



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2010  
2011

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

Québec 

### **Coordination et rédaction**

Jean Lafortune, directeur adjoint  
Francine Ouellet, responsable des communications

### **Collaboration**

Francine Prévost, agente administrative aux communications  
Jocelyne Dupuis, agente administrative  
Stéphanie Daigneault, agente d'information, Direction de santé publique  
Les directions de l'Agence

### **Graphisme**

Tabasko Communications

### **Édition et diffusion**

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

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

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

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

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

Dépôt légal – 2011  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque et Archives Canada, 2011  
ISBN-978-2-923699-88-2 (version imprimée)  
ISBN-978-2-923699-89-9 (version PDF)

# MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE

## UN RÉSEAU EN ACTION...

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval est fière de rendre public son rapport annuel de gestion 2010-2011. Au cours de la dernière année, l'Agence a continué de jouer son rôle de gouvernance et de leadership rassembleur auprès de ses différents partenaires. Par ailleurs, de nombreuses réalisations ont permis une amélioration notable des services de santé et de services sociaux offerts à la population lavalloise.

D'abord, au plan de l'organisation des services, nous avons adopté notre *Planification stratégique 2010-2015 : Horizon 2015... une vision partagée*. Fruit d'une consultation d'envergure, le plan stratégique dresse un portrait de la santé et du bien-être de la population lavalloise ainsi que de ses besoins dans la prestation des soins et des services d'ici 2015. Ce plan reflète l'engagement de l'Agence à assurer l'accès aux services, à garantir la qualité de ceux-ci, à consolider les acquis régionaux et à travailler de concert avec les établissements, les partenaires socioéconomiques, communautaires et syndicaux.

Il faut également souligner parmi les faits marquants de l'année, l'implantation d'une première clinique GMF-réseau (Polyclinique Concorde) qui contribue à assurer un corridor de services privilégiés avec l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, et qui se veut un modèle novateur pour l'organisation des soins aux Lavallois.

En ce qui concerne les services aux personnes âgées, nous avons introduit *l'Approche adaptée de la personne âgée*, afin de prévenir la perte de capacités reliées à une hospitalisation. En outre, lors de leur séjour à l'hôpital, la condition physique et psychologique des personnes âgées peut se dégrader rapidement si l'on ne tient pas compte de leur fragilité. Cette approche permet aux aînés de bénéficier de traitements mieux adaptés à leurs besoins, ce qui accélèrera leur retour à domicile, et ce, dans de meilleures conditions. .

Autre fait majeur à noter cette année : le déploiement de la troisième phase du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008-2011)*. Cette initiative nous a permis de réduire de façon significative les délais d'attente pour des services spécialisés de réadaptation offerts par l'Hôpital juif de réadaptation et le CRDI Normand-Laramée.

En santé publique, l'Agence a poursuivi ses efforts en favorisant des actions intersectorielles : que ce soit en signant une entente sur la persévérance scolaire et la réussite éducative, en participant à l'implantation de l'alliance contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en consolidant son travail conjoint avec « Québec en Forme » ou en collaborant au projet clinique du CSSS de Laval. Ainsi, l'Agence veut multiplier les alliances afin d'améliorer la santé de la population.

Un autre événement qui a caractérisé l'année 2010-2011 a été l'adoption de la *Stratégie de la gestion de la main d'œuvre 2011-2015* qui vise à assurer une disponibilité des ressources humaines et qui s'appuie sur trois axes d'intervention, soit la promotion des métiers et professions, l'attraction et la fidélisation de la main-d'œuvre et l'organisation du travail. Une campagne promotionnelle a été réalisée, auprès du milieu scolaire notamment, afin de faire connaître le réseau d'établissements lavallois et l'éventail des emplois de notre réseau.



Par ailleurs, la disponibilité des effectifs médicaux dans les cabinets de première ligne à Laval est également une préoccupation. Les conclusions d'une étude ont révélé que 36 % des omnipraticiens lavallois devraient, d'ici 2020, partir à la retraite. Suite à ce constat, nous avons entrepris d'importants ajustements au Plan régional d'organisation des services de 1<sup>re</sup> ligne.

Enfin, nous tenons à souligner la contribution exceptionnelle des organismes communautaires qui sont des partenaires de premier plan du réseau de la santé et des services sociaux de Laval. En l'occurrence, le *Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)* regroupe près de 90 organismes soutenus en partie par l'Agence. De plus, notons le très bon climat de collaboration et de confiance qui prévaut dans les relations entre les représentants des organismes communautaires et ceux de l'Agence. Bien que confrontée aux contraintes budgétaires prévues dans le réseau, l'Agence a maintenu son financement en appui à leur mission.

### **Perspectives 2011-2012**

De nouvelles installations ouvriront leurs portes à l'automne. Nous verrons la concrétisation d'un grand projet soit celui du CICAL-Centre intégré de cancérologie de Laval. Les personnes qui devaient se déplacer à l'extérieur de la région pour leurs traitements auront dorénavant accès aux services en radio-oncologie à Laval.

De plus, le nouveau Centre intégré de services de l'Ouest de l'île devrait faciliter l'accès aux services de santé pour les résidents du secteur, en plus d'appuyer la première ligne médicale dans l'ensemble de la région. Une seconde clinique GMF-Réseau devrait également s'ajouter pour consolider l'offre et l'accès aux services spécialisés.

Au chapitre de l'hébergement pour les personnes âgées, plusieurs nouvelles places devraient être créées en ressources intermédiaires et en projet de partenariat public-privé (PPP). Ceci aura un impact favorable sur les listes d'attente et diminuera la pression sur le réseau hospitalier et les services d'urgence.

Finalement, nous intensifierons notre collaboration avec les Agences des Laurentides et de Lanaudière en vue d'optimiser certains de nos services. Déjà, des travaux de mise en commun de nos ressources informationnelles, de nos infrastructures et de nos technocentres (TCR) sont en cours, et plusieurs autres projets importants seront mis en chantier pour les trois régions.

En terminant, nous remercions sincèrement les membres du conseil d'administration de l'Agence et ceux des établissements de la région pour leur engagement soutenu envers la population. Nous tenons aussi à réitérer notre admiration, tout particulièrement, à l'endroit des membres du personnel de l'Agence et du réseau lavallois qui se sont démarqués cette année en nous aidant à améliorer la santé et le bien-être de la population lavalloise.



Luc Villiard  
Président du conseil d'administration



Claude Desjardins  
Président-directeur général

## Déclaration de fiabilité des données contenues dans le Rapport de gestion 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 Laval ainsi que les contrôles y afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.



Le président-directeur général  
Claude Desjardins

# TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CA .....	3
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS .....	5
TABLE DES MATIÈRES .....	6
LISTE DES TABLEAUX .....	9
LISTE DES ACRONYMES .....	10
<b>CHAPITRE 1 : L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL.....</b>	<b>13</b>
• <b>La mission</b> .....	<b>13</b>
• <b>Le conseil d'administration</b> .....	<b>14</b>
• <b>Les principales décisions du conseil d'administration</b> .....	<b>15</b>
• <b>Les comités du conseil et du président-directeur général</b> .....	<b>19</b>
• Forum de la population .....	19
• Commission infirmière régionale .....	20
• Commission multidisciplinaire régionale .....	21
• Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise .....	21
• Département régional de médecine générale .....	22
• Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) .....	23
• Comité régional sur les services pharmaceutiques .....	24
• <b>Les ressources humaines</b> .....	<b>25</b>
• <b>Le plan d'organisation de l'Agence</b> .....	<b>26</b>
<b>CHAPITRE 2 : LA RÉGION .....</b>	<b>27</b>
• <b>La lutte contre la défavorisation</b> .....	<b>27</b>
• <b>Les déterminants de la santé et conditions de vie des familles</b> .....	<b>28</b>
• <b>L'immigration</b> .....	<b>28</b>
• <b>Les langues</b> .....	<b>28</b>
• <b>La scolarité</b> .....	<b>28</b>
• <b>Le revenu</b> .....	<b>28</b>
• <b>Les facteurs de risque liés aux habitudes de vie</b> .....	<b>29</b>
• <b>Le défi face aux maladies chroniques</b> .....	<b>29</b>
• <b>La santé mentale</b> .....	<b>29</b>
<b>CHAPITRE 3 : LE RÉSEAU DES SERVICES .....</b>	<b>30</b>
• <b>Les établissements</b> .....	<b>30</b>
• <b>Les effectifs par catégorie d'emploi</b> .....	<b>31</b>
• <b>Les effectifs médicaux</b> .....	<b>32</b>
• Omnipratique .....	32
• Spécialités .....	32
• <b>Les partenaires</b> .....	<b>33</b>
• Les groupes de médecine de famille (GMF) .....	33
• Les cliniques médicales .....	34
• Les pharmacies .....	34
• Les organismes communautaires et autres OSBL en santé et services sociaux .....	35
• Le comité régional sur les organismes communautaires (CROC) .....	36

<b>CHAPITRE 4 : LE BILAN DES DIRECTIONS</b> .....	<b>37</b>
• <b>La Direction de santé publique</b> .....	<b>37</b>
• Mot de la directrice.....	37
• <b>Un cap vers des actions simples, utiles et concrètes</b> .....	<b>38</b>
• <b>Actions stratégiques de la Direction</b> .....	<b>38</b>
• <b>Le fondement de nos actions</b> .....	<b>41</b>
• Surveillance de l'état de santé.....	41
• <b>Protection de la santé</b> .....	<b>43</b>
• Les maladies infectieuses.....	43
• La santé environnementale.....	45
• La santé au travail.....	46
• <b>Promotion et prévention de la santé</b> .....	<b>47</b>
• Les saines habitudes de vie.....	47
• Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale.....	49
• Contribution des organismes communautaires.....	51
• <b>La Direction des affaires médicales et santé physique</b> .....	<b>52</b>
• Mot de la coordonnatrice.....	52
• <b>La gestion et la prévention des maladies chroniques</b> .....	<b>53</b>
• <b>Le guichet de la clientèle vulnérable orpheline</b> .....	<b>54</b>
• <b>Les services préhospitaliers d'urgence</b> .....	<b>54</b>
• <b>Les services d'urgence</b> .....	<b>55</b>
• <b>Mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés</b> .....	<b>55</b>
• Activités chirurgicales.....	56
• Imagerie médicale.....	57
• Biologie médicale.....	58
• <b>Le projet SARDM (système automatisé et robotisé de distribution de médicaments)</b> .....	<b>59</b>
• <b>La périnatalité</b> .....	<b>59</b>
• <b>La lutte contre le cancer</b> .....	<b>60</b>
• <b>Les soins palliatifs</b> .....	<b>61</b>
• <b>La Direction des affaires réseau</b> .....	<b>63</b>
• Mot du directeur.....	63
• <b>L'amélioration de la qualité des services et les droits des usagers</b> .....	<b>64</b>
• <b>Le programme Services généraux</b> .....	<b>67</b>
• Service Info-Santé.....	67
• Répertoire des ressources en santé et services sociaux.....	67
• La violence conjugale et les agressions sexuelles.....	68
• Le soutien communautaire en logement social.....	70
• <b>Le programme Dépendances</b> .....	<b>70</b>
• Itinérance.....	71
• <b>Le programme Santé mentale</b> .....	<b>71</b>
• <b>Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement</b> .....	<b>73</b>
• <b>Le programme Jeunes en difficulté</b> .....	<b>76</b>
• <b>Le programme Déficience physique</b> .....	<b>78</b>
• <b>Le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED)</b> .....	<b>80</b>
• Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.....	80
• <b>La Direction des affaires administratives</b> .....	<b>83</b>
• Mot du directeur.....	83
• <b>Le programme Administration et soutien</b> .....	<b>84</b>
• Gestion des risques.....	84
• Planification de la main-d'œuvre réseau.....	84
• Le développement et le maintien des compétences du personnel réseau.....	86
• La présence au travail.....	86
• Les heures supplémentaires.....	88
• La main-d'œuvre indépendante.....	88
• Les ressources informationnelles.....	89

• Sécurité civile-Mission santé .....	92
• Le programme Gestion des bâtiments et des équipements .....	93
• Immobilisations et équipements – réseau .....	93
• Renovations fonctionnelles mineures autres que CHSLD .....	93
• Renovations fonctionnelles mineures en CHSLD .....	94
• Maintien des actifs immobiliers .....	94
• Résorption du déficit d’entretien en maintien des actifs immobiliers .....	94
• Maintien des actifs – Équipements .....	95
• Développement – Équipements .....	95
• Enveloppes Aides techniques .....	96
• Autres projets .....	96
<b>CHAPITRE 5 – BILAN DE L’ENTENTE DE GESTION</b> .....	<b>97</b>
• Résumé du bilan de suivi de gestion régional 2010-2011 .....	97
• Bilan de suivi de gestion de l’entente de gestion et d’imputabilité à la fin de la treizième période financière 2010-2011 .....	97
<b>CHAPITRE 6 : LES ÉTATS FINANCIERS DE L’AGENCE</b> .....	<b>135</b>
• Les ressources financières Réseau .....	135
• Ressources financières – réseau .....	135
• Loi 100 – Réduction des dépenses de nature administrative et le non-remplacement d’un départ à la retraite sur deux .....	136
• Équilibre budgétaire .....	136
• Situation financière des établissements .....	136
• Investissements nets .....	137
• Autorisations d’emprunts .....	138
• Les états financiers résumés de l’Agence .....	139
• Le rapport de la direction .....	139
• Notes aux états financiers résumés .....	146
<b>ANNEXE 1 : CODE D’ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE</b> .....	<b>151</b>
<b>ANNEXE 2 : PUBLICATIONS OFFICIELLES 2010-2011</b> .....	<b>155</b>
<b>ANNEXE 3 : FINANCEMENT RÉCURRENT AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES</b> .....	<b>157</b>

# LISTE DES TABLEAUX

<b>TABLEAU 1</b>	<b>25</b>	<b>TABLEAU 10</b>	<b>56</b>
Effectifs de l'Agence de Laval au 31 mars 2011-08-25		Délais d'attente pour les chirurgies	
<b>TABLEAU 2</b>	<b>27</b>	<b>TABLEAU 11</b>	<b>61</b>
Population par groupe d'âge		Sommaire des résultats des indicateurs en soins palliatifs à domicile	
<b>TABLEAU 3</b>	<b>30</b>	<b>TABLEAU 12</b>	<b>65</b>
Le réseau des services		État de situation au 31 mars 2011	
<b>TABLEAU 4</b>	<b>31</b>	<b>TABLEAU 13</b>	<b>86</b>
Nombre de ressources et de places en ressources non-institutionnelles		Développement et maintien des compétences du personnel réseau	
<b>TABLEAU 5</b>	<b>32</b>	<b>TABLEAU 14</b>	<b>87</b>
Tableau des effectifs		Mesures incitatives – Répartition de l'enveloppe budgétaire 2010-2011	
<b>TABLEAU 6</b>	<b>33</b>	<b>TABLEAU 15</b>	<b>88</b>
Liste des GMF de la région		Heures supplémentaires par le personnel infirmier et le personnel réseau	
<b>TABLEAU 7</b>	<b>35</b>	<b>TABLEAU 16</b>	<b>89</b>
Exercice 2010-2011 – Financement total des organismes communautaires et OSBL selon les modes de financement		Main-d'œuvre indépendante	
<b>TABLEAU 8</b>	<b>42</b>		
Liste des bulletins <i>Sélections Santé Laval</i>			
<b>TABLEAU 9</b>	<b>44</b>		
Nombre de visites des organismes vaccinateurs, selon le type de service de vaccination			

# LISTE DES ACRONYMES

Acronymes	Signification
<b>AETMIS</b>	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
<b>ALTA</b>	Association lavalloise pour le transport adapté
<b>AMP</b>	Activités médicales particulières
<b>AQRP</b>	Association québécoise de réadaptation psychosociale
<b>ATP</b>	Autotraitement du trouble panique
<b>BML</b>	Bureau municipal lavallois
<b>CASAL</b>	Comité d'action en sécurité alimentaire à Laval
<b>CAT</b>	Centre d'abandon du tabagisme
<b>CCSMM</b>	Centre de la communication sourde du Montréal métropolitain
<b>CDC</b>	Corporation de développement communautaire
<b>CECII</b>	Comité exécutif conseil des infirmières et infirmiers
<b>CHOC</b>	Carrefour d'hommes en changement
<b>CHSCD</b>	Centre hospitalier de soins de courte durée
<b>CHSLD</b>	Centre hospitalier de soins de longue durée
<b>CICL</b>	Centre intégré de cancérologie de Laval
<b>CIR</b>	Commission infirmière régionale
<b>CJL</b>	Centre jeunesse de Laval
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CMQ</b>	Collège des médecins du Québec
<b>CMuR</b>	Commission multidisciplinaire régionale
<b>CMV</b>	Clinique médicale virtuelle
<b>CRDI</b>	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
<b>CRÉ</b>	Conférence régionale des élus
<b>CRLS</b>	Commission régionale en loisir et en sport
<b>CROC</b>	Comité régional sur les organismes communautaires
<b>CRSP</b>	Comité régional sur les services pharmaceutiques
<b>CRSRI</b>	Centre régional de service en ressources informationnelles
<b>CSSS de Laval</b>	Centre de santé et services sociaux de Laval
<b>CSST</b>	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
<b>DI</b>	Déficience intellectuelle
<b>DMÉ</b>	Dossier médical électronique
<b>DP</b>	Déficience physique
<b>DRMG</b>	Département régional de médecine générale
<b>DSP</b>	Direction de santé publique
<b>ENM</b>	Enquête nationale auprès des ménages
<b>ESPRI</b>	Effets secondaires aux produits immunisants
<b>FADOQ</b>	Fédération de l'Age d'or du Québec
<b>FEJ</b>	Famille enfance jeunesse
<b>GCVO</b>	Guichet de clientèle vulnérable et orpheline
<b>GMF</b>	Groupe de médecine familiale
<b>HJR</b>	Hôpital juif de réadaptation
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle
<b>HSCM</b>	Hôpital Sacré-Cœur de Montréal
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>IPPAP</b>	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
<b>IPS</b>	Infirmières praticiennes spécialisées
<b>IPSPL</b>	Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne
<b>IRSST</b>	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

<b>Iso-SMAF</b>	Organisation internationale de normalisation - Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
<b>ITS</b>	Infections transmissibles sexuellement
<b>ITSS</b>	Infections transmissibles sexuellement par le sang
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>JASP</b>	Journées annuelles de santé publique
<b>INESSS</b>	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
<b>LIM</b>	Laboratoire d'imagerie médicale
<b>MADA</b>	Municipalité amie des aînés
<b>MADO</b>	Maladie à déclaration obligatoire
<b>MAMROT</b>	Ministère des Affaires Municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire
<b>MAPAQ</b>	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
<b>MCI</b>	Manifestations cliniques inhabituelles
<b>MDEIE</b>	Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation
<b>MELS</b>	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
<b>MESS</b>	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
<b>MFA</b>	Ministère de la Famille et des Aînés
<b>MI</b>	Maladies infectieuses
<b>MPOC</b>	Maladie pulmonaire obstructive chronique
<b>MRC</b>	Municipalité régionale de comté
<b>MSPL</b>	Maison de soins palliatifs à Laval
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OC</b>	Organismes communautaires
<b>OSBL</b>	Organisme sans but lucratif
<b>OSI/RSIPA</b>	Outil de suivi de l'implantation-réseau de services intégrés pour les personnes âgées
<b>PACS</b>	<i>Picture Archiving and Communication System</i> (système d'archivage et de transmission des images) -Dossier de santé du Québec
<b>PAL</b>	Plan d'action local
<b>PALV</b>	Perte d'autonomie liée au vieillissement
<b>PAPA</b>	Personne âgée perte d'autonomie
<b>PAR</b>	Plan d'action régional
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections
<b>PIQ</b>	Protocole d'immunisation du Québec
<b>PQI</b>	Plan quinquennal d'investissement
<b>PQJ</b>	Programme de qualification des jeunes
<b>PREM-MS</b>	Plan régional des effectifs médicaux - médecine spécialisée
<b>PROS</b>	Plan régional d'organisation des services
<b>PROS-MS</b>	Plan régional d'organisation des services- médecine spécialisée
<b>PSSE</b>	Programmes de santé spécifiques aux établissements
<b>RAA</b>	Ressource alternative autre
<b>RAMQ</b>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<b>RI</b>	Ressources intermédiaires
<b>RITM</b>	Réseau intégré de télécommunications multimédias
<b>RLP</b>	Regroupements locaux de partenaires
<b>RLS</b>	Réseau local de services
<b>RPA</b>	Résidences pour personnes âgées
<b>RSIPA</b>	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
<b>RTF</b>	Ressources de type familial
<b>SAD</b>	Soutien à domicile
<b>SARDM</b>	Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments
<b>SCAMA</b>	Services communautaires et d'aide au maintien de l'autonomie
<b>SCAS</b>	Système centralisé d'additions aux solutés
<b>SIDEP</b>	Services intégrés de dépistage et de prévention
<b>SIDER</b>	Système informationnel pour la distribution électronique des résultats
<b>SIM/SVI</b>	Suivi intensif dans le milieu/Soutien d'intensité variable
<b>SIP</b>	Système d'information de la pharmacie

<b>SIP</b>	Service d'intervention préventive
<b>SIPAD</b>	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
<b>SIPPE</b>	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
<b>SIR</b>	Système d'information en radiologie
<b>SISS</b>	Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services
<b>SIVET</b>	Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain
<b>SPLI</b>	Stratégie des partenaires de lutttes contre l'itinérance
<b>SRISIS</b>	Service régional Info-Santé et Info-Social
<b>SSPAD</b>	Société de soins palliatifs à domicile du grand Montréal
<b>TCC-MG</b>	Traumatisés crâniens modérés graves
<b>TCNMI</b>	Table de concertation en maladies infectieuses
<b>TCR</b>	Technocentre
<b>TED</b>	Troubles envahissants du développement
<b>TMS</b>	Troubles musculosquelettiques
<b>TRCDMS</b>	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
<b>TRIL</b>	Travail de rue de l'île de Montréal
<b>TRN</b>	Thérapie de remplacement à la nicotine
<b>UCDG</b>	Unité de courte durée gériatrique
<b>UMF</b>	Unité de médecine familiale
<b>UQAM</b>	Université du Québec à Montréal
<b>UTRF</b>	Unités transitoires de récupération fonctionnelle



# CHAPITRE 1

## L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

### La mission

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval (l'Agence), selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région de Laval, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Elle exerce des responsabilités particulières à l'égard des établissements, des organismes communautaires et de la population.

À cette fin, l'Agence a pour objet:

- 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;
  - de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
- d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;
- d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;
- d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
  - d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;
- de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
  - d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);
  - d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
  - de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
  - de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe précédent, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
  - de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
  - de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;

- de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus; elle doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;
- de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;
- d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

## Le conseil d'administration

### Les membres du conseil d'administration au 31 mars 2011 :

NOMS	SECTEUR DE REPRÉSENTATION
Mme Christiane Bénard	Organisme représentatif du milieu syndical
Mme Denyse Blanchet	Personne reconnue pour ses compétences en gestion - <i>proposée par les établissements autres que le CSSS de Laval</i>
Mme Nadia Chacour	Personne reconnue pour ses compétences en gestion - <i>proposée par les établissements de la région : CSSS de Laval</i>
M. Claude Desjardins	P.-d. g., ASSS de Laval
Mme Régine Duplan	Représentante des organismes socio-économiques
M. Walter Fogel	Membre coopté
M. Laurent Guay, secrétaire	Organisme représentatif du milieu communautaire
Mme Chantal Guèvremont	Représentante de la Commission multidisciplinaire régionale
M. François-Hugues Liberge	Organisme représentatif du secteur public de l'enseignement
Mme Mireille Ménard, vice-présidente	Membre coopté
Mme Joanne L. Niding	Représentante du comité des usagers des établissements
Dr Jacques Ouellet	Représentant de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
Dr Maurice Pilon	Représentant du département régional de médecine générale (DRMG)
M. Jimmy Ung	Représentant des organismes socioéconomiques
M. Luc Villiard, président	Membre coopté
Mme Louise Villeneuve	Représentante de la Commission infirmière régionale

### Les comités du conseil d'administration

Trois comités étudient les dossiers relatifs à leur champ d'expertise et en assurent le suivi afin de faire des recommandations au CA.

#### Le comité de vérification

Mme Denyse Blanchet, présidente  
Mme Nadia Chacour  
Mme Joanne L. Niding

#### Le comité des affaires matérielles et financières réseau

Mme Christiane Bénard, présidente  
M. Walter Fogel  
M. Laurent Guay  
Mme Mireille Ménard  
M. Jimmy Ung

## Le comité de vigilance et de la qualité

---

M. Laurent Guay, président  
M. Claude Desjardins  
M. Michel Coutu, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Mme Joanne L. Niding  
M. Walter Fogel

### Éthique et déontologie

Aucun manquement au *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval n'a été signalé au cours de l'année 2010-2011. Vous trouverez le texte complet du code d'éthique à l'Annexe 1.

# Les principales décisions du conseil d'administration

## Accès aux services

### • Plan stratégique 2010-2015 - Horizon 2015... une vision partagée

L'Agence a élaboré un plan stratégique pluriannuel, en conformité avec les orientations ministérielles et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience.

Celui-ci propose les engagements régionaux découlant du Plan stratégique ministériel 2010-2015 et qui feront l'objet d'engagements aux ententes de gestion des cinq prochaines années entre l'Agence et le Ministère et entre l'Agence et les établissements de la région. En plus des cibles ministérielles, le plan identifie les grands dossiers régionaux, effectue des choix stratégiques et détermine des objectifs qui sont propres à la région.

Ce plan est le résultat d'une participation active du personnel de l'Agence et de représentants d'établissements, dont la contribution stratégique de la Table régionale des directeurs généraux des établissements publics et privés conventionnés, et d'une vaste consultation auprès de toutes les instances régionales et de tous les partenaires concernés, dont les milieux communautaires et les membres du conseil d'administration. Le ministère de la Santé et de Services sociaux a procédé à l'approbation du plan stratégique révisé au printemps 2011.

### • Plan directeur régional en traumatologie 2010-2012

Le conseil d'administration a adopté le *Plan directeur régional en traumatologie 2010-2012* et a mandaté la permanence de l'Agence pour que les recommandations émises par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (l'AETMIS) soient intégrées au plan directeur.

Ce plan poursuit l'objectif d'assurer la continuité et la complémentarité des services requis par la population de Laval. Il vise à identifier des cibles permettant d'améliorer les services. Il met en lumière les efforts des établissements lavallois qui, de concert avec les partenaires montréalais, contribuent à offrir des services de qualité à sa population ayant subi un traumatisme de types et d'intensités variés.

