'élaboration d'un programme de formation continue pour les intervenants en violence conjugale ainsi que la production d'un document préparatoire à la révision du protocole touchant le dépistage, la référence et l'accès aux services d'aide en matière de violence conjugale. La cohésion régionale a aussi permis une meilleure organisation des services d'accueil pour les victimes d'agression sexuelle.



Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

L'adoption de l'approche adaptée aux besoins particuliers des personnes âgées en milieu hospitalier ainsi que la poursuite de la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) ont marqué l'année 2010-2011 de manière positive. Le plan d'action visant le désencombrement des urgences dans la région a également été à l'origine d'une série de mesures déployées au cours de l'année.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier et réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

L'implantation des quatre préalables pour l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier a connu du succès dans les deux CSSS de la région :

- l'utilisation d'un outil de repérage à l'urgence;
- la mise en place et l'application des mécanismes de suivi pour les repérages positifs;
- la présence d'un intervenant de liaison à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements;
- l'application d'un programme de marche à l'urgence ou aux unités d'hospitalisation.

Plusieurs composantes des RSIPA ont été mises en place. Ainsi, il a été possible de doubler le degré d'implantation des RSIPA depuis 2008. De plus, le déploiement de l'application informatique RSIPA a été complété grâce à un investissement de 721 519 \$ pour la formation de plus de 600 utilisateurs et le rehaussement du parc informatique dans les CSSS.

Ressources d'hébergement et soutien à domicile

L'objectif régional de désencombrement des urgences a mené au développement de nouvelles ressources d'hébergement sur le territoire lanadois en ressources intermédiaires, en unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF) ainsi qu'en soins de longue durée.

Dans ce même ordre d'idées, des plans d'action portant sur le soutien à domicile et le continuum de services aux personnes âgées ont été préparés par les CSSS à la suite des visites et des recommandations ministérielles. Au regard de ces orientations, des projets d'optimisation ont également débuté au sein des deux établissements.

Certification des résidences pour personnes âgées

La deuxième vague de certification des résidences pour personnes âgées est amorcée. Plusieurs certificats de conformité ont déjà été émis aux résidences qui étaient en processus de renouvellement. Plusieurs demandes sont toujours en cours de traitement.

Région de Lanaudière	Nombre de RPA inscrites au Registre du MSSS		Nombre de résidences certifiées		Pourcentage atteint	
	Avril 2010	Mars 2011	Avril 2010	Mars 2011*	Avril 2010	Mars 2011
	125	127	114	116	91 %	91 %

* Incluant les résidences qui ont obtenu leur deuxième certificat de conformité : 33

Ligne aide abus aînés

L'information en lien avec le lancement de la *Ligne aide abus aînés*, en octobre dernier, a été transmise aux CSSS de la région. Cette ligne constitue une référence pour toute personne âgée impliquée dans une situation de maltraitance ou pour ses proches. Les CSSS ont également été interpellées pour la planification des formations à dispenser aux intervenants dans ce dossier.



Déficiences physique, déficiences intellectuelle et troubles envahissants du développement

Le travail réalisé dans ce secteur d'activités au cours de l'année 2010-2011 avait pour principal objectif de rencontrer les standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* et d'assurer la fiabilité des données relatives au suivi de ce plan.

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Les CSSS ainsi que les centres de réadaptation en déficience physique et en déficience intellectuelle de la région ont atteint et même dépassé la cible fixée concernant les taux de résorption des listes d'attente établis au 8 novembre 2008. Déjà au 8 novembre 2010, les résultats étaient concluants :

Établissements	Résultats au 8 novembre 2010	Cible prévue au 8 novembre 2008
CSSSNL	100 %	100 %
CSSSSL	100 %	100 %
CRDP Le Bouclier	100 %	75 %
CRDI La Myriade	99 %	77 %

Initiative régionale visant à assurer la fiabilité des données

Plusieurs intervenants des CSSS, dont les archivistes, ont été mis à contribution afin de doter les CSSS et les centres de réadaptation d'une compréhension commune des codes de priorité des dossiers clients et ainsi assurer une continuité de services optimale. Des correctifs et des ajustements budgétaires ont permis d'en arriver à un système de suivi plus efficace du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*.



Jeunes en difficulté

Des travaux ont été amorcés afin de permettre en place un programme d'intervention en négligence pour les jeunes de 5 à 12 ans dans les deux territoires de CSSS. Considérant que les orientations ministérielles en la matière sont à définir, les travaux régionaux ont été amorcés par le biais d'un projet pilote bénéficiant d'une subvention fédérale de 2,3 M\$ sur trois ans provenant du Centre de prévention du crime.

Avec l'accompagnement d'une équipe de chercheurs, il s'agit d'un partenariat intersectoriel entre l'Agence, les CSSS, les deux commissions scolaires et les Centres jeunesse de Lanaudière qui met à contribution leurs intervenants dans toutes les MRC de la région.



Dépendances

L'objectif national de développer une offre de service de première ligne en dépendance a orienté les actions régionales auprès des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ainsi, les interventions mises de l'avant ont permis de bien outiller et d'accompagner les intervenants de première ligne, tout en favorisant la consolidation des services de deuxième ligne.

Formation et développement des compétences

Près de 200 intervenants des CSSS ont été formés en services de première ligne, en particulier dans les secteurs accueil-évaluation-orientation (AEO), en périnatalité ainsi qu'en santé mentale.

Périnatalité, une priorité

La formation des intervenants de première ligne en CSSS et la présence d'une agente de liaison du Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin auprès des équipes de périnatalité a permis d'assurer, en six mois, le suivi de 43 usagères ayant bénéficié en moyenne de trois interventions chacune. De ce nombre, 25 % ont été dirigées vers des services de deuxième ligne en dépendances.

Unité spécialisée *L'Étincelle*

Le partenariat développé entre les Centres jeunesse de Lanaudière et le Centre de réadaptation Le Tremplin se poursuit dans la consolidation de l'unité *L'Étincelle* dédiée aux garçons de 12 à 17 ans. Cette année, 25 jeunes ont bénéficié de l'intensité de services de cette unité spécialisée de deuxième ligne.

Certification pour les ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique

Le processus de certification des ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique a été mis en place au cours de l'année. Le dossier est bien amorcé.

Région de Lanaudière	Nombre total de ressources	Certification volontaire	Demande de renouvellement	Nouvelle demande
	9	8	1	1



Santé physique

L'accessibilité aux services demeure aussi une préoccupation de tous les instants dans le secteur de la santé physique. Des efforts soutenus sont consacrés au désengorgement des urgences et aux actions visant à agir en amont et en aval de ces services. Le développement de ressources de longue durée, la planification des effectifs médicaux de première ligne, la création de nouveaux groupes de médecine de famille (GMF), l'introduction d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL), le soutien à domicile ainsi que le suivi des maladies chroniques constituent des pistes de solution intéressantes et mobilisent grandement les équipes de travail. Beaucoup d'énergie est également consacré à l'ensemble des dossiers régionaux qui sont toujours réalisés en collaboration avec les établissements de santé. Ce partenariat permet de connaître de belles réussites au profit de la population, comme c'est le cas en chirurgie.

Maladies chroniques

En février 2011, le conseil d'administration de l'Agence a adopté des orientations régionales en lien avec les maladies chroniques. Ces orientations visent notamment la gestion des maladies chroniques sur de longues périodes et non seulement lors de problèmes de santé aigus. Différents projets ont été amorcés ou consolidés au cours de l'année dans cette optique :

- **Pour le sud de la région** : une entente entre le Ministère, l'Agence, le CSSS du Sud de Lanaudière et la firme Groupe conseil santé Concerto a permis de mettre en place un projet vitrine sur la gestion des maladies chroniques. Celui-ci propose le déploiement d'équipes multidisciplinaires dans les groupes de médecine de famille ainsi que le développement de protocoles d'intervention standardisés et informatisés. Le but de la démarche : intensifier le suivi, le soutien et la prise en charge de la clientèle afin de diminuer la consommation de services hospitaliers par les grands utilisateurs.
- **Pour le nord de la région** : un projet au GMF Rousseau-Montcalm, centré sur la santé des femmes, est en développement avec le soutien de l'Agence pour intégrer davantage le volet prévention dans les pratiques cliniques de première ligne, et ce, dans une approche interdisciplinaire.
- La fonction des infirmières cliniciennes pour la gestion des cas complexes, en particulier aux urgences, a également été consolidée dans les deux CSSS de la région.

Chirurgie

Au cours de la dernière année, une amélioration dans la gestion de l'accès a permis d'offrir aux usagers en attente d'une chirurgie une meilleure prise en charge de leur situation. Les objectifs visés ont tous été atteints et en majorité dépassés.

Chirurgies	2009-2010	Cible 2010-2011	2010-2011	% d'atteinte
Arthroplastie de la hanche	229	134	234	175 %
Arthroplastie du genou	245	152	310	204 %
Cataracte	4 120	3 800	4 336	114 %
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	7 616	7 000	7 986	114 %
Chirurgies avec hospitalisation	6 115	6 180	6 198	100 %

Source : Bilan de fin de période 2010-2011 : Lanaudière 14 (TBIG web 11 août 2011), version de GESTRED : 2011-08-01

Imagerie médicale et endoscopie

Une gestion active des listes d'attente dans les CSSS a été entreprise. Un accompagnement du Ministère dans la révision des processus a été débuté pour le CSSS du Nord de Lanaudière et est à venir pour le CSSS du Sud de Lanaudière.

Banque de sang

La région de Lanaudière a atteint un taux de péremption de 0,2 % sur une cible régionale de 2 % relative à la distance de livraison des produits par Héma-Québec. Les chargées transfusionnelles des établissements ont donc assuré une gestion rigoureuse des produits sanguins.

Urgences

De façon générale, on constate une augmentation des durées moyennes de séjour (DMS) aux urgences, entre 2006-2007 et 2010-2011, et ce, pour toutes les clientèles et pour les deux hôpitaux de la région. En conséquence, les deux CSSS ont mis en œuvre des plans pour diminuer l'engorgement des urgences. Ces plans comportent notamment les mesures suivantes.

Au CSSS du Sud de Lanaudière (Hôpital Pierre-Le Gardeur), ces mesures sont :

- l'ajout de nouvelles ressources d'hébergement (ressources intermédiaires [RI], unités transitoires de récupération fonctionnelle [UTRF], CHSLD, soins palliatifs);
- l'augmentation du nombre de gestionnaires de cas et des personnes suivies par les gestionnaires de cas à l'urgence;
- l'ouverture d'une unité d'évaluation rapide à l'urgence;

- la présence d'un physiothérapeute à l'urgence 7 jours sur 7;
- la mise en place d'un tandem infirmière pivot/travailleuse sociale lié aux réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA);
- la présence d'un préposé à la marche aux quarts de jour et de soir à l'urgence.

Au CSSS du Nord de Lanaudière (Centre hospitalier régional de Lanaudière), ces mesures sont :

- l'augmentation du nombre de ressources d'hébergement;
- l'ajout d'un préposé et d'une infirmière en soins à domicile à l'urgence 7 jours sur 7;
- la gestion de cas pour les grands utilisateurs (51 personnes);
- l'amélioration de la gestion médicale, par le biais de :
 - la nomination d'un nouveau chef de département de médecine spécialisée,
 - la création d'un service de médecine interne,
 - la consultation des chefs de départements pour baliser la pratique de la médecine interne,
 - la rédaction de règles de soins à l'urgence par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Traumatologie

Le Ministère et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) ont approuvé le Plan directeur régional en traumatologie – mise à jour 2009-2012, qui a ensuite été diffusé aux établissements.

Les consortiums régionaux traitant de traumatismes craniocérébraux modérés-graves pour les enfants, adolescents et adultes ont réalisé un bilan de leurs plans d'action 2008-2011. Ils procéderont maintenant à l'élaboration d'un nouveau plan régional 2011-2014, qui sera inspiré du plan d'action 2011-2014 réalisé par le tronc commun.

Aussi, le comité régional en traumatologie de Lanaudière a élaboré un plan d'action sur les traumatismes craniocérébraux légers.

Lutte contre le cancer

L'Agence et les CSSS se sont entendus sur une structure de gouverne dans le dossier de la lutte contre le cancer. Ainsi, un comité stratégique, un comité de coordination et trois sous-comités composeront le réseau intégré de lutte contre le cancer lanaudois.

Soins palliatifs

La Maison Adhémar-Dion a ouvert ses portes en juin 2010. Ainsi, 12 lits dédiés aux soins palliatifs se sont ajoutés aux 16 lits déjà disponibles dans le sud de la région.

Périnatalité

Tout comme dans le dossier de lutte contre le cancer, une structure régionale a été instaurée. Un comité stratégique et un comité de coordination composeront ainsi le réseau intégré de périnatalité lanaudois.

Parmi les priorités retenues au sein de ces comités, on retrouve entre autres :

- l'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétriques (AMPRO)
- le maintien de l'envoi du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* par la Santé publique
- le soutien des CSSS dans l'adhésion au programme « Amis des bébés »
- la consolidation des budgets de groupes d'entraide en allaitement
- le monitoring du programme de suivi systématique des femmes ayant accouché au centre hospitalier
- le positionnement régional quant au développement de services de sages-femmes sur le territoire
- le transfert des bébés stables de moins de 34 semaines dans les CSSS de la région
- l'offre des soins spécialisés de base en néonatalogie aux mères et aux enfants, en fonction des expertises de chacun des centres hospitaliers de la région
- le Programme de dépistage prénatal de la trisomie 21
- Le Programme de dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés

Services préhospitaliers d'urgence

Volet opérationnel

L'Agence a participé au financement et à l'opérationnalisation du projet de répartition assisté par ordinateur des centrales d'appel de TRI-JO et du Centre de communication santé Laurentides-Lanaudière. Elle a également pris part à l'élaboration du registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers du Québec.

Volet clinique

Développement en défibrillation externe automatisée (DEA) – Au cours de la dernière année, l'Agence a terminé l'implantation de la DEA à l'ensemble des corps policiers municipaux de la région, devenant ainsi la première région du Québec à finaliser cette démarche. Du côté des municipalités non desservies par des corps policiers municipaux, les Services préhospitaliers d'urgence ont procédé à la mise en place de la DEA dans cinq nouvelles municipalités de la région.

Il est à noter que la région de Lanaudière a obtenu pour l'année 2008-2009 (dernières statistiques compilées) le troisième meilleur taux de survie à un arrêt cardiorespiratoire en Amérique du Nord avec 31,6 %, précédée par la Montérégie 32 % et par la ville de Seattle avec 39 %.

Formation et maintien des compétences – En 2010-2011, l'équipe des services préhospitaliers d'urgence a dispensé des journées de formation pour les techniciens ambulanciers paramédics. Ces formations portaient entre autres sur les refus de transport, la qualité des électrocardiogrammes 12 déviations (ECG 12D) et l'appréciation clinique préhospitalière. Le maintien des compétences des cinq services de premiers répondants s'est également poursuivi à raison de trois programmes annuels de mise à niveau.

Sécurité civile – mission santé

L'Agence a procédé à l'élaboration et à l'adoption d'un nouveau Plan régional de sécurité civile-mission santé. Dans cette optique, un comité de sécurité civile a été créé avec les établissements, afin d'harmoniser la structure à tous les niveaux d'intervention (gouvernemental, régional, établissements du réseau).



Santé mentale

L'Agence a réalisé, en collaboration avec ses partenaires, le bilan du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* – « *La force des liens* ». Également, dans la foulée d'un projet de recherche du *Centre de recherche Fernand-Séguin* intitulé « Enjeux et Réadaptation », un comité consultatif régional a été mis en place.

Au cours de l'exercice 2010-2011, l'Agence a aussi soutenu les établissements et les organismes communautaires pour de la formation en lien avec les orientations gouvernementales.

Les deux CSSS ont progressé dans le transfert de ressources de la deuxième ligne vers la première ligne afin de renforcer celle-ci. D'autres travaux sont en cours pour consolider l'ensemble du continuum de services en santé mentale.



Santé publique

La prolongation du Programme national de santé publique (PNSP) jusqu'en 2015 a été l'élément marquant de l'année 2010-2011. Les objectifs fixés pour 2012 sont donc reportés en 2015 et viennent s'accoler à la planification stratégique ministérielle. Au 31 mars 2011, plus de 87 % des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le PNSP ont été amorcées dans la région de Lanaudière.

Développement, adaptation et intégration sociale

Allaitement

La clinique régionale d'allaitement a débuté en septembre 2010 afin de soutenir les femmes ayant des besoins spécifiques et ainsi les aider à résoudre les difficultés liées à l'allaitement.

Éducation à la sexualité

Un projet pilote d'éducation à la sexualité a été implanté dans deux écoles primaires auprès des élèves de 6^e année et de leurs parents. Cette initiative est ancrée dans le renouveau pédagogique et consiste à l'élaboration d'une série de trois interventions éducatives portant sur les sujets suivants : puberté, image corporelle et éveil amoureux.

Habitudes de vie et maladies chroniques

Plateau lanadois intersectoriel (PLI)

Le Plateau lanadois intersectoriel (PLI) a poursuivi ses activités dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir*. Cet engagement se traduit par l'élaboration d'un plan d'action régional 2011-2013, en collaboration avec l'ensemble des partenaires du milieu. Celui-ci comprend entre autres un plan de formation régional en saines habitudes de vie.

Sur le terrain, le PLI actualise présentement deux projets régionaux ayant obtenu l'aval de Québec en Forme et qui sont rattachés à un investissement de 500 000 \$ sur deux ans :

- *Transport actif écoresponsable* : ce projet constitue un premier déploiement du modèle d'intervention d'Équiterre (transport actif, collectif et achat de proximité) en région.
- *Bonne Boîte, Bonne Bouffe* : ce projet vise à permettre l'accessibilité aux fruits et aux légumes par la création d'un groupe d'achat collectif, tout en développant les habiletés et les compétences grâce à l'organisation d'activités de sensibilisation et d'éducation, ainsi que des ateliers culinaires.