### • Imagerie médicale : améliorer l'accès aux services dans la région

Le conseil d'administration a adopté le *Plan d'action régional pour l'amélioration de l'accès en imagerie médicale* visant à assurer un accès aux services d'imagerie médicale dans des délais acceptables, à optimiser les processus, à assurer une coordination de l'accès régional et interrégional, si requis. Ainsi, chaque établissement doit déposer à l'Agence un plan local, alors que l'Agence dépose un plan régional au MSSS.

Grâce à ce plan, on souhaite éliminer les listes d'attente actuelles et vérifier que les infrastructures sont utilisées au maximum pour améliorer le service et l'accès aux rendez-vous dans les délais, particulièrement pour les examens de tomodensitométrie avec injection de contraste, en échographie et en résonance magnétique.

- **Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2011-2014**

Conformément à la loi, le programme d'accès est révisé aux trois ans. Le dernier datait de 2007-2010. À la suite de la recommandation du comité régional d'accès en langue anglaise, le *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2011-2014* est adopté. Les établissements du réseau ont participé à la révision de leur offre de service et ont été consultés. La dispensation de ces services tient compte de plusieurs enjeux, soit assurer une disponibilité d'intervenants capables d'offrir des services en langue anglaise, poursuivre la formation linguistique offerte actuellement ainsi que la traduction de documents destinés à la clientèle et améliorer l'offre de service.

- **Reconduction des allocations aux organismes communautaires et autres organismes sans but lucratif (OSBL) en santé et services sociaux pour l'exercice 2010-2011**

Le conseil d'administration a adopté, en février 2007, le cadre de référence régional «*L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise*» (CA 20070205-03). Ce cadre balise le financement des organismes communautaires ainsi que les relations entre l'Agence de Laval, les établissements et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'enveloppe régionale est ajustée en tenant compte de l'indexation. L'ajustement est de l'ordre de 2 % et s'applique sur la subvention annualisée en 2009-2010, tant pour le financement en appui à la mission globale que pour le financement par entente de service et par entente particulière.

### **Services de première ligne**

- **Un GMF-RÉSEAU : Une première à Laval**

La Polyclinique médicale Concorde ayant réuni toutes les conditions prévues au Cadre de référence adopté en juin 2009, obtient donc son accréditation et devient le premier GMF-Réseau à Laval.

Un GMF-Réseau est une clinique médicale qui accepte de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS de Laval de leur réseau local de services (RLS). Le développement d'un corridor de services privilégié avec un hôpital lui permet de rendre accessibles aux médecins omnipraticiens de leur territoire et à leurs patients les plateaux techniques et les médecins spécialistes. Ceci contribue donc à améliorer l'accès à la première ligne.

Considérant que le Ministère finance 50 % des coûts, l'Agence de Laval accepte d'allouer au CSSS de Laval un montant maximal récurrent de 120 265 \$ annualisé à 288 714 \$ afin de couvrir les coûts du GMF – réseau Concorde et les infirmières du CSSS de Laval. De plus, une somme maximale non récurrente de 20 000 \$ est accordée pour les frais de démarrage du GMF – réseau Concorde.

- **Financement de 15 lits temporaires en courte durée**

L'Agence de Laval, de concert avec le CSSS de Laval, travaille à un projet à l'égard de l'ajout de 50 lits en courte durée. Dans l'intervalle, comme la région a un besoin urgent de lits de ce type, l'utilisation de lits temporaires est requise. De sorte qu'en l'absence d'un plan d'investissement pour l'exercice 2010-2011 et compte tenu des disponibilités non récurrentes de l'Agence, l'établissement requiert un financement non récurrent de 1,5 M\$ afin de couvrir les coûts directs pour le fonctionnement de 15 lits temporaires en courte durée.

### **Hébergement**

- **Services professionnels et besoins spéciaux en ressources intermédiaires (RI)**

En prévision du développement d'une centaine de places en ressources intermédiaires (RI), l'Agence alloue le financement nécessaire pour assurer les services professionnels requis et les besoins spéciaux en soutien aux ressources. Ces places sont destinées à la clientèle en perte d'autonomie, en déficience intellectuelle et TED, en déficience physique et en santé mentale.

- **Allocation non récurrente répétitive pour financer l'équivalent de 75 places en ressources intermédiaires (RI)**

Le financement est accordé pour les exercices 2011-2012 et 2012-2013. Les 75 places en ressources intermédiaires servent à appuyer l'offre de service de lits d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie.

### **Soutien à domicile**

- **Plan quinquennal d'investissement (PQI) 2009-2010 pour l'acquisition de petits équipements de soutien à domicile**

Dans le cadre de l'actualisation de la politique de soutien à domicile *Chez soi, le premier choix* et depuis l'exercice 2003-2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) attribue un financement réservé à l'acquisition d'appareils d'analyses diagnostiques, d'appareils destinés aux soins à domicile et d'aides techniques pour les services offerts aux usagers dans leur milieu de vie. Afin d'améliorer la réponse aux besoins des clientèles à domicile, l'Agence accorde un montant maximal non récurrent de 301 332 \$ au CSSS de Laval, en 2010-2011, pour lui permettre de renouveler et d'ajouter des appareils à sa banque régionale d'équipements.

### **Prestation sécuritaire des services**

- **Le SARDM-Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments**

Adoption de la *Vision régionale du projet SARDM*. Le plan prévoit la préparation et la distribution centralisée des médicaments pour toute la région de Laval à partir de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé pour les cinq centres d'hébergement de longue durée publics, l'Hôpital juif de réadaptation et éventuellement le Centre jeunesse de Laval et le CRDI Normand-Laramée. Ainsi, une deuxième ensacheuse emballeuse sera installée à la Cité-de-la-Santé tandis que plusieurs autres équipements seront progressivement déployés : des cabinets automatisés décentralisés (urgences, soins intensifs), des chariots de transport et de distribution, des lecteurs de code à barres.

Il s'agit de la phase II de réalisation du SARDM pour la distribution unitaire des médicaments en lien avec le système d'information de la pharmacie (SIP) en vue de rehausser la qualité et la sécurité du circuit du médicament. Le projet entraîne la modernisation de l'environnement de travail et contribue à favoriser le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre en pharmacie et en soins infirmiers dans un contexte de rareté des ressources humaines.

### **Promotion des saines habitudes de vie**

- **Politique pour une saine alimentation à l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval**

En accord avec sa mission et ses responsabilités l'Agence de Laval adopte cette politique dont le cadre de référence s'inscrit dans la mise en œuvre 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. De plus, le soutien au développement de politiques-cadres en alimentation, dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, est une activité figurant au *Programme national de santé publique (2003-2012)* – Mis à jour 2008.

### **Prévention**

- **Entente de partenariat sur la persévérance scolaire et la réussite éducative**

L'Agence accepte d'être signataire d'une *Entente de partenariat régional sur la persévérance scolaire et la réussite éducative*. La diplomation et la persévérance scolaire préoccupent plusieurs partenaires de la région de Laval. En effet, 25,3 % des jeunes lavallois et lavalloises étudient à la formation générale au secondaire quittent l'école sans qualification, ni diplôme (30,2 % chez les garçons et 20,3 % chez les filles).

Les impacts négatifs du décrochage scolaire sur la santé et le bien-être de la population sont bien connus. Les signataires envisagés sont, outre la CRÉ de Laval et le Forum Jeunesse Laval, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), la Commission scolaire de Laval, la Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier, le Collège Montmorency, l'Université de Montréal, le Centre local de développement de Laval et le Carrefour Jeunesse-Emploi de Laval.

D'une durée de trois ans, l'Entente verra à l'application d'un plan d'action issu des partenaires intersectoriels régionaux (signataires de l'entente et membres cooptés reconnus pour leur expertise). L'approche par projet sera préconisée afin d'obtenir des retombées concrètes. L'Agence de Laval contribuera financièrement, à raison de 10 000 \$ par année, pendant trois (3) ans et déléguera la Direction de santé publique au comité de gestion de l'Entente et à l'Instance de concertation régionale qui en découle.

### **Main d'œuvre : formation, rétention et recrutement**

#### **• Programme de soutien clinique : volet préceptorat**

Le MSSS annonçait en juin 2008, sa stratégie pour faire face aux problématiques de main-d'œuvre en soins infirmiers. Le volet préceptorat du programme de soutien clinique vise notamment la rétention des jeunes infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de trois années d'expérience et travaillant sur les quarts de soir et de nuit, en proposant à celles-ci des heures de préceptorat d'en moyenne 30 minutes par semaine. Un budget non récurrent de 262 000 \$ a été accordé à la région de Laval pour l'année 2010-2011 et a été réparti entre le CSSS de Laval (229 506 \$) et l'Hôpital juif de réadaptation (27 592 \$). Un montant de 4 902 \$ a été versé au CSSS de Laval, à titre de mandataire, en raison du soutien en préceptorat offert au CHSLD Manoir St-Patrice Inc. et au CHSLD St-Jude Inc.

#### **• Stratégie de gestion de la main-d'œuvre 2011-2015**

Le conseil d'administration adopte la Stratégie 2011-2015, qui s'inscrit dans la continuité de la stratégie de gestion de la main-d'œuvre entreprise en 2009-2011. Elle souscrit aux enjeux de la planification stratégique en s'appuyant sur trois axes d'intervention, soit la promotion des métiers et professions, l'attraction et la fidélisation de la main-d'œuvre et l'organisation du travail. À l'instar des régions limitrophes, Laval doit faire face au défi grandissant d'accessibilité aux services de santé et de services sociaux pour une clientèle en augmentation.

#### **• Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)**

Conformément aux priorités ministérielles, l'Agence accorde le financement nécessaire pour compléter l'intégration de trois nouvelles infirmières spécialisées à temps complet au CSSS de Laval. Ceci porte à cinq (5) le nombre d'IPS dans la région. Le plan de déploiement prévoit un total de 16 infirmières spécialisées au CSSS de Laval ou dans les GMF d'ici 2018.

### **Parc immobilier**

#### **• Rénovations fonctionnelles mineures 2010-2011 (autres que les CHSLD)**

Le conseil d'administration a procédé à la répartition d'une enveloppe de 1 960 810 \$ pour des rénovations fonctionnelles mineures autres que dans les CHSLD pour 2010-2011.

Le plan de conservation et de fonctionnalités immobilières est un plan triennal mis à jour annuellement par les établissements. Ceux-ci ont identifié et priorisé leurs besoins en rénovations fonctionnelles mineures et les ont transmis à l'Agence. Les représentants de l'Agence ont analysé les demandes des établissements et ont réparti les sommes selon les besoins prioritaires.

## Optimisation

### • Mise en commun des ressources informationnelles 3L-infrastructures et TCR

Approbation du transfert du Technocentre et de ses ressources budgétaires et technologiques à l'Agence de Lanaudière conformément au cadre de la démarche d'optimisation demandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le projet de regroupement des technocentres de Laval, Laurentides et Lanaudière entraînera des économies d'échelle : réduction des coûts d'acquisition d'équipements, des licences, des frais d'entretien, etc. Il s'agit du premier de trois volets d'optimisation des ressources informationnelles.

# Les comités du conseil et du président-directeur général

## FORUM DE LA POPULATION

### MEMBRES

M. Vincent Aucoin	Comité des usagers, CSSS de Laval <i>Représentant des comités d'usagers</i>
Mme Jocelyne Boulanger	Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval <i>Représentante des communautés culturelles</i>
M. Steve Carrière	Laval Technopole et Forum jeunesse de Laval
M. Claude Cataford	Fédération de l'âge d'or du Québec (section Laval)
Mme Diane Clavet	Commission scolaire de Laval
Mme Georgette Cossette-Mather	Vice-présidente, AQDR (section Laval)
M. Claude Desjardins	P.-d. g., ASSS de Laval
M. Gilles Fournier	Président, DIRA-Laval
Mme Françoise Golden	Pastorale de Laval
M. Rémi Goulet	Comité des usagers, Résidence Riviera <i>Représentant des comités d'usagers</i>
Mme Josette Guerrier	Centre COMEL
Mme Melpa Kamatéros	Le Bouclier d'Athéna <i>Table de concertation en violence conjugale de Laval</i>
Mme Lydia Nouneh	CISEP <i>Représentante de la communauté d'expression anglaise</i>
Mme Dominique Rioux	Option Travail

### Réalisations

Le Forum s'est réuni le 31 mai 2010 dans le cadre de la consultation sur la planification stratégique régionale 2010-2015. L'Agence prévoit, au cours de la prochaine année, définir de nouveaux modes de consultation de la population en collaboration avec les partenaires concernés, conformément aux nouvelles dispositions de la loi 127.

## COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

### MEMBRES

Mme Louise Villeneuve, présidente	CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Mme Jacqueline Bois	Infirmière auxiliaire CSSS de Laval-Centre d'hébergement Fernand-Larocque
M. Claude Desjardins	P.-d. g., ASSS de Laval
Mme Nicole Dufresne	CECII CRDI Normand-Laramée
Mme Manon Éthier	Gestionnaire des soins infirmiers, Résidence Riviera
Mme Lise Ferland-Houle	Représentante, Collège Montmorency
Mme Danièle Lalande	Infirmière auxiliaire CSSS de Laval, Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée
Mme Francine Meunier	CECII-Centrale Info-Santé du Marigot
Mme Julie Rodrigue	CECII-CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Mme Hélène Trudel	CECII CSSS de Laval, CLSC du Marigot

### MEMBRES OBSERVATEURS

Mme Elisabeth Blair	Hôpital juif de réadaptation
Mme Louise Cossette	CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Mme France Sylvestre	GMF – Clinique médicale Ste-Dorothée

### Réalisations

La Commission s'est réunie huit fois au cours de l'année. Celle-ci a participé aux travaux de consultation sur le Plan stratégique 2010-2015. Elle a rédigé un avis portant sur les aspects suivants : les engagements lavallois relatifs aux cibles du MSSS, les objectifs spécifiques à la région de Laval et les éléments contextuels.

Par ailleurs, divers sujets ont retenu l'attention des membres, entre autres :

- Ordonnances collectives;
- Maladies chroniques à Laval;
- Approche adaptée de la personne âgée;
- Projet SARDM;
- Stratégie de gestion de la main-d'œuvre 2011-2015;
- L'urgence;
- Commission régionale infirmière de Montréal (visite).

### Perspectives 2011-2012

L'élaboration d'un plan d'action sur les travaux effectués par la CIR est en cours et une recommandation sur les ordonnances collectives devrait être présentée au conseil d'administration à l'automne 2011.

## COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

### MEMBRES

Mme Chantal Guèvremont, présidente	CSSS de Laval
Mme Denyse Blanchet	Collège Montmorency
Mme Mary Caravias	CSSS de Laval
Mme Franca Coscia	Hôpital juif de réadaptation
M. Claude Desjardins	P.-d. g., ASSS de Laval
M. Patrick Gauthier	CSSS de Laval
M. Daniel Héту	CRDI Normand-Laramée
M. Pierre-Paul Millette	CSSS de Laval
M. Jean-François Payette	Centre jeunesse de Laval
Mme Léontina Talmaceanu	CSSS de Laval

### Réalisations

Les membres se sont réunis à six reprises pour :

- Échanger sur la planification régionale de la main-d'œuvre;
- Commenter le projet de loi 127 afin de partager les préoccupations de la CMuR au Ministre;
- Organiser un forum régional des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires lavallois pour sensibiliser sur les rôles et les mandats de la CMuR et les défis de la main-d'œuvre à Laval en juin 2010;
- Désigner un représentant au comité ad hoc pour l'élaboration du Plan d'action régional des maladies chroniques;
- Organiser une conférence-midi sur l'interdisciplinarité pour mai 2011;
- Désigner un participant à la 8<sup>e</sup> édition du Colloque des Conseils multidisciplinaires du Québec d'octobre 2010;
- S'informer des dossiers régionaux, tels que l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, les GMF réseau, le Projet de l'Ouest de l'île.

## COMITÉ RÉGIONAL D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

### MEMBRES

Mme Élisabeth McLeod, présidente	Association amicale des jeunes et parents « Agape »
M. Jean Bélair, vice-président	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
Mme Nicole Beaudry	Responsable du dossier langue anglaise ASSS de Laval
Mme Ann Carey	CHSLD Manoir St-Patrice Inc.
M. Claude Desjardins	P.-d. g., ASSS de Laval
Mme Liette Dubord	CRDI Normand-Laramée
M. Walter Fogel	Commission scolaire Sir Wilfrid-Laurier
Mme Lynda Gloutney	Hôpital juif de réadaptation
Mme Christiane Hémond	Ville de Laval
Mme Sophie Ouellet	CSSS de Laval
Mme Lise Pinsonnault	Direction régionale Emploi-Québec-Laval

### Réalisations

Les membres se sont réunis à quatre reprises durant l'année 2010-2011. Le bilan de la mise en œuvre du plan d'action 2007-2010 a été effectué. Un nouveau Programme d'accès en langue anglaise 2011-2014 a été élaboré. Celui-ci a été adopté au C.A. de l'Agence le 29 mars 2011 et déposé pour approbation au ministère le 31 mars 2011. Le comité régional a aussi été consulté et a donné son avis sur certains des points suivants :

- Planification stratégique 2010-2015;
- Planification régionale de la main-d'œuvre;
- Projets d'adaptation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (CHSSN);
- Entente Canada-Québec 2011-2012;
- Version anglaise du site Web de l'Agence;
- Projet McGill : formation linguistique pour les intervenants du réseau;
- Mise à jour du règlement du comité régional;
- Programme d'accès aux services en langue anglaise 2011-2014;
- Projet Mc Gill – Programme de formation en langue anglaise.

## DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### MEMBRES

Dr Martin Archambault, chef	Clinique médicale Monteuil
Dr Jacques Blais	GMF Ste-Dorothée
Dre Pauline Couture	ASSS de Laval
Dre Isabelle Croteau	CSSS de Laval
M. Claude Desjardins	P.-d. g., ASSS de Laval
Dre Suzette Guirguis	CSSS de Laval
Dre Sylvie Robitaille	CSSS de Laval
Dre Danielle Soulière	Médi-Centre Chomedey
Dr Alain Turcotte	CSSS de Laval

### Réalisations

L'année 2010-2011 a été marquée par un changement à la chefferie du DRMG. Une réorganisation complète des grands dossiers médicaux a été entreprise, entre autres, la révision du dossier des heures d'activités médicales particulières (AMP), du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique et des groupes de médecine de famille (GMF). La Table des GMF a été restructurée et l'élaboration du Plan régional d'organisation des services (PROS) de première ligne est commencée.

- Contribution au dossier de la mise en place d'un point de services dans l'Ouest de l'Île avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval. (Dossier toujours en cours);
- Production d'un portrait des omnipraticiens travaillant en cabinet;
- Renouvellement des contrats de GMF;
- Création de sites satellites au GMF Ste-Rose/Le Carrefour Médical et l'UMF Cité-de-la-Santé;
- Élaboration du concept de grappes intégratives et des structures de réseautage qui en permettent l'implantation;
- Participation aux travaux du comité d'implantation des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) avec l'Agence et le CSSS de Laval;
- Tournée des GMF pour en faire l'évaluation et dégager un plan d'action;
- Constitution d'un registre informatisé des adresses des omnipraticiens de la région;
- Recensement de l'ensemble de l'activité des omnipraticiens en activités médicales particulières (AMP) sur le territoire de Laval et création d'un registre de mise à jour permanente;
- Tenue de trois séances d'entrevue et sélection des huit candidats au PREM et des deux PEMU;
- Développement du programme des maladies chroniques en première ligne;
- Création du premier GMF-réseau avec le GMF Concorde;
- Organisation du premier colloque de la première ligne à Laval ayant pour thème les GMF;
- Participation au comité stratégique de la première ligne du CSSS de Laval;
- Publication de l'Info-DRMG.

## TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE (TRCDMS)

### MEMBRES

Dr Jacques Ouellet, président	Chef du département de l'urgence, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Dr Jean-René Houle	Chef du département de chirurgie - CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
M. Claude Desjardin	P.-d. g., ASSS de Laval
Dre Myriam Dubuc	Chef du département d'anesthésie et réanimation, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Dre Marie-Andrée Fortin	Chef du département Radio-oncologie, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Dre Pascale Hamel	Chef du département de pédiatrie, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Dr Jacques Morais	Chef du département de médecine spécialisée - CSSS de Laval
Dr Bruno Morin	Chef du département de radiologie - CSSS de Laval
Dr Jean Parratte	Chef du département de psychiatrie, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Dre Danielle Talbot	Chef du département de biologie médicale, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé
Dr Dominique Tremblay	Chef du département de gynécologie-obstétrique, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé

### MEMBRES OBSERVATEURS

Dre Nicole Damestoy,	Directrice de la santé publique - ASSS de Laval
Dr Alain Goudreau	Directeur des services professionnels et hospitaliers - CSSS de Laval
M. Luc Lepage	Directeur général - CSSS de Laval

### Réalisations

Les membres de la Table régionale se sont réunis à quatre reprises et ont traité différents dossiers. L'année 2010-2011 se distingue principalement par la nouvelle façon de fonctionner du MSSS pour l'attribution des effectifs médicaux (PREM) en spécialité. Ces modifications ont entraîné la Table à poser une réflexion sur le plan de l'organisation des services médicaux spécialisés. Pour ce faire, un comité de pilotage régional a été mis en place et un exercice de consultations a eu lieu avec la majorité des spécialités.

Le rapport a été livré en janvier et a servi de levier pour justifier le plan régional d'effectifs. Une préoccupation majeure perdue au sein des membres de la Table soit celle de s'assurer d'avoir les infrastructures pour accueillir les spécialistes et d'avoir les plateaux techniques adéquats pour poursuivre les activités.

- Commentaires sur la planification régionale stratégique 2010-2015;
- Projet des 40 lits au CSSS de Laval;
- Relocalisation de l'UMF;
- Plan d'action en imagerie médicale;
- Ajout de lits de longue durée dans la région (RI);
- Avis sur les corridors de service pour le département de radio-oncologie du CSSS de Laval;

- Suivi du dossier du PROS-MS;
- Recommandations pour le PREM-MS 2011;
- Tenue d'un lac-à-l'épaule sur le plan quinquennal en médecine spécialisée;
- Amorce des travaux pour le PREM quinquennal.

### **Perspectives 2011-2012**

La poursuite des travaux pour le dépôt du plan quinquennal des effectifs en médecine spécialisée retiendra l'attention de la prochaine année. Sous-jacente à ces travaux, l'analyse des capacités d'accueil nécessitera une réflexion approfondie afin qu'un arrimage parfait existe entre l'arrivée des spécialistes et le développement des infrastructures.

## **COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES**

### **MEMBRES**

M. Jean Thiffault, président	Représentant des pharmaciens propriétaires
Dre Pauline Couture	Directrice adjointe aux affaires médicales et santé physique, ASSS de Laval.
Mme Wacila Debout	Représentante des pharmaciens exerçant leur profession dans les pharmacies communautaires
M. Claude Desjardins	P.-d. g., ASSS de Laval
Mme Nathalie Fernandes	Représentante des pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement, CSSS de Laval
Mme Francine Lussier-Labelle	Représentante des chefs de départements de pharmacie, CSSS de Laval

Le comité régional sur les services pharmaceutiques s'est réuni cinq fois au cours de l'année.

### **Réalisations**

- Réorganisation du comité par le changement des membres;
- Implantation de l'ordonnance collective sur le territoire de Laval;
- Préparation du premier bulletin Info-CRSP;
- Préparation de listes informatisées des membres;
- Participation au comité opérationnel du Centre de l'Ouest de l'Île.

# Les ressources humaines

TABLEAU 1. EFFECTIFS DE L'AGENCE DE LAVAL AU 31 MARS 2011

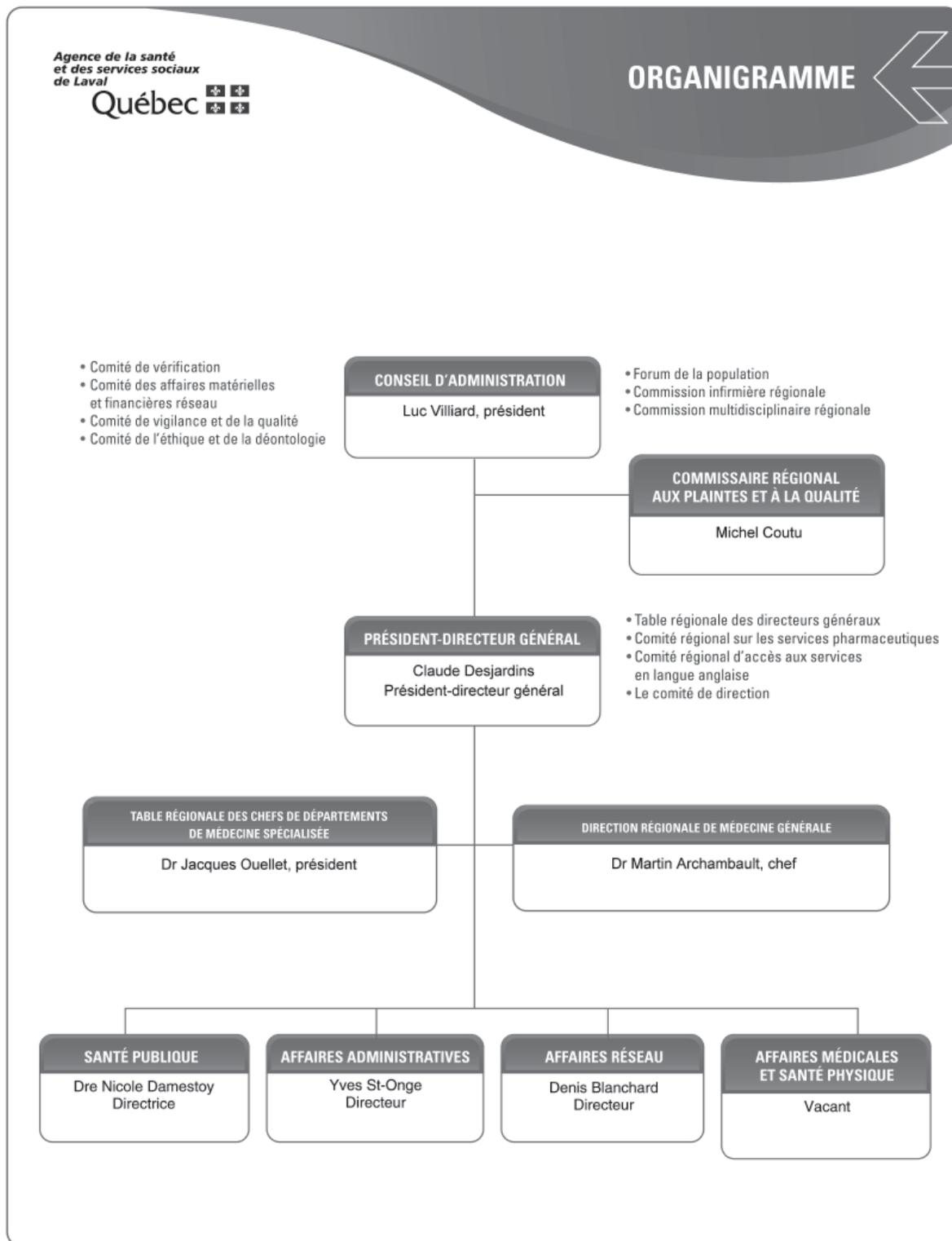
	EXERCICE EN COURS	EXERCICE ANTÉRIEUR
<b>NOTE 1</b>		
Effectifs de l'Agence :	107,90	99,6
<b>LES CADRES</b> (en date du 31 mars)		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	13	12
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<b>LES EMPLOYÉS RÉGULIERS</b> (en date du 31 mars)		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	76	72
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1,4	0,6
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<b>LES OCCASIONNELS</b>		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	32 000	22 900
• Équivalents temps complet (b) (55)	17,5	15

Aux effectifs de l'Agence de Laval s'ajoutent un dentiste ainsi que 17 médecins actifs au sein de la Direction de santé publique et de la Direction des affaires médicales et santé physique.