Tabagisme

Afin de répondre aux recommandations du *Plan québécois de prévention du tabagisme 2010-2015*, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région offrent dorénavant du soutien en cessation tabagique aux jeunes des écoles secondaires. De plus, un projet pilote en prévention du tabagisme a été mis en place dans quelques classes de première secondaire, et ce, en collaboration avec le CSSS du Sud de Lanaudière.

Santé dentaire

La Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) a complété la formation clinique de l'ensemble des hygiénistes dentaires des CSSS. Celles-ci sont maintenant en mesure de procéder à l'application des agents de scellement.

Maladies chroniques

La DSPE a contribué à l'implantation de l'*Expanded Chronic Care Model*, en participant entre autres à la mise en œuvre de pratiques cliniques préventives dans des groupes de médecine de famille au sud de la région. Ces pratiques ont pour but de mieux intégrer la prévention dans le continuum de services à la population.

Traumatismes non intentionnels

Contrôle des armes à feu

Le fait saillant de l'année 2010-2011 dans ce secteur est l'intervention du directeur de santé publique et d'évaluation de Lanaudière qui a agi à titre de porte-parole des directeurs régionaux de santé publique du Québec dans le dossier du contrôle des armes à feu. La prise de position commune visait à s'opposer au projet de loi fédéral C-391 sur l'abolition du registre des armes à feu.

Sécurité nautique

À la suite de l'adoption du règlement provincial sur la sécurité des piscines résidentielles, la DSPE a communiqué avec les municipalités de la région pour leur proposer d'appliquer également, aux piscines existantes, les nouvelles dispositions de ce règlement. En outre, elle a diffusé aux établissements de santé et de services sociaux lanauchois le matériel promotionnel lié à la campagne de prévention sur les plongeurs en eau peu profonde.

Maladies infectieuses

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

L'élaboration d'un portrait régional sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) a marqué l'année 2010-2011. Ce processus s'inscrit dans les orientations du *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, émis par le directeur national de santé publique.

Infections nosocomiales

Depuis l'automne 2010, à la suite d'une éclosion de *C. difficile*, la DSPE procède à une surveillance accrue des infections nosocomiales en collaboration avec les CSSS de la région.

Vaccination

Cette année, les autorités de santé publique avaient pour objectif d'augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du *Protocole d'immunisation du Québec*. Les résultats sont concluants, puisque les cibles de l'entente de gestion ont été largement dépassées. Dans le but de maintenir ce cap, on poursuit toujours la mise en œuvre du plan d'action régional pour la réduction des délais vaccinaux, en collaboration avec les CSSS.

Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

La DSPE poursuit les enquêtes sur les MADO. Celles-ci tendent d'ailleurs à augmenter, particulièrement en ce qui a trait aux ITSS et aux entérites.

Santé environnementale

Feux de forêt

La gestion des feux de forêt autour de la communauté atikamekw de Manawan, réalisée en collaboration avec la sécurité civile, a fait la manchette de ce secteur cette année.

Chaleur accablante

En raison des températures très élevées enregistrées lors de la canicule à l'été 2010, le plan d'action sur la chaleur accablante a dû être déployé pour la première fois, en collaboration avec la sécurité civile, afin de rappeler à la population les mesures de prévention à mettre en application dans de telles situations.

Problématiques environnementales émergentes

Les problématiques environnementales émergentes (antenne à relais de téléphonie mobile, radon, etc.) ont engendré une augmentation du nombre d'interventions de la part des professionnels de l'équipe de la DSPE.

Santé en milieu de travail

Plan stratégique du réseau de santé publique en santé au travail

Le fait saillant de l'année 2010⁶ a été l'élaboration du *Plan stratégique du réseau de santé publique en santé au travail*. Ce plan a été présenté aux intervenants de la région et propose une vision

⁶ Les activités qui concernent la santé en milieu de travail sont réalisées selon le cadre de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), dont les années financières s'échelonnent du 1^{er} janvier au 31 décembre.

mobilisatrice ainsi qu'un sens partagé de la mission à accomplir dans la prévention des lésions professionnelles et la protection de la santé des travailleurs.

Pour une maternité sans danger

Dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger*, l'équipe en place a répondu aux demandes de consultation transmises par le médecin traitant, en plus de poursuivre l'implantation de postes de référence qui facilitent le traitement des demandes.

Programmes de santé spécifiques aux entreprises

L'évaluation sommaire des troubles musculosquelettiques (TMS) a été réalisée auprès d'une centaine d'entreprises. Des solutions pour la réduction des TMS sont en cours de réalisation.

Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

Maladies chroniques et inégalités sociales de santé

Deux thématiques ont principalement été abordées en 2010-2011, soit les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé. Dans le premier cas, cinq nouveaux profils ont été analysés : les cancers, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires, les maladies musculosquelettiques et les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Quant aux inégalités sociales de santé, elles ont été examinées sous l'angle de l'indice de défavorisation matérielle et sociale ainsi que de la pauvreté. Elles ont ainsi fait l'objet de plus d'une vingtaine de productions et de présentations auprès de partenaires du milieu.

Évaluation

Deux projets d'envergure ont été conclus cette année. D'une part, l'évaluation du fonctionnement du programme OLO (œuf, lait, orange) dans les CSSS participants, menée en collaboration avec la Fondation OLO. D'autre part, une évaluation portant sur les interventions lanauchoises en promotion des saines habitudes de vie ayant pour but de prévenir les maladies chroniques a été complétée en collaboration avec les CSSS de la région.

Recherche en santé publique

Un projet régional axé sur la promotion et l'actualisation des pratiques favorisant le lien de proximité en soutien à domicile a été déposé et accepté pour financement à la Conférence régionale des élus (es) de Lanaudière.

Développement des communautés

L'année 2010-2011 a favorisé les échanges régionaux dans deux principaux projets. La DSPE a ainsi accompagné la démarche de réflexion de la table des partenaires du développement social de Lanaudière sur ses pratiques de concertation en lien avec l'actualisation de sa mission. Elle a aussi participé aux travaux du comité régional pour la valorisation de l'éducation portant sur sa démarche de priorisation et de concertation.



Les ressources humaines du réseau

Le réseau de la santé et des services sociaux Lanaudois est confronté à d'importants défis tels l'accroissement et le vieillissement de la population ainsi que la pression sur les services de première ligne. Dans un tel contexte, la planification de la main-d'œuvre constitue un enjeu primordial, aujourd'hui, et pour les années à venir. Suivant cette perspective, notre réseau a choisi de faire les choses autrement, en étant proactif et créatif; c'est d'ailleurs ce qui a teinté le dossier des ressources humaines tout au long de l'exercice financier 2010-2011.

Marque employeur régionale

Unir nos forces pour une plus grande influence

L'Agence et les neuf établissements de santé et de services sociaux de Lanaudière ont fait preuve d'une mobilisation jamais vue dans la région pour inciter les gens à venir travailler au sein des établissements du réseau Lanaudois. Cette mise en commun a permis de développer une marque employeur régionale, qui a été lancée au printemps 2011 avec pour slogan « La vie nous rapproche ».

Cette initiative d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre a pris forme après une importante démarche de consultation, afin que les gens puissent s'y reconnaître et adhèrent à ce concept distinctif qui positionne le réseau Lanaudois comme un employeur de choix. Tout au long du processus, les directions des ressources humaines et les directions générales des établissements ont été mises à contribution et ont participé activement au déploiement de ce projet. Il s'agit d'un outil complémentaire aux actions déjà réalisées par les établissements, qui a le mérite d'unir nos forces afin de créer une synergie régionale ayant plus d'impact.

Un déploiement à 360°

La stratégie de communication de la « marque employeur régionale » cible d'abord les étudiants, les diplômés et les travailleurs du réseau. Elle fait appel à deux principales plates-formes, soit le microsite lavienousrapproche.com et les médias sociaux.

En soutien à ces deux principaux outils, une campagne d'information et d'adhésion a eu lieu et se poursuivra au sein des établissements. À cela s'ajoute aussi une campagne publicitaire qui a été déployée dans les hebdomadaires régionaux, car un grand bassin de travailleurs du milieu de la santé et des services sociaux réside dans la région, mais travaille à l'extérieur. Plusieurs autres actions de promotion sont envisagées pour la prochaine année et toucheront davantage la présence de la région dans le cadre de salons ou d'activités de recrutement.

Planification de la main-d'œuvre

Dans le but d'atteindre les objectifs fixés en matière de ressources humaines et de planification de la main-d'œuvre, divers événements et activités ont été mis en œuvre.

Planification régionale

En décembre 2010 et en janvier 2011, sept groupes régionaux de consultation ont été formés pour échanger sur les priorités et les orientations régionales en lien avec la planification de la main-d'œuvre. Au total, quelque 70 personnes ont pris part à ces discussions portant entre autres sur l'augmentation du pouvoir d'attraction et de rétention, l'utilisation optimale des ressources humaines, le développement des meilleures pratiques de gestion ainsi que le développement des compétences et la reconnaissance.

Deuxième édition du Rendez-vous carrières et professions

En collaboration avec les maisons d'enseignement de la région et Emploi-Québec, le réseau lanauchois de santé et de services sociaux tenait, le 1^{er} novembre 2010, la deuxième édition du *Rendez-vous carrières et professions*. Sous le thème *Rends service à la vie! Fais carrière en santé et services sociaux*, l'événement a regroupé plus de 2 600 jeunes. Cet événement bisannuel a pour objectif de stimuler les jeunes du 2^e cycle des écoles secondaires de la région ainsi que du Cégep régional de Lanaudière à devenir la relève du milieu de la santé et des services sociaux.

Formations réseau

En janvier 2011, une nouvelle cohorte de 34 personnes a adhéré au programme de relève des cadres intermédiaires. En plus de soutenir ces intervenants, l'Agence a également organisé une activité régionale ayant pour thème *La prévention de la détresse psychologique* dédiée au personnel d'encadrement.

Transfert de ressources humaines

Dans le contexte de régionalisation des activités des ressources informationnelles, l'Agence, en collaboration avec les établissements du réseau, a coordonné la préparation et les négociations des ententes permettant d'actualiser le transfert de ressources humaines au sein de la direction régionale.



Les ressources informationnelles du réseau

L'optimisation des ressources ainsi que la contribution de l'informatisation à l'accessibilité des services ont largement influencé le déroulement des activités 2010-2011. Dans cette optique, la régionalisation des ressources informationnelles, l'informatisation clinique de même que le partenariat Lanaudière-Laurentides-Laval sont devenus des priorités régionales et ont constitué les principaux chantiers au sein de l'Agence et du réseau lanaudois en ce qui a trait aux ressources informationnelles. À cela se sont également ajoutés des dossiers ponctuels toujours susceptibles d'améliorer la qualité des soins et des services offerts à la population.

Régionalisation des ressources informationnelles

Direction des ressources informationnelles régionalisées (DRIR)

L'optimisation des ressources régionales au sein de la DRIR s'est poursuivie avec le transfert du personnel informatique en infrastructures technologiques. En juin 2010, treize personnes ont été transférées du CSSS du Sud de Lanaudière vers l'Agence, et quatorze personnes du CSSS du Nord de Lanaudière se sont jointes à l'équipe régionale, en novembre 2010.

Cette régionalisation des ressources informationnelles exige maintenant d'établir un cadre commun de gestion de projets en partenariat avec les établissements de la région. Cette initiative a été amorcée au cours de l'année 2010-2011 et a pour but de standardiser la méthode et les outils de gestion des projets informatiques. L'élaboration d'un cadre de gestion global a également débuté dans le but de définir clairement les rôles et les responsabilités de chacun.

De manière à déployer une offre régionale adaptée, la DRIR a aussi structuré et déposé son catalogue de services. En outre, elle a procédé à un exercice de modélisation des services afin de bien mesurer la charge de travail que représente le soutien des parcs informatiques des établissements, et ce, en vue de s'assurer d'une répartition équitable des ressources.

Partenariat Lanaudière-Laurentides-Laval

Optimisation et innovation

Toujours dans un souci d'optimisation, les agences de Lanaudière, des Laurentides et de Laval ont convenu d'élaborer un projet de partenariat pour la gestion des ressources informationnelles, lequel s'est vu actualisé par l'élaboration d'une entente cadre. Cette alliance vise trois principaux volets : le regroupement des technocentres, la collaboration des bureaux de gestion de projets ainsi que l'optimisation des besoins d'information de gestion.

Ce partenariat a également favorisé la création d'un comité d'architecture technologique suprarégional Lanaudière-Laurentides-Laval.

Informatisation clinique

Système intégré de distribution électronique de résultats (SIDER)

Le déploiement du projet SIDER s'est poursuivi tout au long de l'année. Celui-ci a pour objectif de fournir les résultats de laboratoire issus des deux centres de santé et de services sociaux de la région aux cliniques médicales, en temps réel, de façon sécuritaire et intégrée au dossier médical électronique ou en consultation Web. En 2010-2011, onze cliniques médicales se sont abonnées au SIDER, ce qui porte le nombre total de cliniques utilisant le SIDER à 29, soit 44 % de nos cliniques et 67 % de nos médecins.

Par ailleurs, il est important de mentionner qu'au niveau de l'implantation d'un dossier médical électronique (DMÉ) dans nos cliniques et GMF, nous avons atteint en cours d'année un pourcentage d'informatisation de 58 %, ce qui représente 79 % de nos médecins qui sont maintenant informatisés.

L'Association des gestionnaires en informatique du réseau sociosanitaire (AGIRS) a d'ailleurs attribué le Prix reconnaissance Michel-Morin à un membre du personnel de l'Agence pour cette réalisation. De plus, des pourparlers sont en cours avec les agences des Laurentides et de Laval pour un déploiement suprarégional du SIDER.

Dossier clinique informatisé (DCI) OACIS

L'Agence a signé une entente avec l'Agence de Montréal, en décembre 2010, pour implanter le DCI OACIS dans les deux CSSS de la région. L'élaboration des manuels d'organisation en lien avec ce projet a également été amorcée en collaboration avec les deux établissements de santé concernés.

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Dans le but de soutenir l'ensemble des médecins et des intervenants publics, privés et communautaires dans une prestation de services intégrés auprès des personnes âgées, les trois modules (PRISMA 7, Iso-SMAF et OEMC) de l'application RSIPA ont été déployés dans les points de service de la région.

Dossier de santé du Québec (DSQ)

Plusieurs éléments préparatoires au déploiement éventuel du DSQ ont été mis en place au sein des CSSS de la région, notamment l'Index-Patient-Maître (IPM) et le processus d'alimentation de l'imagerie diagnostique (RID-PACS). La planification en lien avec les domaines Médicaments, Laboratoires et le Visualiseur DSQ a aussi été entreprise au cours de l'année.

Autres projets

Exploitation de données pour les Services préhospitaliers d'urgence (Le Cube)

À la demande du Ministère, la DRIR a développé une solution permettant de répondre aux besoins des services préhospitaliers d'urgence en ce qui concerne l'extraction de données statistiques régionales. Le Cube, développé par la DRIR, constitue maintenant un outil de référence pour le Ministère et est implanté dans une douzaine d'agences à travers la province. À titre de développeur de cette application, l'Agence de Lanaudière soutient les régions dans l'implantation de cette nouvelle solution et continue de la faire évoluer en fonction des besoins soulevés par les utilisateurs.

Stations de transferts ZOLL

À la demande des services préhospitaliers d'urgence, la DRIR a participé à l'implantation des stations de transferts ZOLL dans la région. Celles-ci favorisent la transmission électronique des enregistrements des moniteurs défibrillateurs utilisés en situation d'urgence, que ce soit à partir des casernes ambulancières ou des centres hospitaliers. Cette technologie permet ainsi aux services préhospitaliers de l'Agence d'assurer un meilleur contrôle de qualité des interventions.

Site Internet « La vie nous rapproche »

La DRIR s'est aussi engagée dans le déploiement du nouveau site *La vie nous rapproche*, réalisé dans un cadre régional de recrutement et de fidélisation de la main-d'œuvre.

Infrastructures

Au cours de l'année 2010-2011, la DRIR a été mise à contribution pour l'installation d'infrastructures et d'équipements informatiques requis pour l'ensemble des systèmes dans les CSSS (PACS, système financier Virtuo, SIIATH, MedUrge, Magistra, etc.).

Elle a également procédé au rehaussement et à la mise à jour de l'infrastructure de stockage des données et d'authentification des utilisateurs. De plus, elle a coordonné et complété la migration des 80 points de service (CH, CLSC, etc.) au RITM (réseau intégré de télécommunications multimédia), ce qui permettra d'améliorer la performance et la disponibilité des systèmes d'information cliniques et administratifs de nos établissements.

Événement TechnoSanté 2010

En avril 2010, la région de Lanaudière a été l'hôte de la Journée TechnoSanté 2010, en collaboration avec les agences du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de Montréal. Plus de 200 personnes ont participé à cet événement qui visait à démontrer les avantages de la collaboration entre régions ainsi que les bénéfices des technologies de l'information et des communications lorsqu'elles sont mises au service des gestionnaires, des cliniciens et du grand public.



Les immobilisations et les équipements de technologie médicale

Au cours des dernières années, l'Agence a joué un rôle important dans l'identification des priorités régionales permettant d'adapter le parc immobilier à la croissance démographique, au vieillissement de la population ainsi qu'à la mise en œuvre des orientations ministérielles en matière de services aux personnes âgées. D'ailleurs, ce dernier aspect a été au cœur des interventions du secteur des immobilisations durant l'exercice 2010-2011.

Contexte régional

La région de Lanaudière dispose d'un parc immobilier d'approximativement 314 538 m², réparti dans 29 immeubles d'une valeur de près de 579,2 M\$. Les services sont également offerts dans 46 immeubles appartenant au secteur privé, totalisant près de 40 000 m², loués à un coût annuel de l'ordre de 8,09 M\$.

Pour ce qui est du parc d'équipements, celui-ci est évalué à environ 125,8 M\$ dont près de 52 M\$ pour le volet des équipements médicaux spécialisés.

Depuis quelques années, d'importants investissements de rattrapage ont été consentis à la région. Avec un budget d'environ 25 M\$ dédié au maintien d'actifs mobiliers et immobiliers, l'Agence estime recevoir cinq fois plus en 2010-2011 qu'elle ne recevait en 2005-2006. Les ressources du milieu sont donc fortement sollicitées dans l'actualisation des projets régionaux ainsi que dans les réalisations d'envergure.

Planification des immobilisations relatives à la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

En accord avec le *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux personnes âgées*, l'Agence s'est affairée, tout au long de l'exercice 2010-2011, à définir les solutions immobilières optimales pour répondre aux orientations du Ministère, tout en assurant la sécurité et le bien-être des usagers.

L'analyse réalisée a permis d'identifier entre autres des problématiques d'ordre fonctionnel majeur et de sécurité incendie pour deux des installations du CSSSNL, soit les centres d'hébergement de Sainte-Élisabeth et de Saint-Liguori.

Afin de remédier à cette situation et d'assurer un milieu de vie adéquat aux personnes en perte d'autonomie, des solutions ont été identifiées pour corriger les problématiques de ces deux installations, ainsi que pour éliminer les chambres multiples (plus de deux lits), diminuer le nombre de chambres doubles et améliorer la fonctionnalité des installations de la région présentant des déficiences à ce niveau. Entre autres, un accord de principe a été conclu, en fin d'année, avec le Ministère permettant à l'Agence d'utiliser le financement annuel accordé pour améliorer la fonctionnalité des CHSLD au développement de maisonnettes d'hébergement de seize lits, inspirées du concept du CSSS de Montmagny-L'Islet. Ces maisonnettes seront construites pour les besoins du CSSS du Nord de Lanaudière.

Location d'espace dans le secteur privé

Le développement de l'offre de service dans certains secteurs a mené, au fil des ans, à une dysfonction de plusieurs points de service de la région générée par le manque d'espace dans les sites en location. L'Agence, en collaboration avec les établissements concernés, a donc participé à des regroupements et à des délocalisations de services, de manière à offrir des environnements de travail plus fonctionnels.

Ainsi, en 2010-2011 :

- La délocalisation des services du Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin a été amorcée avec le déménagement du point de service de Mascouche dans un nouvel édifice en location. La délocalisation du point de service de Joliette est également prévue en 2011-2012.
- Le CSSS du Sud de Lanaudière a préparé une étude permettant d'évaluer la faisabilité de délocaliser plusieurs des points de services de première ligne du secteur de Repentigny actuellement en location vers le Centre multivocationnel Claude-David. Les conclusions préliminaires confirment que les économies générées par le non-renouvellement des baux permettrait d'autofinancer les travaux requis. Des économies additionnelles assureraient également la location d'espaces additionnels dans le secteur de Mascouche, permettant ainsi d'améliorer la fonctionnalité de points de services de première ligne de ce secteur.

Annonces régionales

L'année 2010-2011 a été marquée par l'annonce du ministre de la Santé et des Services sociaux autorisant le CSSS du Sud de Lanaudière à élaborer un dossier de présentation stratégique, en collaboration avec Infrastructure Québec et l'Agence de Lanaudière, afin d'identifier les solutions immobilières pouvant permettre l'ajout de 146 lits de courte durée à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.

Le ministre a également autorisé l'Agence et le CSSS du Sud de Lanaudière à préparer et à présenter un projet d'ajout de 161 nouveaux lits de longue durée. En outre, il a été convenu avec les autorités ministérielles qu'il serait pertinent de profiter de cette occasion pour relocaliser les 46 résidents du Centre Alexandre-Archambault, installation en location présentant des problèmes de conformité en matière de sécurité incendie, de vétusté et de fonctionnalité importante. Ainsi, le nombre de lits de longue durée concernés par le projet serait de 207.

À ces deux annonces s'ajoutent les annonces suivantes, totalisant plus de 28 M\$:

- 9,2 M\$ pour assurer le maintien du parc immobilier;
- 2,7 M\$ pour réaliser des travaux de rénovation fonctionnelle mineurs;
- 7,7 M\$ pour assurer le remplacement d'équipements médicaux vétustes;
- 2,1 M\$ pour assurer le remplacement d'équipements non médicaux vétustes;
- 1,1 M\$ pour assurer le remplacement d'équipements informationnels;
- 5,3 M\$ pour un projet d'amélioration énergétique au CSSS du Nord de Lanaudière (géothermie au CHRDL et au CHSLD Saint-Eusèbe).



Les finances du réseau

Ressources financières – Agence

Pour l'exercice financier 2010-2011, l'Agence a enregistré des revenus de 11 428 051 \$ pour ses activités principales et de 44 660 \$ pour les activités accessoires.

À la suite de la vérification de fin d'année, l'Agence termine l'exercice avec un excédent des produits sur les charges de 252 219 \$ pour les activités principales et de 5 570 \$ pour les activités accessoires.

Ressources financières – Réseau

L'enveloppe régionale des crédits 2010-2011 est de 654 137 114 \$, incluant 25 633 882 \$ transférés au formulaire budgétaire de l'Agence et 22 215 324 \$ alloués de façon récurrente et non récurrente aux organismes communautaires et autres organismes.

Des suivis financiers ont été maintenus auprès de tous les établissements. Ces suivis ont été plus rigoureux auprès de ceux présentant des difficultés financières. Le déficit total des établissements publics est de 5,9 M\$ pour l'exercice se terminant le 31 mars 2011, par rapport à la cible maximale autorisée de 2,9 M\$.

Les principales mesures entreprises par les établissements concernés pour corriger la situation ont été :

- le suivi de leur plan de retour à l'équilibre ou d'écart à la cible autorisée;
- la réorganisation des activités pour offrir des services à un coût moindre.

Établissement	Cible déficitaire maximale	Surplus (déficit) au 31 mars 2011	Commentaire
CSSS du Sud	NA	(1 166 511 \$)	Note 1
CSSS du Nord	1 388 438 \$	(3 550 997 \$)	Note 2
Centres jeunesse de Lanaudière	1 498 333 \$	(1 398 266 \$)	
CRDP Le Bouclier	NA	23 556 \$	
CR La Myriade	NA	18 813 \$	
Total	2 886 771 \$	(5 910 405 \$)	

Note 1 : Au plan triennal d'équilibre budgétaire, élaboré en décembre 2009, l'établissement prévoyait un déficit de 0,5 M\$ au 31 mars 2011. À cette date, l'établissement présente un déficit additionnel de 0,7 M\$ qui s'explique par un report autorisé dans l'actualisation de certaines mesures de ce plan.

Note 2 : Le CSSSNL prévoyait terminer l'année 2010-2011 avec un déficit de 3 M\$ par rapport à la cible autorisée. Cependant, un revenu non récurrent de 0,8 M\$ provenant d'un ajustement CSST a fait en sorte que l'établissement termine avec un écart à la cible de 2,2 M\$.

Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire

Malgré la réduction des dépenses exigée des établissements pour 2010-2011, dans le cadre de la *Loi 100*, trois établissements ont atteint l'équilibre ou respecté la cible déficitaire autorisée. Il s'agit du CR La Myriade, du CRDP Le Bouclier et des Centres jeunesse de Lanaudière.

Quant aux deux CSSS de la région, le déficit ou l'écart à la cible n'est pas causé par la réduction des dépenses de nature administrative, mais plutôt par les motifs indiqués au tableau ci-dessus. L'Agence peut donc conclure que les objectifs de réduction exigés par la *Loi 100* ont été atteints.



ANNEXES

Rapport de la direction sur les états financiers

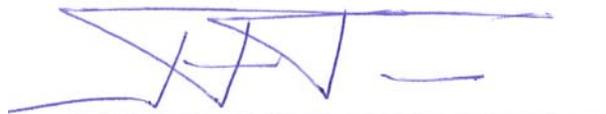
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

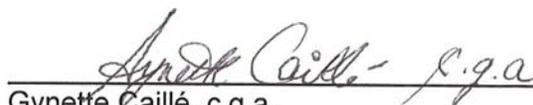
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Martin, Boulard et Associés a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Martin, Boulard et Associés peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Jean-François Foisy
Président-directeur général



Gynette Caillé, c.g.a.
Adjointe à la Direction générale
et directrice des ressources financières

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

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

Les états financiers résumés et les notes complémentaires condensées ci-joints, pour l'exercice clos à cette date, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice clos le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2011 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, sur la base des critères décrits dans la note 4.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en oeuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de la Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice clos le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans la note 4. Cependant, les états financiers résumés comportent deux anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière pour l'exercice clos le 31 mars 2011.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2011. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que :

- comme mentionné à la note 3, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé car l'information n'est pas disponible au niveau de l'Agence;

- les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, conformément à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public comme mentionné à la note 3. L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autres points

Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 3 des états financiers qui indique que l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a adopté les normes comptables canadiennes pour le secteur public au 1er avril 2010. Nous n'avons pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives du 31 mars 2010, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'Agence de la santé et des services sociaux s'est conformée :

- aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses pratiques comptables.

1

Martin, Bouland & Associés

Joliette, le 28 juin 2011

37, Place Bourget Sud, Bureau 200, Joliette (Qc)

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2011

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
PRODUITS					
Subventions MSSS :					
Budget signifié	01	8 776 886	8 932 647	38 590	38 023
(Diminution) ou augmentation du financement	02	2 021 088	2 027 273		
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(11 580)	(21 290)		
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04	4 748	2 912		
Total (L. 01 à L.04)	05	10 791 142	10 941 542	38 590	38 023
Revenus de placements	06	9 066	4 237	6 070	2 474
Revenus commerciaux	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources:					
Recouvrements	08	433 999	35 276		
Ventes de services	09				
Subventions du gouvernement fédéral	10				
Autres subventions (préciser)	11				
Autres revenus	12	193 844	475 626		
Total des produits (L.05 à L.12)	13	11 428 051	11 456 681	44 660	40 497
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	5 215 590	5 157 378	33 524	33 788
Avantages sociaux	15	1 271 833	1 309 817	1 776	
Charges sociales	16	676 272	671 607	3 290	4 235
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A. (act.princ.)	17	109 539	130 512		
Services achetés	18	309 841	335 371		
Communications	19	212 784	249 345		
Loyer	20	2 941 741	2 991 786		
Location d'équipement	21	40 372	37 542		
Fournitures de bureau	22	48 124	76 962		
Transfert à des établissements	23			xxxx	
Charges non réparties	24				
Autres frais	25	337 973	401 375		
Transfert de frais généraux	26	(84 167)	(107 825)		
Charges extraordinaires	27	xxxx	xxxx	500	500
Total charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	11 079 902	11 253 870	39 090	38 523
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L. 13 - L. 28)	29	348 149	202 811	5 570	1 974

À titre informatif seulement: Contributions (+/-)					
En provenance de l'avoir-propre (+)	30				
En provenance de fonds affectés (+)	31	12 235		xxxx	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	32			xxxx	
En provenance du fonds de stationnement (+)	33				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(90 321)	(48 960)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	35	xxxx	xxxx		
Affectées à d'autres fonds (-)	36	(17 844)			
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	252 219	153 851	5 570	1 974

Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2011

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	4 532 783	2 957 440
Variation des revenus reportés - Crédits régionaux	02		
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	03	2 113	(1 094)
Contributions des établissements	04	202 611	297 765
Revenus de placements	05	9 407	2 219
Revenus d'autres sources:			
Recouvrements	06	91 697	4 549
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	641 328	610 100
Total des produits (L.01 à L.09)	10	5 479 939	3 870 979
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	1 903 281	1 093 572
Avantages sociaux	12	583 446	344 565
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	99 786	
Charges sociales - autres	14	180 560	153 338
Frais de déplacement et d'inscription	15	33 297	51 675
Services achetés	16	769 973	676 386
Communications	17	61 843	99 378
Loyer	18	164 239	151 227
Location d'équipement	19	2 644	2 973
Fournitures de bureau	20	7 737	18 182
Créances douteuses	21		690
Autres charges	22	1 127 427	1 295 186
Transferts de frais généraux	23	83 447	95 915
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	24	5 017 680	3 983 087
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.24)	25	462 259	(112 108)

À titre informatif seulement: Contributions			
En provenance de l'avoir propre (+)	26		xxx
En provenance du fonds d'exploitation (+)	27	17 844	xxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	28	58	xxx
En provenance de fonds affectés (+)	29	88 769	xxx
Affectées au fonds d'exploitation (-)	30		xxx
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	31	(58)	xxx
Affectées à des fonds affectés (-)	32		xxx
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	33	(40 010)	xxx
Autres transferts interfonds	34	3 044	xxx
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.25 à L.34)	35	531 906	xxx

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2011

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
PRODUITS			
MSSS	01	22 935 852	20 860 320
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		(1 964)
Crédits régionaux	03		194 502
Variation des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	04		
Ajustement de la subvention à recevoir - réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	05	143	(26)
Revenus de placements	06	34 286	17 175
Revenus d'autres sources:			
Subvention du gouvernement fédéral	07		
Autres subventions	08		
Autres revenus	09	5 145 103	4 762 243
Total des produits (L.01 à L.09)	10	28 115 384	25 832 250
CHARGES			
Établissements publics	11	1 581 750	9 349
Organismes	12		2 081
Intérêts sur emprunts	13		
Charges d'exploitation:			
Salaires	14	95 036	132 174
Avantages sociaux	15	8 558	15 523
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	16	8 126	
Charges sociales - autres	17	4 151	16 352
Frais de déplacement et d'inscription	18	1 132	3 536
Services achetés	19		
Location d'équipement	20		
Fournitures de bureau	21		
Autres charges d'exploitation	22	113	12 757
Autres charges	23	26 649 467	25 078 397
Total des charges (L.11 à L.23)	24	28 348 333	25 270 169
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L. 10- L.24)	25	(232 949)	562 081

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2011

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Ministère de la santé et des services sociaux:			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	363 169	(380 257)
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 318 633	1 389 947
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition	04		
Amortissement des revenus reportés:			
Contributions du gouvernement fédéral	05		
Autres contributions et dons (préciser)	06		
Autres revenus (préciser)	07		
Total des produits (L.01 à L.07)		1 681 802	1 009 690
CHARGES			
Frais d'intérêts:			
Corporation d'hébergement du Québec	09		532 433
Financement Québec	10	1 325 777	859 929
Société d'habitation du Québec	11		
Autres	12	3 944	8 528
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	13	197 848	219 303
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	14	4 488	
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	15	35 891	111 601
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	16	837 599	305 469
Perte sur disposition d'immobilisations	17		
Autres charges	18	125 781	49 221
Total des charges (L.09 à L.18)		2 531 328	2 086 484
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.19)		(849 526)	(1 076 794)

À titre informatif seulement: Contributions			
Contributions en provenance du:			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	90 321	48 960
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	40 010	52 394
De fonds affectés (+)	25	8 912	975 440
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-) (préciser)	27	(67 011)	
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.23 à L.30)		(777 294)	0

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2011

SOLDE DE FONDS

		Activités principales 1	Avoir propre 2	Total (C.1 + C.2) 3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	150 477	627 218	777 695
Additions (déductions)				
ACTIVITÉS PRINCIPALES:				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre):	02	348 149		348 149
Transferts interfonds (provenance):				
Contributions des fonds affectés (+)	03	xxxx	12 235	12 235
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	04	xxxx		
Contributions du fonds de stationnement (+)	05	xxxx		
Transferts interfonds (affectations):				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	06	xxxx	(90 321)	(90 321)
Contributions à d'autres fonds (-)	07	xxxx	(17 844)	(17 844)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES:				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre):	08	xxxx	5 570	5 570
Transferts interfonds (provenance):				
Contributions du fonds de stationnement (+)	09	xxxx		
Transferts interfonds (affectations):				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx		
Contributions au fonds de stationnement (c-a 8610)(-)	11	xxxx		
Contributions à d'autres fonds (-)	12	xxxx		
AUTRES ÉLÉMENTS:				
Libération de surplus	13	(150 477)	150 477	
Récupération de surplus	14		xxxx	
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	15	xxxx	(2 661)	(2 661)
Autres	16	(43 673)		(43 673)
Variation de l'exercice (L.02 à L.16)	17	153 999	57 456	211 455
Redressements demandés par le MSSS	18			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.17 + L.18)	19	304 476	684 674	989 150

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2011

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		621 357
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(849 526)	462 259
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	90 321	17 844
Contributions des activités régionalisées (+)	04	40 010	58
Contributions de fonds affectés (+)	05	8 912	88 769
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		(58)
Contributions à des fonds affectés (-)	08	(67 011)	
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	xxxx	(40 010)
Autres transferts interfonds	10		3 044
Contribution de l'avoir propre aux autres fonds	11	2 661	
Autres additions (déductions)	12	774 633	29 116
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	13	0	561 022
Redressements demandés par le MSSS	14		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.13 + L.14)	15	0	1 182 379

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2011

SOLDES DES FONDS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 763 114	2 310 379
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(232 949)	562 081
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(88 769)	
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(8 912)	(975 440)
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	51 732	(133 906)
Autres additions (déductions)	11	13 587	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(265 311)	(547 265)
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 497 803	1 763 114