Voici quelques-unes des activités de développement et de mise à jour réalisées dans le cadre du plan de développement des ressources humaines de l'Agence :

- Le renouvellement d'une entente intersyndicale a permis la poursuite du régime d'aménagement du temps de travail. Ce régime prévoit quatre types d'horaires de travail pouvant répondre autant aux besoins de l'organisation qu'à ceux du personnel, qui cherche à atteindre l'équilibre travail-vie personnelle;
- L'Agence a poursuivi ses activités de promotion de la mobilité interne du personnel;
- Six professionnels de l'Agence ont suivi une formation au Programme de relève des cadres offerte par l'Université Laval;
- Le personnel de l'Agence a bénéficié de 42 activités de mise à jour et de perfectionnement, de 38 congrès, colloques, conférences, séminaires et de neuf programmes d'études académiques.

# Le plan d'organisation de l'Agence



Modifié le 28 mars 2011

# CHAPITRE 2 LA RÉGION

La région, qui occupe 246 km<sup>2</sup>, soit 0,02 % du territoire québécois, constitue la plus petite des régions administratives du Québec tout en étant la deuxième en importance pour la densité de sa population avec 1 634 habitants/km<sup>2</sup>.<sup>1</sup>

Le territoire de Laval est largement urbanisé (56 %). La zone agricole couvre 17 % du territoire, alors que la zone forestière, l'exploration minière et les territoires non exploités couvrent 27 % de l'île Jésus<sup>2</sup>.

Laval est l'une des huit régions les plus peuplées du Québec et compte plus de 400 000 résidents. Si elle ne se démarque pas significativement du reste du Québec au plan sociodémographique, trois éléments sont à souligner : la croissance plus marquée de la population lavalloise, la proportion d'aînés en particulier et l'importance grandissante des communautés culturelles.

Laval connaît une croissance démographique un peu plus rapide que celle du Québec. Le nombre de mineurs, soit les moins de 18 ans, augmente très lentement tandis que le nombre d'aînés (65 ans et plus) croît rapidement; ce qui a comme conséquence que le nombre d'aînés dépassera celui des mineurs en 2031.

TABLEAU 2. POPULATION PAR GROUPE D'ÂGE

GROUPE D'ÂGE	2011	2010	Variation (%)
Hommes	197 829	195 042	1,41
Femmes	204 041	201 144	1,42
0-14 ans	67 668	66 885	1,16
15-24 ans	52 261	51 604	1,26
25-44 ans	107 772	107 180	0,60
45-64 ans	112 646	110 938	1,52
65-74 ans	32 748	31 873	2,67
75 ans et plus	28 789	27 706	3,76
<b>TOTAL</b>	<b>401 870</b>	<b>396 186</b>	<b>1,41</b>

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010.

## La lutte contre la défavorisation

Bien que la situation socioéconomique lavalloise soit en général favorable lorsqu'on la compare à la moyenne québécoise, on observe la présence d'une disparité intrarégionale. À Laval, il existe des secteurs pauvres. Certains d'entre eux sont même limitrophes de zones très favorisées. Il a été démontré que la défavorisation sociale et économique est liée à une espérance de vie réduite et à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité reliés à diverses causes. Nous sommes confrontés à plusieurs phénomènes, notamment les répercussions de la pauvreté sur la santé, la croissance du fardeau des maladies chroniques et les défis liés au vieillissement.

<sup>1</sup> Projection de population, pour 2011, site web du MSSS, juillet 2010.

<sup>2</sup> Ville de Laval, Service de l'évaluation, sommaire de l'évaluation foncière, au 31 décembre 2006, révisé en avril 2007.

# Les déterminants de la santé et conditions de vie des familles

Laval ne se démarque pas de l'ensemble du Québec quant à la proportion de familles ayant au moins un enfant (48 %)<sup>3</sup>. Elle compte toutefois un peu moins de familles monoparentales avec enfants (15 %) et de personnes vivant seules (10 %) que le Québec (17 % et 13 %, respectivement)<sup>4</sup>. Les femmes sont quatre fois plus souvent monoparentales que les hommes et sont aussi proportionnellement plus nombreuses à vivre seules (12 % des femmes comparativement à 9 % des hommes)<sup>5</sup>.

## L'immigration

En 2006, les personnes immigrantes composaient 20 % de la population de Laval, ce qui représente une hausse de 16 % comparativement à 2001. Cette proportion de personnes immigrantes est beaucoup plus élevée qu'au Québec, laquelle est de 12 %. Les personnes immigrantes qui résident à Laval sont surtout nées en Europe (38 %), en Asie et au Moyen-Orient (30 %), en Afrique (12 %), ou dans les Antilles et les Bermudes (11 %). L'immigration en provenance de l'Afrique et de l'Amérique du Sud est en hausse.

## Les langues

En 2006, la proportion des Lavallois ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais s'établissait à 24 %; une augmentation de 8 % depuis 1996, ce qui représente le double de celle de la province de Québec. Le français est la langue la plus souvent parlée à la maison chez 71 % des Lavallois. Cette proportion est de 81 % pour l'ensemble des Québécois. Près de 55 % des Lavallois ont une connaissance du français et de l'anglais comparativement à 41 % pour l'ensemble des Québécois.

## La scolarité

Environ 18 % des Lavallois de 18 ans et plus (50 000 personnes) ne possèdent aucun diplôme ou certificat, alors que cette proportion est de 21 % pour le Québec. Le taux de chômage est légèrement inférieur à Laval en comparaison de celui du Québec.

## Le revenu

Comparativement à l'ensemble des Québécois, moins de Lavallois sont prestataires de la sécurité du revenu ou vivent sous le seuil de faible revenu. On estime que le revenu personnel par habitant de Laval est supérieur à celui du Québec. Les femmes vivent plus souvent sous le seuil de faible revenu que les hommes (12 % des femmes contre 10 % des hommes)<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> Profils thématiques déterminants sociaux, tableau 3.2, couples mariés avec enfant + couples en union de fait avec enfants. 47,6%.

<sup>4</sup> Idem, tableau 3.6

<sup>5</sup> Idem, tableau 3.7

<sup>6</sup> Idem, tableau 4.8

## Les facteurs de risque liés aux habitudes de vie

Certaines habitudes de vie et comportements sont à la source de maladies et de complications, particulièrement de maladies chroniques et de maladies infectieuses. Ainsi, le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont parmi les principaux facteurs de risque des maladies chroniques les plus mortelles, telles les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et du système respiratoire.

Voici, de façon plus détaillée, les facteurs de risque liés aux habitudes de vie :

- Tabagisme : 23 % des Lavallois de 12 ans et plus fument . Même si le taux est en baisse, les jeunes sont encore trop nombreux à fumer : 27 % des Lavallois âgés de 20 à 34 ans fumaient en 2007-2008;
- Actifs physiquement : 28 % des Lavallois de 20 ans et plus font 30 minutes d'activité physique au moins trois fois par semaine, comme il est recommandé. Près de la moitié (49 %) des Lavallois de 20 à 64 ans ont un surplus de poids ou sont obèses ;
- Alimentation adéquate : en 2007-2008, 52 % des Lavallois de 12 ans et plus consommaient quotidiennement au moins cinq fois des fruits et légumes. Plus précisément, 44 % des hommes et 59 % des femmes suivent cette recommandation ;
- Consommation excessive d'alcool : un Lavallois sur dix (10 %) consomme cinq verres ou plus d'alcool dans une journée, 12 fois ou plus au cours d'une année. La consommation excessive d'alcool touche davantage les hommes que les femmes.

La perception de l'état de santé est un autre indicateur qui permet de mesurer l'état de santé général. À Laval, la majorité de la population (61 %) se considère en excellente ou en très bonne santé. C'est un peu que pour la population québécoise de 12 ans et plus, qui se situait à 59 % en 2007-2008.

## Le défi face aux maladies chroniques

Le défi que posent les maladies chroniques s'accroît avec le vieillissement de la population, car leur prévalence augmente avec l'âge. On estime que 6 % de la population atteinte de plus d'une maladie chronique est responsable de 33 % des coûts de soins de santé. La mortalité par cancer demeure préoccupante puisque les tumeurs étaient à l'origine de 36 % des décès en 2009 et constituent la première cause de mortalité, suivie des maladies de l'appareil circulatoire.

## La santé mentale

En 2007-2008, plus des trois quarts des Lavallois âgés de 12 ans ou plus (77 %) affirment avoir une santé mentale excellente ou très bonne, alors que 3 % la considèrent passable ou mauvaise. En 2009-2010, on dénombrait 1 113 épisodes d'hospitalisation de courte durée pour troubles mentaux (excluant les démences) pour les Lavallois et 79 pour tentative de suicide.

Le taux de suicide tend à diminuer, pour atteindre des valeurs inférieures à celles observées dans les années 1980, soit 10 décès pour 100 000 personnes en 2007. Près de 75 % des suicides surviennent chez les hommes. Les taux de décès par suicide observés à Laval sont généralement plus bas que ceux observés au Québec.

<sup>7</sup> Tiré de Portrait populationnel – Cancer, avril 2011, graphique 27, ESCC 2007-2008

<sup>8</sup> Idem, graphique 30

<sup>9</sup> Idem, graphique 33

<sup>10</sup> Idem, graphique 32

<sup>11</sup> Idem, graphique 31

<sup>12</sup> Idem, p.19

# CHAPITRE 3

## LE RÉSEAU DES SERVICES

Les objectifs du réseau sont de promouvoir la santé et le mieux-être de la population lavalloise, prévenir les maladies et les accidents, diagnostiquer, traiter, empêcher les complications, travailler à l'adaptation et à la réadaptation des personnes ayant une maladie ou une déficience, les aider à développer leur plein potentiel et à compenser leurs incapacités, soutenir les personnes à domicile, héberger celles qui en ont besoin et offrir des soins de fin de vie. Le tout s'articule dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services, et en étroit partenariat avec les autres ressources, publiques, privées et communautaires.

### Les établissements

Le réseau lavallois de santé et de services sociaux compte notamment quatre établissements publics, six établissements privés conventionnés et cinq établissements privés non conventionnés.

TABLEAU 3. ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU

Établissements publics	Nb de lits au permis	Mission
Centre de santé et de services sociaux de Laval		
Hôpital de la Cité-de-la- Santé	452*	Soins hospitaliers généraux et spécialisés
Centre ambulatoire		Soins ambulatoires
CLSC des Mille-Îles		Services de santé, psychosociaux et communautaires de première ligne
CLSC du Marigot		
CLSC du Ruisseau-Papineau		
CLSC de Sainte-Rose		
Centre d'hébergement Fernand-Larocque	98	Services d'hébergement et de soins de longue durée
Centre d'hébergement Idola- Saint-Jean	196	
Centre d'hébergement de La Pinière	100	
Centre d'hébergement Rose-de-Lima	96	
Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée	285	
Hôpital juif de réadaptation	132	Soins de réadaptation physique
CRDI Normand-Laramée	95**	Services de réadaptation en déficience intellectuelle et TED
Centre jeunesse de Laval	269***	Services psychosociaux, communautaires et d'hébergement pour les jeunes
Centre Le Maillon		Services de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes

\* Plus de 38 lits en psychiatrie

\*\* Places internes à la Résidence Louise-Vachon

\*\*\* Places internes dans les unités de vie et les foyers de groupe

**TABLEAU 3. ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU (SUITE)**

<b>CHSLD privés conventionnés</b>	<b>Nb de lits au permis</b>	<b>Mission</b>
Centre d'hébergement Champlain Saint-François	53	Services d'hébergement et de soins de longue durée
CHSLD Saint-Jude (Groupe Âge 3)	204	
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche	128	
Manoir Saint-Patrice	96	
Résidence Riviera	128	
Santé Courville de Laval	68	
<b>CHSLD privés non conventionnés****</b>	<b>Nb de lits au permis</b>	<b>Mission</b>
Centre d'hébergement de la Rive	37	Services d'hébergement et de soins de longue durée****
Centre d'hébergement de la Villa-les-Tilleuls	19	
Résidence du Bonheur	22	
Centre d'hébergement l'Éden de Laval	30	
Villa Val des Arbres	26	

\*\*\*\* Places en ententes de services avec le CSSS de Laval

**TABLEAU 4. NOMBRE DE RESSOURCES ET DE PLACES EN RESSOURCES NON-INSTITUTIONNELLES**

<b>Types de ressources</b>	<b>Nombre</b>	<b>Places</b>
Ressources de type familial (RTF)	131	304
Ressources intermédiaires (RI)	109	681
Autres ressources non institutionnelles	4	120

## Les effectifs par catégorie d'emploi

Plus de 9 000 personnes œuvrent dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à Laval, excluant les médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. On note une augmentation d'effectifs de l'ordre 2 % par rapport à l'an passé. La majorité des effectifs travaillent au CSSS de Laval (67 %) et au Centre jeunesse de Laval (11 %).

**TABLEAU 5. TABLEAU DES EFFECTIFS**

Établissements	Non-cadre	Cadre	Non-défini	Total
CSSS de Laval	5 883	205	57	6 145
Centre jeunesse de Laval	940	77	3	1 020
Hôpital juif de réadaptation	512	31	0	543
CRDI Normand-Laramée	403	30	0	433
CHSLD Saint-Jude Inc.	236	15	0	251
Résidence Riviera Inc.	138	6	2	146
CHSLD Vigi l'Ochidée Blanche	139	6	0	145
Manoir Saint-Patrice Inc.	119	7	0	126
ASSS de Laval	105	13	29	147
Santé Courville de Laval	95	4	0	99
Centre hébergement Champlain-Saint-François	62	1	0	63
<b>TOTAL</b>	<b>8 632</b>	<b>395</b>	<b>91</b>	<b>9 118</b>

## Les effectifs médicaux

### OMNIPRATIQUE

Les résultats de l'évaluation sur la disponibilité des effectifs médicaux omnipraticiens dans les cabinets de première ligne de la région de Laval, réalisée en 2010, révèlent que d'ici 2020, 40 % des omnipraticiens partiront à la retraite. Ce constat confirme l'importance de redoubler les efforts pour assurer leur relève par le biais de l'ajustement du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM).

La cible de recrutement de 10 omnipraticiens selon le PREM 2010 n'a pas été atteinte. Deux postes de nouveau facturant demeurent libres au 31 mars 2011. Par ailleurs, les postes de mobilité interrégionale n'ont pas été comblés.

### Perspectives 2011-2012

Le portrait de la disponibilité des omnipraticiens dans la région de Laval par cabinet alimentera les réflexions quant à la pertinence de créer d'autres modes d'organisation des services de première ligne mieux adaptés aux besoins grandissants d'attraction et de rétention des médecins ainsi que de la prise en charge de patients en provenance du guichet de clientèle vulnérable et orpheline (GCVO). De plus, l'ajustement d'effectifs omnipraticiens aux besoins croissants de couverture dans les milieux CHSLD et RI reste un sujet d'actualité.

## SPÉCIALITÉS

### Orientations ministérielles

L'année 2011 est une phase de transition pour la mise en place d'une vision à long terme dans la gestion des effectifs médicaux spécialisés. En effet, un nouveau processus de planification quinquennale vise à assurer une équité d'accès aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population québécoise. Auparavant, les plans étaient valables pour une seule année.

## Réalisations

Afin de réaliser le plan quinquennal, de nombreuses données ont été rendues disponibles par le MSSS pour alimenter la réflexion : la consommation de services de la population, la production de services par les équipes médicales, l'accessibilité et l'autosuffisance ainsi que la rétention et l'attraction de Laval pour l'ensemble des soins (pour chaque groupe de spécialistes).

À partir de l'analyse de ces données, une vaste consultation a été réalisée auprès des équipes de spécialistes de Laval afin de connaître leurs préoccupations, les pistes d'amélioration de l'organisation de services, les infrastructures, les ressources humaines, les corridors de services avec la première ligne, la mission enseignement/ recherche et autres enjeux dont la privatisation du réseau, les choix de pratique individuelle, la féminisation de la pratique, etc. Le rapport qui en découle a été la pierre angulaire de l'élaboration du plan quinquennal 2010-2015.

- Le plan régional d'effectifs médicaux 2011 a été approuvé par le ministre tel que soumis et se concrétise par l'ajout de 15 nouveaux postes spécialistes pour la région de Laval.

## Perspectives 2011-2012

À l'instar des autres agences, Laval déposera au printemps 2011 la planification des quatre autres années du plan quinquennal. Le MSSS analysera les propositions et rendra publique l'information en cours d'année. L'analyse des infrastructures pour accueillir ses nouveaux médecins s'effectuera parallèlement puisque l'arrimage entre la capacité d'accueil et leur arrivée est primordial.

# Les partenaires

## LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

### Orientations ministérielles

Depuis 2003, à la suite des recommandations de la Commission Clair, le ministère de la Santé et des Services sociaux a favorisé l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF), et ce, afin d'assurer l'accès à un médecin de famille et d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux.

### Réalisations

Entre 2003 et 2009, huit (8) GMF ont été implantés dans la région de Laval. Bien que le nombre de GMF n'ait pas augmenté en date du 31 mars 2011, les résultats sur le nombre d'inscriptions de nos huit (8) GMF présentent une augmentation de 14,4 %, comparativement à l'année précédente, et ce, pour atteindre 128 712 inscriptions. Le pourcentage de la clientèle vulnérable inscrite était de 35,19 %.

TABLEAU 6. LISTE DES GMF DE LA RÉGION

Établissements	Date d'adhésion	Personnes inscrites	Ratio vulnérable
GMF Centre médical Laval	2004-02-17	27 054	28,52 %
GMF Clinique médicale Sainte-Dorothée	2006-01-10	14 346	46,83 %
GMF Concorde	2004-03-15	27 505	30,79 %
GMF de Laval	2003-04-04	14 190	30,50 %
GMF Le Carrefour médical	2008-04-29	13 337	33,31 %
GMF Médi + Centre Chomedey	2008-04-29	15 070	28,59 %
GMF Polyclinique médicale Fabreville	2007-02-07	12 166	34,56 %
GMF Ste-Rose	2009-03-05	5 044	48,45 %
<b>TOTAL :</b>		<b>128 712</b>	<b>35,19 %</b>

Source : Données RAMQ, 31 mars 2011

Une évaluation du mode de fonctionnement de nos GMF, réalisée entre octobre et décembre 2010, dresse un portrait positif quant au respect de l'offre de service attendue ainsi que sur le haut niveau de satisfaction des médecins et des infirmières à travailler ensemble pour la prise en charge des patients. Cependant, le niveau de satisfaction des patients inscrits aux GMF reste à évaluer.

Le 13 décembre 2010, le conseil d'administration de l'Agence de Laval a approuvé l'accréditation du GMF-réseau Concorde. Ce concept GMF-réseau vise, notamment, une complémentarité entre les objectifs des modèles GMF et des cliniques-réseau :

- accessibilité par des heures d'ouverture étendues aux clientèles inscrites et non inscrites;
- fonction de liaison pour la prise en charge et la référence vers le CSSS de Laval;
- un partenariat avec les petits cabinets limitrophes.

Un deuxième GMF-réseau complète le processus préalable à son accréditation.

### **Perspectives 2011-2012**

La région ayant atteint son plein potentiel d'implantation de nouveaux GMF, l'Agence a entrepris des démarches visant l'association des cliniques aux GMF existants. Cette liaison permettra de consolider l'offre de service des plus petites cliniques par leur conversion en GMF satellites et favorisera leur réseautage. De plus, la région a procédé à l'association d'une Unité de médecine familiale (UMF) avec un GMF afin de faciliter la rétention et le recrutement de nouveaux médecins.

La mise en place des nouveaux modes d'organisation de la première ligne, permettant de mettre à profit la participation des petites cliniques et de répondre aux besoins de la prise en charge de patients, reste un sujet d'actualité. La continuité des travaux pour l'identification de ces modes d'organisation fera partie de l'agenda 2011-2012.

## **LES CLINIQUES MÉDICALES**

Présentement le territoire de Laval compte 43 cliniques d'omnipraticiens, dont quatre CLSC qui donnent des services courants. Ces cliniques sont composées de 260 omnipraticiens dont 151 œuvrent en groupes de médecine de famille (GMF).

Les omnipraticiens sont vieillissants, le recrutement est difficile, ce qui fragilise de plus en plus les services offerts à la population lavalloise. D'ici 2020, 40 % des médecins de cabinets prévoient être à la retraite.

Afin de bien cerner les difficultés vécues par la première ligne et y apporter des réponses adéquates, la région, sous l'égide de son DRMG, est à produire un plan d'organisation de services médicaux de première ligne qui élaborera une série de solutions possibles afin de soutenir la première ligne médicale et stabiliser son offre de service.

Une des solutions proposées consiste à élargir l'éventail des possibilités de support aux cliniques afin d'y intégrer des solutions convenant à tous les milieux de pratique, garantissant ainsi une pérennité des milieux cliniques.

## **LES PHARMACIES**

Parmi les partenaires du réseau, la région de Laval compte environ 75 pharmacies communautaires qui offrent des services à la population sous différentes bannières.

Ces pharmacies sont bien réparties sur tout le territoire lavallois, allant des pharmacies présentes dans des supermarchés, à l'intérieur de centres d'achats, intégrées dans des cliniques médicales ou simplement ayant pignon sur rue.

Divers services réguliers y sont offerts visant la santé de la population : distribution de médicaments, conseils aux clients, éducation sur différents problèmes de santé, dépistage de certaines maladies chroniques, informations sur différents services communautaires offerts dans la région.

Depuis un an, différents projets sont en cours d'élaboration afin de joindre certaines pharmacies communautaires participantes à des GMF du territoire, et ce, dans le but de maximiser la prise en charge de clientèles ciblées. Le pharmacien communautaire deviendra ainsi un partenaire incontournable de l'équipe médicale qui gravite autour du patient afin de lui permettre de bien prendre en charge sa maladie.

L'intégration des pharmaciens communautaires aux différents comités de première ligne permet de renforcer les liens avec les équipes traitantes et permet l'intégration de cet important professionnel dans le continuum de soins offerts aux clientèles vulnérables.

## LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET AUTRES OSBL EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population lavalloise. L'engagement de la région envers les organismes communautaires est inscrit au cadre de référence régional *L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise*, adopté en février 2007.

Pour l'année 2010-2011, l'Agence a octroyé aux organismes communautaires un budget total de 16 701 734 \$. À cette somme, il faut également ajouter 2 517 688 \$ accordés aux organismes sans but lucratif (OSBL) en santé et services sociaux.

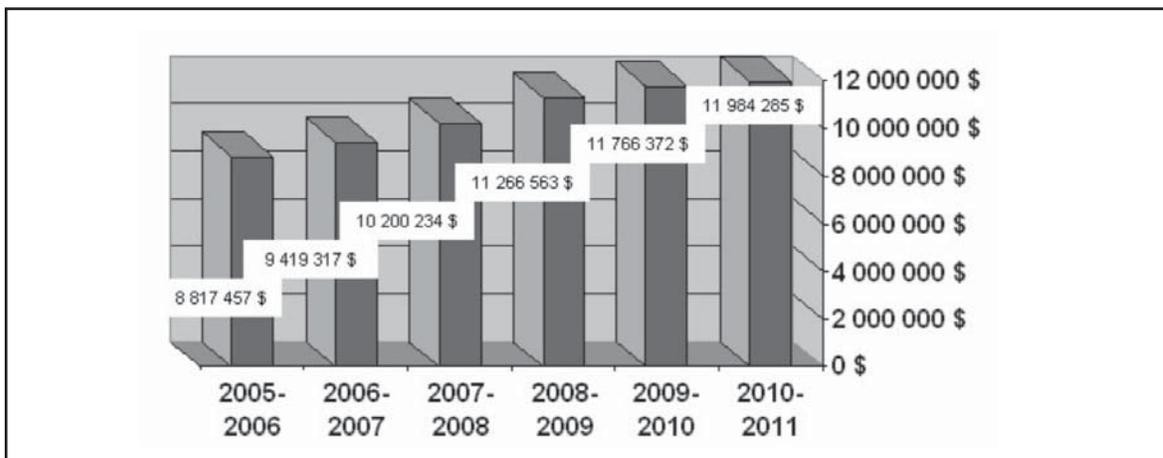
**TABLEAU 7. EXERCICE 2010-2011 - FINANCEMENT TOTAL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET OSBL SELON LES MODES DE FINANCEMENT**

Mode de financement	Montant
<b>Organismes communautaires (O.C.)</b>	
Mission globale (Incluant PAPA)	11 984 285 \$
Entente de service	3 326 656 \$
Entente particulière	514 166 \$
Projet ponctuel et dépannage	876 627 \$
<b>TOTAL ORGANISMES COMMUNAUTAIRES</b>	<b>16 701 734 \$</b>
Organismes sans but lucratif (OSBL), budget récurrent, entente de service	2 517 688 \$
<b>TOTAL O.C. et OSBL TOTAL :</b>	<b>19 219 422 \$</b>

Le financement en appui à la mission globale prend la forme d'une subvention de base destinée à la mise en place ou à la consolidation de l'infrastructure d'un organisme communautaire afin qu'il puisse réaliser ses objectifs de santé et de services sociaux. La subvention comprend :

- Une partie destinée, en tout ou en partie, à l'infrastructure (ex. : loyer, administration, secrétariat, transport, communications, équipements adaptés, etc.);
- une partie destinée, en tout ou en partie, à l'accomplissement de la mission (ex. : salaires associés au fonctionnement et aux services de l'organisme, frais liés à l'organisation des services et des activités éducatives, concertation, représentation, mobilisation et vie associative).

## GRAPHIQUE : ÉVOLUTION DU FINANCEMENT EN APPUI À LA MISSION GLOBALE AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (INCLUANT PAPA)



Les détails des subventions récurrentes aux organismes communautaires se trouvent à l'Annexe 3.

## LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (CROC)

Le CROC a pour mandat d'assurer la mise en application du cadre de référence régional *L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise* et de donner aux instances décisionnelles son avis sur les principaux éléments composant le développement communautaire dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il propose les orientations stratégiques ainsi que des mesures opérationnelles assurant notamment une cohérence satisfaisante de l'action des organismes communautaires en regard des priorités régionales, d'une réponse adéquate aux besoins de la population, des besoins exprimés par les membres des organismes communautaires et d'une meilleure continuité dans leurs interventions en lien avec le développement communautaire.

### LISTE DES MEMBRES DU CROC :

Mme Chantal Arseneault	Représentante de la CDC de Laval
M. Denis Blanchard	Représentant de la direction des affaires réseau, Agence de Laval
M. Alain Carrier	Représentant de la direction de santé publique, Agence de Laval
Mme Jacynthe Couture	Représentante des établissements régionaux
Mme Francyne Doré	Représentante de la CDC de Laval
Mme Diane Filiatrault	Représentante du CSSS de Laval
Mme Manon Rousseau	Représentante de la CDC de Laval

Les membres du CROC ont siégé à quatre reprises et les principales questions traitées sont les suivantes :

- Les recommandations concernant les subventions octroyées par l'Agence aux organismes communautaires;
- la recherche de solutions aux problématiques particulières ou d'urgence concernant les organismes communautaires;
- les conditions facilitant le développement d'initiatives intersectorielles avec les partenaires régionaux;
- les suivis et consultations des travaux du MSSS, tels que la reddition de comptes, le rapport du Vérificateur général du Québec, le comité de valorisation et la consolidation de l'action communautaire ainsi que la convention de soutien financier.



# CHAPITRE 4 LE BILAN DES DIRECTIONS

## La Direction de santé publique

### MOT DE LA DIRECTRICE

La Direction de santé publique (DSP) s'est investie au cours de l'année dans plusieurs actions visant à protéger et à améliorer la santé des Lavallois.

Trois mots peuvent résumer l'année qui vient de s'écouler : continuité, cohérence et mobilisation. En effet, les travaux visant à déployer le Plan d'action régional de santé publique 2008-2012 (PAR) se sont poursuivis sur tous les fronts. Un état de situation à mi-parcours a d'ailleurs permis de valider qu'environ 75 % des mesures prévues ont été implantées selon les projections.

Des défis importants doivent être relevés. Sans nouveaux budgets de développement à l'horizon, il nous faut travailler davantage à optimiser les investissements en santé publique. Mieux travailler ensemble en accompagnant les partenaires et en ciblant les programmes les plus efficaces permettra de continuer à inscrire des gains à court terme pour la promotion de la santé et la prévention.

### Perspectives

Alors que nous entamons l'exercice 2011-2012, notre objectif demeure donc l'application de l'ensemble des mesures prévues au PAR.

Dans la prochaine année, nous poursuivrons le travail amorcé dans tous les domaines pour maintenir les acquis des dernières années. Nous continuerons d'être vigilants afin de sans cesse améliorer nos services en protection de la santé publique. Nous continuerons d'être présents auprès des cliniciens de première ligne afin de les soutenir dans leur pratique préventive. Nous accompagnerons le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval dans son rôle d'animateur du réseau local afin que le Plan d'action local de santé publique (PAL) se déploie.

Avec vous, nous innoverons afin de consolider les mesures déjà amorcées, prometteuses de résultats de santé pour chaque Lavallois.

### Dre Nicole Damestoy

Directrice de santé publique

# Un cap vers des actions simples, utiles et concrètes

Encore cette année, la Direction de santé publique de Laval (DSP) a réalisé de nombreuses actions visant à améliorer et protéger la santé des Lavallois. Les travaux réalisés en 2010-2011 portent sur une grande variété de domaines et de milieux, touchant des milliers de Lavallois. Un tel résultat est le fruit d'un travail de collaboration, de détermination et d'efficience, réalisé tant par les professionnels, les médecins et le personnel administratif de la DSP que par l'ensemble de ses nombreux partenaires.

## Actions stratégiques de la Direction

### **Le mémoire sur la pauvreté à Laval : du discours à l'action**

Lors de la consultation *Les rendez-vous de la solidarité*, en décembre 2009, entreprise par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour l'élaboration du *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015*, la DSP a déposé un mémoire qui s'est avéré porteur. Intitulé *La pauvreté à Laval, au-delà des apparences – Plus que jamais le développement des communautés*, ce mémoire a fait l'objet de plusieurs présentations en 2010. Dans une démarche de sensibilisation à la réalité régionale sur la pauvreté, la Ville de Laval, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval, des partenaires philanthropiques ainsi que la Corporation de développement communautaire (CDC) de Laval ont été parmi les organisations rencontrées. La Conférence régionale des élus (CRÉ) de Laval a pour sa part mis sur pied une alliance contre la pauvreté et l'exclusion sociale, un comité provisoire auquel participe la DSP.

### **Une vision claire et partagée sur la sécurité alimentaire**

Dans le cadre de la 14<sup>e</sup> édition des Journées annuelles de santé publique (JASP), tenue en novembre 2010, la DSP a organisé une journée thématique sur la sécurité alimentaire. Intitulée *La sécurité alimentaire : que faut-il semer pour la récolter?*, cette journée proposait une réflexion critique sur les approches en sécurité alimentaire dans une perspective de résolution du problème à long terme. Une réflexion éthique sur les impacts des politiques et des actions était également à l'ordre du jour. La sécurité alimentaire est un secteur d'activités dans lequel la DSP est très engagée dans la région depuis cinq ans, notamment par la création et le soutien au comité d'action en sécurité alimentaire de Laval (CASAL).

### **Le rapport sur le vieillissement donne des fruits**

Le rapport de la directrice de santé publique portant sur le vieillissement de la population lavalloise, diffusé au printemps 2010, a trouvé écho dans la région. Le rapport a été présenté à différents partenaires, dont le CSSS de Laval, la Table régionale de concertation des aînés lavallois et différentes organisations de protection des personnes âgées. La Ville de Laval a également demandé à la DSP de collaborer à sa démarche d'accréditation MADA (municipalité amie des aînés). La directrice de santé publique, Dre Nicole Damestoy, a par ailleurs participé au comité scientifique de la journée thématique sur le vieillissement présentée aux JASP 2010.

### **Enseignement : accueil de stagiaires**

Afin de contribuer à l'enseignement auprès de la relève, particulièrement en santé publique, la DSP accueille chaque année des stagiaires. En 2010-2011, elle a accueilli deux médecins finissants une spécialisation en santé communautaire, dont l'un qui s'est joint à l'équipe de la DSP à la suite de sa résidence. Deux étudiantes candidates à la maîtrise en santé communautaire ont également profité d'un stage à la DSP ainsi qu'une étudiante au baccalauréat en sexologie. Ces étudiants provenaient de l'Université de Montréal, de l'Université de Sherbrooke et de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

### **Amorce d'un prochain rapport sur la santé mentale**

En cours d'année, des travaux de recherche et d'analyse ont débuté en lien avec la production d'un nouveau rapport de la directrice de santé publique. Ce dernier porte sur la santé mentale des Lavallois et l'identification de stratégies de promotion et prévention dans ce domaine pour tous les groupes d'âge. Un comité de rédaction a été mis sur pied auquel participent des partenaires du CSSS de Laval. La diffusion de ce rapport devrait se faire au cours de l'année 2011-2012.

### **Comité de gestion de l'Entente sur les saines habitudes de vie : poursuite des travaux**

Coprésidé par la DSP, avec la directrice de la CRÉ de Laval et le directeur du CSSS de Laval, ce comité régional rassemble une quinzaine de représentants du milieu municipal, scolaire, collégial, communautaire, des affaires, les ministères de la Famille et des Aînés (MFA) et des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT), la Commission régionale en loisir et en sport (CRLS), le Forum jeunesse et Québec en Forme. L'objectif est de mettre en commun les initiatives développées par chacun pour permettre à tous les Lavallois d'évoluer dans un milieu qui facilite les choix santé.

Les travaux du comité ont permis de développer un projet régional en saine alimentation, financé par Québec en Forme et coordonné par l'organisme Promo Santé Laval. Le comité a maintenu son soutien aux regroupements locaux de partenaires (RLP) et au déploiement du programme *Mon école à pied et à vélo*. Des travaux sont présentement en cours afin de produire un plan d'action régional jusqu'en 2015. La mise en place de ce comité répond aux orientations provinciales du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids - *Investir pour l'avenir*.

### **La persévérance scolaire et la réussite éducative : notre réseau se mobilise**

Réussite Laval est le nom de l'instance régionale née au printemps 2010 de l'Entente de partenariat en matière de persévérance scolaire et de réussite éducative de Laval 2010-2013.

En souscrivant au fonds régional découlant de cette entente et en se joignant à Réussite Laval, l'Agence de Laval, par l'intermédiaire de la DSP, indique sa volonté de se mobiliser avec les autres partenaires de notre région afin de favoriser la réussite éducative de la jeunesse lavalloise, un enjeu prioritaire en matière de promotion de la santé et de la prévention.

Dans ce cadre, nous avons participé à des travaux afin de dresser un portrait régional de la situation et rédigé les orientations sur lesquelles s'appuiera le premier plan d'action intersectoriel lavallois en cette matière.

### **Soutien à l'enquête du Collège des médecins du Québec**

C'est en novembre dernier que le Collège des médecins du Québec (CMQ) annonçait l'ouverture d'une enquête sur la pratique d'un médecin spécialiste en radiologie œuvrant dans trois cliniques de la région métropolitaine où sont effectuées des mammographies.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Agence de Laval pour soutenir le CMQ dans les aspects logistiques et opérationnels de son processus d'enquête. À l'intérieur de l'Agence, c'est plus spécifiquement la directrice de santé publique qui a été identifiée pour mener à bien ce mandat. Un centre pour la coordination des opérations du réseau de la santé et des services sociaux a été ainsi déployé à Laval.

Cette enquête implique la relecture des mammographies et le suivi auprès d'environ 18 000 femmes.

## **Information à la population**

### **Mises à jour des sites Internet de la DSP**

Afin d'informer la population lavalloise de son état de santé général, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables et des activités offertes en prévention et promotion de la santé, la DSP a poursuivi le développement de ses deux sites Internet ([www.santepubliqueval.ca](http://www.santepubliqueval.ca) et [www.0530laval.com](http://www.0530laval.com)) en mettant en ligne des contenus informatifs variés, clairs et vulgarisés. Une version anglaise a été récemment ajoutée dans le but de répondre aux besoins de la population anglophone de Laval.

### **Production et diffusion d'une Infolettre électronique**

C'est en avril 2010 qu'a été diffusée la première Infolettre électronique régionale de santé publique. De façon mensuelle, cet outil d'information est envoyé à plus d'un millier d'intervenants et de professionnels du réseau ainsi qu'à des partenaires régionaux et des Lavallois qui peuvent s'inscrire sur la liste de diffusion à partir du site Internet de la DSP (section « Abonnement » du site Web [www.santepubliqueval.ca](http://www.santepubliqueval.ca)). Cette *Infolettre* permet de rejoindre différents publics cibles et ainsi mieux informer et sensibiliser pour prévenir des problèmes de santé.

### **Participation au tournage de 12 capsules santé**

En 2010, la DSP a participé au tournage de 12 capsules dans le cadre de l'émission Conseils santé TV. Cette émission, diffusée dans le cadre de la programmation de la Télévision régionale de Laval (TVRL), visait à démystifier les services de santé et de services sociaux de Laval à l'aide d'une approche humaine. La DSP a abordé différents sujets touchant la santé de la population, entre autres, la cessation tabagique, l'étiquette respiratoire et le lavage des mains, le dépistage du cancer du sein, la prévention du suicide, etc.

### **Appui de la DSP à différents dossiers**

#### **Lettre conjointe des DSP sur l'amiante chrysotile**

En janvier dernier, la directrice de santé publique, Dre Nicole Damestoy, s'est jointe aux directeurs de santé publique des 17 autres régions sociosanitaires du Québec en adressant une lettre au ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), lui soulignant l'importance de considérer l'impact sur la santé de la population de la présence et de l'usage accru de l'amiante chrysotile au Québec.

#### **Sortie médiatique dans le dossier du jeu en ligne**

Le 3 février 2010, le gouvernement autorisait Loto-Québec à développer son offre de service de jeu sur Internet. Cette annonce a immédiatement interpellé la DSP de Laval quant aux risques à la santé liés à l'augmentation des jeux de hasard et d'argent sur Internet. En réponse à cette nouvelle, la directrice de santé publique de Laval s'est jointe aux directeurs de santé publique de toutes les régions du Québec pour demander au gouvernement de reporter ce projet dans le cadre d'une conférence de presse.

#### **Objections des DSP concernant les modifications à l'Enquête nationale des ménages**

Le gouvernement fédéral a annoncé que les données antérieurement recueillies grâce au questionnaire détaillé obligatoire du recensement de Statistiques Canada seraient recueillies dans le cadre de la nouvelle Enquête nationale auprès des ménages (ENM), qui est à participation volontaire. La directrice de santé publique, Dre Nicole Damestoy, s'est jointe aux directeurs de santé publique des 17 autres régions sociosanitaires du Québec en adressant une lettre au gouvernement fédéral soulignant les impacts majeurs envisagés d'une telle décision quant à la fiabilité et la validité des données ainsi recueillies.

### **Perspectives 2011-2012**

Les perspectives de la DSP s'inscrivent dans la continuité des actions déjà entreprises dans le Plan d'action régional de santé publique (PAR). Un suivi 2011 des cibles visées dans le PAR a été produit faisant état des cibles atteintes, des réalisations en cours ou des cibles partiellement atteintes et des travaux à réaliser. Parmi les travaux à réaliser, la DSP compte œuvrer, entre autres, à l'implantation de cliniques jeunesse dans des écoles, à la rédaction d'un portrait de l'offre de services alimentaires à

proximité des écoles et à la production d'un état de situation concernant les besoins des jeunes lavallois âgés de 16 à 24 ans.

La Direction de la prévention et promotion poursuivra l'élaboration du Plan d'action local (PAL) de santé publique du CSSS de Laval, lequel est déjà bien amorcé. Dans ce dossier, la DSP partage son expertise aux fins locales.

## Le fondement de nos actions

### SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

La surveillance de l'état de santé des Lavallois constitue un levier significatif pour décrire les besoins de la population, anticiper les tendances démographiques et sanitaires ainsi que les problèmes en émergence. L'équipe surveillance et évaluation de la DSP a produit cette année plusieurs documents pour soutenir le réseau.

#### Production de 15 portraits de santé

Dix portraits territoriaux ont soutenu des activités de planification de services, tant des gestionnaires de l'Agence que de ceux du CSSS de Laval. Nous avons également participé aux travaux visant une offre de service ajustée pour les régions de Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie. Nous avons de plus contribué à la surveillance de l'état de santé de la population lavalloise par la production ou la mise à jour de cinq portraits portant sur différentes facettes des maladies chroniques. Ces productions identifiées ci-après sont toutes disponibles auprès du centre de documentation de l'Agence :

- Caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la communauté d'expression anglaise à Laval, juillet 2010
- Le système cardiovasculaire, juillet 2010
- Le diabète, août 2010
- Le cancer, septembre 2010
- Les maladies respiratoires, août 2010
- Portrait synthèse des quartiers de Laval, octobre 2010
- Portrait sociosanitaire du secteur ouest de Laval, janvier 2011
- Portrait sociosanitaire de Chomedey Ouest, janvier 2011
- Portrait sociosanitaire de Laval Ouest, janvier 2011
- Portrait sociosanitaire de Sainte-Dorothée, janvier 2011
- Portrait sociosanitaire de Fabreville, janvier 2011
- Portrait sociosanitaire du territoire du CLSC du Marigot, janvier 2011
- Portrait sociosanitaire du BML 1, janvier 2011
- Portrait sociosanitaire du BML 4, janvier 2011

#### Production d'un second profil thématique

L'application du plan régional de surveillance de l'état de santé et de ses déterminants s'est concrétisée en 2010-2011 par la production du second profil thématique. Ce dernier portait sur l'état des déterminants sociaux de la santé de la population dans la région de Laval. Des travaux sont en cours pour la réalisation du prochain profil thématique portant sur la santé mentale.

## Deux démarches évaluatives en cours

Cette année, la DSP a poursuivi deux démarches évaluatives portant sur l'implantation de mesures régionales. L'un des projets évalue un service de suivi étroit de personnes à potentiel suicidaire élevé – un service financé par la DSP, implanté par le CSSS de Laval et l'organisme communautaire l'Îlot, service régional de crise, en collaboration avec l'organisme Carrefour d'Hommes en Changement (CHOC). L'autre évaluation concerne un projet en éducation à la sexualité, volet parents, pour les jeunes du secondaire. Ces deux évaluations se font en collaboration avec des professionnels de l'équipe promotion et prévention de la DSP.

## Dix numéros du bulletin *Sélections Santé Laval*

Dix numéros ont été diffusés en 2010-2011, toujours sur des sujets en lien avec les recherches effectuées par la DSP ou des sujets d'intérêt comme la démographie du territoire et les conditions de vie. Cet outil de vulgarisation visant à faire connaître l'état de santé des Lavallois est diffusé auprès des médecins, des groupes de médecine familiale, des professionnels de la santé et des services sociaux, de même qu'à des intervenants de plusieurs milieux de la communauté lavalloise, sous une formule d'abonnement. Pour s'inscrire, faire parvenir un courriel à l'adresse suivante : [SAneEdgireLamand\\_reg13@ssss.gouv.qc.ca](mailto:SAneEdgireLamand_reg13@ssss.gouv.qc.ca)

**TABLEAU 8. LISTE DES BULLETINS SÉLECTIONS SANTÉ LAVAL**

<b>Volume 7</b>	
No. 4 - Avril 2010	<i>Les troubles qui minent l'autonomie des personnes âgées (1<sup>re</sup> partie)</i>
No. 5 - Mai 2010	<i>L'évolution de la population lavalloise depuis 20 ans</i>
No. 6 - Juin 2010	<i>Les troubles qui minent l'autonomie des personnes âgées (2<sup>e</sup> partie)</i>
No. 7 - Sept. 2010	<i>L'activité physique - Les Lavallois sont-ils suffisamment actifs dans leurs loisirs?</i>
No. 8 - Oct. 2010	<i>Laval de plus en plus métropolitaine - La communauté anglophone en forte croissance</i>
No. 9 - Nov. 2010	<i>Les traumatismes dans la région - Des taux d'hospitalisation et de décès plus bas à Laval qu'au Québec</i>
No. 10 - Déc. 2010	<i>Les habitudes de vie des Lavallois s'améliorent</i>
<b>Volume 8</b>	
No. 1 - Janvier 2011	<i>Embonpoint et obésité à Laval - Près d'un adulte sur deux présente un surplus de poids</i>
No. 2 - Février 2011	<i>La criminalité à Laval - Depuis 2002, la tendance est à la baisse</i>
No. 3 - Mars 2011	<i>Le cancer chez les Lavallois</i>

## Perspectives 2011-2012

Si la rédaction d'un second profil thématique s'est terminée pendant l'année 2010-2011, deux autres sont en cours. L'équipe surveillance et évaluation de la DSP compte compléter la rédaction du profil thématique portant sur la santé mentale et amorcer les travaux d'un autre traitant de la clientèle Famille-Enfance-Jeunesse.

Dans la prochaine année, l'équipe compte poursuivre la production de portraits de santé sur les différentes facettes des maladies chroniques à l'intention du réseau.

# Protection de la santé

## LES MALADIES INFECTIEUSES

### **Vigie sanitaire : une augmentation de 20 % pour les signalements**

L'équipe des maladies infectieuses (MI) a reçu 2 489 signalements, soit 20 % de plus que la moyenne habituelle, excluant l'année 2009-2010 où le nombre de signalements a été plus élevé avec la pandémie de la grippe A(H1N1). Ces signalements ont nécessité 1 363 enquêtes :

- 991 enquêtes effectuées par les infirmières de l'équipe MI concernant des maladies à déclaration obligatoire (MADO), des éclosions ainsi que des effets secondaires aux produits immunisants (ESPRI).
- 372 enquêtes conduites par des partenaires – CSSS de Laval, Centre jeunesse de Laval, établissements de détention et médecins traitants – majoritairement dans le cadre de l'Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leur partenaire (IPPAP) pour leur clientèle.

L'équipe est également intervenue en soutien à différents milieux pour contrôler 91 éclosions, surtout des gastroentérites épidémiques et des toxi-infections alimentaires. Par ailleurs, en plus des signalements, le service clinique a reçu 751 appels de professionnels de la région, dont plusieurs pour des demandes (385) d'information sur l'immunisation.

### **Optimisation de la surveillance des infections nosocomiales**

De nouvelles mesures ont été mises en place dans un souci d'amélioration constante de la surveillance des infections nosocomiales. Mentionnons la création d'un groupe de travail de la sous-table régionale des infections nosocomiales en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) visant à évaluer la pertinence de la surveillance des infections urinaires dans ces milieux. Également, un système d'envoi des avis d'éclosion de la région de Laval aux établissements de soins en Centre hospitalier de soins de courte durée (CHSCD) et en CHSLD a été mis en place. Ce dernier vise l'application plus rapide de mesures de prévention et de contrôle des infections.

Parmi les activités organisées grâce à la collaboration de la conseillère en prévention et contrôle des infections de la DSP et de l'équipe de prévention des infections du CSSS de Laval, notons, entre autres, l'observation (audit) sur le lavage des mains à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé lors de la campagne canadienne d'hygiène des mains. Du soutien clinique a été apporté à l'équipe du CSSS de Laval lors de l'éclosion de gastroentérite d'allure virale de janvier 2011.

Une nouvelle affiche intitulée *Arrêt - Vous avez la grippe ou la gastro?* a de plus été produite et distribuée aux établissements de soins. Elle s'adresse aux visiteurs et les invite à reporter leur visite à un proche pour éviter la propagation de ces deux infections.

### **Lutte aux infections transmissibles sexuellement par le sang (ITSS): un plus grand nombre de personnes rejointes**

Dans le cadre du programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP), 628 personnes ont été rejointes, soit 200 de plus que l'an dernier. Cette augmentation s'explique principalement par la hausse du nombre d'ITS déclarées ainsi que par l'ajout des jeunes âgés entre 20 à 24 ans dans les critères d'enquêtes prioritaires et systématiques des infections à chlamydia. Les enquêtes épidémiologiques effectuées permettent d'offrir de l'enseignement aux personnes rejointes ainsi que de tracer le portrait des clientèles touchées, rendant possible un meilleur ciblage des programmes d'intervention.

## Un nouveau contrat en immunisation avec les partenaires

Le contrat liant la DSP et un organisme désirant offrir des vaccins du programme québécois d'immunisation a été révisé cette année. Les nouveautés amenées au contrat visent à mieux préciser les responsabilités de chacune des parties. Une visite a de plus été effectuée auprès de plusieurs vaccinateurs offrant les vaccins de base et ceux contre l'influenza-pneumocoque. Ces rencontres ont permis de présenter les modifications du contrat, d'évaluer les conditions de conservation des vaccins et de faire le point sur les nouveautés du programme. À la suite de cette visite, un bulletin résumant les modifications à apporter est remis à chacun. Les visites se poursuivront en 2011.

**TABLEAU 9. NOMBRE DE VISITES DES ORGANISMES VACCINATEURS, SELON LE TYPE DE SERVICE DE VACCINATION**

Organismes vaccinateurs	Nombre de sites offrant la vaccination de base	Nombre de sites offrant la vaccination influenza-pneumocoque	Nombre de visites effectuées en 2010	Nombre de visites à réaliser en 2011
Agence privée	2			2
Bureau médical privé	5	8	9	4
Centre de réadaptation		2		2
Centre hospitalier hors CSSS de Laval	1			1
Centre jeunesse	2		1	1
CHSLD privé	1	10	10	1
Clinique médicale	28	5	15	18
CSSS de Laval	20	9	4	25
Divers	1		1	
Pharmacie communautaire	1	10	10	1
Résidence personnes âgées		14	14	
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>58</b>	<b>64</b>	<b>55</b>

## De nombreuses communications aux partenaires

Soucieuse d'informer rapidement les professionnels de la santé au sujet de situations préoccupantes, l'équipe MI a produit sept envois d'information spécifique aux médecins et infirmières pratiquant à Laval, dont cinq « Appels à la vigilance » sur des problèmes épidémiologiques particuliers (les oreillons, l'influenza, les gastroentérites d'allure virale, la syphilis congénitale et la rougeole). Deux bulletins *Mission Prévention Possible*, destinés aux médecins de la région, ont également été réalisés. L'un à l'été 2010, indiquant le bilan annuel 2009 des MADO infectieuses et chimiques à Laval, et l'autre à l'automne 2010, offrant de l'information sur les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) après une vaccination. En outre, comme chaque année, des rapports de surveillance de l'influenza saisonnière ont été acheminés aux partenaires, de façon hebdomadaire, durant la saison grippale.

## Une dizaine d'activités de formation offertes aux professionnels

Différentes formations ont été données par l'équipe MI en cours d'année. Ainsi, en collaboration avec la DSP des Laurentides, des formations sur le dépistage des infections transmissibles sexuellement par le sang (ITSS) ainsi que sur les interventions préventives auprès des personnes atteintes d'ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) ont été offertes à des infirmières et des médecins qui pratiquent en clinique de dépistage ITS, à Info-Santé, en clinique d'interruption volontaire de grossesse (IVG), en clinique de planning familial et dans les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEV) des ITSS.

Une présentation de la mise à jour du guide *Prévention et contrôle des infections dans les écoles primaires et secondaires* a également été donnée aux infirmières du CSSS de Laval en milieu scolaire. Celles-ci ont également reçu une mise à niveau sur la prévention et le contrôle des infections. Les infirmières œuvrant dans les milieux de garde ont elles aussi reçu cette mise à niveau ainsi qu'une formation sur les gestions des éclosions, particulièrement celles de gastroentérites.

Enfin, puisque le protocole d'immunisation du Québec (PIQ) encadre la pratique des cliniciens administrant des vaccins, trois sessions de formation ont été offertes aux médecins lavallois afin de maintenir à jour leurs connaissances dans ce domaine.