BILAN

ACTIF	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées		
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent	
	1	2	3	4	
À court terme					
Encaisse	01	1 659 804	1 217 553	1 774 897	621 813
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS	03	26 777		106 644	118 686
Établissements publics	04	27 415	13 991	141 609	106 995
Fonds d'exploitation	05	xxxx	xxxx		8 860
Fonds des act. régionalisées	06		198 642	xxxx	xxxx
Fonds affectés	07	95 682	52 780		104 333
Autres	08	388 869	305 051	323 745	165 371
Charges payées d'avance	09	27 768	22 740	8 366	6 237
Autres éléments	10	45 660			
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.10)	11	2 271 975	1 810 757	2 355 261	1 132 295
À long terme					
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	12	616 777	612 029	131 731	129 618
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L. 11 à L.13)	14	2 888 752	2 422 786	2 486 992	1 261 913
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			0	
Emprunts temporaires	16			0	
Intérêts courus à payer	17			0	
Créditeurs et charges à payer :					
MSSS	18			0	
Établissements publics	19	15 946	11 000	599 088	67 578
Fonds d'exploitation	20	xxxx	xxxx	83 447	199 362
Fonds des activités régionalisées	21		8 860	xxxx	xxxx
Fonds affectés	22				
Salaires courus à payer	23	414 799	341 846		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	24	40 672			
Autres	25	565 029	536 932	218 767	184 445
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	26				
Autres revenus reportés	27	50 277	35 974	56 003	
Provision pour vacances et congés de maladie	28	812 879	706 757	335 953	171 098
Autres éléments	29		3 722	11 355	18 073
Total - Passif à court terme (L. 15 à L.29)	30	1 899 602	1 645 091	1 304 613	640 556
Dettes à long terme	31				
TOTAL DU PASSIF (L.30 + L.31)	32	1 899 602	1 645 091	1 304 613	640 556
SOLDE DE FONDS	33	989 150	777 695	1 182 379	621 357
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33)	34	2 888 752	2 422 786	2 486 992	1 261 913

BILAN

ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
À court terme			
Encaisse	01	2 349 045	1 386 750
Placements temporaires	02		
Débiteurs : MSSS	03	1 461 138	5 808
MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	04		
Établissements publics	05		
Fonds d'exploitation	06		
Fonds des activités régionalisées	07		
	08	xxxx	xxxx
Autres	09	234 127	868 035
Charges payées d'avance	10		
Autres éléments	11	22 286	
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)		4 066 596	2 260 593
À long terme			
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	13	24 911	24 768
Placements à long terme	14		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)		4 091 507	2 285 361
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16		
Emprunts temporaires	17		
Intérêts courus à payer	18		
Créditeurs et charges à payer : Établissements publics	19	761 657	50 000
Organismes	20		
Fonds d'exploitation	21	12 235	12 630
Fonds des activités régionalisées	22		
	23	xxxx	xxxx
Salaires courus à payer	24		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	25		
Autres	26	1 795 224	428 065
Revenus reportés - MSSS	27		
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	28		
Autres revenus reportés	29		
Provision pour vacances et congés de maladie	30	24 588	31 552
Autres éléments	31		
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.31)		2 593 704	522 247
SOLDE DE FONDS		1 497 803	1 763 114
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33)		4 091 507	2 285 361

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2011

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	(19 278)	
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	10 321 586	10 141 361
Débiteurs MSSS	04	226 713	137 209
Autres éléments	05	103 118	
À long terme			
Immobilisations	06	4 020 147	2 031 971
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	07	26 962 174	29 194 239
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	08	34 407	
Autres éléments d'actif	09		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.09)		41 648 867	41 504 780
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	11		
Emprunts temporaires	12	13 439 317	17 248 950
Intérêts courus à payer : Financement Québec	13	226 713	143 268
Corporation d'hébergement du Québec	14		(6 059)
Autres	15		
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Autres éléments	18	91 788	144 489
À long terme			
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	19		
Autres revenus reportés	20		
Provision pour vacances et congés de maladie	21		
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	27 891 049	23 974 133
TOTAL DU PASSIF (L.10 à L.23)		41 648 867	41 504 781
SOLDE DE FONDS			
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)		41 648 867	41 504 781

Exercice terminé le 31 mars 2011

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2010-2011

ENVELOPPE RÉGIONALE		2010-2011	2009-2010
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2010-2011 inscrit dans le système SBF-R	01	654 137 114	636 796 508
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	02	605 351 069	590 038 195
Allocations aux organismes communautaires	03	20 832 751	20 340 530
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	1 382 573	1 142 571
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	627 566 393	611 521 296
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	25 633 882	23 866 612
Autres	07	19 500	14 100
TOTAL (L.05 à L.07)	08	653 219 775	635 402 008
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	917 339	1 394 500
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics			
- Comptes à payer signifiés	10	562 035	1 059 141
- Comptes à payer non signifiés	11		
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics			
- Comptes à payer signifiés	12	355 304	335 359
- Comptes à payer non signifiés	13		
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	917 339	1 394 500
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15		
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	0	0
Information additionnelle			
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	17	15 508 947	8 114 983
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17	18	(15 508 947)	(8 114 983)

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2011

NOTE 1 – RÉSULTATS

Le résultat des opérations des activités principales indiqué à la page 200, ligne 29, est traité de la façon suivante :

- le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 348 149 \$; il est imputé au solde des activités principales et est assujéti à la politique de libération du surplus.

Le résultat des opérations des activités accessoires indiqué à la page 200, ligne 29, se solde par un excédent des revenus sur les charges de 5 570 \$ et est imputé à l'avoir propre.

NOTE 2 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

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

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

NOTE 3 – MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES**Changement de référentiel comptable**

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des Normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public de se conformer soit au Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public, avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1^{er} janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Agence est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont comptabilisés ni au bilan du fonds d'exploitation ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public;
- Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le changement de référentiel comptable n'a eu aucune autre incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Conventions comptables

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

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

Comptabilité d'exercice

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

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- ii) Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court et à long termes à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;
- iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale par les établissements concernés;
- iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;
- v) Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Classification des activités

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

- i) Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission;
- ii) Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

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

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

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

Centres d'activités

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

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
Améliorations locatives	10 ans
Location-acquisition	5 ans
Matériel et équipement	3 à 15 ans

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

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

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Revenus et revenus reportés (autres qu'immobilisations)

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement :

- i) Ces sommes, dont le budget de fonctionnement, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où elles sont autorisées, les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et une estimation raisonnable des montants en cause est possible lorsque applicable;
- ii) Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté seulement dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que pour des dépenses qui seront assumées pour ces fins dans le futur.
- iii) Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation d'un revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté peut être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement :

- i) Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente;
- ii) Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

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

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

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

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Revenus d'intérêts

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

Ristournes ou bonis bancaires

Les ristournes ou bonis accordés par les institutions financières prêteuses restent dans le fonds emprunteur. Ils ont pour effet de réduire la dépense d'intérêts et, le cas échéant, les intérêts courus à payer.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde du fonds d'immobilisations corresponde, à la fin de l'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

NOTE 5 - ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

L'état de la variation de la dette nette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette nette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

NOTE 6 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2011, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 82 599 938 \$ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, variant de 0,79 % à 1,50 %, garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 70 026 825 \$ du crédit autorisé n'est pas utilisé au 31 mars 2011. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2012.

NOTE 7 – BILLETS

	<u>2 0 1 1</u>	<u>2 0 1 0</u>
Billet à terme portant intérêt à des taux annuels variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable en versements annuels variables et en capital à refinancer par la CHQ, échéant en 2023.	3 938 838 \$	5 986 779 \$
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,72 %, remboursable en versements annuels de 134 617 \$ en capital, échéant en octobre 2010.		134 617
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,20 %, remboursable en versements annuels de 318 622 \$ en capital, échéant en décembre 2011.	2 491 660	2 810 282
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,367 %, remboursable en versements annuels de 33 477 \$ en capital, échéant en mars 2014.	703 024	736 501
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,367 %, remboursable en versements annuels de 430 203 \$ en capital, échéant en mars 2014.	3 669 657	4 099 860
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,436 %, remboursable en versements annuels de 18 083 \$ en capital, échéant en septembre 2013.	397 835	415 919
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,436 %, remboursable en versements annuels de 250 665 \$ en capital, échéant en septembre 2013.	2 276 777	2 527 442
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 218 377 \$ en capital, échéant le 1 ^{er} juin 2014.	3 418 595	3 636 972
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 373 955 \$ en capital, échéant le 1 ^{er} juin 2014.	3 169 437	3 543 392
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,83 %, remboursable en versements annuels de 42 405 \$ en capital, échéant le 1 ^{er} décembre 2016.	1 060 121	
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,83 %, remboursable en versements annuels de 669 247 \$ en capital, échéant le 1 ^{er} décembre 2016.	6 718 802	
	27 844 746 \$	23 891 764 \$
Tranche échéant à moins d'un an	5 095 282	3 825 940
	22 749 464 \$	20 065 824 \$

Les remboursements en capital des billets à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2012	2 645 552 \$
2013	7 541 897 \$
2014	6 235 182 \$
2015	864 648 \$
2016	4 373 662 \$

NOTE 8 – RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 9 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu d'un bail à long terme échéant le 30 juin 2023 pour des locaux administratifs, et jusqu'en novembre 2012 pour des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2011 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 1 151 824 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

	<u>Locaux administratifs</u>	<u>Équipements loués</u>
2012	1 113 065 \$	41 638 \$
2013	1 113 065	27 759
2014	1 113 065	
2015	1 113 065	
2016	1 113 065	
2017 et subséquentes	7 791 455	
	<u>13 356 780 \$</u>	<u>69 397 \$</u>

NOTE 10 - LOYER CORPORATION D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le coût des loyers des établissements privés conventionnés de la région de Lanaudière a été comptabilisé aux états financiers de l'Agence.

Centre d'hébergement Champlain Le Château	460 111 \$
CHSLD Vigi Yves-Blais	697 319
CHSLD de la Côte-Boisée	838 365
	<u>1 995 795 \$</u>

NOTE 11 – OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION-ACQUISITION

	<u>2 0 1 1</u>
Financement d'un serveur, contrat CA2D-7C9HF6-2, remboursable par mensualités de 957,73 \$ incluant les intérêts calculés au taux de 6,66 %, échéant le 1 ^{er} avril 2012.	15 899 \$
Financement d'un serveur, contrat CABC-79DL5D-2, remboursable par mensualités de 1 204,80 \$ incluant les intérêts calculés au taux de 7,46 %, échéant le 1 ^{er} janvier 2012.	16 035
Financement d'un serveur, contrat CACC-79L4HK-2, remboursable par mensualités de 970,02 \$ incluant les intérêts calculés au taux de 7,46 %, échéant le 1 ^{er} janvier 2012.	<u>14 369</u>
Montant total des paiements minimums futurs (frais d'intérêts inclus dans les versements)	<u><u>46 303</u></u> \$
Obligation échéant au cours du prochain exercice	<u>(42 141) \$</u>
	<u><u>4 162</u></u> \$

Les paiements minimums futurs exigibles sur les financements à long terme au cours des deux prochains exercices sont les suivants :

2012	42 141 \$
2013	<u>4 162</u>
	<u><u>46 303</u></u> \$

NOTE 12 – ÉVENTUALITÉ

L'Agence a reçu une réclamation au montant de 128 410 \$ relativement à un litige portant sur le taux de rétribution des ressources intermédiaires. Selon la direction, il est très peu probable que l'Agence ait à verser une quelconque indemnité aux ressources intermédiaires.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Allocations des ressources financières aux établissements

	2010-2011		2009-2010	
	Budget final net	Surplus (Déficit) ¹	Budget final net	Surplus (Déficit)
	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS (budget net de fonctionnement)				
Centres de santé et de services sociaux				
1104-4203 CSSS du Sud de Lanaudière	216 512 598	(1 166 511)	208 857 048	(5 503 891)
1104-4435 CSSS du Nord de Lanaudière	252 634 205	(3 550 997)	248 061 308	(1 469 133)
	469 146 803	(4 717 508)	456 918 356	(6 973 024)
Centres de réadaptation - déficience intellectuelle et physique				
1104-2579 CR La Myriade	38 677 843	181 813	38 074 394	(489)
1841-5299 CRDP Le Bouclier	24 792 926	23 556	23 872 081	743 971
	63 470 769	205 369	61 946 475	743 482
Centres de réadaptation et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse				
1104-2595 Centres jeunesse de Lanaudière	49 773 467	(1 398 266)	48 461 138	(1 436 833)
	49 773 467	(1 398 266)	48 461 138	(1 436 833)
TOTAL ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	582 391 039	(5 910 405)	567 325 969	(7 666 375)
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS (budget net agréé)				
Centres d'hébergement et de soins de longue durée				
1104-3791 CHSLD de la Côte Boisée	8 715 610	225 196	8 621 057	368 623
1265-3192 CHSLD Heather	4 075 399	(134 454)	4 053 444	91 435
5123-0217 Centre d'hébergement Champlain Le Château	4 003 392	145 969	3 952 690	131 537
5122-3337 CHSLD Vigi Yves-Blais (Vigi Santé Ltée)	6 165 629	295 610	6 085 035	278 197
	22 960 030	532 321	22 712 226	869 792
TOTAL ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS	22 960 030	532 321	22 712 226	869 792
TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS	605 351 069	(5 378 084)	590 038 195	(6 796 583)

¹ Le surplus (déficit) est présenté après contributions provenant des fonds affectés ou d'autres fonds.

**Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Subventions 2010-2011 récurrentes aux organismes communautaires**

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
Mission globale		
<i>Promotion et services à la communauté</i>		
Alco-toxico		
Réseau comm. d'aide aux alcool. et toxicomanes (Le Réseau)	58 754	57 601
Unité d'inform. et d'action en toxicomanie Des Moulins (Uniatox)	60 188	29 502
	118 942	87 103
Prévention des toxicomanies		
Le Réseau	184 425	180 808
Uniatox	185 674	95 146
	370 099	275 954
Toxicomanie, support communautaire		
Le Réseau	147 553	144 659
Uniatox	156 145	171 604
	303 698	316 263
Dépistage et intervention précoce		
Le Réseau	85 830	84 146
Uniatox	74 586	42 723
	160 416	126 869
Santé publique - contraception, allaitement, périnatalité		
Marraines Coup de Pouce	21 951	21 520
Nourri-Source - Lanaudière	21 952	21 521
Amies de l'allaitement de la Matawinie	5 365	5 259
	49 268	48 300
Organismes TDAH		
PANDA de la MRC l'Assomption	42 547	41 712
Association de parents PANDA de la MRC des Moulins	42 547	41 712
Association de parents PANDA Matawinie	42 548	41 713
	127 642	125 137
Déficience intellectuelle, TED, autisme, déficience physique		
Maisons d'à Côté	515 731	505 618
Les Répits de Gaby (camps)	314 726	308 554
Corporation répit dépannage de Lanaudière (Clémentine)	132 106	129 515
Corporation répit dépannage de Lanaudière (répit autisme)	18 121	17 765

	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
Amis de la déficience intellectuelle Rive-Nord	106 333	104 247
Service régional d'interprétariat de Lanaudière	115 114	112 856
Société de l'autisme région de Lanaudière	76 789	75 282
Ateliers éducatifs "Les petits mousses"	83 135	81 503
Parrainage civique Lanaudière	73 823	72 374
Association des personnes handicapées Matawinie	95 898	94 017
Association Handami pour pers. handicapées et leur famille	58 138	56 996
Association des personnes handicapées - secteur Berthier	55 020	53 940
Association des personnes handicapées physiques et sensorielles	81 982	80 374
Association québécoise de la dysphasie, région Lanaudière	64 122	62 864
Association des personnes handicapées phys. Rive-Nord inc.	62 126	45 697
Rose Bleue : Association des personnes handicapées Des Moulins	45 448	44 556
Association de parents d'enfant trisomique-21 Lanaudière	52 236	51 211
Entraide pour la déficience intellectuelle du Joliette métropolitain	100 800	98 823
Association des personnes handicapées de Brandon	35 311	34 618
Association sclérose en plaques de Lanaudière	42 728	41 889
Association des sourds de Lanaudière	43 340	42 489
Corporation Les enfants de ma rue	53 367	52 318
Gym-Eau Lanaudière	21 951	21 520
L'Arche Joliette	21 458	21 036
Association des pers. handicapées de St-Michel-des-Saints et St-Zénon	21 458	21 036
Association des devenus sourds et des malentendants du Québec	21 458	21 036
	2 312 719	2 252 134
Centres d'action bénévole		
Regroupement bénévole de Montcalm	51 801	50 784
Centre d'action bénévole Des Moulins	51 684	50 670
Centre de bénévolat de Brandon	36 552	35 834
Service bénévole comté l'Assomption	51 364	50 356
Centre communautaire bénévole Matawinie	51 164	50 160
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	50 944	49 944
Centre d'action bénévole d'Autray	35 770	35 068
	329 279	322 816
Perte d'autonomie liée au vieillissement - Personnes âgées		
Les Amis de Lamater	82 077	80 467
Société Alzheimer Lanaudière	143 856	141 034
Services amitié l'Assomption	48 157	47 212
Groupe entraide et amitié de Ste-Julienne	38 831	38 069
Regroupement bénévole de Montcalm	25 346	24 848
Service bénévole Comté l'Assomption	25 346	24 848
Support aux aînés anglophones	21 951	21 520
Maison des Aînés de Chertsey	21 951	21 520
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	21 543	21 120
Le Regroupement des aidants naturels du comté de l'Assomption	21 458	21 036
Centre communautaire bénévole Matawinie	20 720	20 313
Le réseau des aidants naturels d'Autray	18 920	18 548
Maison Mémoire du cœur	31 495	30 876
Les amis des aînés de Lanaudière	21 458	21 036
Centre d'action bénévole d'Autray	14 254	13 974
Centre de bénévolat de Brandon	11 014	10 797
	568 377	557 218