### **Refonte d'outils régionaux et contribution nationale**

En collaboration avec le service des communications, l'équipe MI a procédé à la refonte du dépliant sur l'hépatite B ainsi que du *Guide scolaire prévention et contrôle des infections dans les écoles primaires et secondaires*. Des membres de l'équipe ont également participé au groupe de travail de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) sur la rage pour la mise à jour du guide d'intervention, de même qu'au groupe de travail du MSSS sur l'influenza pour l'élaboration de la fiche technique Influenza en CHSLD.

### **Perspectives 2011-2012**

Dans la prochaine année, l'équipe MI compte collaborer avec le CSSS de Laval afin que la rédaction du Programme de prévention des infections soit complétée et que celui-ci soit approuvé par le conseil d'administration du CSSS de Laval.

De plus, afin de favoriser une sexualité saine et responsable auprès des jeunes lavallois, l'équipe compte participer à l'élaboration d'un plan d'action de lutte aux ITSS, issu d'un consensus régional.

## **LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE**

### **Plus de 140 dossiers ont été traités en vigie sanitaire**

En ce qui concerne les menaces à la santé d'origine environnementale, la DSP a investigué 142 dossiers, dont 54 étaient reliés à la surveillance de la qualité de l'eau potable et 73 à des maladies à déclaration obligatoire (MADO) chimiques. De ce nombre, 14 cas de MADO ont été confirmés pour la région de Laval, 21 ont fait l'objet de transfert et 38 n'ont pas été retenus. De plus, 13 dossiers ont mené à des enquêtes liées à la qualité de l'air (contaminants chimiques ou biologiques). Mentionnons que le service clinique de la DSP est disponible à l'année, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

### **Épisode de chaleur accablante : une intervention efficace**

Au début du mois de juillet 2010, le plan d'urgence chaleur accablante a été mis à l'épreuve pour la première fois dans la région de Laval. Les températures exceptionnellement chaudes, partout dans le sud du Québec, ont interpellé la DSP pour une collaboration au comité régional (Mission Santé) des mesures d'urgence. Différentes actions d'information préventive ont notamment été réalisées auprès des Lavallois.

### **Participation à une simulation d'urgence**

La DSP s'est impliquée dans des activités de concertation et de collaboration avec la Ville de Laval pour la prévention et la réponse aux situations d'urgence. La simulation d'un événement impliquant des produits chimiques a été organisée, à l'automne 2010, en collaboration avec le Service de protection des citoyens de la Ville de Laval (policiers et pompiers), Urgences-Santé ainsi que la coordination en sécurité civile-mission santé de l'Agence de Laval. Ceci a permis à chacun de mieux travailler ensemble advenant une situation réelle.

### **Qualité de l'air et de l'eau : informer pour protéger la santé**

La DSP a procédé à différentes activités de communication pour informer la population de certains risques pour la santé en lien avec la qualité de l'air et de l'eau, la chaleur accablante, les punaises de lit, les rayons ultra-violet et le cancer de la peau. Divers moyens ont été utilisés, notamment le site Internet de la DSP et des communiqués de presse repris par des médias locaux et des publications municipales. Des activités de formation auprès de partenaires ont été offertes à propos des mesures de contrôle des punaises de lit.

### **Perspectives 2011-2012**

Les perspectives s'inscrivent dans la continuité des actions déjà entreprises en 2010-2011, notamment au niveau de la préparation aux urgences en santé environnementale, telles qu'inscrites dans le Plan d'action régional de santé publique (PAR).

## **LA SANTÉ AU TRAVAIL**

### **Planification stratégique en santé au travail**

En septembre 2010, un lancement régional a été organisé pour présenter la planification stratégique dont s'est doté le réseau de santé publique en santé au travail. Pour la première fois, toutes les ressources en santé au travail se mobilisent autour d'une même vision et de valeurs communes, le but étant de contribuer à la protection de la santé des travailleurs et de devenir la référence en matière de santé au travail auprès des partenaires et des clients. Plusieurs actions visant l'harmonisation des pratiques entre les régions ont d'ailleurs déjà débuté.

### **Élaboration du portrait régional sur les troubles musculosquelettiques (TMS)**

La participation de la DSP à un comité conjoint impliquant l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et d'autres régions a porté fruit : un portrait national des TMS a été diffusé en novembre 2010. Il s'agit d'un cadre pour la production de portraits régionaux. Celui de Laval est déjà rédigé et sera diffusé en cours d'année.

### **Contribution au comité provincial sur l'asthme professionnel**

La DSP a participé aux travaux de ce comité conjoint impliquant la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), l'INSPQ et le Centre de recherche sur l'asthme professionnel sous la responsabilité du Dr Jean-Luc Malo. Le mandat du comité était de définir la problématique provinciale de l'asthme professionnel ainsi que de développer une approche provinciale de prévention en milieu de travail.

### **Contribution à d'autres dossiers provinciaux**

Les professionnels de l'équipe régionale sont impliqués dans plusieurs comités provinciaux, dont le comité opérationnel sur le béryllium, le plan d'action de lutte contre le bruit en milieu de travail et le comité MSSH-CSST sur la gestion du parc des instruments de mesure.

### **Ententes de gestion avec la CSST**

En 2010, la DSP a respecté les cibles de l'entente spécifique de gestion et d'imputabilité avec la CSST. En lien avec l'équipe locale de santé au travail du CSSS de Laval, elle a procédé à 1 700 études de postes dans le cadre du « Programme de maternité sans danger ». De plus, 14 programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) et 13 mises à jour de PSSE ont été élaborés. Les PSSE impliquent l'analyse des risques biologiques, chimiques, physiques et ergonomiques d'un établissement, la rédaction et le soutien à la mise en œuvre d'un plan de prévention sur mesure pour l'établissement.

Finalement, l'équipe a répondu à 19 demandes de services en provenance du milieu et de la CSST et a effectué 176 interventions en établissements.

## **Perspectives 2011-2012**

En plus de poursuivre nos engagements avec la CSST et la réalisation des activités en lien avec la planification stratégique, nous entreprendrons en 2011 des interventions visant la prévention de la silicose et des maladies reliées à l'amiante auprès des travailleurs des chantiers de construction.

# Promotion et prévention de la santé

## **LES SAINES HABITUDES DE VIE**

### **Programme 0•5•30 : élaboration d'un plan d'action conjoint**

Afin que les interventions régionales en lien avec les saines habitudes de vie soient plus efficaces et efficaces, la DSP et le CSSS de Laval ont élaboré un plan d'action conjoint pour le déploiement du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Celui-ci comporte des actions visant la population en général ainsi que les milieux de travail et clinique.

### **Accompagnement de *Regroupements locaux de partenaires (RLP)***

La DSP a poursuivi son accompagnement des RLP, mis sur pied en 2009, avec Québec en Forme. Trois nouveaux regroupements ont vu le jour au cours de l'année 2010-2011, ce qui porte maintenant à six le nombre de RLP à Laval et à plus d'une centaine le nombre de partenaires locaux impliqués dans l'amélioration des saines habitudes de vie, un exemple extraordinaire de mobilisation. La région profite ainsi maintenant d'une couverture complète du territoire. Chaque regroupement a pour mission de contribuer à favoriser l'acquisition et le maintien d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes (0 à 17 ans).

### **Déploiement de l'outil *Ma cour : un monde de plaisir!***

À la suite d'une formation d'intervenants du CSSS de Laval et d'une collaboration des RLP, plus de 15 écoles lavalloises ont amorcé cette année une démarche de déploiement de l'outil *Ma cour : un monde de plaisir!* L'objectif est de soutenir les écoles qui souhaitent mieux aménager, organiser et animer leur cour. Par une gestion efficace du temps, de la programmation, de l'espace et des installations, l'école peut améliorer les relations harmonieuses dans la cour et augmenter le temps actif passé par les élèves à jouer et s'amuser. La mise en place d'un tel projet peut ainsi aider les élèves à adopter et maintenir un mode de vie sain et actif, tout en développant des compétences sociales.

### ***Mon école à pied et à vélo, ça marche et roule!***

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme *Mon école à pied et à vélo*, en collaboration avec Vélo-Québec, deux formations sur les déplacements actifs ont été offertes aux organismes locaux des deux secteurs où le programme se déploie (les bureaux municipaux lavallois - BML 2 et BML 3). Ces formations visent spécifiquement à augmenter les déplacements actifs de la maison vers l'école et de l'école vers la maison. L'objectif du programme lavallois est d'étendre les déplacements à l'échelle du quartier, avec la collaboration de tous les organismes présents.

### **Le concours *École active* toujours aussi populaire**

Dans le cadre du concours *École active*, 24 écoles lavalloises faisant partie des deux commissions scolaires de la région ont reçu un financement. Ce concours invite les écoles à soumettre des projets en lien avec la pratique d'activités physiques, la saine alimentation et la pratique sécuritaire des activités sportives. Des bourses, totalisant une valeur de 21 800 \$, ont été octroyées dont 14 000 \$ provenant d'investissements de la DSP.

### **Ordonnance collective pour aider à la cessation tabagique**

La directrice de santé publique, Dre Nicole Damestoy, a signé une ordonnance collective, en juillet 2010, permettant aux pharmaciens de dispenser trois types de remplacement nicotinique : les timbres, la gomme et les pastilles. Les fumeurs lavallois de 18 ans et plus peuvent maintenant ainsi obtenir dans les pharmacies de la région une thérapie de remplacement à la nicotine (TRN) pouvant être remboursée, soit par les assurances privées ou le régime public d'assurance médicaments, administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Chaque fois, les Lavallois ont été invités à contacter le Centre d'abandon du tabagisme (CAT) de Laval pour profiter de services gratuits de soutien, ce qui double leurs chances de succès.

Afin de soutenir cette nouvelle ordonnance collective, différentes actions ont été mises de l'avant, dont une formation ayant rejoint 42 pharmaciens, la production d'outils promotionnels, la diffusion d'un communiqué de presse et un rappel dans des publicités de journaux locaux.

### **Soutien actif à l'application de politiques alimentaires dans les établissements**

Au cours de la dernière année, les 11 établissements publics et privés conventionnés de la région ont adopté une politique alimentaire selon les orientations du cadre de référence gouvernemental *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*. Un groupe de travail, mis en place par la DSP, accompagne les établissements, ceux-ci devant appliquer leur politique alimentaire d'ici mars 2012. Différents outils promotionnels ont également été développés pour soutenir la mise en œuvre des politiques alimentaires. Des affiches, un dépliant (*Alimentation en milieu de travail : Choisir des aliments sains et savoureux lors de réunions, de colloques et de rencontres professionnelles*) et un guide pour choisir des produits préemballés santé (machines distributrices) ont été mis à la disposition des établissements du réseau.

### **Collaboration au programme Amélioration de l'alimentation en CHSLD**

La DSP a poursuivi sa collaboration pour le déploiement régional du programme *Amélioration de l'alimentation* en CHSLD dans les centres d'hébergement. Des formations sur l'alimentation et la dysphagie ainsi que sur le service aux tables ont été offertes à des préposés aux bénéficiaires des établissements publics, privés conventionnés et privés de la région. Un deuxième appel de propositions de projets a aussi permis le financement de six projets pour 2010-2011. Ces projets visent à améliorer l'alimentation de la clientèle hébergée en CHSLD, en lien avec les orientations définies dans le cadre de référence *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*.

### **Offre de formations en hygiène et salubrité alimentaire**

Afin d'aider les organismes communautaires de la région à se conformer au nouveau règlement sur les aliments, et ainsi recevoir leur attestation du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), la DSP a offert à nouveau cette année une formation en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire. La collaboration du Centre d'expertise bioalimentaire de Laval (CEBA) a permis la contribution d'une formatrice accréditée par le Département de techniques diététiques du Collège Montmorency. Onze organismes lavallois ont profité de cette formation intitulée *Sensibilisation aux bonnes pratiques en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire des organismes communautaires et caritatifs*. Nouveauté cette année : un volet pour les manipulateurs d'aliments a été offert auprès de 23 organismes.

### **Perspectives 2011-2012**

Parmi les perspectives pour l'année 2011-2012, la DSP compte promouvoir le programme 0•5•30 auprès des établissements du réseau de la santé et des organisations lavalloises privées et en amorcer le déploiement au CSSS de Laval.

En collaboration avec Québec en Forme, le CSSS de Laval et d'autres partenaires, la DSP compte également poursuivre le déploiement du plan d'action régional en saines habitudes de vie et offrir son soutien, notamment aux :

- six regroupements locaux de partenaires, en les accompagnant dans la rédaction et la mise en œuvre de leur plan d'action;
- pharmaciens de la région, dans la promotion de l'ordonnance collective auprès de la population et des professionnels de la santé et des services sociaux;
- établissements du réseau de la santé, en offrant un soutien ponctuel en nutrition dans le cadre de l'application de politiques alimentaires et du déploiement régional du programme *Amélioration de l'alimentation en CHSLD*;
- écoles lavalloises, en maintenant le soutien offert pour le déploiement de l'outil *Ma cour : un monde de plaisir!* et en finançant une vingtaine de projets dans le cadre du concours École active;
- organismes communautaires de la région, en offrant de nouveau des formations en hygiène et salubrité alimentaire avec le soutien financier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).

## LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

### Portrait des concertations régionales : une cueillette d'information éclairante

Les concertations régionales et locales traitant de déterminants de la santé sont nombreuses à Laval. Maints partenaires de divers secteurs y participent. Dans un souci d'optimiser, notamment, la cohésion des intervenants publics, philanthropiques et communautaires qui invitent les partenaires à travailler en concertation, la DSP a entamé un portrait qui dresse l'analyse résultant des concertations régionales. Les travaux vont bon train et des résultats seront diffusés dans la prochaine année.

### Des projets qui s'enracinent en sécurité alimentaire

Les projets issus du comité d'action en sécurité alimentaire de Laval (CASAL) ont continué de faire l'objet d'un soutien dynamique. Le programme *Bonne Boîte, Bonne Bouffe*, auquel la DSP collabore, comptait 17 points de distribution en 2010-2011. Il a permis la distribution de plus de 1 500 boîtes de fruits et légumes frais, à prix raisonnable, à des familles socioéconomiquement défavorisées. Des projets de cuisines collectives ainsi que de jardins collectifs et communautaires sont également soutenus par le biais des activités du CASAL. Le financement d'un poste de coordination du CASAL a également été consolidé au cours de la dernière année, assurant ainsi la pérennité de ce comité d'action.

### Contribution à l'implantation de nouveaux jardins communautaires

La DSP a contribué à la mise en place d'un programme de développement et de soutien au démarrage de jardins collectifs, coordonné par l'organisme communautaire *Enfant d'abord*. Intitulé *Solution pelle en main*, ce programme s'adresse aux organismes lavallois désirant développer un jardin collectif dans leur communauté ou pour leur clientèle. Trois nouveaux jardins seront implantés au cours de la prochaine année.

### Périnatalité et petite enfance : mise à jour et développement

Le programme des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE), qui rejoint chaque année entre 200 et 250 nouvelles familles socioéconomiquement défavorisées ou vulnérables, a fait l'objet d'une analyse en cours d'année. Dans le cadre du plan d'action 2007-2011, cette analyse concernait les besoins de formation des intervenants du CSSS de Laval, responsables du déploiement des SIPPE. Elle visait à optimiser leur mise à jour et le développement de leurs connaissances.

### Augmentation du nombre d'écoles en santé

Plus de 22 000 élèves lavallois fréquentent maintenant une institution scolaire privilégiant l'approche *École en santé*, ce qui représente 50,6 % des écoles de la région. En 2010-2011, le nombre d'écoles participantes est de 43. Le succès de l'implantation de l'approche est attribuable à quelques éléments clés, dont l'accompagnement, la formation, la disponibilité d'outils adaptés et le leadership des directions d'écoles dans le but de favoriser la santé, le bien-être et la réussite des jeunes. Pour la formation, mentionnons l'offre de deux séminaires et d'ateliers thématiques aux intervenants scolaires et accompagnateurs afin qu'ils se familiarisent avec l'utilisation des fiches de recommandations de l'INSPQ, intitulées *Réussite éducative, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire*.

L'un des grands enjeux de l'année écoulée a été de mieux arrimer l'approche École en santé aux autres programmes ou projets agissant en promotion et prévention auprès des jeunes, dont Québec en Forme, Ma cour un monde de plaisir, le Plan d'action pour contrer la violence à l'école, la stratégie d'intervention *Agir autrement, Avenir d'enfants et Réussir Laval*.

### **Projets pilotes sur l'éducation à la sexualité**

Pour la seconde année, deux écoles secondaires de la région (Leblanc et Mont-de-La Salle) ont participé à un projet pilote d'éducation à la sexualité. Ces écoles ont bénéficié d'interventions en classe pour chaque niveau scolaire. L'animation des rencontres relevait d'une collaboration entre les intervenants du CSSS de Laval, des écoles et des organismes communautaires ciblés. Les interventions réalisées abordaient notamment la prévention des ITSS, de la violence dans les relations amoureuses et des agressions sexuelles.

Également, dans le cadre de la *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014*, les DSP de Laval et Lanaudière ont conçu ensemble des outils visant les parents d'enfants et d'adolescents en matière d'éducation à la sexualité. Les résultats d'une étude évaluative sur les besoins et les stratégies pour le développement d'habiletés parentales face à la sexualité seront diffusés en 2011-2012. Une vaste revue de la littérature a également permis de déterminer les actions à mettre en place auprès des parents. Différents outils ont été produits (capsules, bulletins, kiosques, etc.) et diffusés, principalement dans les deux écoles secondaires faisant partie du projet pilote.

### **Retour de la campagne Je passe le test**

À Laval, comme au Québec, on constate une augmentation du nombre d'infections à chlamydia, principalement chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Pour lutter contre cette infection transmissible sexuellement, et dont les conséquences sont nuisibles pour la santé, une campagne intitulée Je passe le test s'est tenue dans neuf centres de formation professionnelle et d'éducation aux adultes de Laval. Il s'agissait de la seconde édition de cette campagne qui a connu un succès retentissant dans la région l'an dernier. Fruit d'une collaboration entre le CSSS de Laval et l'organisme communautaire Sida-Vie Laval, les élèves ont pu tester leurs connaissances et, pour ceux qui le souhaitaient, passer gratuitement un test de dépistage de la chlamydia.

### **Les 16 à 24 ans et l'orientation sexuelle : nous enclenchons les travaux!**

Les jeunes âgés de 16 à 24 ans sont l'objet d'une cible exploratoire du Plan d'action régional de santé publique (PAR) de Laval 2008-2012. En cours d'année, une vaste revue de la littérature permettant de tracer un portrait des réalités de ces jeunes, en lien avec l'orientation sexuelle, a été effectuée. De façon simultanée, en janvier 2011, la formation *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* a permis de rejoindre plus de 15 intervenants du secteur communautaire. Le second volet de cette formation, *Adapter nos interventions aux réalités des personnes homosexuelles et bisexuelles*, se tiendra l'an prochain. À la suite de ces formations, différentes activités de sensibilisation et d'information sont aussi planifiées dans la région.

### **Formation pour les intervenants en dépendances**

Dans le cadre de l'offre de service 2007-2012 du programme Dépendances du MSSS, intitulé Unis dans l'action, la DSP a coordonné la présentation d'une formation aux intervenants œuvrant en 1<sup>re</sup> ligne au CSSS de Laval. Cette formation visait à outiller les intervenants face au dépistage et à l'intervention précoce auprès des personnes à risque ou ayant développé un problème de dépendance. En parallèle, la DSP a poursuivi ses activités de surveillance de l'offre de jeu de hasard et d'argent par le biais de sa participation au comité interrégional de suivi de l'offre de jeu.

### **Davantage de services pour la prévention du suicide**

Afin de réduire la mortalité et la morbidité associées au suicide, la DSP a coordonné cette année l'implantation d'un service de suivi étroit auprès des personnes présentant un potentiel suicidaire élevé. Ce nouveau service est déployé par le CSSS de Laval et le service régional de crise L'Îlot, en collaboration avec l'organisme CHOC. Une évaluation du processus d'implantation a été menée et les résultats seront communiqués au cours de la prochaine année.

## Perspectives 2011-2012

Le domaine d'intervention concernant le développement, l'adaptation et l'intégration sociale regroupe un ensemble de problèmes psychosociaux et de santé qui affectent autant les enfants que les adultes et les personnes âgées.

Des travaux particuliers en lien avec le PAR cibleront la programmation d'éventuelles cliniques jeunesse. De plus, la stratégie de développement des communautés sera soutenue puisqu'elle est à la base de plusieurs projets, tels que le plan d'action en sécurité alimentaire, les projets de revitalisation urbaine intégrée et la consolidation de l'Approche École en santé.

D'autres actions s'inscrivant dans le cadre des fonds de partenariat public-philanthropique, en lien avec l'initiative concertée d'intervention pour le développement de la petite enfance et les besoins des 16 à 24 ans seront déployées.

## CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît et finance 11 organismes qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Santé publique tels que : intervention auprès des jeunes parents et en périnatalité, activités de prévention à la toxicomanie, au VIH/SIDA et aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), interventions auprès des personnes démunies principalement en sécurité alimentaire. De plus, plusieurs activités liées au programme-services Santé publique sont réalisées par des organismes communautaires faisant partie d'autres programmes-services.

<b>ORGANISMES PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE 2010-2011</b>	<b>N personnes rejointes/ participations</b>	<b>N rencontres activités</b>
<b>Services aux personnes démunies</b> Association amicale des jeunes et parents Agape Inc. Entraide Pont-Viau et Laval-des-Rapides Inc. Relais communautaire de Laval	7 782	
<b>Services aux jeunes parents et en périnatalité</b> Jardin de la famille de Fabreville Inc. Enfant d'abord La Parentèle de Laval Maison de la famille de St-François Le Relais familial d'Auteuil	1 010	
<b>Services en aide à l'allaitement</b> Nourri-Source Laval (* plusieurs mamans reviennent à toutes les semaines pendant plusieurs mois)		6 000 (*)
<b>Services prévention au VIH/SIDA et aux ITSS et en soutien aux personnes atteintes</b> Sida-Vie Laval	50	
<b>Services d'hébergement pour personnes atteintes du VIH/SIDA</b> Maison Dominique	200	
<b>TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS</b>	<b>9 042</b>	<b>6 000</b>

De plus, l'Agence finance des projets ponctuels et/ou ententes de services avec des organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- Groupe Promo Santé Laval
- Regroupement des centres de la petite enfance de Laval.

# La Direction des affaires médicales et santé physique

## MOT DE LA COORDONNATRICE

L'exercice 2010-2011 marque l'arrivée dans l'équipe d'une directrice adjointe dont les actions ont principalement contribué à structurer une 1<sup>re</sup> ligne forte. Ses efforts ont permis d'instaurer une nouvelle dynamique favorisant un climat de collaboration entre les partenaires du réseau.

Cette approche a mené à l'implantation d'un premier GMF-réseau dans la région, un modèle novateur pour l'organisation des soins. Ainsi, en améliorant l'accès à un médecin de famille, les retombées seront bénéfiques à plusieurs niveaux, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques. Au lieu de fréquenter l'urgence, cette clientèle pourra bénéficier d'un service de proximité sur mesure. La première ligne a aussi réalisé une restructuration du DRMG, participé à l'élaboration des services de première ligne au Centre de l'ouest et commencé le PREM omnipraticien et le PROS des services médicaux de première ligne. De plus, l'ensemble des GMF du territoire ont été évalués. Le plan de garde en CHSLD qui couvre désormais tous les établissements publics et privés conventionnés est complété. À l'interne, tous les processus des AMP et des PREM ont été restructurés ainsi que les suivis budgétaires des GMF et GMF-réseaux. Le plan d'action régional de la prise en charge des maladies chroniques est amorcé.

Par ailleurs, la direction a travaillé à l'élaboration du plan régional de services en médecine spécialisée. Ainsi, le dépôt du PREM médecine spécialisée (2011-2015) aura un impact direct sur les mécanismes d'accès et les services diagnostiques avec l'ajout de 54 nouveaux postes d'ici 2015. Des travaux sont en voie de réalisation et contribueront à mieux évaluer les capacités d'accueil des nouveaux médecins et, par le fait même, de la population. En néonatalogie, priorité ministérielle dans la région de Laval, les investissements ont permis la consolidation de 10 lits de niveau IIa. Des travaux sont en cours pour augmenter le nombre de lits et les rehausser au niveau IIb afin d'offrir des services plus spécialisés et d'éviter le transfert des nouveau-nés à Montréal. L'implantation du Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments (SARDM), amorcé en 2010-2011, permettra de rehausser la qualité et le circuit du médicament dans la région. Cette importante réalisation entraîne la modernisation de l'environnement de travail et contribue à remobiliser le réseau.

### Perspectives 2011-2012

La première ligne demeure prioritaire avec l'ouverture éventuelle d'un second GMF-réseau et la mise en place d'un accueil centralisé. Il s'agit d'instaurer un processus plus performant de liaison entre la première ligne et la deuxième ligne médicale, le plateau technique et les divers programmes existants à Laval ainsi que de ses régions limitrophes en réorganisant les différents guichets. Le dépôt du plan régional d'organisation de services (PROS) en médecine générale marquera les grandes orientations de recrutement des omnipraticiens pour les cinq prochaines années. Les AMP seront modulées selon les priorités retenues au PROS ainsi que les plans d'effectifs des établissements. Le recrutement aura une importance capitale et des actions seront mises en place afin de bien sélectionner les nouveaux médecins et faciliter leur installation pour une prise en charge des clientèles. À cet effet, la région est à développer de nouveaux modèles de prise en charge des clientèles vulnérables qui prendront effet en 2011-2012. Le plan d'action en maladies chroniques sera actualisé sur deux premiers thèmes, soit les risques cardio-métaboliques (HTA - maladie cardiaque - diabète) et les problèmes respiratoires.

Par ailleurs, le dossier des capacités d'accueil des nouveaux médecins spécialistes sera porté à l'avant-plan afin d'orchestrer l'ensemble des développements nécessaires pour faire face à la croissance démographique. Enfin, la prochaine année verra la concrétisation d'un grand projet, soit l'ouverture du CICL-Centre intégré de cancérologie de Laval. Grâce à cette installation majeure, l'accès aux services en radio-oncologie s'en trouvera grandement amélioré pour les personnes qui devaient se déplacer à l'extérieur pour leurs traitements.

**Julie Desjardins**

Coordonnatrice des affaires médicales et santé physique

# La gestion et la prévention des maladies chroniques

## Orientations ministérielles

L'amélioration de la gestion et de la prévention des maladies chroniques en soins de première ligne est un défi de taille et est reconnue comme étant une priorité de la région.

Les orientations ministérielles découlent du document « Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et Plan d'action 2008-2013 : Mieux soutenir les personnes atteintes, les milieux cliniques et les communautés ». L'importance des maladies chroniques au sein de la société québécoise, les effets de ces dernières sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, les responsabilités du système de santé et de services sociaux à leur égard, la nécessité d'adapter les pratiques cliniques et les coûts que ces maladies génèrent pour l'ensemble de la société, sont autant de considérations qui commandent l'urgence d'agir.