	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
Santé physique		
Albatros (14) Lanaudière	21 952	21 521
Association un cœur pour tous Lanaudière	21 951	21 520
Santé à cœur d'Autray Matawinie	21 951	21 520
Association régionale de la fibromyalgie de Lanaudière	21 951	21 520
Cancer-Aide Lanaudière	21 458	21 036
	109 263	107 117
Santé publique - personnes démunies		
Solidarité sociale de Rawdon	52 624	51 591
Moisson Lanaudière	44 864	43 983
Centre d'entraide Mandeville	-	8 939
Aux trouvaillies de Mandeville	35 503	-
Groupe populaire d'entraide de Lavaltrie	35 786	35 083
La Manne quotidienne	33 031	32 382
Groupe d'entraide en toute amitié	31 870	31 244
Les cuisines collectives de Matha	27 884	27 336
Groupe populaire d'Entrelacs	22 635	22 190
Soupière Joliette-Lanaudière	22 614	22 170
Groupe des Montagnards de Chertsey	22 447	22 006
Maison populaire de Joliette	21 951	21 520
Cuisines collectives La Joyeuse Marmite	21 951	21 520
Au coin du dépannage inc.	21 951	21 520
Carrefour Émilie de Lanoraie	21 950	21 519
Source de vie de St-Gabriel	21 950	21 519
La Ruche St-Damien	21 950	21 519
Le comptoir alimentaire de la Haute Matawinie	21 950	21 519
Fin à la faim	21 950	21 519
Les ailes de l'espoir de St-Calixte	21 950	21 519
Clé familiale St-Barthélémy	10 729	10 518
Les Collatines de l'Épiphanie	5 365	5 259
Unité Point de départ	37 184	36 454
	580 089	542 829
Hébergement clientèle en difficulté		
Hébergement d'urgence Lanaudière	207 045	202 984
	207 045	202 984
Orientation et identité sexuelles		
Le Néo - Association de jeunes allosexuels de Lanaudière	21 458	21 036
	21 458	21 036
Services aux femmes et conjoints en difficulté		
Hébergement femmes violentées/difficulté		
Regard en elle	727 814	713 542
Maison d'accueil La Traverse	701 605	687 847
Regroup'elles inc.	685 527	750 660
	2 114 946	2 152 049
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.)		
C.A.L.A.C.S. Coup de cœur	239 647	234 947
C.A.L.A.C.S. La Chrysalide	217 777	213 506
	457 424	448 453

	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
Centres de femmes		
Centre Au coeur des femmes	176 596	173 133
Avec des elles inc.	176 337	172 878
Centre de femmes Montcalm	176 335	172 877
Centre de F.A.M. des Moulins	176 334	172 876
Centre Arc-en-ci-elle inc.	176 334	172 876
Centre de femmes Marie-Dupuis	176 333	172 875
Inter-femmes inc.	176 335	172 877
	1 234 604	1 210 392
Autres ressources pour femmes		
Maison Pauline Bonin	43 903	43 042
	43 903	43 042
Hommes en difficulté		
Centre d'aide pour hommes de Lanaudière CAHo	247 725	242 868
Parents unis, Repentigny (Lanaudière)	177 501	174 021
	425 226	416 889
Services à la jeunesse		
Organismes de justice alternative		
L'Avenue, justice alternative	307 996	301 957
REPARS	294 375	288 603
	602 371	590 560
Hébergement communautaire jeunesse		
Maison d'hébergement jeunesse Roland-Gauvreau	356 729	349 734
Maison d'hébergement Accueil jeunesse Lanaudière inc.	332 774	326 249
Centre Le Diapason	332 769	326 244
Chaumière jeunesse de Rawdon	327 065	320 652
	1 349 337	1 322 879
Autres ressources jeunesse		
Association pour les jeunes de la rue de Joliette	125 367	122 909
Travail de rue Repentigny	123 019	120 607
Travail de rue de Terrebonne	-	100 312
Espace Lanaudière	-	117 880
Travail de rue Lavaltrie	85 591	83 913
A.J.I.R. organisme jeunesse	76 103	74 611
Enfance libre Lanaudière	120 238	
Grands frères, grandes sœurs Lanaudière	22 239	21 803
	552 557	642 035
Maisons de jeunes		
Maison des jeunes de Repentigny	137 305	105 080
Maison des jeunes, Café-rencontre 12-17 du Grand Joliette	92 175	90 368
Maison des Jeunes de l'Assomption	87 558	85 841
Maison des jeunes de Terrebonne (2003)	90 857	89 075
Maison des jeunes: Place jeunesse Berthier	87 034	85 327
Lachenaie action jeunesse	69 055	67 701
Maison des jeunes de Ste-Julienne	67 870	66 539
Maison des Jeunes de Mascouche	70 605	69 221
Maison des jeunes "Sens unique" secteur Brandon	75 948	74 459
Maison des Jeunes "Le Gros Orteil"	59 712	58 541

	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
Relais Jeunesse de Lavaltrie	58 674	57 524
Maison des Jeunes, La Piaule de Joliette	49 537	48 566
Maison des Jeunes de Crabtree	49 536	48 565
Maison des Jeunes du Nord	43 264	42 416
Maison des Jeunes de St-Donat	43 264	42 416
Maison des Jeunes D.O. Ados	43 168	42 322
Maison des jeunes Laurentides/St-Lin	43 168	42 322
Club Jeunesse de Lanoraie	43 168	42 322
Maison des Jeunes de Rawdon	21 428	18 482
Maison des Jeunes de St-Félix	37 406	36 673
Maison des Jeunes de Le Gardeur	-	-
Maison des jeunes Jeunesse-Énergie	-	31 211
Maison des jeunes de St-Sulpice	31 835	31 211
Maison des jeunes de l'Épiphanie	31 835	31 211
Maison des jeunes St-Esprit de Montcalm	31 835	31 211
Maison des jeunes de Ste-Marcelline	31 835	31 211
Maison des jeunes « Les Mayais »	31 835	
Maison des jeunes La Relève St-Calixte	21 458	21 036
	1 451 365	1 390 851

Services de maintien à domicile

CAB - Perte d'autonomie liée au vieillissement

Centre communautaire bénévole Matawinie	325 383	319 002
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	313 278	307 134
Service bénévole comté l'Assomption	269 647	264 359
Centre d'action bénévole d'Autray inc.	268 698	263 428
Regroupement bénévole de Montcalm	250 631	245 716
Centre d'action bénévole Des Moulins	233 702	229 119
Centre de bénévolat de Brandon	33 059	30 960
	1 694 398	1 659 718

Déficiences physiques

Association des personnes handicapées de Matawinie	42 705	41 867
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord inc.	21 636	21 211
Association des personnes handicapées de Brandon	12 052	11 815
Association des personnes handicapées du secteur Berthier	9 150	8 970
	85 543	83 863

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Société Alzheimer de Lanaudière	23 837	23 369
Popote roulante La Plaine	32 704	32 062
Le Réseau des aidants naturels d'Autray	2 538	2 487
	59 079	57 918

Santé mentale

Centre de prévention du suicide de Lanaudière	484 295	474 799
La Lueur du Phare	314 600	308 431
Le Tournesol de la Rive-Nord inc.	139 493	136 758
Le Vaisseau d'or Des Moulins	133 354	130 739
La Bonne étoile Joliette inc.	124 069	121 636
La Rescousse amicale	121 043	118 670
La Rescousse Montcalm	104 624	102 573
Propulsion Lanaudière	77 410	75 892
Groupe d'entraide en santé mentale "L'Envol"	76 227	74 732
Centre d'entraide en santé mentale "Le Croissant de lune"	76 060	74 569

	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
MI-ZÉ-VIE inc.	76 060	74 569
La Maison L'intersection	21 951	21 521
Regroup. org. comm. et altern. en santé mentale de Lanaudière	8 625	8 456
	1 757 811	1 723 345
Santé mentale (hébergement)		
Vaisseau d'or Des Moulins (volet hébergement)	293 706	287 947
Habitat Jeunesse Mascouche (volet hébergement)	188 986	185 280
Habitat Jeunesse Mascouche (volet socio-résidentiel)	51 052	50 051
Services de crise de Lanaudière	425 053	416 719
Propulsion Lanaudière (volet socio-résidentiel)	161 096	157 937
	1 119 893	1 097 934
SIDA		
Maison Ste-Famille Tom Dee	196 790	192 931
	196 790	192 931
Consultation et concertation régionale		
Table régionale des org. comm. de Lanaudière (TROCL)	177 683	174 199
	177 683	174 199
Total - Mission globale	18 581 225	18 192 818
Ententes spécifiques		
Dépendance		
Uniatox	-	128 269
	-	128 269
Déficiência intellectuelle, TED, autisme, déficiéncia physique		
Société d'autisme de Lanaudière (formation autisme)	5 527	5 418
Corp. Répit dépan. Lanaudière (Clémentine-Pour souffler à tête reposée)	23 791	23 322
Les Amandiers	55 690	54 597
Ass. pers. hand. secteur Berthier (Clémentine-Pour souffler à tête reposée)	33 917	33 251
Associations des personnes handicapées physiques Rive-Nord	36 023	50 526
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Montréal	4 138	4 056
La Rose bleue : APH Des Moulins	10 344	10 140
	169 430	181 310
Transport clientèles vulnérables		
Centre d'action bénévole d'Autray	7 817	7 664
Centre communautaire bénévole Matawinie	18 956	18 584
Service bénévole comté l'Assomption	14 268	13 987
Regroupement bénévole de Montcalm	14 540	14 254
Centre d'action bénévole Des Moulins	10 837	10 624
Centre de bénévolat de Brandon	5 053	4 953
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	9 176	8 995
	80 647	79 061

	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
Autres ressources en santé mentale		
Les Services de crise de Lanaudière	429 156	420 741
Pleins droits Lanaudière	105 692	103 620
	534 848	524 361
Autres ressources - Perte d'autonomie liée au vieillissement		
Centre d'action bénévole d'Autray	-	15 800
Ass. sclérose en plaques Lanaudière	-	-
	-	15 800
Santé mentale		
Transport santé mentale		
Centre d'action bénévole d'Autray	7 840	7 686
Service bénévole comté l'Assomption	9 223	9 042
Centre d'action bénévole Des Moulins	1 951	1 913
Centre de bénévolat de Brandon	3 057	2 997
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	5 257	5 154
La Rescousse Montcalm	10 360	10 157
MI-ZE-VIE	3 321	3 256
La Rescousse amicale	17 441	17 099
	58 450	57 304
Formation MAD		
Budget de formation	14 905	14 613
	14 905	14 613
Autres ressources - Maison de jeunes		
MDJ de Repentigny inc.	-	29 533
	-	29 533
Autres ressources pour hommes		
Parents-Unis Repentigny	26 500	-
	26 500	
Adaptation des services destinés à la clientèle masculine		
Le Néo	35 000	-
	35 000	
Total - Ententes spécifiques	919 780	1 030 251
Autres programmes - Ententes spécifiques		
Santé publique - Programme de prévention des traumatismes (Programme récurrent - alloué non récurrent)		
Carrefour familial Des Moulins	3 068	3 008
Ateliers éducatifs " Les petits mousses "	3 067	3 007
Cible famille Brandon	3 067	3 007
Association carrefour Famille Montcalm	3 069	3 009
Maison Parent-Aise	3 067	3 007
Parentfants de Mascouche	3 067	3 007
Action famille Lavaltrie inc.	3 067	3 007
Action famille Lanoraie inc.	3 067	3 007

	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
Maison de la famille aux Quatre-Vents (Berthier)	3 067	3 007
Mouvement organisé des mères solidaires (MOMS)	3 067	3 007
Maison de parents de la Matawinie Ouest	3 067	3 007
Défi famille Matawinie	3 067	3 007
Maison de la famille La Parenthèse	3 068	1 875
Joujouthèque La Farfouille	3 067	3 007
	42 942	40 969

Santé publique - Programme de sécurité alimentaire

Groupe populaire d'Entrelacs	4 186	4 104
Groupe des montagnards de Chertsey	4 374	4 288
Solidarité sociale de Rawdon	3 165	3 103
Centre d'entraide de Mandeville	-	786
Aux trouvaillies de Mandeville	3 251	
Groupe d'entraide en toute amitié	3 534	3 465
Soupière Joliette-Lanaudière	4 208	4 125
Moisson Lanaudière	3 415	3 348
Source de vie de St-Gabriel	4 871	4 775
La Manne quotidienne	2 233	2 189
La Ruche St-Damien	4 871	4 775
Cuisines collectives de Matha	12 167	11 927
Comptoir alimentaire de la Haute-Matawinie	4 872	4 775
Cuisines collectives La Joyeuse marmite	18 100	17 744
	73 247	69 404

Déficiences - physique (TCC sans agents payeurs)

Association des personnes handicapées physiques et sensorielles - Joliette	21 951	21 521
	21 951	21 521
Total - Autres programmes - Ententes spécifiques	138 140	131 894

GRAND TOTAL	19 639 145	19 354 963
--------------------	-------------------	-------------------

**Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Autorisations d'emprunt accordées en vertu de la Loi**

Exercice 2010-2011

Type	Catégorie	Nombre 2010-2011	Autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2011 \$	Montant réel des emprunts au 31 mars 2011 \$	% en fonction du budget des établissements (1)
Immobilisations	Autofinancé/Réparations rénovations	1	795 976	795 976	0,121%
	Autofinancé/Économies d'énergie (3)	2	9 426 217	580 647	1,429%
Total immobilisations (2)			10 222 193	1 376 623	1,549%

Fonctionnement	Équilibre budgétaire	3	79 200 000	62 666 000	12,004%
	Tierce responsabilité	1	334 000	334 000	0,051%
Total fonctionnement			79 534 000	63 000 000	12,054%

Grand total			89 756 193	64 376 623	13,603%
--------------------	--	--	-------------------	-------------------	---------

(1) Le budget brut (incluant les produits sanguins et les activités accessoires) de l'ensemble des établissements de la région au 31 mars 2011 était de : 659 805 305 \$

(2) Le plafond autorisé pour les emprunts contractés pour les dépenses d'immobilisations de la région de Lanaudière est de 3 090 000 \$. Ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie et tout dépassement de ce montant a été préalablement autorisé par le MSSS.

(3) Dans le cadre de la phase II du "Programme ministériel de soutien à l'efficacité énergétique", le MSSS a autorisé au CSSS du Nord de Lanaudière un montant de 8 845 570 \$. Cet emprunt autofinancé - catégorie économie d'énergie - a été accordé pour leur projet d'efficacité énergétique en mode ESE.

ANNEXE 1 À LA CIRCULAIRE 2011-027-12
(03.01.61.26)

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Note 1 :		
Effectifs de l'Agence :		
Les cadres : (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	23	24
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1,6	1,6
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	129	97
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	5,9	8,4
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	25 825	28 414
Équivalents temps complet (b)	14,19	15,61
Les embauches	45	27
Les départs	12	25

- (a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
- Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi
- (b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
- Nombre d'heures rémunérées
divisé par :
1 820 heures

**BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE,
2010-2011**

**DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES
DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

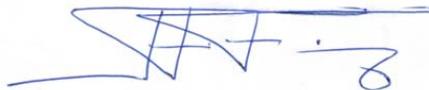
Les résultats et l'information contenus dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données de l'information et des explications qui y sont présentées. Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux.

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

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Signé à Joliette le 1^{er} juin 2011



Jean-François Foisy
Président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Réalizations attendues	
<i>Indicateurs</i>	<i>Réalisée</i>	<i>Non réalisée</i>
Dépôt du plan stratégique régional	X	
Plan d'action 2011-2012 de l'Agence	X	
Dépôt de projets d'optimisation sur les services de soutien à domicile	X	
Dépôt de projets d'optimisation sur les services diagnostiques	X	
Dépôt, au Ministère, des ententes de gestion Agence/établissements 2010-2011	X	
Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	X	
Dépôt du bilan du plan d'accès en déficience		X
Dépôt du plan de travail sur le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (jeunesse)	X	
Commentaires		
<p>Dépôt de projets d'optimisation : Le 27 janvier 2011. Le suivi des dossiers est en cours et sera fait à la Table d'optimisation en 2011-2012 selon un formulaire prescrit.</p> <p>Dépôt du bilan du plan d'accès en déficience : Le bilan du PRAAC 2010-2011 sera déposé au MSSS au plus tard le 17 juin 2011, ainsi que le prochain PRAAC 2011-2012, à l'attention de monsieur Sylvain Gagnon.</p> <p>Intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu : En ce qui concerne le programme d'intervention de crise, il est implanté au CSSS du Sud de Lanaudière (CSSSSL) depuis 2005 et depuis 2008 au CSSS du Nord de Lanaudière (CSSSNL). L'équipe mobile de crise est une équipe régionale qui dépend du CSSSNL. Le programme est bien arrimé avec les principaux partenaires soit les Centres jeunesse de Lanaudière, les policiers du territoire, le service Info-Santé/Info-Social.</p> <p>Implantation du programme en négligence : Pour le CSSSNL et le CSSSSL, il y a des équipes du programme « intervention différenciée en partenariat-IDP » qui sont déployées depuis septembre 2010, et ce, sur tout le territoire de Lanaudière. Le programme IDP rejoint les enfants de 5 à 12 ans estimés à risque.</p> <p>Il faut noter que ce projet fait l'objet d'un accompagnement par une équipe de chercheuses issues du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, en collaboration avec l'Université de Montréal et l'Université Laval.</p> <p>À cet égard, l'implantation se fera à compter de 2013-2014, après que les résultats de la recherche aient été déposés. Le projet se déroule en partenariat avec les deux commissions scolaires de Lanaudière, soit des Affluents (Sud) et des Samares (Nord), les deux CSSS, ainsi qu'avec les Centres jeunesse de Lanaudière qui est le porteur du projet.</p>		
Nom :	Date :	

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Attentes spécifiques	
Objectifs de résultats 2010-2015		
<i>Sujets</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	
Optimisation : Actualiser, conjointement avec les régions des Laurentides et de Laval, la mise en commun et le regroupement de services.	À venir	
PALV : Optimisation SAD, ajout de lits CHSLD et amélioration des installations CHSLD.	À venir	
Maladies chroniques : Actualiser les projets de gestion des maladies chroniques dans les deux territoires CSSS.	À venir	
Programmes Jeunes en difficulté, Déficience physique, Déficience intellectuelle et Trouble envahissant du développement : Maintenir le niveau actuel de services de première ligne dans la prise en charge des besoins de ces clientèles.	Atteint	
<i>Commentaires</i>		
<p>Optimisation : Divers sujets ont été priorisés en 2010-2011 et seront discutés et analysés en 2011-2012 par les ressources visées telles que le regroupement des RI en RH (relève des cadres, service-conseil, relations de travail, santé et sécurité au travail, etc.).</p> <p>PALV : Projets en cours. Nous sommes en attente de confirmations du MSSS.</p> <p>Maladies chroniques : Les activités cliniques des professionnelles ont débuté cet hiver aux groupes de médecine familiale (GMF) Rousseau-Montcalm (Nord) et L'Assomption (Sud).</p> <p>Programme Jeunes en difficulté, Déficience physique, Déficience intellectuelle et Trouble envahissant du développement : En 2010-2011, 1 035 usagers de plus qu'en 2009-2010 ont obtenu des services de soutien à domicile par les CSSS ou par allocation directe dans ces programmes. De plus, au cours de cette année, l'intensité des services a augmenté dans chacun de ces programmes.</p>		
Nom :	Date :	

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

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

Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats^A 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats^B 2010-2011</i>
1.1.12 Proportion de femmes inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière.	69,5 %	69,4 %	62,7 % ^C

Commentaires

Résultats visés vs résultats^D obtenus

Tableau 1 : Résultats visés et obtenus - proportion de la clientèle totale rejointe dans les SIPPE

	SIPPE						Atteinte de la cible
	Résultats visés			Résultats ^D obtenus			
	Cible	Potentiel	%	Résultat	Potentiel	%	
CSSS du Nord	204	282 ^E	72,3 %	182	282 ^E	64,5 % ^C	non ^C
CSSS du Sud	149	227	65,6 %	137	227	60,4 %	non
Lanaudière	353	509^E	69,4 %	319	509^E	62,7 %^C	non^C

MOTIFS DE NON-ATTEINTE DES CIBLES

1. Impacts des dénominateurs utilisés pour le calcul de la proportion

1.1 Dans les dénominateurs utilisés (nombre de femmes ayant accouché dans l'année), les femmes résidant sur le territoire de Manawan sont incluses, alors que le CSSS du Nord n'a pas à leur offrir de services. Ainsi, dans le potentiel de femmes à rejoindre (n=509), environ 50 femmes de Manawan sont incluses. Si on soustrait ces femmes, notre dénominateur diminue à 459 (509-50=459). En recalculant la proportion avec ce dénominateur (319/459), on obtient une proportion de femmes rejointes de 69,5 % (atteinte de la cible).

1.2 Les femmes inscrites au volet **≥ 20 ans** doivent répondre à deux critères : la sous-scolarité et le faible revenu. Or, le dénominateur pour le volet **≥ 20 ans** tient compte seulement d'un critère (sous-scolarité). Ainsi, le dénominateur contient certes des femmes qui vivent sous le seuil de faible revenu, mais également des femmes qui ont un revenu au-delà de ce seuil. En d'autres termes, le dénominateur surestime le potentiel de femmes pouvant être rejointes, en incluant des femmes qui ne sont pas admissibles aux SIPPE parce qu'elles ont un revenu supérieur au seuil fixé. On ignore toutefois la proportion de ces femmes, mais cela surestime assurément le dénominateur utilisé dans le calcul de proportion.

A Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web).

B Résultats provisoires en date du 3 mai 2011.

C Si on exclut du dénominateur (potentiel) les femmes ayant accouché et résidant sur le territoire de Manawan (n=50), la proportion grimpe à 78,4 % (182/232) pour le CSSS du Nord et à 69,5 % (319/459) pour la région. Il y a donc atteinte des résultats pour le CSSS du Nord et la région de Lanaudière. Voir aussi 1.1 ci-dessus.

D Les résultats (proportions) sont calculés ainsi :

Nombre de femmes ayant accouché entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011 et suivies dans les SIPPE

Projections 2010-2011 : nombre de femmes de moins de 20 ans + nombre de femmes de 20 ans et plus ayant moins de 11 ans de scolarité qui accoucheront dans l'année 2010-2011, incluant celles de Manawan, par RLS et pour la région

Source : Thibodeau, K. ; Elfassih, L. et M. Mesfoui (2010). *Analyse des séries chronologiques : application aux populations visées par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Projections de population 2009-2010 à 2013-2014.* Direction de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Département de mathématiques et d'informatique, UQAR.

E Ces données incluent les femmes ayant accouché et résidant sur le territoire de Manawan (n=50), bien que le CSSS du Nord n'a pas à leur offrir de services.

2. Impact des choix régionaux dans le calcul du seuil de faible revenu

2.1 Les femmes inscrites au volet ≥ 20 ans doivent répondre à deux critères : la sous-scolarité et le faible revenu. Certains choix régionaux ont été faits il y a quelques années dans la façon de calculer le revenu lors de la grossesse (ex. : exclure l'enfant à naître comme une personne à considérer dans la taille de l'unité familiale, considérer le revenu du conjoint malgré une union de moins de 12 mois, etc.). Cela a eu pour effet de restreindre le seuil de faible revenu servant de critère pour être admis aux SIPPE. Les éléments à considérer (ex. : inclusion de l'enfant à naître dans la taille de l'unité de la famille) dans la méthode de calcul du revenu ont été revus en décembre 2010, de sorte que davantage de familles sont dorénavant admises, en prénatal, dans les SIPPE. Cela aura un impact sur les résultats 2011-2012 puisque la plupart de ces femmes (familles) accoucheront au cours de la prochaine année.

Nom : Marie-Andrée Bossé, révisée par Ginette Lampron

Date : 10 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

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

Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2009-2010</i>	<i>Cibles* 2010-2011</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>
1.1.12b Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE au cours de l'année de référence			
Période prénatale : de la 12 ^e semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement	0,31	0,5	0,34
Période postnatale 1 : dès la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant	0,84	1,0	0,79
Période postnatale 2 : de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant	0,28	0,5	0,28
Période postnatale 3 : du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant	0,20	0,25	0,19

Commentaires

Résultats visés vs résultats obtenus**

	Période prénatale	Période postnatale 1	Période postnatale 2	Période postnatale 3
	Résultat visé : 0,5	Résultat visé : 1,0	Résultat visé : 0,5	Résultat visé : 0,25
	RÉSULTAT OBTENU	RÉSULTAT OBTENU	RÉSULTAT OBTENU	RÉSULTAT OBTENU
CSSS du Nord	0,36	0,73	0,28	0,18
CSSS du Sud	0,32	0,86	0,28	0,20
Lanaudière	0,34	0,79	0,28	0,19

** Le résultat est obtenu en divisant le nombre de visites à domicile auprès des femmes suivies dans les SIPPE par période de suivi par le nombre total de semaines par période de suivi.

MOTIFS DE NON-ATTEINTE DES CIBLES

- Ne sont considérées ici que les visites à domicile. Les résultats indiqués excluent d'autres modalités d'intervention auprès des familles (ex. : interventions de groupe, téléphoniques, au CLSC, à l'école, dans un organisme communautaire, corridors de services spécialisés, etc.). Si l'on considère les autres lieux que le domicile, l'intensité des suivis individuels augmente de façon importante, passant, par exemple en période prénatale, de 0,34 à 0,52*** (résultat visé : 0,5) (donnée non disponible pour les périodes de suivi postnatales 1, 2 et 3).
- Certaines fiches périnatalité (n=125), dans lesquelles sont ponctionnées le nombre de semaines servant au calcul de l'intensité (dénominateur), ne sont pas fermées malgré une absence d'intervention depuis 3 mois. Cela augmente le nombre de semaines au dénominateur sans pour autant augmenter le numérateur (nombre de visites à domicile). Par conséquent, le résultat obtenu en est affecté.

*** Source : RAMQ (2011). Outils régionaux 2010-2011. Indicateur 1.10B-IPR-T (Nb interventions SIPPE Prénatal) / 1.10B-SPR-T (Nb semaines SIPPE Prénatal).

Nom : Marie-Andrée Bossé, révisé par Ginette Lampron	Date : 6 mai 2011
---	--------------------------

* Tel qu'indiqué dans le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004).

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

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

Objectifs de résultats 2010-2015	Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles** 2010-2011</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé ».	12,3 % ¹	21,8 % ²	10,7 %

Commentaires

Le dénominateur de cet indicateur (le nombre total d'écoles dans la région) a changé plusieurs fois au cours des deux dernières années, suite aux directives du MSSS. Ainsi, les trois résultats présentés ci-haut n'ont pas le même dénominateur. Pour pouvoir apprécier l'atteinte des résultats 2010-2011 et l'évolution des résultats entre 2009-2010 et 2010-2011, les résultats 2009-2010 et la cible 2010-2011 doivent être ramenés sur une même base, c'est-à-dire au dénominateur actuel (149 écoles dont 83 sur le territoire du CSSSNL et 66 sur le territoire du CSSSSL). Ce dénominateur est déjà celui des résultats de 2010-2011 (16 écoles sur 149 écoles = 10,7 %) et sera la base de la projection de la cible pour 2011-2012.

¹ **Ajustement des résultats 2009-2010** : 12,3 % provient de 20 écoles sur 162 écoles. En maintenant le résultat obtenu de 20 écoles et en corrigeant le dénominateur pour 149 écoles, le résultat corrigé 2009-2010 devient 13,4 %.

² **Ajustement de la cible 2010-2011** : 21,8 % provient de la cible de l'entente de gestion 2009-2010 entre l'Agence et le MSSS, soit de 33 écoles sur une possibilité de 151 écoles. Les cibles locales dans les ententes de gestion entre l'Agence et le CSSSSL et le CSSSNL pour 2010-2011 sont respectivement de **16 écoles**. Donc, la cible régionale de 32 écoles sur le nouveau dénominateur (149) aurait été de 21,5 %.

Tableau de reddition de comptes corrigé

	Résultats corrigés 2009-2010	Cible corrigée 2010- 2011	Résultats 2010-2011
Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	13,4 %	21,5 %	10,7 %

Cibles corrigées et résultats par CSSS

	Cibles corrigées 2010-2011	Résultats 2010-2011
CSSS du Nord	16 écoles / 83 écoles = 19,3 %	14 écoles / 83 écoles = 18,1 %
CSSS du Sud	16 écoles / 66 écoles = 24,2 %	1 école / 66 écoles = 1,5 %

Atteinte des cibles :

Pour la région : non

Pour le CSSS du Nord de Lanaudière : non

Pour le CSSS du Sud de Lanaudière : non

Explication des résultats :

La non-atteinte de la cible régionale est due en bonne partie aux résultats obtenus sur le territoire du CSSS du Sud de Lanaudière. Ce résultat s'explique par un roulement de personnel qui s'opère depuis presque trois ans. Trois nouveaux accompagnateurs sont en poste depuis décembre 2010. Le CSSS a amorcé la planification de l'offre de service conjointe CSSS et commission scolaire pour l'année 2011-2012.

La baisse dans le résultat du CSSS du Nord et la non-atteinte de la cible s'expliquent par le fait que les accompagnateurs du nord ont participé cette année à un projet de recherche mené par l'Institut national de santé publique, en lien avec l'évaluation de l'approche École en santé. Cette participation a mobilisé une grande part de leur temps. Cela leur a laissé moins de temps pour accompagner un plus grand nombre d'écoles.

Nom : Louise Desjardins

Date : 6 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web).

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web).

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

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

Objectifs de résultats 2010-2015	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais.	75,4 %	75,0 %	85,7 %
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais.	77,3 %	77,0 %	86,1 %

Commentaires

Résultats visés vs résultats obtenus

Tableau 1

Proportion des enfants ayant reçu en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin DCat-Polio-Hib dans les délais ciblés, 2010-2011

1.1.14 DCat-Polio-Hib	Résultat visé	
	75,0 %	
	Résultat obtenu	Atteinte de la cible
CSSS du Nord	79,4 %	Oui
CSSS du Sud	90,2 %	Oui
Lanaudière	85,7 %	Oui

Tableau 2

Proportion des enfants ayant reçu en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais ciblés, 2010-2011

1.1.16 Pneumocoque	Résultat visé	
	77,0 %	
	Résultat obtenu	Atteinte de la cible
CSSS du Nord	79,8 %	Oui
CSSS du Sud	90,5 %	Oui
Lanaudière	86,1 %	Oui

Les travaux d'un comité de travail pour améliorer la couverture vaccinale et contrer les délais vaccinaux se poursuivent toujours avec chacun des CSSS.

Nom : Richard Lanthier

Date : 5 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web).

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web).

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accès aux services psychosociaux généraux de première ligne.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS	4 077	3 852	4 246
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC).	2,77	3,46	2,96

Commentaires

L'engagement 2010-2011 est atteint pour le nombre d'usagers desservis. Trois cent quatre-vingt-quatorze (394) usagers de plus que l'engagement de 3 852 usagers ont reçu des services. Pour ce qui est de l'intensité, la cible 2010-2011 n'est pas atteinte mais nous observons une hausse par rapport à l'année précédente. Mille deux cent soixante-quinze (1 275) interventions de plus qu'en 2009-2010 ont été réalisées.

CSSS du Sud de Lanaudière (CSSSSL) : Des absences non planifiées dans ce secteur pour lesquelles nous n'avons pas réussi à trouver de remplacement. Ceci a eu pour effet de retirer du personnel qui consacrait l'essentiel de leurs activités aux suivis psychosociaux pour venir en aide aux équipes de l'accueil psychosocial. Les intervenants au suivi font plus d'interventions par usager que ceux à l'accueil qui font des interventions ponctuelles. Ceci explique en bonne partie les résultats obtenus.

CSSS du Nord de Lanaudière (CSSSNL) : Des travaux seront débutés dans le cadre du projet du guichet d'accès universel permettant de séparer la fonction "accueil" de la fonction "intervention" des intervenants psychosociaux. Quant à la performance par intervenant, un suivi sera amorcé.

Nom :	Date :
--------------	---------------

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée
--------------	---

Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée.
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD.	0,202	0,23	0,202

Commentaires

La cible n'est pas atteinte. Comme mentionné lors des années passées, une correction pour un établissement ramenait le résultat régional 2005-2006 à 0,21; l'engagement initial en 2005-2006 aurait donc dû se faire sur cette base et non sur 0,23. Le seuil de 0,19 est toutefois dépassé. Pour les CSSS et les CHSLD privés conventionnés, la pénurie de main-d'œuvre représente toujours un défi qui peut compromettre l'atteinte des cibles.

Nom : Pascale Amyot

Date : 26 avril 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Réseaux de services intégrés
--------------	-------------------------------------

Objectifs de résultats 2010-2015	Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA).
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2007-2008</i>	<i>Cibles 2015</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.3.6 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services.	25%	55%	50%

Commentaires

Les établissements de la région ont doublé le degré d'implantation des RSIPA depuis 2008. Nous sommes confiants d'atteindre la cible fixée avant l'échéance prévue de 2015.

Nom : Pascale Amyot

Date : 29 avril 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 30 mai 2011 (GESTRED)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Adaptation des services
--------------	--------------------------------

Objectifs de résultats 2010-2015	Favoriser l'adoption en CH de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.3.7 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier.	
1. Utilisation d'un outil de repérage à l'urgence.	100 %
2. Mise en place et l'application des mécanismes de suivi pour les repérages positifs.	100 %
3. Présence d'un intervenant pivot ou de liaison à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements.	100 %
4. Application d'un programme de marche à l'urgence et/ou aux unités d'hospitalisation.	100 %

Commentaires

1. **Utilisation d'un outil de repérage à l'urgence** : L'outil PRISMA 7 est utilisé dans les urgences de la région.
2. **Mise en place et application des mécanismes de suivi pour les repérages positifs** : Au CSSSSL, un cadre de référence est en cours de rédaction afin de formaliser les processus de suivi des repérages positifs.
3. **Présence d'un intervenant pivot ou de liaison à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements** : Présence de travailleurs sociaux et/ou d'infirmières de liaison dans les urgences de la région.
4. **Application d'un programme de marche à l'urgence et/ou aux unités d'hospitalisation** : Réalisé dans les urgences et sur certaines unités de soins.

Nom : Pascale Amyot	Date : 26 mai 2011
----------------------------	---------------------------

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 26 mai 2011 (GESTRED)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe : Services spécialisés – déficience physique

Objectifs de résultats 2010-2015 Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique.

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats*</i> 2009-2010	<i>Cibles</i> 2010-2011	<i>Résultats**</i> 2010-2011
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation.	2 703	3 031	2 852

Commentaires

La cible est presque atteinte; augmentation comparativement à l'année dernière de 149 personnes.