Pour ce faire, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a établi les objectifs suivants à atteindre :

- Réduire les facteurs à la source des maladies chroniques;
- Réduire les complications des maladies chroniques;
- Réduire les hospitalisations et les séjours à l'urgence pour les personnes atteintes de maladies chroniques;
- Mieux utiliser les médicaments destinés à ces personnes;
- Améliorer la qualité de vie et la satisfaction des personnes atteintes de maladies chroniques et de leur entourage;
- Améliorer la santé de la population;
- Améliorer la satisfaction des professionnels dans leur pratique clinique quotidienne.

## Réalisations

Au cours de la dernière année, l'Agence a procédé à l'embauche d'un médecin-conseil en maladies chroniques. Un comité de travail régional a été mis en place pour finaliser le Plan d'action régional des maladies chroniques à Laval. Les travaux ont été présentés aux instances régionales découlant du conseil d'administration de l'Agence ou directement du président-directeur général, ainsi qu'au MSSS.

## Perspectives 2011-2012

Pour la prochaine année, certaines actions ont été ciblées, dont :

- La détermination des indicateurs de suivis pour les deux conditions ciblées, soit cardiométabolique et MPOC;
- L'adoption du Plan d'action par le conseil d'administration de l'Agence;
- Le dépôt du Plan d'action au MSSS;
- La mise en place du comité aviseur régional, formé de partenaires du RLS;
- La programmation clinique du cardiométabolique et MPOC (implantation prévue en projet pilote le 30 avril 2012) ;
- L'implantation de la programmation cardiométabolique de façon progressive;
- L'arrimage avec les régions des Laurentides et de Lanaudière pour effectuer une reddition de comptes similaire, développer des outils en commun et s'assurer que les résultats entre les trois régions soient comparables.

## Le guichet de la clientèle vulnérable orpheline

En 2010-2011, 5 474 Lavallois à la recherche d'un médecin de famille ont été référés au Guichet. De ce nombre, 1 110 usagers ont été pris en charge par les médecins de famille de la région, comparativement à 692 durant l'exercice 2009-2010.

Bien que les inscriptions aient augmenté de 33,5 % en 2010-2011, le nombre total de patients référés représente une hausse de 82,4 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, 138 médecins se sont inscrits au Guichet depuis 2008.

Enfin, pour favoriser la prise en charge de la clientèle vulnérable et ainsi éviter une détérioration de sa santé, l'Agence de Laval incite les omnipraticiens à s'inscrire au Guichet, notamment ceux des GMF et des nouveaux facturants qui se constituent une nouvelle clientèle. Aussi, l'ajout d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans les cliniques favorisera une augmentation de la prise en charge d'autres clients.

## Les services préhospitaliers d'urgence

### **Orientations ministérielles**

L'entente entre Urgences-santé et les agences de Montréal et de Laval « Entente sur la répartition des patients arrivant en ambulance aux centres hospitaliers des régions de Montréal et de Laval – Principes directeurs », signée en 2009, prévoyait la création d'un groupe de travail visant :

- La mise à jour des quotes-parts;
- Le suivi de l'application des quotes-parts;
- La révision des cas d'appartenance.

### **Réalisations**

Ainsi depuis 2010, l'Agence de Laval et le CSSS de Laval s'impliquent activement dans les travaux du groupe de travail nommé « Le bon patient à la bonne place ». Les principaux livrables du groupe de travail sont :

- L'application des nouvelles quotes-parts ambulances dès le 1<sup>er</sup> avril 2010;
- Une réduction de la variabilité du respect des quotes-parts ambulances des établissements de la région de Montréal et de Laval pour les résultats de la répartition 2009-2010;
- La révision des définitions des cas d'appartenance (un sous-groupe de travail a été mandaté en novembre 2010 pour l'accomplissement de ces travaux).

### **Perspectives 2011-2012**

En poursuivant son implication au sein du groupe de travail, l'Agence assurera la prise en compte des spécificités de la région et des enjeux associés avec le rapatriement de sa clientèle, les cibles chirurgicales et l'utilisation de lits de courte durée en provenance de l'urgence.

# Les services d'urgence

## Réalisations

La région de Laval compte une salle d'urgence pour desservir l'ensemble de sa population. Entre 2008-2009 et 2009-2010, le nombre de visites totales présente une certaine stabilité. Cependant, entre 2009-2010 et 2010-2011, on observe une décroissance de 2,56 %, pour atteindre 73 598 visites totales en 2010-2011.

Même si le nombre de visites totales présente une décroissance, l'urgence du CSSS de Laval a subi, l'année dernière, une pression en matière de consommation des ressources, et ce, en raison d'un accroissement de 3,4 % du nombre de patients arrivés par ambulance, soit l'équivalent de 505 patients, pour un total de 15 400 patients en 2010-2011.

Cependant, la variation du nombre de ces patients ayant utilisé une civière reste relativement stable par rapport à l'année précédente, soit une augmentation de 0,27 % pour atteindre 11 584 patients.

Aussi, un comité interdirections a été créé à l'Agence pour suivre l'avancement de l'ensemble des mesures identifiées dans le Plan d'optimisation sur le continuum de soins et de services en intra et extrahospitalier pour la région de Laval. Ce plan aura un impact direct sur l'encombrement de l'urgence avec le développement de quatre chantiers prioritaires :

- Soins et services de 1<sup>re</sup> ligne;
- Intrahospitalier;
- Posthospitalier;
- Hébergement.

Le déficit de ressources en amont de l'urgence est toujours un problème d'actualité. Cela se reflète plus particulièrement en matière de disponibilité de lits de courte durée en santé physique et en santé mentale, de places en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et en ressources intermédiaires (RI). En 2010, l'Agence de Laval en collaboration avec le CSSS de Laval ont présenté au MSSS des constats sur l'impact de ces déficits.

## Perspectives 2011-2012

L'atteinte des ratios de lits prescrits par le MSSS contribuera à améliorer les performances de la salle d'urgence. Il est évident que l'évolution des caractéristiques démographiques de notre clientèle demandera des efforts et des ressources supplémentaires pour adapter l'offre de service en amont et en aval de l'urgence aux besoins de la population lavalloise.

# Mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés

## Orientations ministérielles

Afin de parvenir à la consolidation de l'offre de service du secteur public, le MSSS a instauré un mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés dans le secteur public, encadré par le projet de loi 33. Celui-ci prévoit l'intégration de l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés au mécanisme central de gestion de l'accès selon les délais déterminés par le ministre pour chaque service (article 53). Il est assorti d'une garantie d'accès pour les services offerts dans un établissement. Advenant le cas où cette garantie ne peut être respectée, l'établissement peut diriger le patient vers un autre établissement de la région, dans une autre région du Québec ou dans une clinique spécialisée affiliée. Les deux secteurs concernés par le mécanisme sont les activités chirurgicales et l'imagerie médicale.

## ACTIVITÉS CHIRURGICALES

### Orientations ministérielles

En ce qui a trait aux activités chirurgicales, le mécanisme d'accès inclut toutes les chirurgies, mais offre une garantie d'accès pour trois types, soit :

- arthroplasties de la hanche;
- arthroplastie du genou;
- extraction de la cataracte.

Les objectifs visés sont une offre à un accès équitable, un suivi personnalisé aux patients ainsi que la standardisation du temps de calcul du temps d'attente et un suivi des délais d'attente par chirurgien, par établissement et par région.

Depuis l'implantation du mécanisme d'accès en juin 2007, des efforts importants sont consentis afin de réduire progressivement les délais d'attente en chirurgie. Les cibles provinciales pour l'année 2010-2011 sont les suivantes :

TABLEAU 10. DÉLAIS D'ATTENTE POUR LES CHIRURGIES

Arthroplastie de la hanche	90 % des chirurgies effectuées en deçà de 6 mois
Arthroplastie du genou	90 % des chirurgies effectuées en deçà de 6 mois
Cataracte	90 % des chirurgies effectuées en deçà de 6 mois
Chirurgie avec hospitalisation	90 % des chirurgies effectuées en deçà de 6 mois
Chirurgie d'un jour	90 % des chirurgies effectuées en deçà de 6 mois

De plus, depuis juillet 2009, il est demandé de prioriser les patients ayant les délais d'attente les plus longs afin de réduire le temps d'attente maximal à 12 mois.

### Réalisations

La région démontre une proactivité importante dans le secteur chirurgical. En ce qui a trait à la volumétrie, on note l'atteinte et même le dépassement des cibles de l'entente de gestion. Ainsi, dans un contexte de gestion active des listes d'attente, le CSSS de Laval a renforcé la priorisation des plus longs délais. Les patients attendant depuis plus de 18 mois pour une chirurgie sont passés de 148 au 31 mars 2009 à 42 au 31 mars 2010 pour se retrouver à 8 au 31 mars 2011.

Malgré ces progrès constants, la région note des difficultés dans la réalisation des arthroplasties de la hanche et du genou dans les délais impartis. Bien que les diverses mesures mises en place ont permis de réduire le nombre de patients traités hors délais, le CSSS a demandé, dans une optique d'amélioration, l'accompagnement de l'équipe de l'accès du MSSS afin d'optimiser le processus de cheminement des requêtes opératoires. Le mandat a débuté en novembre 2010 et se terminera en juin 2011. Les secteurs étudiés sont la chirurgie orthopédique et l'endoscopie.

Par ailleurs, les démarches pour le développement d'une zone franche et une deuxième offre ont été entamées avec les régions de Laurentides, de Lanaudière et de la Montérégie.

### Perspectives 2011-2012

La région souhaite recevoir l'aval pour l'aménagement physique de deux nouvelles salles d'opération. L'application des recommandations du rapport de l'équipe ministérielle entraînera des modifications aux façons de faire. Les travaux pour le développement de zones franches et de deuxième offre avec les régions limitrophes se poursuivront ainsi que le monitoring des résultats.

## IMAGERIE MÉDICALE

### Orientations ministérielles

À la suite de l'intégration de la chirurgie aux mécanismes d'accès en 2007, l'imagerie médicale est le deuxième secteur à y être intégré. L'implantation de ce mécanisme établit une approche systématique de gestion de l'accès aux services afin de permettre à toute personne dont l'état justifie un examen de radiologie un accès à ce service en temps opportun. Les cibles provinciales sont les suivantes :

- Rendez-vous : 0 à 90 jours
- Lecture : 0 à 7 jours
- Transcription : 0 à 7 jours
- Transmission : 0 jour

Par ailleurs, les projets de loi 95 et 34 émettent de nouvelles dispositions relatives à l'exploitation d'un laboratoire d'imagerie médicale (LIM). Elles soulignent les dispositions concernant la détention des droits de vote rattachés aux actions et la composition du conseil d'administration. Elles exigent que l'exploitant d'un LIM soit titulaire d'un permis, qu'il obtienne un agrément et nomme un directeur médical. Elles précisent également les types d'examen d'imagerie médicale pouvant être effectués dans un LIM : imagerie par résonance magnétique, mammographie, ostéodensitométrie, radiographie générale, fluoroscopie fixe, fluoroscopie mobile et tomodensitométrie.

### Réalisations

Afin de répondre aux cibles ministérielles, l'Agence a élaboré un plan d'action régional visant à :

- Assurer un accès aux services d'imagerie médicale dans des délais raisonnables;
- Offrir des services de proximité à la population;
- Ajuster les services en fonction des changements de pratique et de la croissance démographique.

Pour ce faire, le rehaussement du système informationnel en radiologie (RadImage) a été effectué au printemps 2010. Un nouveau système de consultation et d'archivage de données (PACS) a été mis en service en octobre 2010. Déployé regionalement, il intègre toutes les installations du CSSS de Laval ainsi que ceux de l'Hôpital juif de réadaptation. Il permet d'améliorer la performance du service par l'interface des systèmes de lecture, rendez-vous, dictées et transcriptions. Ainsi, il y a un PACS, un SIR (Système d'information en Radiologie) et un système régional de dictée. Le dossier patient unique a également été intégré pour les trois installations touchées par le PACS. Une saisie de données adéquate et standardisée dans les différents secteurs de l'imagerie permettra d'obtenir un portrait précis de la production.

Par ailleurs, pour consolider l'offre de service du réseau public, la région de Laval possède neuf laboratoires d'imagerie médicale (LIM) où travaillent plus de 60 radiologistes. De 2007 à 2010, les examens effectués par les LIM ont augmenté de 13 % et représentent un total de 196 226 examens. L'accessibilité aux examens de base d'imagerie médicale du secteur privé est favorisée en créant un réseau entre les GMF et les différents LIM.

### Perspectives 2011-2012

Le réseau lavallois devra bientôt relever de nouveaux défis en imagerie médicale avec l'ouverture du Centre intégré de cancérologie de Laval en 2011, l'arrivée des nouveaux spécialistes prévus au PREM-MS, l'ajout de 40 lits en courte durée et de deux salles au bloc opératoire. Pour ce faire, et pour atteindre des cibles ministérielles fixées, la consolidation du plateau technique devient un incontournable. De plus, un projet d'optimisation des appareils d'imagerie de l'HJR sera mis en œuvre durant l'exercice 2011-2012.

## **BIOLOGIE MÉDICALE**

### **Orientations ministérielles**

Les ventes de services de biologie médicale ont fait l'objet de nouvelles directives de la part du MSSS. Dans un message, du 28 mars 2010, le MSSS a stipulé que la facturation intrarégionale serait abolie au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2010 et la facturation interrégionale à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011. Compte tenu de ces abolitions, les agences doivent procéder aux ajustements budgétaires requis et les établissements sont tenus de se conformer aux directives ministérielles quant aux laboratoires désignés pour la production des analyses suprarégionales.

Par ailleurs au chapitre des prélèvements, le MSSS a procédé à deux reprises à l'exercice de mesure de l'accessibilité aux centres de prélèvements. La norme ministérielle concernant le temps-réponse prévoit un délai maximum d'attente de 60 minutes entre l'arrivée du patient et la réalisation de la ponction veineuse.

### **Réalisations**

Dans la région de Laval, l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé du CSSS de Laval offre un service de laboratoire avec un profil régional et l'Hôpital juif de réadaptation offre un service de laboratoire avec un profil local. Jusqu'à cette année, l'Hôpital juif de réadaptation achetait 90 % de ses tests de laboratoire auprès d'un établissement de Montréal.

Au cours de l'année 2010-2011, l'Agence a coordonné les travaux entourant l'élaboration d'une entente de services entre le CSSS de Laval et l'Hôpital juif de réadaptation portant sur la régionalisation des analyses de biologie médicale. Le protocole d'entente a été officialisé le 21 février 2011. Celui-ci prévoit principalement :

- Le transfert de la presque totalité du volume analytique de l'Hôpital juif de réadaptation au CSSS de Laval;
- L'Hôpital juif de réadaptation conserve sur place un service de prélèvement et un répertoire restreint d'analyses réalisables à l'aide de petits appareils;
- L'Agence procède aux ajustements budgétaires requis au regard de l'offre de service établie;
- L'approche clinique régionale a pour objet le développement structuré des analyses et l'amélioration continue de la qualité des services à la population.

Quant aux services de prélèvements veineux, l'Agence a soutenu le CSSS de Laval dans les exercices de mesure de l'accessibilité aux centres de prélèvements organisés par le MSSS au printemps et à l'automne 2010. Dans la région de Laval, des services de prélèvements sans rendez-vous sont offerts à la clientèle externe dans cinq points de service répartis sur le territoire. Les résultats des enquêtes ministérielles démontrent que la norme concernant le temps-réponse n'est pas atteinte à 100 %. Au cours de l'année 2010-2011, l'Agence a amorcé des discussions avec le CSSS de Laval portant sur la réorganisation des services de prélèvements. L'accessibilité est d'autant plus importante que 70 % des diagnostics médicaux sont établis à partir des résultats d'analyses de biologie médicale.

### **Perspectives 2011-2012**

L'Agence poursuivra les travaux d'ajustements budgétaires conformément à l'abolition de la facturation interrégionale, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011. Elle s'assurera que le CSSS de Laval respecte les corridors de service de Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal établis par le MSSS.

Par ailleurs, les travaux de réorganisation des services de prélèvements au CSSS de Laval se poursuivront au cours de l'année 2011-2012.

# Le projet SARDM (système automatisé et robotisé de distribution de médicaments)

## **Orientations ministérielles**

Au niveau provincial, la phase II du projet SARDM a débuté en décembre 2010. Dans le cadre de cette phase, l'implantation de systèmes de distribution en doses unitaires, l'élimination des systèmes traditionnels de distribution des médicaments et l'accès à un SCAS (Système centralisé d'additions aux solutés) pour les préparations stériles ont été hautement priorisés dans l'adoption des plans de réalisation régionaux déposés par les agences.

## **Réalisations**

Au cours de l'année 2010-2011, l'Agence a assuré un leadership dynamique dans l'actualisation du projet SARDM. Le 13 décembre 2010, le conseil d'administration de l'Agence a adopté la *Vision régionale du circuit du médicament*. Cette vision, développée dans le cadre des travaux du comité régional SARDM, prévoit la préparation et la distribution centralisée des médicaments pour toute la région à partir de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval.

Par ailleurs, pour la phase II du projet, l'Agence a satisfait aux exigences ministérielles en ce qui concerne les qualifications préalables et a produit un plan de réalisation conforme au cadre de gestion. Des budgets non récurrents ont été attribués au CSSS de Laval (Hôpital de la Cité-de-la-Santé, CHSLD Ste Dorothée) et à l'Hôpital juif de réadaptation pour les soutenir dans la mise en œuvre des projets.

## **Perspectives 2011-2012**

Afin de se conformer aux échéanciers établis par le MSSS, la réalisation de la phase II sera complétée au plus tard le 31 mars 2012. L'acquisition de nouvelles technologies (chariots et cabinets décentralisés automatisés), à l'harmonisation des systèmes d'information de pharmacie, la mise en place de nouvelles procédures et politiques, la réorganisation du travail et le réaménagement des locaux font partie des travaux attendus dans la prochaine année pour les établissements concernés. Le suivi de l'avancement des projets inscrits dans le plan de réalisation sera assuré par le comité régional SARDM.

## La périnatalité

### **Orientations ministérielles**

La stratégie de mise en œuvre des trois premières années de la Politique de périnatalité ministérielle, « Un projet porteur de vie », a été diffusée à la fin de février 2010. L'Agence de Laval, proactive dans plusieurs de ces orientations, participe activement à la Table de périnatalité du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) avec les partenaires de la région.

### **Réalisations**

Le dossier de périnatalité est présentement traité conjointement avec la Direction de la santé publique. Des alliances avec d'autres régions sont en cours pour optimiser les services.

Des actions concernant le développement de nouveaux programmes ont été amorcées, entre autres, en ce qui a trait à l'intégration de la pratique de la sage-femme, à la mise en place des services de procréation assistée et à la formation sur le syndrome du bébé secoué. Les travaux se poursuivront dans la prochaine année.

L'Agence a poursuivi son implication à la Table de périnatalité pour l'élaboration du projet clinique. Les cibles ont été priorisées et des plans d'action sont en développement.

### **Perspectives 2011-2012**

Au cours de la prochaine année, plusieurs travaux se poursuivront et de nouvelles actions seront entreprises conformément à la politique de périnatalité :

- Poursuite des travaux dans le dossier de la procréation assistée;
- Préparation et implantation du dépistage de la trisomie 21;
- Création d'un comité sur l'offre de service de sages-femmes aux Lavalloises;
- Suite des travaux de la Table de périnatalité;
- Poursuite des efforts en néonatalogie pour le rehaussement du niveau de soins vers du II b.

## **La lutte contre le cancer**

### **Orientations ministérielles**

La mise en œuvre des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer se poursuit en 2010-2011.

### **Réalisations**

Le cancer demeure la première cause de décès sur le territoire de Laval. Au cours de la dernière année, les liens et les échanges avec les partenaires ont été renforcés. L'Agence a actualisé les travaux du comité régional de lutte contre le cancer afin de mettre à jour et implanter un programme régional qui servira à orienter la lutte contre le cancer de façon concertée. La composition du comité a été revue afin de refléter toutes les facettes de la lutte contre le cancer, des préoccupations de santé publique jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie.

Les activités de formation régionale à l'interdisciplinarité ont été offertes à deux groupes ayant réuni 33 personnes. Le mois de mars 2011 a été consacré à des activités de coaching dans le cadre des réunions interdisciplinaires et en séance individuelle auprès des infirmiers pivots en oncologie et des infirmières de l'unité d'oncologie du CSSS de Laval.

Les échéances 2010-2011 ont été respectées pour les principaux éléments livrables du projet du Centre intégré de cancérologie de Laval. En prévision de l'ouverture des services suprarégionaux de radio-oncologie, l'Agence a participé aux travaux ministériels en vue de déterminer les corridors de desserte pour la clientèle nécessitant de tels services.

### **Perspectives 2011-2012**

L'Agence travaillera en concertation avec ses partenaires pour finaliser l'actualisation du programme régional de lutte contre le cancer. Le nouveau Centre intégré de cancérologie de Laval, dont l'ouverture est prévue en 2011, offrira aux patients une gamme complète de services, dont la radio-oncologie. L'Agence devra s'assurer que des ententes seront signées entre le CSSS de Laval et les établissements d'autres régions administratives pour que l'implantation des corridors de services en radio-oncologie respecte la répartition établie par le MSSS.

# Les soins palliatifs

## Orientations ministérielles

Depuis 2004, la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* du MSSS balise l'organisation des services et soins palliatifs de fin de vie. La mise en œuvre des mesures dédiées aux soins palliatifs de fin de vie dans les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* se poursuit en 2010-2011. Ces mesures suivent les préceptes énoncés dans la politique.

## Soins palliatifs à domicile

À Laval, les services de soins palliatifs à domicile sont assurés en complémentarité par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval et la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD).

Bien que les résultats de l'indicateur concernant le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs à domicile (Tableau : *sommaire des résultats des indicateurs en soins palliatifs à domicile en comparaison avec l'engagement déboursé annuel*) indiquent une légère augmentation comparativement à l'an dernier, l'engagement n'est pas atteint. Ainsi, le taux d'atteinte est de 86 % par rapport à 79 % l'an dernier. En 2010-2011, 52 % des personnes en fin de vie ont été rejointes par les services palliatifs à domicile tandis que la cible fixée par le MSSS était de 60 %. Toutefois, selon le CSSS de Laval, aucun patient n'était sur la liste d'attente et les services étaient rendus dès la réception de la demande de soins palliatifs. Pour ce qui est de l'indicateur concernant le nombre moyen d'interventions par usager, la région de Laval maintient une performance supérieure à celle attendue.

Au cours de l'année 2010-2011, l'Agence a coordonné les travaux entourant l'élaboration d'une entente tripartite avec le CSSS de Laval et la SSPAD afin de consolider l'offre de service régionale en soins palliatifs à domicile.

TABLEAU 11. SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES INDICATEURS EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Indicateurs	Résultats* 2009-2010	Engagement déboursé 2010-2011	Résultats* 2010-2011
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	681*	859	746* (P13)
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	20*	16	18* (P13)

Source : GESTRED, Bilan P-13 (Entente de gestion) TBIG-WEB

\* Les résultats incluent les services offerts par la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal.

D'autre part, la réponse 24h/7 jours par Info-Santé, l'accessibilité 24h/7 jours des soins infirmiers et médicaux, l'accès à la trousse d'urgence pour la médication et de l'aide à domicile sont assurés sur l'ensemble du territoire.

## Lits dédiés aux soins palliatifs

Le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs s'élève à 24, soit 12 lits à l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et 12 lits à la Maison de soins palliatifs de Laval (MSPL). Depuis janvier 2011, la MSPL est complètement fonctionnelle. Ce nouveau type de ressource permet d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de soins palliatifs dans la région de Laval. L'Agence assure environ 50 % du budget de fonctionnement de l'organisme, soit un montant de 60 000 \$ par lit.

En 2010-2011, la cible de un (1) lit par 10 000 de population, à savoir 39 lits pour la population lavalloise, est atteinte à 62 %. Pour compléter l'offre de service, il manque 15 lits en CHSLD.

### Soins palliatifs pédiatriques

L'Agence finance la Maison André-Gratton de l'organisme Le Phare, Enfants et Familles offrant du soutien aux familles d'enfants atteints de maladies graves, ayant une espérance de vie limitée et nécessitant des soins complexes. Ce soutien se concrétise par l'entremise de trois programmes, à savoir le répit à domicile, le séjour de répit offert à cette maison et les soins de fin de vie. Les résultats de l'année 2010-2011 indiquent que le nombre de familles lavalloises bénéficiant des services de la Maison André-Gratton a légèrement augmenté avec trois familles supplémentaires par rapport à l'année précédente.

### Perspectives 2011-2012

Un comité stratégique régional sera mis en place dans la prochaine année afin de coordonner les travaux reliés aux soins palliatifs de fin de vie.

### La contribution des organismes communautaires

L'Agence reconnaît et finance trois organismes qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Santé physique tels que : accueil, information, référence, sensibilisation et éducation, conférences et ateliers thématiques, services en soins palliatifs à domicile, soutien et accompagnement des personnes endeuillées.

Voici le nombre de personnes rejointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

<b>ORGANISMES 2010-2011 PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE</b>	<b>N personnes rejointes/ participations</b>	<b>N rencontres activités</b>
<b>Services en soins palliatifs à domicile</b> Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal	233	
<b>Services de soutien et d'accompagnement des endeuillés et des personnes en fin de vie</b> Lumi-Vie	149	
<b>Services aux personnes diabétiques et à leurs proches</b> Association du diabète – Laval, Laurentides M.R.C. des Moulins Inc.	1 568	
<b>TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS</b>	<b>1 950</b>	

De plus, l'Agence finance une entente de services avec un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- La Maison des soins palliatifs de Laval.

# La Direction des affaires réseau

## MOT DU DIRECTEUR

La direction des affaires réseau a contribué à préparer la Planification stratégique 2010-2015 pour la région de Laval, en concordance avec les orientations du ministère. Adoptée au printemps dernier, elle permet de mettre en lumière les choix régionaux stratégiques et d'orienter les actions des prochaines années

À cet égard, l'hébergement demeure un enjeu majeur pour l'ensemble des clientèles. Le financement d'une centaine de places en ressources intermédiaires a été accordé pour la clientèle en perte d'autonomie, en déficience intellectuelle et TED, en déficience physique et en santé mentale. Pour les résidences de personnes âgées, nous avons poursuivi nos efforts en vue de compléter le processus de certification des résidences privées. Un autre enjeu important pour la région demeure l'accessibilité aux ressources psychiatriques pour les personnes présentant un double diagnostic de déficience intellectuelle et de santé mentale.