Notons que, depuis le déploiement de SIPAD en remplacement d'InfoRéadap, l'établissement est en rodage d'un nouveau système clientèle qui nécessite des ajustements et certaines précisions au niveau des données depuis les dernières périodes. L'implantation de SIPAD en cours d'année implique que nous devons interpréter les données actuelles en fonction du cadre normatif de SIPAD, et établir la comparaison avec les données antérieures selon le cadre de référence d'InfoRéadap. Il est donc difficile de « monitorer » l'atteinte de la cible avec précision. De plus, l'établissement a effectué une validation en mars des données compilées depuis octobre dernier dans SIPAD et des correctifs ont été apportés.

Une augmentation significative de la clientèle en déficience du langage (DL) et en déficience motrice (DM) est constatée comparativement à 2009-2010, secteurs où des sommes ont été investies en développement ces dernières années. Par ailleurs, une légère baisse de la clientèle a été notée en déficience visuelle (DV), liée principalement à l'absence d'une intervenante pendant près de 9 mois en cours d'année. Dans cette petite équipe, l'absence d'une intervenante peut avoir des effets sur le nombre d'utilisateurs desservis.

Nom : Ghislaine Jetté

Date : 16 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

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

Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC).	318	517	276

Commentaires

Les développements consentis en 2009-2010 dans le cadre du plan d'accès DP, DI-TED nous ont permis de constater que l'organisation des services dans les CSSS fait que l'imputation de certaines interventions réalisées pour cette clientèle (déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (TED)) est effectuée dans un autre centre d'activité, lequel est associé à l'indicateur concernant les jeunes rejoins par les CSSS (1.6.1). Ainsi, il importe de souligner que la clientèle présentant une déficience intellectuelle et un TED est également desservie par des équipes autres que le SAD dont l'équipe Jeunesse et les équipes dédiées en DP, DI et TED. Pour les deux CSSS, cela représente un ajout de 590 usagers (centre d'activité 5919 : Services psychosociaux pour jeunes en difficulté et leur famille).

Nom : Ghislaine Jetté

Date : 13 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services sociaux et de réadaptation
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.45.4.1 Pourcentage de personnes ayant une déficience physique traitées en CSSS dans les délais établis – tous âges- toutes priorités.	28,6	75 %	49,6
1.45.4.5 Pourcentage de personnes ayant une déficience physique traitées en CRDP dans les délais établis – tous âges- toutes priorités.	50,0	75 %	56,0
1.45.5.1 Pourcentage de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED traitées en CSSS dans les délais établis – tous âges- toutes priorités.	42,6	75 %	54,5
1.45.5.5 Pourcentage de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED traitées en CRDI dans les délais établis – tous âges- toutes priorités.	33,3	75 %	35,4

Commentaires

1.45.4.1 :

- 1- Augmentation de 21 % du taux de respect. Effort réel fait par les CSSS malgré le peu de fiabilité des données avec I-CLSC;
- 2- Pour les deux CSSS, le taux de respect des délais est plus élevé au CSSSNL dans les demandes de priorités élevées (58,9 %) et au CSSSSL, c'est au niveau des demandes urgentes que le taux de respect est plus élevé (66,7 %);
- 3- La clientèle en déficience physique est desservie par les équipes SAD en CSSS. Le respect des délais et des standards d'accès ne sont sans doute pas aussi bien compris par les équipes SAD que les équipes DI-TED des CSSS.

1.45.4.5 :

- 1- Augmentation de 6 % par rapport à l'année dernière. Globalement, ceci traduit le maintien des efforts de l'établissement pour améliorer l'accès;
- 2- Le respect des délais est le plus bas dans le programme déficience du langage (DL) à 20,4 %. Le nombre de demandes de services dans ce programme est en augmentation constante depuis quelques années et le personnel en place est insuffisant pour répondre à la demande avec une population jeunesse importante dans le sud de la région. Notons d'ailleurs une augmentation de 20 à 25 % de la clientèle DL en comparaison à 2009-2010. Par ailleurs, le taux de respect est assez élevé en déficience motrice, soit 75,6 %. Dans plusieurs programmes, l'établissement donne le premier service aux clients dans les 90 jours (ou avec dépassement léger). Tandis qu'en déficience du langage, on est davantage à près de 6 mois et demie de délais pour un premier service.

1.45.5.1 :

- 1- Augmentation depuis l'année dernière de 12 %. Effort réel fait par les CSSS malgré le peu de fiabilité des données;
- 2- Le taux de respect des délais est plus élevé pour les demandes de priorités élevées 55,6 % au nord et 59,1 % au sud, tandis que concernant les taux de respect pour les demandes de priorités urgentes : 41,7 %;
- 3- Roulement de personnel aux Accueil-Evaluation-Orientation (AEO) des CSSS qui fait que des demandes ont dû être mal interprétées par les intervenants et ne représentaient pas nécessairement de réelle urgence pour les programmes, code surtout utilisé en SAD;
- 4- Manque de personnel ou personnel en maladie dans les programmes et peu de roulement de la clientèle qui peut expliquer que les demandes ne sont pas toujours traitées dans les délais. Plusieurs marges d'erreurs possibles dans la chaîne de traitement des demandes. Chaque mois, le gestionnaire d'accès doit faire un suivi car certaines personnes demeurent inscrites sur la liste d'attente à cause d'erreurs de codification, alors qu'elles ont effectivement reçues les services;
- 5- Concernant les priorités urgentes : On parle d'un petit nombre - pas suffisamment représentatif pour fixer un taux de respect.

1.45.5.5 :

- 1- Une légère augmentation de 2 % par rapport à l'année dernière. Au cours de l'année 2010, le CRDITED conduisait simultanément la mise en place d'un service AEO centralisé et le déploiement du SIPAD. Dans un premier temps, les procédures de traitement d'une demande de services ont été définies avec l'intention de compléter correctement le nombre optimal de modules au SIPAD, par le biais du service AEO. La direction de l'établissement a constaté que cette option avait un impact négatif sur le délai de traitement, à cause de l'ampleur des renseignements à saisir dans plusieurs modules du système d'information. Une démarche de révision des procédures de collecte, d'analyse et de saisie des informations est amorcée. Nous prévoyons une régularisation des délais d'attente en diminuant celui qui est associé à la décision du service AEO. L'établissement est soucieux de réduire le nombre de jours d'attente (actuellement environ 5 mois - 130 jours) pour donner un premier service aux clients DI et TED. Les moyens sont identifiés pour respecter les délais du plan d'accès.

Nom : Ghislaine Jetté

Date : 13 mai 2011

* Indicateurs en expérimentation en 2009-2010

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen de 30 jours.
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA.	32,14 (31,93*)	25,42	11,16 (10,31*)

Commentaires

En ce qui concerne l'indicateur 1.6.7, les CJL avaient une cible de 30 jours. L'établissement a terminé l'année 2009-2010 à 31,93 jours et a actuellement un délai de 10,31 jours. Il faut souligner que cette amélioration est due en partie à des changements de pratiques, mais également et surtout à la correction d'une mauvaise inscription faite par le fournisseur de services informatiques SOGIQUE, erreur qui avait été constatée par les Centres jeunesse de Lanaudière.

La cible attendue à l'entente de gestion 2010-2011 était de 25,42 jours entre l'ordonnance et la prise en charge à la LSJPA. De ce fait, les CJL dépassent les attentes à l'entente de gestion.

En outre, il faut souligner les efforts consentis par l'établissement et dire qu'il se rapproche, et même, dépasse le délai visé de 14 jours de calendrier. La célérité de l'intervention est primordiale pour donner un message clair et rapide conséquemment aux gestes de délinquance commis par les adolescents. Les données scientifiques nous indiquent l'importance de la rapidité de la réponse pour assurer la crédibilité du système pénal auprès des adolescents et jouer son rôle d'éducateur.

** Donnée ajustée avec corrections de fin d'année puisque l'addition des données périodiques ne tient pas compte des corrections réalisées en cours d'année.*

Nom : Renée Desjardins

Date : 27 avril 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services sociaux et de réadaptation
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délais de 15 jours ouvrables ou moins
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.7.4 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.	N/D	80% en 2015	77%

Commentaires	
<p>Soixante-dix-sept pourcent (77 %) correspondent à l'évaluation des besoins (code 6500) et à l'évaluation spécialisée (code 6530). Le rapport fourni par SOGIQUE pour l'obtention des résultats ne distinguait pas ces deux codes.</p>	
Nom : Christine Boulet	Date : 26 mai 2011

* Nouvel indicateur, donnée non disponible
 ** Résultats en date du 26 mai 2011 (MSSS)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	106	152	119

Commentaires	
<p>Au CSSSSL, la mise en place d'une deuxième équipe de suivi intensif est projetée pour la prochaine année. Cela se traduira par une augmentation du nombre de places. En ce qui concerne le CSSSNL, l'augmentation du nombre de places est de 5 %. L'établissement a bénéficié du soutien clinique du Centre national d'excellence en santé mentale. Grâce à l'intégration de nouveaux intervenants, le CSSSNL compte poursuivre le rehaussement du nombre d'usagers rejoints dans la prochaine année.</p>	
Nom : Céline Carrier	Date : 19 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe : Services d'urgence – santé mentale

Objectifs de résultats 2010-2015 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables.

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	20,81	12,8	24,56
1.8.8 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale.	8,93	3,3	14,08

Commentaires

La détérioration des résultats s'explique en partie par l'absence de lits de dégrisement dans la région, le manque de disponibilités de lits à l'unité de soins en santé mentale, notamment en raison de lits occupés par ces clients ayant des troubles concomitants et qui sont en fin de soins actifs, mais pour lesquels nous ne disposons pas de ressources.

Nom : Céline Carrier **Date :** 19 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe : Services de première ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2010-2015 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers.

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats*</i> 2009-2010	<i>Cibles</i> 2010-2011	<i>Résultats**</i> 2010-2011
1.8.9 Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC).	1 417	2 872	2 174

Commentaires

La cible régionale quant au volume d'utilisateurs à rejoindre en 1^{re} ligne n'a pas été atteinte. Cependant, les résultats sont supérieurs à ceux de l'année précédente. En effet, en 2010-2011, 2 174 utilisateurs ont été vus en services de 1^{re} ligne, ce qui représente une augmentation de 757 personnes par rapport à 2009-2010.

Nom : Céline Carrier

Date : 19 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe : Services de deuxième ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2010-2015 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables.

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou de 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.	373	115	305

Commentaires

L'amélioration significative de la performance est attribuable au nombre d'adultes qui ont reçu des services de 2^e ligne en santé mentale au CSSSSL. En effet, alors qu'en 2009-2010, 123 usagers rencontraient un délai d'accès en P-13 supérieur à 60 jours, alors qu'à la même période en 2010-2011, on dénombre 77 usagers.

Nom : Céline Carrier **Date :** 19 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Services d'urgence – santé physique
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.9.1 Séjour moyen sur civière.	26,56	16	28,0
1.9.3 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière.	17,62	3,6	20,2
1.9.4 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.	32,09	6,5	35,3

Commentaires

Les résultats au 31 mars 2010 indiquent la non-atteinte des cibles au niveau régional dans les quatre zones de performance.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation, notamment les épisodes fréquents d'engorgement des urgences, ainsi que la présence de patients en fin de soins actifs dans nos lits de courte durée, et ce, aux CSSSSL et CSSSNL. Les deux CSSS de la région ont un haut volume de clientèle sur civière (19 424 pour le Nord et 17 637 pour le Sud) et un achalandage important cette année encore.

L'accessibilité aux ressources de longue durée et non institutionnelles demeure un enjeu pour nos deux CSSS. Des investissements ont été faits au CSSSNL pour créer des places supplémentaires, et des annonces ministérielles au CSSSSL pour développer des places nous permettent d'espérer diminuer la pression sur nos établissements.

Les établissements de la région ont poursuivi la mise en place de mesures découlant des plans d'action élaborés en collaboration avec l'Agence et la Direction nationale des urgences. Le monitoring des plans d'action a été fait aux plans local, régional et provincial. Les équipes de direction des CSSS faisant d'ailleurs l'objet de rencontres avec le ministre Bolduc pour le suivi des plans d'action. De plus, un audit en soutien à domicile a été effectué, en collaboration avec l'Agence, auprès de nos deux CSSS par l'unité de coordination du soutien à domicile du MSSS (UCSAD) à l'automne 2010. Les recommandations découlant de cet audit ont fait l'objet de plans d'action qui s'inscrivent dans la volonté d'agir en amont et en aval de l'urgence.

Nom : Lucie Bastrash

Date : 26 avril 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Soins palliatifs
--------------	-------------------------

Objectifs de résultats 2010-2015	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs à domicile.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats*</i> <i>2009-2010</i>	<i>Cibles</i> <i>2010-2011</i>	<i>Résultats**</i> <i>2010-2011</i>
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.	14,17	16	11,23

Commentaires

Le CSSSNL accuse une légère baisse au niveau du nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs. Au CSSSSL, la situation est différente. Une baisse significative du nombre d'interventions par usager semble avoir été causée par différents facteurs :

- L'entrée en fonction d'une infirmière dédiée en soins palliatifs en CLSC, le 29 mai dernier, permet de répondre aux demandes de services de cette clientèle dans les 24 heures. Cette infirmière évalue tous les usagers qui sont référés au guichet d'accès de même que ceux à l'urgence. Ainsi, une augmentation du nombre d'usagers desservis, comparativement à l'année dernière, a été notée. Par ailleurs, compte tenu du mandat de l'infirmière dédiée (consultation et orientation de la clientèle cible), il est possible que le suivi s'effectue par la suite en maison de soins palliatifs ou même en CH.
- Le nombre d'interventions par usager a diminué dans plusieurs cas dû à la courte durée de séjours à domicile de ces derniers. Une référence vers la Maison Adhémar-Dion ou un décès a mis fin à la prestation de soins et de services.

Nom : Marie-Claude René

Date : 3 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010 (TBIG web)

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Médecine et chirurgie
--------------	------------------------------

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.9.20.1 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche.	93,8 %	90 %	94,4 %
1.9.20.2 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou.	92,2 %	90 %	89,9 %
1.9.20.3 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.	99,9 %	92,4 %	99,6 %

Commentaires

Régionalement pour l'année 2010-2011, il y a eu atteinte des cibles pour l'ensemble des chirurgies ciblées par les indicateurs.

L'indicateur des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais d'attente pour une arthroplastie de la hanche a été atteint. Pour le CSSS du Nord de Lanaudière, on remarque un dépassement de 1,2 % pour l'atteinte de la cible. Du côté du CSSS du Sud de Lanaudière, on remarque un dépassement de 8,8 % de la cible demandée de 90 %, à savoir 100 % de la cible a été atteint.

Pour l'arthroplastie totale du genou, la cible n'a pas été atteinte au CSSS du Nord de Lanaudière avec un pourcentage de 82,6 % des patients inscrits au mécanisme d'accès traités dans les délais, soit 7,4 % de la cible. À l'opposé, le CSSS du Sud de Lanaudière a été dépassé de 6,3 %, la cible de 90 %, soit 96,3 %.

Le pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte a été atteint à plus de 99,6 % pour nos deux CSSS.

Au cours de la dernière année, les personnes impliquées dans le mécanisme d'accès ont travaillé pour permettre une meilleure gestion de l'accès, et ainsi offrir aux patients en attente d'une chirurgie une meilleure prise en charge de leur situation. Le travail se poursuit et chacun des acteurs participe à l'amélioration des processus dans le but de réduire les délais d'attente de notre région. De plus, nous espérons que la venue d'un nouvel orthopédiste au CSSSNL permettra d'améliorer l'atteinte de nos cibles pour l'année 2011-2012.

Nom : Rosalie Ménard

Date : 16 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Médecine et chirurgie
--------------	------------------------------

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans les délais.
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats*</i> 2009-2010	<i>Cibles</i> 2010-2011	<i>Résultats**</i> 2010-2011
1.9.20.4 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour.	92,0 %	90 %	93,3 %

Commentaires

Le pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour a été atteint, soit 93,3 % pour l'ensemble de nos CSSS, soit une augmentation de 4,9 % de l'année 2008-2009.

Au cours de la dernière année, les personnes impliquées dans le mécanisme d'accès ont travaillé pour permettre une meilleure gestion de l'accès, et ainsi offrir aux patients en attente d'une chirurgie une meilleure prise en charge de leur situation. Le travail se poursuit et chacun des acteurs participe à l'amélioration des processus dans le but de réduire les délais d'attente de notre région. De plus, nous espérons que l'entente de « Zone franche » permettra d'améliorer l'atteinte de nos cibles pour l'année 2011-2012.

Nom : Rosalie Ménard

Date : 9 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Médecine et chirurgie
--------------	------------------------------

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans les délais
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.9.20.5 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation.	95,6 %	90 %	97,3 %

Commentaires

Le pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation a été atteint, soit 97,3 % pour nos deux CSSS, représentant une augmentation de 3,3 % de l'année 2008-2009.

Au cours de la dernière année, les personnes impliquées dans le mécanisme d'accès ont travaillé pour permettre une meilleure gestion de l'accès, et ainsi offrir aux patients en attente d'une chirurgie une meilleure prise en charge de leur situation. Le travail se poursuit et chacun des acteurs participe à l'amélioration des processus dans le but de réduire les délais d'attente de notre région.

Nom : Rosalie Ménard

Date : 9 mai 2011

* Résultats en date du 16 mai 2010

** Résultats en date du 16 mai 2011

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe : Médecine et chirurgie

<i>Indicateurs</i>	<i>Réalisée</i>	<i>Non réalisée</i>
Mise en place de zones franches	X	
Développer un système de priorisation	X	
Déploiement d'un guichet unique		X

Commentaires

L'année 2010-2011 représente une année au cours de laquelle la région de Lanaudière a fait un pas vers la mobilisation du milieu en ce qui a trait à l'amélioration de l'accès aux services spécialisés. Deux des objectifs de 2010-2015 sont réalisés, soit la mise en place de zones franches et le développement d'un système de priorisation. Le déploiement d'un guichet unique représente un objectif à réaliser et sera retenu dans les actions à mettre en place dans le Plan d'action régional-Accès aux services spécialisés.