Le déploiement du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience s'est traduit par une consolidation des mécanismes d'accès aux services en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires DI-TED-DP. De plus, les plans de déploiement et de répartition des ressources du « Réseau de services intégrés aux personnes âgées » ont été révisés et mis à jour en vue de s'assurer d'une bonne harmonisation avec les systèmes d'information provinciaux. Le plan de déploiement sera mis en œuvre d'ici la fin 2011.

Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise a été révisé. La version 2011-2014 tient compte des nouvelles réalités linguistiques de la population lavalloise et de la présence plus forte des communautés culturelles. Le plan prévoit le maintien de la formation en langue anglaise auprès du personnel et une amélioration de l'accès à des soins et services en langue anglaise dans la région de Laval.

Démontrant un potentiel d'innovation peu commun dans la mise en place d'activités et de services de proximité, les groupes communautaires ont vu leur financement indexé en appui à la mission globale, par entente de service et par entente particulière. Un groupe de travail conjoint sera créé en vue d'assurer une pérennité des services, maintenir leur degré d'adéquation par rapport aux besoins réels du milieu, en fonction des objectifs du Cadre de référence.

L'Entente de gestion et d'imputabilité signée entre le MSSS et l'Agence précisait les cibles et les attentes devant être atteintes cette année. La majorité de celles-ci l'ont été, ce qui témoigne de la bonne performance du réseau lavallois et ses partenaires. Par ailleurs, des efforts soutenus se poursuivront dans certains secteurs où les cibles n'ont pas été atteintes.

### **Perspectives 2011-2012**

L'accueil et la prestation de soins et services pour les personnes âgées demeurent des enjeux de taille. Le Cadre de référence sur « l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier » publié par le MSSS aura un impact en contexte de soins de courte durée. Les travaux se poursuivront pour maintenir et développer un continuum d'hébergement adapté aux besoins des personnes. La pénurie observée de logement social et supervisé, ainsi que des ressources alternatives s'avère très préoccupante. Finalement, des services transversaux pour la clientèle ayant une déficience seront développés dans le cadre du Plan d'accès.

### **Denis Blanchard**

Directeur des affaires réseau

# L'amélioration de la qualité des services et les droits des usagers

## Les dossiers qualité

En décembre 2002, le projet de loi 113 concernant la prestation sécuritaire de soins et des services a été adopté donnant suite à plusieurs des recommandations du rapport Francoeur. La Loi prône la prestation sécuritaire des soins et des services et vise la prévention des événements indésirables évitables en milieu de soins. Au cours de l'année, tous les établissements ont procédé au transfert de leurs données sur l'application informatique SISSS (Système d'information sur la sécurité des soins et des services) et sont opérationnels pour la saisie de leurs données dans leur registre local. Le Technocentre régional assure le soutien applicatif et l'accompagnement des établissements dans cette démarche.

Une rencontre des répondants locaux dans le dossier de la gestion des risques s'est tenue le 23 juin 2010 et portait sur la planification stratégique, notamment sur l'Enjeu 4 *La qualité des services et l'innovation*.

## Coroner ou décès évitables

Cette année, nous avons reçu deux rapports du coroner dans la région de Laval comprenant des recommandations, pour deux décès survenus à domicile. Par ailleurs, des suivis sont maintenus auprès des services de santé concernés pour nous assurer de la mise en place de mesures préventives, lorsque recommandées par le bureau du Coroner.

## Agrément

Tous les établissements de la région ont obtenu leur agrément et/ou sont actuellement engagés dans un processus continu d'agrément conformément à la Loi. Nous continuons le suivi auprès des établissements dans ce dossier.

## Comité des usagers et comité de résidents

Du soutien et de la consultation ont été offerts à quelques comités des usagers durant l'année. Deux séminaires ont été organisés en octobre et en décembre 2010 pour informer, soutenir et accompagner les comités des usagers et de résidents dans la réalisation de leurs fonctions. Ces activités favorisent les échanges, le partage d'expérience et l'information entre pairs. Les thèmes de ces rencontres régionales ont porté sur le budget et les dépenses admissibles des comités des usagers et sur un projet de « Semaine des droits des usagers ».

Un colloque portant sur les mécanismes de la qualité s'est tenu le 23 mars 2011 à l'intention de tous les membres des comités des usagers et de résidents de l'ensemble du territoire de Laval. Un nombre important de conférenciers ont été invités à présenter les mécanismes d'assurance qualité des différents niveaux de responsabilités. On comptait parmi eux les principaux acteurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et des établissements lavallois comme les directeurs généraux, une directrice de la qualité, une directrice des ressources humaines, des commissaires aux plaintes et à la qualité ainsi qu'un médecin examinateur, un représentant des ordres professionnels, un représentant des comités des usagers, des représentants de comités de résidents et une conseillère en milieu de vie.

Cette journée d'information a été des plus appréciées par les participants et leur a permis de mieux comprendre les niveaux de responsabilités tant nationales que régionales et locales, les mécanismes, les enjeux et les retombées sur les milieux.

Nous avons également initié la publication d'un nouveau bulletin de liaison « Le porte-parole », destiné aux membres des comités des usagers et des comités de résidents des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région de Laval. Deux numéros de ce bulletin d'information ont été publiés.

Au cours de l'année 2010-2011, de nouveaux paramètres budgétaires des comités des usagers ainsi que la mesure exceptionnelle d'achat d'équipements et de matériel sont venus ponctuer les actions des comités des usagers et de résidents. L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a accompagné et soutenu les vingt-trois comités de la région dans la réalisation de cet exercice.

### Les visites d'appréciation dans les CHSLD

Depuis 2004, tous les CHSLD du territoire ont fait l'objet d'une visite d'appréciation de la qualité par une équipe ministérielle mandatée par le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Un bilan du suivi des recommandations a été effectué pour l'ensemble des établissements ou installations visités au cours des années précédentes. En 2010-2011, dix installations de type CHSLD et deux réseaux RI-RTF (santé mentale et PALV) ont été visités. Des rencontres de suivis aux recommandations ont été effectuées, trois établissements et une installation du CSSS de Laval avaient réalisé l'ensemble de leur plan d'amélioration soient le CHSLD Idola St-Jean, le Centre d'hébergement de la Rive, la Résidence Villa-les-Tilleuls et la Résidence Val-des-Arbres. Dans tous les cas, les résultats ont été atteints et les recommandations ont été suivies à plus de 80 %.

Dans la foulée de la nouvelle procédure de suivi du plan d'amélioration, consécutive à une visite d'appréciation de la qualité recommandée par le MSSS, l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a développé un mécanisme qui réunit les principaux intervenants concernés par l'approche milieu de vie et les membres de comités de résidents des installations de soins de longue durée et les membres de comité des usagers pour le centre de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation.

### Programme d'amélioration de l'alimentation en CHSLD

L'Agence a soutenu le développement des compétences du personnel concerné, le partage des meilleures pratiques et la connaissance des besoins de la clientèle gériatrique en mobilisant les principaux acteurs du territoire autour d'un Programme régional d'amélioration de l'alimentation. Ces actions faisaient suite à la consultation publique sur les conditions des aînés, aux visites d'appréciation de qualité où l'activité alimentation était l'objet de recommandations et d'amélioration en lien avec le cadre de référence pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées : « *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité* ». De plus, sept initiatives locales développées par les établissements ont été approuvées par l'Agence. Ces projets visent à répondre aux besoins spécifiques des différentes clientèles en respectant leurs goûts et leurs habitudes alimentaires tout en augmentant la valeur nutritive des mets offerts.

### La certification des résidences pour personnes âgées (RPA)

Le dossier de la certification des résidences a continué d'évoluer. Signalons que l'Agence de Laval a maintenu son partenariat dans ce domaine avec les agences des régions de Lanaudière et des Laurentides par le biais d'un bureau de coordination suprarégionale du processus de certification.

TABLEAU 12. ÉTAT DE SITUATION AU 31 MARS 2011

RÉGION	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
	LAVAL	62	63	31	33	50 %

\* Incluant les résidences qui ont obtenu leur deuxième certificat de conformité : Laval 2

De plus, il faut souligner la réalisation des activités suivantes :

- Dix-huit résidences ont entrepris un processus de renouvellement du certificat de conformité;
- Soutien technique et accompagnement individualisé aux exploitants dans leurs démarches en vue du respect de l'ensemble des critères menant à leur certification;
- Rencontres d'échanges et d'informations auprès des différents partenaires pour revoir la réglementation et les critères de conformité;
- Collaboration avec le Curateur public, lorsque requis;
- Rencontres avec les différents services de la Ville de Laval (Service d'incendie, Urgences sociales, Service d'urbanisme et Développement communautaire) et le CSSS de Laval qui ont permis de développer une collaboration pour assurer et maintenir la certification des résidences pour personnes âgées;
- Collaboration à la production de plusieurs guides et outils de support au maintien des normes de certification;
- Envoi de bulletins d'information « Info-certification » à l'ensemble des exploitants;
- Création d'une Table de suivi mensuel composée de représentants du CSSS de Laval, du Regroupement lavallois des chambres et pensions, de représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et le Commissaire régional aux plaintes afin d'harmoniser les interventions. Cette instance sert à planifier les mesures à mettre en place, s'il y a lieu, et à effectuer un suivi de la certification des résidences privées pour personnes âgées.

#### **La certification des ressources d'hébergement en toxicomanie ou jeu pathologique**

- Mise en place du processus de certification pour les ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique;
- Séances d'information interrégionales avec les ressources et les partenaires;
- Vérification d'antécédents judiciaires pour tous les membres du conseil d'administration et tous les directeurs de ces ressources.

RÉGION	Nombre total de ressources	Certification volontaire	Demande de renouvellement	Nouvelles demandes
LAVAL	2	2	2	0

#### **Le comité de vigilance et de la qualité**

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises en 2010-2011. Chaque fois, le Commissaire régional aux plaintes et à la qualité présente un rapport sur les plaintes déposées et traitées ainsi que les interventions réalisées. De l'information est également donnée au sujet de différents dossiers qualité à savoir les visites d'appréciation dans les milieux d'hébergement, la certification des résidences pour personnes âgées, la gestion des risques, les actualités de même que certains projets de loi en lien avec la mission du comité.

#### **L'examen des plaintes par le commissaire régional**

##### **• Niveau régional**

L'année 2010-2011 est marquée par une légère diminution du nombre de dossiers de plaintes et d'interventions à traiter au plan régional. Le nombre est passé de 42 à 36 nouveaux dossiers de plaintes en 2010-2011, soit une diminution de 14 %. Ces dossiers concernaient des résidences pour personnes âgées dans 80 % des cas. Le commissaire régional a porté assistance à 72 reprises soit pour la formulation d'une plainte ou pour l'obtention d'un soin ou d'un service. Il a également effectué 22 demandes de consultation et réalisé 23 activités en lien avec ses autres fonctions.

- **Niveau local**

Au 1<sup>er</sup> avril 2010, 50 dossiers de plaintes étaient en voie de traitement. Au cours de l'année, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les médecins examinateurs ont ouvert 443 nouveaux dossiers de plaintes. Au total de ces 493 dossiers, 439 ont été conclus, soit 89 %, alors que 54 plaintes étaient toujours en voie de traitement à la fin de la période. Nous constatons donc une augmentation de 12 % du nombre de nouveaux dossiers de plaintes ouverts durant l'année.

Les commissaires aux plaintes et à la qualité des services ont utilisé leur pouvoir d'intervention à 65 reprises et trois dossiers d'intervention étaient encore actifs au 31 mars 2010. Au cours de l'année, ils ont répondu à 793 demandes d'assistance et effectué 114 consultations. Dans le cadre de leurs autres fonctions, les commissaires ont participé à 228 activités en lien avec la promotion du régime des plaintes, le support au comité d'usagers, à des présentations aux conseils d'administration ou à des activités en lien avec l'évolution du régime d'examen des plaintes et de la qualité des services de leur établissement.

## Le programme Services généraux

### SERVICE INFO-SANTÉ

#### Orientations ministérielles

Info-Santé est un service de consultation professionnelle téléphonique accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il vise à répondre aux besoins d'information, de référence-orientation, d'avis professionnels ou de conseils en matière de santé et de services sociaux. Le service Info-Santé permet de rejoindre un professionnel de la santé en cas de problème non urgent.

En composant le 8-1-1, on rejoint un des services régionaux Info-Santé au Québec. Ces services régionaux sont reliés en réseau. En procédant de cette façon, s'il y a surcharge à un endroit, l'appel est transféré à une autre région, sans perte de la priorité d'appel. Ceci vise à favoriser une réduction des délais pour obtenir le service.

#### Réalisations

En 2010-2011, la centrale Info-Santé de Laval a répondu à 112 808 appels. Grâce à la virtualisation du service, 57 % des appels traités étaient en provenance d'autres régions. Or, 99 926 appels en provenance de la région lavalloise ont été répondus par le service régional Info-Santé et Info-Social (SRISIS).

Afin d'assurer une continuité des soins aux clientèles les plus vulnérables, Info-Santé a travaillé, dans les dernières années, à consolider ses efforts pour adapter l'organisation de ses services, et ce, par l'enregistrement électronique de la clientèle vulnérable et par la mise sur pied d'un service de garde régional. En effet, Info-Santé Web permet maintenant l'enregistrement de la clientèle ayant besoin d'une continuité des services en tout temps. Les cliniques médicales peuvent maintenant enregistrer leur clientèle. Ainsi, il y a eu une progression du nombre d'utilisateurs passant de 399 en avril 2010 à 456 en avril 2011. De plus, le nombre d'enregistrements est passé de 1 159 en avril 2010 à 1 221 en avril 2011.

#### Perspectives 2011-2012

Le déploiement de la deuxième édition des protocoles infirmiers est prévu dans la prochaine année.

## RÉPERTOIRE DES RESSOURCES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

#### Orientations ministérielles

Le Répertoire des ressources est un outil de référence comprenant des informations sur les ressources de santé et de services sociaux de chacune des régions du Québec. Il découle des orientations visant la

virtualisation des appels téléphoniques et le déploiement provincial du numéro unique 8-1-1 (ligne Info-Santé).

Le MSSS exige que cet outil soit utilisé par tous les centres de santé et de services sociaux et les centrales Info-Santé/Info-Social.

L'Agence a la responsabilité de l'assurance de qualité des données. À cet effet, un responsable régional coordonnant les travaux de mise à jour de l'actif dans la région a été identifié. Il doit s'assurer d'uniformiser l'utilisation du Répertoire des ressources dans la région.

### **Objectifs**

- Fournir une information de qualité à toute personne qui désire chercher une information uniforme et de qualité sur les ressources bio-psycho-sociales couvrant tous les territoires du Québec;
- Permettre aux intervenants l'accès à un maximum d'information en évitant la redondance de saisie et faciliter l'interopérabilité des systèmes.

### **Réalisations**

Au cours de l'année, l'Agence a poursuivi les travaux en vue d'assurer la mise à jour et la qualité des données dans les délais demandés.

### **Perspectives 2011-2012**

Pour la prochaine année, l'Agence prévoit la mise en œuvre des activités suivantes :

- Soutenir les responsables des mises à jour;
- Relancer, auprès des intervenants, les avantages de l'utilisation de cet outil dans leur quotidien;
- Déployer, en juin 2011, la responsabilité des mises à jour entre les différentes directions de l'Agence pour optimiser la qualité des informations et leur disponibilité;
- Atteindre l'objectif ministériel de diffusion du répertoire au grand public.

## **LA VIOLENCE CONJUGALE ET LES AGRESSIONS SEXUELLES**

### **Priorités ministérielles**

- La mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle.
- La mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, reconduite pour 2009-2011.

À cet égard, l'année 2010-2011 a été marquée par une campagne de prévention de la *violence conjugale* en périnatalité. Dans ce contexte, le MSSS a produit un dépliant à l'intention des femmes enceintes ou nouvellement mères. Il visait à sensibiliser, informer et amener les femmes enceintes victimes de violence conjugale à reconnaître leur situation et à chercher de l'aide.

### **Réalisations**

Dans le contexte de la mise en œuvre des deux plans d'action ministériels, l'Agence a financé six projets dans la région pour un montant total de 98 382 \$. Ces projets visent à :

- Sensibiliser les hommes aux différentes formes de violence conjugale ;
- Organiser le colloque annuel de la Table de concertation en violence conjugale et agressions à caractère sexuel de Laval ;
- Réimprimer et distribuer le guide « Brisez le silence » dans la région ;
- Adapter l'intervention d'urgence en violence conjugale à la diversité ethnoculturelle lavalloise afin d'accompagner les femmes dans les 72 heures suivant une intervention policière ;
- Mettre en œuvre un site Web axé sur la prévention, l'information et l'éducation en matière de pornographie juvénile permettant de favoriser davantage les attitudes responsables et préventives chez les jeunes et les parents de Laval.

L'Agence a complété des travaux dans le cadre de L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, dont l'élaboration de la trajectoire des services sociojuridiques.

### **Perspectives 2011-2012**

L'Agence continuera la mise en œuvre de l'Entente multisectorielle en plus d'en assurer une compréhension commune par les partenaires en diffusant l'outil de la trajectoire.

### **La contribution des organismes communautaires**

L'Agence reconnaît et finance 13 organismes qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Services généraux tels que : accueil, écoute, information, référence, sensibilisation et éducation, soutien et accompagnement, ateliers, hébergement, groupes d'appartenance, milieu de vie, concertation. Voici le nombre de personnes rejointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

<b>ORGANISMES 2010-2011 PROGRAMME-SERVICES SERVICES GÉNÉRAUX</b>	<b>N personnes rejointes/ participations</b>	<b>N rencontres activités</b>
<b>Services des centres de femmes</b>	6 637	
Centre des femmes de Laval		
Centre des femmes dynamiques de Laval		
<b>Services des maisons d'hébergement pour femmes violentées</b>	2 276	
Maison de Lina		
Maison l'Esther		
Maison le Prélude		
<b>Services pour femmes violentées</b>	1 250	
Bouclier d'Athéna		
<b>Services auprès des conjoints violents</b>	867	
CHOC-Carrefour d'hommes en changement		
<b>Services de prévention des agressions à caractère sexuel et d'interventions auprès des victimes</b>	278	
Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle -CPIVAS		
<b>Services pour hommes agresseurs sexuels</b>	176	
Centre d'intervention en délinquance sexuelle		
<b>Services d'écoute téléphonique</b>		5 547 appels répondus
Centre d'écoute de Laval		
<b>Services du centre d'action bénévole</b>	19 570	
Centre de bénévolat de Laval		
<b>Services de soutien et un milieu de vie pour une communauté culturelle</b>	214	
Centre communautaire « Le Coumbite » de Laval		
<b>Regroupement régional d'organismes communautaires</b>	95	
Corporation de développement communautaire de Laval		
<b>TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS</b>	<b>31 363</b>	<b>5 547</b>

De plus, l'Agence finance un projet ponctuel d'un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- Centre communautaire Petit Espoir.

Également, l'Agence finance des ententes de services des organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- Office municipal d'habitation de Laval pour du soutien communautaire (Place St-Martin);
- Fédération lavalloise des organismes sans but lucratif d'habitation;
- Les habitations populaires Vincent-Massey Inc.;
- Les habitations St-Christophe.

## LE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE EN LOGEMENT SOCIAL

### Réalisations

En 2010-2011, le comité logement social, piloté par l'Agence de Laval, s'est réuni pour finaliser les travaux d'élaboration d'un cadre de référence en soutien communautaire en logement social pour la région et établir une stratégie favorisant le développement de ces services dans la région.

### Perspectives 2011-2012

Le comité logement social terminera les travaux sur le cadre de référence et le fera adopter par le conseil d'administration de l'Agence. Par la suite, les approches seront réalisées auprès des partenaires du milieu du logement social afin de susciter le développement de projets de logements sociaux avec soutien communautaire.

## Le programme Dépendances

### Priorités ministérielles

La mise en œuvre des plans d'action gouvernementaux en dépendances :

- Unis dans l'action : orientations relatives aux normes d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, programme-services Dépendances, offre de service 2007-2012;
- Unis dans l'action : plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011;
- Plan gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005.

### Réalisations

Un des points majeurs de l'année 2010-2011 a été l'ouverture de la Ressource alternative autre (RAA), le Service de désintoxication régional. Ce service offre de la désintoxication pour les personnes aux prises avec une dépendance modérée et élevée sous surveillance médicale 24/7.

La formation de la 1<sup>re</sup> ligne en dépendances été offerte à 200 intervenants du CSSS de Laval. Elle a permis de mieux outiller les intervenants quant au repérage, à l'évaluation et à l'orientation dans les services spécialisés pour les personnes aux prises avec une dépendance à l'alcool, aux drogues et aux jeux d'argent et de hasard.

Au cours de l'année, Laval a pu expérimenter un projet pilote au sein du Centre de réadaptation en dépendance le Maillon. Ceci nous a permis d'offrir des services destinés aux enfants 6-12 ans dont les parents vivent une dépendance.

Finalement, avec l'appui du DRMG, du Centre le Maillon et des organismes communautaires en dépendances, une entente pour l'obtention d'une ressource médicale partagée a été conclue afin d'optimiser les ressources et d'assurer l'accès aux services pour la clientèle en hébergement.

### **Perspectives 2011-2012**

La suite de la formation en 1<sup>re</sup> ligne sera une priorité et approfondira l'approche motivationnelle. De plus, le développement des services en dépendances offert par le Maillon pour les jeunes 12-17 ans du Centre jeunesse sera au cœur des préoccupations de l'Agence.

## **ITINÉRANCE**

### **Priorités ministérielles**

- La mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013.

### **Réalisations**

Dans le cadre de l'entente Canada-Québec, l'Agence doit s'assurer de la mise en œuvre du nouveau programme Stratégie des partenaires de lutte contre l'itinérance 2011-2014 (SPLI). Afin d'assurer la transition entre l'ancien et le nouveau programme SPLI, l'Agence a piloté un comité d'analyse qui a recommandé le financement de neuf projets provenant d'organismes communautaires pour l'année 2011-2012. De plus, l'Agence a complété les travaux du bilan du plan communautaire 2007-2011. Dans cette lignée, l'Agence a produit un portrait des services et des besoins en itinérance à Laval et un plan communautaire en itinérance 2011-2014 en partenariat avec le réseau local de services.

### **Perspectives 2011-2012**

L'Agence diffusera le portrait et le plan communautaire en itinérance de Laval. De plus, le comité d'analyse de projet dans le cadre de la SPLI 2011-2014 poursuivra ses travaux de recommandation de projet à des fins de financement. L'Agence compte aussi maintenir ses démarches d'appui à l'organisme l'Aviron, ressource d'hébergement communautaire, dont l'ouverture est prévue pour décembre 2011.

## **Le programme Santé mentale**

### **Priorités ministérielles**

- Le virage vers la première ligne.
- L'accès aux services de santé mentale en temps opportun.
- Le changement des pratiques, en favorisant les modèles de soins partagés.
- Le soutien dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles graves de santé mentale (suivi intensif dans le milieu – soutien d'intensité variable (SIM-SIV), soutien au logement, soutien au travail ou aux études).
- La lutte au suicide.

### **Réalisations**

Conformément au Plan d'action ministériel 2005-2010 « La force des liens », l'Agence a collaboré avec la Direction santé mentale du Ministère pour réunir tous les partenaires institutionnels, communautaires et intersectoriels lavallois œuvrant en santé mentale, en vue d'une évaluation-bilan de l'implantation des différentes mesures du plan dans notre région. Cette rencontre d'avril 2010 fut très appréciée des différents partenaires et du Ministère.

En lien avec le développement des services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adulte pour l'ouest de l'Île Jésus tout particulièrement, le CSSS de Laval a mis de l'avant une première phase de développement des services, en tablant sur les retombées de l'Entente entre les deux agences (Montréal et Laval) ainsi qu'entre l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) et le CSSS de Laval.

Enfin, l'Agence a maintenu ses efforts pour soutenir les personnes utilisatrices de services de différentes manières, par exemple :

- Participation financière permettant de réaliser et finaliser le projet d'autotraitement du trouble panique par des pairs-aidants avec l'implication de la ressource communautaire ATP, de la Direction santé mentale adulte du CSSS de Laval et de l'organisme provincial Phobies-Zéro;
- Participation au processus de recrutement d'un chargé de projet visant la mise sur pied du Regroupement lavallois des personnes utilisatrices de services en santé mentale;
- Soutien financier pour favoriser la participation d'utilisateurs de services en santé mentale au XV<sup>e</sup> colloque de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) en novembre 2010.

### La contribution des organismes communautaires

L'Agence reconnaît et finance huit organismes qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Santé mentale tels que : accueil, écoute, référence, sensibilisation et information, soutien et accompagnement, formations thématiques et activités d'employabilité, activités sociales, culturelles, sportives et de loisir, groupes d'échange et d'entraide, cuisines collectives, soutien et accompagnement en défense des droits, soutien et répit aux membres de l'entourage, suivi communautaire et soutien à la vie en appartement.

Voici le nombre de personnes rejointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

<b>ORGANISMES 2010-2011 PROGRAMME-SERVICES SANTÉ MENTALE</b>	<b>N personnes rejointes/ participations</b>	<b>N rencontres activités</b>
<b>Services de soutien et un milieu de vie pour la clientèle souffrant de troubles de santé mentale</b>	3 004	
Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval		
Association IRIS		
Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale		
CAFGRAF - Groupe d'entraide en santé mentale de Laval		
Ressource ATP groupe de soutien pour personnes anxieuses		
<b>Service de promotion et de défense de droits en santé mentale</b>	1 138	
L'En-Droit de Laval		
<b>Services de soutien aux membres de l'entourage</b>	1 983	
Association lavalloise de parents pour le bien-être mental Inc.		
<b>Groupes psychoéducatifs et services professionnels de psychothérapie</b>	422	
Services populaires de psychothérapie		
<b>TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS</b>	<b>6 547</b>	

De plus, l'Agence finance une entente de services avec un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- L'Îlot, Service régional de crise de Laval.

### **Perspectives 2011-2012**

L'Agence de Laval poursuivra son étroite collaboration avec le CSSS de Laval pour le plein déploiement des phases de développement de services en 1<sup>re</sup> ligne santé mentale adulte, grâce aux retombées de l'Entente établie entre Montréal et Laval, il y a deux ans maintenant.

La gamme de services résidentiels pour les Lavallois vivant avec un problème de santé mentale sévère et persistant continuera de croître et de se diversifier en 2011-2012, notamment avec le rapatriement de ressources non institutionnelles, autrefois sous la responsabilité de l'Agence de Montréal.