Une zone franche a été mise en place à la P11, soit au début de l'année 2011 entre le CSSS du Sud de Lanaudière (CSSSSL) et le CSSS du Nord de Lanaudière (CSSSNL). Au 15 avril 2011, 48 patients ont été opérés à l'intérieur d'une zone franche entre le CSSSNL et le CSSSSL. Les interventions chirurgicales qui ont été effectuées étaient en chirurgie d'un jour (CDJ), soit en chirurgie générale, orthopédie et urologie. Chacun des acteurs se dit satisfait de cette expérience et désire la poursuivre en 2011-2012.

Pour ce qui est de la zone franche avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), seulement 10 chirurgies ont été effectuées. Les interventions étaient aussi en CDJ, plus précisément en plastie⁷ et en chirurgie générale. L'entente informelle a duré seulement un mois.

Du côté de l'indicateur : Développer un système de priorisation.

Celui-ci a été réalisé au CSSSNL à l'intérieur de la clinique externe d'orthopédie. Un processus de priorisation est en place depuis 2007. Une infirmière fait l'analyse de chacune des requêtes à l'aide d'algorithmes de décision, ce qui permet d'acheminer le patient au bon professionnel et avec la bonne priorité. Du côté du CSSSSL, le processus est aussi en cours à la clinique d'orthopédie. Chacun des CSSS évalue la possibilité de reproduire cette organisation du travail dans d'autres domaines.

En ce qui a trait à l'indicateur : Déploiement d'un guichet unique.

Cet indicateur sera un des objectifs à rencontrer d'ici 2015 pour notre région. Nous incluons cet objectif à notre plan d'action régional-Accès aux services spécialisés.

Nom : Rosalie Ménard

Date : 9 mai 2011

⁷ Le nombre de patients opérés inclut un patient commun au CSSSSL et HMR.

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
--------------	---

Objectifs de résultats 2010-2015	Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires et le recours à la main-d'œuvre indépendante.
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>		<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	6,53	6,35	6,92
3.5.1	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières.	6,34 ¹	6,24	5,70
3.5.2	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau.	N/A	3,81	3,78
3.6.1	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières.	6,06 ²	5,72	4,45
3.6.2	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires.	N/A	4,39	3,26
3.6.3	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires.	N/A	1,14	0,53

Commentaires

3.1 :
CSSSSL : 6,22 %. Un audit a été effectué au service de santé et sécurité du travail. Les résultats seront présentés sous peu au comité de direction afin que les correctifs nécessaires soient apportés.

CSSSNL : 7,71 %. Plan d'action Gestion de la présence au travail en cours. Nous prévoyons atteindre 7 % au cours de l'année 2011-2012 visant ainsi l'atteinte de la cible du MSSS de 6,65 %, en mars 2013.

¹ Correspondait anciennement à l'indicateur 3.2 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier.

² Correspondait anciennement à l'indicateur 3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier.

Nom : Gilles Ruel

Date : 21 avril 2011

* Résultats P12 en date du 16 mai 2010 et 13 avril 2011 (TBIG web)

** Résultats P12 en date du 25 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Trajectoire des clientèles
--------------	-----------------------------------

Objectifs de résultats 2010-2015	Réduction du nombre de lits des CHSGS occupés par des patients en fin de soins actifs
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
4.1.1 Nombre moyen de personnes qui sont en processus ou en attente quotidiennement d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée	N/D	3 ou moins	20,7
4.1.2 Nombre moyen de personnes qui sont en attente quotidiennement services de soins palliatifs et occupant des lits de courte durée	N/D	3 ou moins	3,0
4.1.3 Nombre moyen de personnes qui sont en attente quotidiennement de convalescence et occupant des lits de courte durée	N/D	3 ou moins	0,5
4.1.4 Nombre moyen de personnes qui sont en attente quotidiennement de réadaptation et occupant des lits de courte durée	N/D	3 ou moins	3,5
4.1.5 Nombre moyen de personnes qui sont en attente quotidiennement d'une place dans un centre d'hébergement de longue durée et occupant des lits de courte durée	N/D	3 ou moins	16,7
4.1.6 Nombre moyen de personnes qui sont en attente quotidiennement d'une ressource non institutionnelle et occupant des lits de courte durée	N/D	3 ou moins	6,8
4.1.7 Nombre moyen de personnes qui sont en attente quotidiennement d'une place d'hébergement de longue durée en santé mentale et occupant des lits de courte durée	N/D	3 ou moins	3,8

Commentaires

- 4.1.1 En 2010-2011, cette variable inclut les personnes en attente d'évaluation pour de l'hébergement ainsi que les personnes en attente pour l'UTRF. En 2011-2012, ces données seront séparées en deux variables distinctes, ce qui devrait améliorer considérablement notre résultat. En 2010-2011, le nombre moyen de personnes en attente d'évaluation pour de l'hébergement est de 11,4 et le nombre moyen de personnes en attente d'UTRF est de 9,4.
- 4.1.4 Certains clients ayant des traumatismes craniocérébraux graves et modérés avec des troubles graves du comportement se retrouvent dans des lits de courte durée (santé mentale, courte durée physique...) faute de places d'hébergement spécialisé en déficience physique, sous la responsabilité du CRDP Le Bouclier. L'établissement ne réussit pas à recruter de responsables de ressources avec les qualifications nécessaires pour répondre aux besoins de ces clients. Là où des tentatives d'hébergement ont eu lieu, elles ont échoué. Un comité régional sur l'hébergement définit actuellement les responsabilités des établissements en regard de l'hébergement des clientèles en déficience physique et DI-TED. Le CRDP Le Bouclier a convenu de sa vision et de son offre de service en matière d'hébergement auprès de sa clientèle.
- 4.1.5-4.1.7 Le nombre de lits en ressources de longue durée et en ressources non institutionnelles étant insuffisant, ceci explique la non-atteinte de la cible pour cette année.

Nom : Pascale Amyot et Ghislaine Jetté

Date : 4 mai 2011

* Résultats non disponibles

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

Axe :	Trajectoire des clientèles gériatriques
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Changer les pratiques d'évaluation et d'orientation vers l'hébergement de longue durée qui ont actuellement cours en milieu hospitalier
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats*</i> 2009-2010	<i>Cibles</i> 2010-2011	<i>Résultats**</i> 2010-2011
4.1.8 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus.	7,98 %	5 %	7,70 %

Commentaires

On constate une diminution de 0,28 % du taux de déclaration depuis 2009-2010. Toutefois, depuis l'ouverture de nouveaux lits d'UTRF au CSSSNL en octobre 2010, le taux de déclaration régional est passé à 5,97 % pour les périodes P-8 à P-13. Nous devrions donc noter une nette amélioration du taux de déclaration en 2011-2012.

Nom : Pascale Amyot

Date : 16 mai 2011

* Nouvel indicateur aucune donnée GESTRED 2009-2010, source tableau MSSS

** Résultats en date du 16 mai 2011 (TBIG web)

Fiche de reddition de comptes 2010-2011

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

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP).
----------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.1.20 Pourcentage moyen d'implantation des activités du PNSP	Non-disponibles	85 % d'ici 2015	87,6

Commentaires

La région de Lanaudière a dépassé la cible prévue qui est d'atteindre 85 % d'ici 2015.

Déjà lors de la première mesure de l'état d'implantation des activités du PNSP en 2008-2009, la région s'était démarquée avec une proportion de 85,6 %. C'est donc une hausse de deux points de pourcentage qui a été observée en deux ans.

Nom : Jean-Pierre Trépanier

Date : 30 mai 2011

* Résultats non-disponibles

** Résultats en date du 31 mai 2011.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
CONCERNANT LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION,
LE PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET LE DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE ET
D'ÉVALUATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE

Adopté par le conseil d'administration le 8 novembre 2006

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et l'article 24 de la *Loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région Lanaudière, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

- 1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers ;
- 2° d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région, en tenant compte des objectifs fixés par le ministre ;
- 3° d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services, qui vise des services médicaux, doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale et d'un avis du Département régional de médecine générale ;
- 4° d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées ;
- 5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu ;
- 6° de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes ;
- 7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ;
- 8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

SECTION I - INTRODUCTION

Le présent code d'éthique et de déontologie s'adresse aux administrateurs du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Dans le cadre de sa mission de planification, d'organisation et d'évaluation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux, l'Agence doit pouvoir compter sur l'intégrité, l'honnêteté et la bonne foi individuelle et professionnelle des administrateurs, du président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation en vue d'assurer notamment le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population concernée.

Étant imputables devant la Loi⁸ et en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, les administrateurs, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

⁸ *Loi sur les services de santé et des services sociaux* et la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*

Le présent document fait appel au sens des responsabilités des administrateurs, du président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation et au jugement des individus. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect des obligations déontologiques et d'adhérer aux principes d'éthiques définis dans le code.

De plus, l'administrateur, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent être sensibles aux besoins de la population et doivent privilégier la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Ils privilégient également l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur ou d'une ressource ou d'un établissement.

Ils doivent aussi s'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Ils se rendent également disponibles pour remplir leurs fonctions en s'engageant à assister et à participer, le plus régulièrement possible, aux séances du conseil d'administration, tout en prenant une part active aux décisions de ce dernier.

Les obligations et principes prévus dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, un règlement ou un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et principes les plus exigeants s'appliquent.

SECTION II - PRINCIPES ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Les administrateurs adhèrent aux principes suivants :

Impartialité : implique qu'ils doivent éviter toute préférence ou parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et éviter les préjugés notamment ceux reliés au sexe, à la race, à la couleur, à la religion ou à l'orientation sexuelle, à la langue ou à un handicap et aux convictions politiques d'une personne ou d'un organisme.

Loyauté : implique qu'ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Implique également qu'ils défendent les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.

Respect : implique qu'ils agissent avec courtoisie, considération et égards envers les autres, tant par leurs paroles que leur attitude, et qu'ils doivent faire preuve également de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

SECTION III - OBLIGATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Administrateurs : ce sont des personnes nommées par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui siègent au sein du conseil d'administration de l'Agence.

Le présent code d'éthique et de déontologie concerne également le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence qui sont aussi nommés par le ministre.

Pour les fins de compréhension et d'allègement du texte, le terme administrateur inclut les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation.

Service public : implique que l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État, en santé et services sociaux, pour le mieux-être de la population et des citoyens, que le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit et qu'il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Information : implique que l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention, ainsi que de communiquer à ses collègues les informations pertinentes.

Compétence : implique que l'administrateur accomplit ses responsabilités et les attributions de ses fonctions de façon compétente. Il doit s'assurer que le service dispensé sera fait d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour les clientèles desservies et qu'il utilise les moyens disponibles pour développer son expertise.

Discrétion : implique que l'administrateur garde secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, en incluant la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. Il adopte de plus une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur, représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers, de le consulter ni de leur faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité. L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Prudence-diligence : implique que l'administrateur s'engage à agir avec soin, de façon réfléchie et avec attention dans ses fonctions comme le ferait une personne raisonnable, compte tenu de ses connaissances et responsabilités.

Honnêteté : implique que l'administrateur fasse preuve de probité et de droiture. Il ne peut se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses responsabilités à l'Agence. Il doit notamment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient. L'administrateur fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit pas s'approprier ou utiliser sans autorisation les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation.

Non-acceptation d'avantages ou de bénéfices indus : l'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment, est considéré un avantage prohibé, tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à « l'exception de la rémunération, pour le président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation » et il a droit au remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminées par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation ne peuvent, sous peine de suspension ou de déchéance de leur charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'administrateur qui reçoit un avantage indu en contravention du présent code ou des lois et règlements, doit remettre à l'Agence la valeur de l'avantage reçu.

Absence de conflit d'intérêts : implique que l'administrateur ne place pas son intérêt au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts constitue une notion très large. Il y a conflit d'intérêts lorsque l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.

Par conséquent, l'administrateur :

- doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions ;
- doit déclarer à l'Agence tout intérêt direct et indirect qu'il a dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, en indiquant le cas échéant, leur nature et leur valeur ;
- doit, s'il n'est pas à temps plein, et s'il a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, déclarer par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur la personne morale, la société, l'organisme ou l'entreprise dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question ;
- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence ; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

Absence de parti pris politique : l'administrateur doit éviter tout parti pris politique dans l'exercice de ses fonctions et doit faire preuve de réserve dans la manifestation de ses opinions politiques.

L'après-mandat : l'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat.

Par conséquent, l'administrateur :

- se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ;
- évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public ;
- ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux ;
- évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y oeuvrent, ainsi que de ses collègues et partenaires.

SECTION IV - MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

- 4.1 Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent code et doit s'assurer du respect de celui-ci par le président-directeur général, le directeur de santé publique et d'évaluation et les autres administrateurs de l'Agence.
- 4.2 Le président du conseil d'administration doit s'assurer de la connaissance par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

- 4.3 Les administrateurs du conseil d'administration sont informés de toute situation où un administrateur a pu contrevenir à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.
- 4.4 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
- 4.5 Le président du conseil d'administration informe, conformément à l'article 37 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque le président-directeur général, le directeur de la santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux ou tout autre administrateur a dérogé à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.
- Le vice-président du conseil d'administration informe, conformément à l'article 37 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque c'est le président du conseil d'administration qui a dérogé à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.
- 4.6 L'administrateur, le président-directeur général ou le directeur de santé publique et d'évaluation à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie, peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, s'il en recevait une, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.
- 4.7 Sur conclusion que l'administrateur, le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de la santé publique et d'évaluation a contrevenu à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie, l'autorité compétente lui impose une sanction (Réf.: section VI, article 6.2).
- 4.8 Toute sanction imposée au président du conseil d'administration, au président-directeur général, au directeur de la santé publique et d'évaluation ou à tout autre administrateur, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

SECTION V - OBLIGATION DE RESPECT DU CODE ET DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

- 5.1 Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'annexe I identifiée « Engagement personnel ».
- 5.2 Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code identifiée « Déclaration des intérêts » et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.
- 5.3 Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I identifiée « Engagement personnel ».
- 5.4 Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code identifiée « Déclaration des intérêts » et ils doivent amender cette déclaration dès qu'ils connaissent un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION VI - PROCESSUS DISCIPLINAIRE ET SANCTIONS

- 6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

- 6.2 En vertu de l'article 41 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, la sanction qui peut être imposée aux administrateurs est la réprimande, la révocation ou la suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois.

SECTION VII - ENGAGEMENTS

- 7.1 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire la déclaration des intérêts prévue à l'annexe II du présent code.
- 7.2 Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

SECTION VIII - PUBLICITÉ DU CODE

- 8.1 L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
- 8.2 L'Agence joint dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.
- 8.3 Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus ;
 - du nombre de cas traités et de leur suivi ;
 - de la décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées ;
 - des noms des personnes ayant été suspendues ou révoquées.

SECTION IX - COMITÉ CONSEIL SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

- 9.1 Par le présent code, un comité conseil sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé du vice-président du conseil d'administration, de deux membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autres que le président du conseil d'administration et le président-directeur général et d'un substitut. Le comité procède à la nomination d'un président.
- 9.2 Le mandat du comité est :
- d'enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent code ;
 - de déterminer, suite à une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent code ;
 - de réviser et de mettre à jour le code d'éthique et de déontologie. Il peut consulter toute personne-ressource pour l'aider dans la démarche de révision et de mise à jour du code de déontologie ;
 - de donner les avis requis par le président ;
 - de rédiger le rapport annuel du comité en tenant compte des obligations inscrites à l'article 8.3 et de le déposer au président du conseil d'administration.
- 9.3 Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an et est renouvelable.
- 9.4 Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.
- 9.5 Sous réserve de l'article 9.3, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

- 9.6 Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 9.1 du présent code.
- 9.7 Dans l'hypothèse où une dénonciation concerne un membre du comité, ce dernier ne peut y siéger et est remplacé par le membre substitut jusqu'à la fin de l'enquête.
- 9.8 Le quorum des réunions du comité est de deux membres. Le comité tient au moins une réunion annuelle.

SECTION X - CONSERVATION DES DOCUMENTS

- 10 Tous les documents concernant les engagements personnels et les déclarations des intérêts des administrateurs sont consignés, pour la durée de leur mandat, dans les registres du Conseil d'administration gardés au bureau de la Direction générale de l'Agence.

SECTION XI - DISPOSITIONS FINALES

- 11 Le présent code de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière adopté le 25 janvier 2005.

ANNEXE I

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____ administrateur, domicilié et
résidant au _____ ai pris connaissance des lois et
règlements qui régissent les membres du conseil d'administration de l'Agence incluant le code d'éthique et de
déontologie des administrateurs de l'Agence et m'engage à m'y conformer.

Signé à _____ le _____

Signature de l'administrateur : _____

ANNEXE II

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Je, (administrateur de l'Agence) : _____
déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales, organismes à but lucratif ou sans but lucratif, identifiés ci-après :

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales ou organismes à but lucratif ou sans but lucratif concernés

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise commerciale ou d'un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, identifiés ci-après :

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales ou organismes à but lucratif ou sans but lucratif concernés

3. J'occupe les emplois suivants : préciser l'emploi et nommer l'employeur

_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur
_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur
_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur

Signé à _____ le _____

Signature de l'administrateur : _____

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

Québec