Enfin, en collaboration avec ses partenaires, l'Agence poursuivra ses efforts afin de stimuler la participation des personnes utilisatrices de services à l'intérieur des instances régionales prévues à cet effet. De plus, des actions seront prises pour que les personnes désireuses de devenir pair-aidant réseau puissent accéder à de la formation spécialisée.

## **Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement**

### **Priorités ministérielles**

- L'implantation du RSIPA (Réseau de services intégrés aux personnes âgées)
- *L'Approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier de courte durée*
- Les services de soutien à domicile

### **Réalisations**

#### **• Le déploiement du « Réseau de services intégrés pour les personnes âgées » (RSIPA)**

Le déploiement du RSIPA inclut les composantes suivantes : un guichet unique, une évaluation des besoins, des gestionnaires de cas, un système d'information, le suivi des clientèles à risque et en perte d'autonomie légère et modérée par le service d'intervention préventive (SIP). En 2010-2011, les résultats du CSSS de Laval à l'outil de suivi de l'implantation (OSI-RSIPA) indiquent que le déploiement de ces composantes est atteint à 67 %. Selon les hypothèses reconnues, l'impact populationnel débute à partir d'un déploiement à 70 %.

Malgré les délais à harmoniser les systèmes d'information provinciaux aux systèmes déjà développés à Laval, l'Agence a décidé de déployer sans tarder la solution informatique RSIPA. Cela permet d'adhérer au déploiement provincial et de bénéficier des nouveaux outils de planification de services selon le profil des besoins de la clientèle âgée. À cet effet, un nouveau plan régional de déploiement a été déposé et accepté par les différents acteurs lavallois. Il sera mis en œuvre d'ici le 30 décembre 2011.

#### **• L'approche adaptée aux personnes âgées en centre hospitalier de courte durée**

L'approche adaptée vise à prévenir le déclin fonctionnel lié à une hospitalisation. Un outil clinique basé sur l'acronyme « AINEES<sup>13</sup> » permet d'ajuster les interventions selon la vulnérabilité de la personne âgée à l'hôpital : interventions préventives systématiques, spécifiques ou spécialisées.

En 2010-2011, nous avons commencé à déployer les quatre préalables de l'approche adaptée. Deux de ces préalables sont totalement implantés, alors que deux le sont partiellement. Un outil de repérage est utilisé à l'urgence où un intervenant de liaison, dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables, assure les liens interétablissements. Le troisième préalable prévoit des mécanismes de suivi lors de repérages positifs. Ces mécanismes sont implantés pour la clientèle qui retourne à domicile, alors qu'un plan d'action est en préparation pour la clientèle hospitalisée à la suite du dépistage. Finalement, un programme de mobilité a été préparé et a déjà débuté. L'urgence et trois unités sont ciblées dans un premier temps.

<sup>13</sup> AINEES : Ces outils se réfèrent à six prédicteurs du déclin fonctionnel, soit : Autonomie et mobilité, Intégrité de la peau, Nutrition/hydratation, Élimination, État cognitif et comportement, Sommeil.

#### • Le soutien à domicile

Les orientations « Chez soi : le premier choix » sont toujours maintenues. Les équipes de soutien à domicile ont réussi à desservir 8 583 personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement à Laval, soit une augmentation de 487 personnes par rapport à l'an passé. La cible est maintenant atteinte à 93 %. Cette performance est principalement attribuable au suivi effectué auprès des usagers repérés à l'urgence et dans les tours d'habitation ainsi que par les infirmières du projet réseau. Il y a eu une moyenne de 33,75 interventions par usager, pour un total de 358 815 heures de services de soutien à domicile long terme, par les différents modes de dispensation de services. L'unité transitoire de récupération fonctionnelle permet un retour à domicile dans 55,2 % des cas.

#### • Les services de répit aux proches aidants

L'Agence a continué de subventionner six projets de répit en soutien aux proches aidants, soit deux projets de halte-répit dans des organismes communautaires, deux projets de répit à domicile (courte et longue durée), de même que des places d'hébergement temporaire dans des projets novateurs. Les proches aidants de la région ont pu bénéficier de 85 352 heures de répit pour 316 personnes différentes durant l'année 2010-2011, soit 52 personnes de plus que l'an passé. Des liens ont été créés entre les organismes offrant des projets de répit et le CSSS de Laval en vue de bien définir la hiérarchisation des services en lien avec le soutien aux proches aidants.

L'Agence a participé aux démarches pour soutenir la mise sur pied de « L'APPUI pour les proches aidants de Laval », un projet de carrefour de soutien aux proches aidants, auquel collaborent les organismes communautaires, le CSSS de Laval, la Conférence régionale des Élus de Laval (CRÉ), le ministère de la Famille et le fonds de soutien aux proches aidants.

#### • L'hébergement

Les cibles pour les soins infirmiers et d'assistance de même que pour les services professionnels en CHSLD sont atteintes selon les seuils établis. En effet, les CHSLD ont dispensé un nombre moyen de 3,02 heures par jour-présence de soins infirmiers et d'assistance et de 0,22 heure par jour-présence de services professionnels. D'autre part, compte tenu de la pénurie de ressources d'hébergement à Laval, il est difficile de réduire le nombre de personnes âgées en attente d'hébergement au centre hospitalier. En 2010-2011, il y a en moyenne à chaque période à la Cité-de-la-Santé de Laval :

- 11,1 personnes en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitalisés ;
- 3,6 personnes en attente de soins palliatifs;
- 2,3 personnes en attente de convalescence;
- 6,5 personnes en attente de réadaptation;
- 13,8 personnes en attente de CHSLD et;
- 14,2 personnes en attente de ressources non institutionnelles (RNI).

Malgré des listes d'attente significatives en hébergement, il n'a pas été possible de développer de nouvelles ressources en 2010-2011. Cependant, des places ont été ouvertes temporairement tout au cours de l'année. En août 2010, le délai d'attente depuis la fin de soins actifs était de 52 jours en moyenne pour une place en CHSLD et de 84 jours pour une place en RI. Cette année, il y a eu 257 demandes de rapatriement. De ce nombre 111 Lavallois étaient toujours en attente de rapatriement dans les régions avoisinantes au 31 mars 2011, 88 ont été rapatriés, 54 personnes sont décédées, 22 personnes ont été orientées vers le privé. Il y a eu 49 abandons du programme, 58 incluant des retours à domicile. De plus, 12 personnes ont été placées dans un CHSLD public hors région. Différentes actions ont été mises de l'avant pour optimiser l'utilisation des places en CHSLD à Laval. À cet effet, notons l'admission sept jours sur 7 en CHSLD, et dans certaines ressources intermédiaires, un projet pilote d'un lit d'admission élective à l'UCDG, l'utilisation optimale des lits de l'UTRF, le rehaussement des critères d'admission à 3,0 heures/soins, un plan de maintien des places dans le cadre des rénovations majeures au CHSLD Ste-Dorothée, le suivi des critères d'admissibilité en CHSLD et le suivi des plans d'action à la qualité des services. Nous planifions des développements de ressources pour l'an prochain. Le centre hospitalier Cité-de-la-Santé a un taux de déclaration d'hébergement de 6,12 % pour les personnes de 75 ans et plus, alors que la cible est de 4,99 %. Cela interpelle la région à continuer ses efforts pour actualiser les orientations « Chez soi : le premier choix ».

## Contribution des organismes communautaires

L'Agence reconnaît et finance 16 organismes qui contribuent au maintien à domicile, au soutien et à l'intégration sociale des personnes et qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement tels que : accueil, écoute, référence, accompagnement, repas à domicile (*popotes roulantes*), transport et accompagnement médical, téléphones et visites d'amitié, gamme d'activités collectives (*sociales, culturelles, sportives et de loisir*), groupes d'échange et d'entraide, cuisines collectives, formation et bénévolat, soutien et répit aux proches-aidant, soutien et accompagnement des aînés victimes d'abus, de violence et de négligence. Voici le nombre de personnes rejointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

<b>ORGANISMES 2010-2011 PROGRAMME-SERVICES PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>	<b>N personnes rejointes/ participations</b>	<b>N rencontres activités</b>
<b>Services d'aide et entraide de quartier offrant des services de repas à domicile (popotes roulantes) d'accompagnement transport médical, de visites et téléphones de sécurité pour la clientèle en perte d'autonomie</b> Bonjour aujourd'hui et après Inc. Centre de bénévolat de Laval Inc. Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot Groupe d'entraide La Rosée Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil Centre S.C.A.M.A.*	3 360	
<b>Centres communautaires pour aînés</b> Association pour aînés résidant à Laval Centre communautaire le Rendez-vous des aînés Laval Inc. Comité d'animation du troisième âge de Laval Centre S.C.A.M.A.	2 299	
<b>Organisme régional offrant une programmation diversifiée d'activités sportives, culturelles et sociales</b> Place des aînés de Laval <i>(*) personnes rencontrées par semaine</i>	2 600 (*)	
<b>Services de soutien et d'accompagnement des aînés victimes d'abus, de violence et de négligence</b> Dira Laval Inc.	3 620	
<b>Services de soutien des personnes aidantes</b> Association lavalloise des personnes aidantes	2 000	
<b>Services-programmation d'animation-loisirs adaptés aux besoins des résidents en établissement et en résidences privées</b> Partage humanitaire	800	
<b>Services d'accompagnement et de répit</b> Baluchon Alzheimer	5	
<b>Services de soutien aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et les proches</b> Société Alzheimer de Laval	5 439	
<b>Services regroupant les 10 popotes roulantes de Laval</b> Association des popotes roulantes de Laval		
<b>TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS</b>	<b>16 503</b>	

\* Le Centre S.C.A.M.A. a une double mission, soit celle de centre communautaire et de centre d'entraide de quartier. Il est donc comptabilisé à deux endroits.

De plus, l'Agence finance des ententes de services avec des organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- Fédération de l'Age d'Or du Québec (FADOQ);
- La maison du Marigot;
- Regroupement lavallois des chambres et pensions pour personnes âgées.

### **Perspectives 2010-2011**

Afin de prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées lors d'une hospitalisation, nous prévoyons poursuivre l'implantation de L'approche adaptée à la personne âgée.

Le déploiement de la solution informatique RSIPA entre les différentes installations du CSSS de Laval sera la composante priorisée en 2010-2011. Elle vise à améliorer tant la qualité et la continuité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie que l'efficacité dans le travail d'équipe. Nous mettrons en place des moyens efficaces pour permettre aux personnes de demeurer le plus longtemps possible chez elles en compensant leur perte d'autonomie grâce à une augmentation du nombre d'heures de services à domicile et par l'augmentation de l'accès à des soins et services 24h/24 et au développement de nouvelles places en récupération fonctionnelle suite à une hospitalisation.

Finalement, nous prévoyons continuer d'optimiser l'utilisation des lits d'hébergement en CHSLD en amorçant des travaux sur le profil de la clientèle hébergée et leurs besoins: tant en unités spécifiques, à l'unité santé mentale, en évaluant les personnes hébergées en CHSLD de moins de 65 ans ayant une déficience physique et les personnes ayant un profil Iso-SMAF inférieur à 8.

Ces travaux permettront d'élaborer un plan d'action triennal sur la reconfiguration de l'hébergement longue durée. De plus, un plan afin de développer des alternatives à l'hébergement, dont l'augmentation de places en ressources intermédiaires est également prévue. Ainsi les personnes recevront les soins appropriés qui correspondent à leur degré d'autonomie et des travaux sur la base budgétaire pour la clientèle hébergée seront amorcés en 2011-2012.

## **Le programme Jeunes en difficulté**

### **Priorités ministérielles**

- Le développement des services de première ligne, notamment ceux s'adressant aux jeunes dont le signalement n'est pas retenu en protection;
- La diminution de la charge de cas et l'augmentation de l'intensité des services de deuxième ligne dispensés par les centres jeunesse;
- La mise en place complète des mesures de l'offre de service ministérielle 2007-2012, incluant un Programme Négligence implanté avant 2015 et reconnu efficace.

### **Réalisations**

Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 soutenue par le Ministère, l'Agence a donné son aval à la poursuite de différentes mesures de la stratégie, dont :

- L'insertion de dix nouveaux jeunes du Centre jeunesse de Laval (CJL) en situation d'emploi ou en soutien pour obtenir une formation qualifiante, le tout dans le cadre du Programme de qualification des jeunes (PQJ);
- Le maintien de l'équipe de deuxième niveau en santé mentale pour les jeunes suivis par le CJL.

En ce qui a trait aux différentes tables de concertation régionales pilotées par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval, elles ont maintenu leurs efforts d'amélioration de la dispensation des services via un continuum de mieux en mieux implanté et de plus en plus accessible.

## La contribution des organismes communautaires

L'Agence reconnaît et finance 18 organismes qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Jeunes en difficulté tels que : accueil, écoute, référence, soutien et accompagnement, sensibilisation et information, activités de prévention, groupes d'appartenance, formations thématiques et activités d'employabilité, animation et conférences, dépannage alimentaire. De plus, la région peut compter sur un organisme communautaire d'hébergement et neuf maisons de jeunes ou volets maisons de jeunes à l'intérieur des maisons de quartier.

Voici le nombre de personnes rejointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

ORGANISMES 2010-2011 PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ	N personnes rejointes/ participations	N rencontres activités
<b>Services maisons de jeunes ou volets maisons de jeunes à l'intérieur d'organismes familles</b> Carrefour jeunesse de Ste-Rose Centre communautaire Val-Martin Centre Défi-jeunesse de Saint-François Maisons de quartier de Fabreville et Vimont Maisons des jeunes de Laval Ouest, l'Est de Laval, Sainte-Dorothée et du Marigot	6 447	
<b>Services d'hébergement communautaire jeunesse</b> Maison d'hébergement l'Envolée	61	
<b>Services de justice alternative</b> Mesures Alternatives jeunesse de Laval	780	
<b>Services d'information, de soutien et un milieu de vie pour les jeunes en difficulté</b> Bureau de consultation jeunesse de Laval Oasis Unité mobile d'intervention et Travail de rue de l'Île de Laval T.R.I.L (* ) mêmes jeunes vus à plusieurs reprises		14 650 (*)
<b>Services de soutien, activités de prévention du décrochage scolaire et d'insertion sociale et professionnelle</b> Diapason Jeunesse Jeunes au travail	438	
<b>Services de soutien aux familles et un milieu de vie pour des enfants en difficulté</b> Association québécoise des troubles d'apprentissage Gymn-Eau Laval	365	
<b>TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS</b>	<b>7 726</b>	<b>14 650</b>

## Perspectives 2011-2012

L'Agence s'assurera que la mesure *Programme d'intervention en négligence* soit implantée avant 2015, notamment par le choix du type de Programme en Négligence de la part des acteurs désignés (CSSS de Laval et le CJL) au cours de la prochaine année. Plusieurs activités de formations, incluses dans le Plan national de formation du Programme jeunes en difficulté, seront dispensées en 2011-2012 (Charlie, projet de vie et encadrement clinique).

# Le programme Déficience physique

## Priorités ministérielles

- *Pour une véritable participation à la vie dans la communauté* Orientations 2004-2009, Services des personnes handicapées, MSSS
- La mise en œuvre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008-2011). Ce plan favorise l'accès et la continuité des services, tant pour les services de première ligne offerts au CSSS de Laval que les services spécialisés de réadaptation offerts par les établissements régionaux.

## Réalisations

2010-2011, pour la mise en œuvre du Plan d'accès, l'Agence a procédé à l'implantation de la phase 3 du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Ainsi,

- Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010, les demandes de service des usagers ayant une déficience physique de niveau de priorité modérée doivent être traitées aux cours des 12 mois suivant leur réception. Cette cohorte s'ajoute aux cohortes de niveau de priorité urgente et élevée. Cet ajout signifie que depuis la phase 3, peu importe l'âge et le niveau de priorité, la demande de service d'une personne ayant une déficience physique sera répondue dans les délais prévus au Plan d'accès;
- Des modalités de résorption des listes d'attente des usagers de niveau de priorité modérée inscrits depuis novembre 2008 et novembre 2010 ont été convenues avec les établissements concernés de la région. Les services seront reçus d'ici le 31 mars 2012;
- Un projet a été financé de façon non récurrente à l'Hôpital juif de réadaptation (HJR). Pour ce faire, un montant de 51 000 \$ a été octroyé permettant de desservir une clientèle en attente de service au programme de déficience motrice et présentant un trouble du langage. Ce service est assuré par un professionnel du langage en collaboration avec un éducateur.

Un *Plan directeur régional en traumatologie pour 2010-2012* a été finalisé. Ce plan a été bonifié suite à l'ajout des recommandations émises par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (l'INESSS.). Il a également été déposé au Ministère en mars 2011.

Le *Projet régional d'organisation des services à l'intention des personnes victimes d'un traumatisme crâniocérébral léger* (PROS TCC léger) a été finalisé en mars 2010. Il a été envoyé à l'INESSS pour recommandations.

Le protocole d'entente pour les blessés médullaires entre les établissements de la région de Laval et le Centre d'expertise est finalisé et est en cours de signature.

Le protocole d'entente pour les victimes de brûlures graves entre les établissements de la région de Laval et le Centre d'expertise a été finalisé et est signé.

Les bilans 2010-2011 des plans d'action régionaux pour les traumatisés crâniens modérés graves (TCC-MG), tant pour la clientèle adulte que pour enfant, sont finalisés. Parallèlement, de nouveaux plans d'action régionaux 2011-2014 ont été réalisés. Le comité régional de traumatologie s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2010-2011. Tous les établissements de Laval concernés par ce secteur d'activités y siègent ainsi que des représentants des Centres d'expertise.

L'Agence a reconduit son entente de service avec le Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain (SIVET) pour desservir la clientèle lavalloise. Toutefois, depuis le 1<sup>er</sup> février 2011, la clientèle lavalloise d'expression anglaise est maintenant desservie, suite à une entente, par le Centre de la communauté sourde du Montréal métropolitain (CCSMM).

## Contribution des organismes communautaires

L'Agence reconnaît et finance neuf organismes qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Déficience physique tels que : accueil, écoute, référence, soutien, sensibilisation et information, formations thématiques, activités sociales, culturelles, sportives et de loisir, groupes d'échange et d'entraide, accompagnement et assistance, soutien et répit des proches aidants, soutien à l'admissibilité au transport adapté, services d'interprétariat pour les personnes vivant avec une surdité.

Voici le nombre de personnes rejointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

<b>ORGANISMES 2010-2011 PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE</b>	<b>N personnes rejointes/ participations</b>	<b>N rencontres activités</b>
<b>Services d'aide et d'entraide pour la clientèle vivant avec une déficience physique</b>	1 410	
Association de la fibromyalgie de Laval		
Association des personnes vivant avec une surdité de Laval		
Association sclérose en plaques Laval		
<b>Services de soutien aux proches aidants et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec une déficience physique</b>	733	
Association des personnes aphasiques de Laval		
Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval		
Association Dysphasie +		
Association québécoise des traumatisés crâniens		
<b>Services de soutien à l'admissibilité de la clientèle au transport adapté</b>	546	
Association lavalloise pour le transport adapté ALTA		
<b>Services d'interprétariat pour les personnes vivant avec une surdité</b>		1 000
Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain SIVET		
<b>TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS</b>	<b>2 689</b>	<b>1 000</b>

## Perspectives 2011-2012

Pour terminer la mise en œuvre du Plan d'accès pour la clientèle ayant une déficience physique, l'Agence va s'assurer de la mise en place d'une gestion intégrée de l'accès et de la continuité tant par programme-services qu'inter-programmes et terminer la trajectoire de service pour la clientèle ayant une déficience physique, et ce, par type de déficience.

Les travaux sur les services posthospitaliers en réadaptation pour la clientèle lavalloise, dont ceux en entente avec la région de Montréal, et les liens avec les régions limitrophes telles que Laurentides et Lanaudière seront au premier plan des travaux.

En 2010-2011, le CSSS de Laval était dans un processus de regroupement d'achat en ce qui a trait à la Banque régionale des aides techniques. Ce processus est maintenant terminé. Le suivi de la Banque régionale des aides techniques demeure une priorité pour 2011-2012 afin de s'assurer que la clientèle ayant une déficience soit bien desservie.

À la suite de la réception du rapport préliminaire de l'INESSS sur le PROS TCC léger, une démarche régionale sera élaborée.

La pénurie de places en ressource intermédiaire et de longue durée pour la clientèle ayant une déficience physique demeure une priorité d'action. Des travaux sur le continuum d'hébergement et un plan d'action sont prévus pour l'année 2011-2012.

L'utilisation du Chèque-emploi-service sera une priorité d'action en 2011-2012. La région de Laval a le plus bas taux d'utilisation de cette modalité au niveau provincial. L'Agence, avec la collaboration du CSSS de Laval, travaillera à l'amélioration et à l'optimisation de cette modalité.

L'implantation du SIPAD à HJR pour le suivi de la clientèle ayant une déficience physique est un enjeu majeur et sera une priorité d'action.

## Le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED)

### Priorités ministérielles

- La mise en œuvre de la politique *De l'intégration sociale à la participation sociale (2001)* à l'intention des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI);
- La mise en œuvre du plan d'action *Un geste porteur d'avenir (2003)* à l'intention des personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED);
- La mise en œuvre du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008-2011)*. Ce plan favorise l'accès et la continuité des services, tant pour les services de première ligne offerts au CSSS de Laval que les services spécialisés de réadaptation offerts par les établissements régionaux.

## PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

### Réalisations

En 2010-2011, l'Agence a procédé à l'implantation de la phase 3 du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010, les demandes de service des usagers de niveau de priorité modérée doivent être traitées aux cours des 12 mois suivant leur réception. Cette nouvelle cohorte de personnes s'ajoute à celles de niveau de priorité urgente et élevée. Ainsi, la demande de service d'une personne, peu importe son âge et le niveau de priorité de sa demande, devra être répondue à l'intérieur des délais prévus au Plan d'accès.

Les modalités de résorption de la liste d'attente des usagers de niveau de priorité modérée inscrits entre novembre 2008 et novembre 2010 ont été convenues afin que les usagers reçoivent leur service d'ici le 31 mars 2012. Les gestionnaires d'accès des établissements et de l'Agence ont assuré le suivi de l'actualisation du plan par l'intermédiaire de rencontres régulières.

### • Trois projets novateurs ont été financés de façon non récurrente

Deux projets visent la clientèle DI-TED, et un autre vise la clientèle DP :

- Au CSSS de Laval, un montant de plus de 138 000 \$ a été versé pour l'implantation de l'*Équipe d'intervention ponctuelle en FEJ*. Cette équipe est composée d'un ergothérapeute, d'un travailleur social et d'un éducateur spécialisé. Elle vise à favoriser l'accessibilité aux services de base et essentiels à court terme, interne et externe, en fonction des besoins prioritaires et essentiels des usagers.

- Au CRDI Normand-Laramée (CRDI-NL), un montant de 51 000 \$ a été versé pour offrir un bloc d'intervention de 12 à 14 semaines aux usagers en attente d'un premier service. Un éducateur spécialisé bilingue intervient hebdomadairement auprès de chaque usager selon la modalité appropriée (en individuel ou en groupe).
- À l'Hôpital juif de réadaptation, un montant de 51 000 \$ a été versé pour desservir la clientèle en attente de service au programme déficience motrice et présentant un trouble du langage. Le service est assuré par un professionnel du langage en collaboration avec un éducateur.

Une entente sur la hiérarchisation des services première et de deuxième ligne a été convenue entre le CSSS de Laval et le CRDI-NL. Elle vise à créer les conditions propices à l'actualisation du partage entre la première et la deuxième ligne à l'égard de la clientèle présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

### **Autres réalisations**

Le CRDI-NL a développé deux nouvelles places en ressources intermédiaires pour répondre à la demande de la clientèle jeunesse aux prises avec un trouble du comportement.

Un premier jalon a été posé pour l'actualisation de l'offre de service de la Résidence Louise-Vachon pour les personnes ayant un trouble extrême du comportement. Les travaux se poursuivent dans le cadre du projet de consolidation et de spécialisation de cette résidence.

### **Perspectives 2011-2012**

L'Agence maintient deux objectifs au cours de l'année, soit :

- Le suivi de l'actualisation du *Plan d'accès*. L'accent sera mis sur la gestion intégrée afin d'améliorer l'offre et la dispensation des services auprès de personnes ayant une déficience;
- L'accroissement et la diversification des milieux de vie. Les travaux relatifs au projet de consolidation et de spécialisation de la Résidence Louise Vachon se poursuivront.

L'offre de service de soutien à domicile (SAD) de longue durée sera analysée pour s'adapter à l'augmentation des besoins des personnes ayant des incapacités. Une augmentation du nombre d'heures de service de soutien est souhaitée d'ici 2015.

### **Contribution des organismes communautaires**

L'Agence reconnaît et finance six organismes qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Déficience intellectuelle et TED tels que : accueil, écoute, information, référence, sensibilisation, soutien et répit aux familles, activités de jour (sociales, culturelles, sportives et de loisir), activités de préemployabilité, camps de jour, répits de fin de semaine, groupes d'échange et d'entraide, accompagnement en défense des droits.

Voici le nombre de personnes rejointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

<b>ORGANISMES 2010-2011 PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)</b>	<b>N personnes rejointes/ participations</b>	<b>N rencontres activités</b>
<b>Services de soutien, activités d'intégration et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec des déficiences multiples</b> Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval Les Ateliers adaptés Stimul'Arts La Corporation intégration à la vie active des personnes handicapées de Laval	205	
<b>Services de soutien aux familles et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle</b> Association de Laval pour la déficience intellectuelle	359	
<b>Services de soutien aux familles et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec un trouble envahissant du développement</b> Services du Chat botté de Laval Société de l'autisme et des TED de Laval	250	
<b>TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS</b>	<b>814</b>	

De plus, l'Agence finance des projets ponctuels d'un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- La halte l'OrchidBleue.

# La Direction des affaires administratives

## MOT DU DIRECTEUR

La Direction des affaires administratives a procédé aux premières étapes de déploiement de sa stratégie régionale de main-d'œuvre, enjeu majeur pour le maintien du fonctionnement du réseau de santé et de services sociaux lavallois. La stratégie vise à attirer et à retenir le personnel dont la région a besoin et s'articule autour de trois axes : la promotion des métiers et professions, l'attraction de la main-d'œuvre, l'amélioration de la fidélisation de la main-d'œuvre et de l'organisation du travail.

Dans un premier temps, la création l'an dernier d'une fonction de coordination au sein de la Direction a permis de concrétiser certaines des priorités découlant de la stratégie régionale de la main-d'œuvre, dont la réalisation d'une campagne promotionnelle à l'automne 2010 destinée à faire connaître le réseau d'établissements lavallois et l'éventail des emplois de notre réseau notamment auprès du milieu scolaire.

Les actions entreprises donnent des résultats encourageants puisque l'on constate une hausse de 2 % des effectifs dans la région par rapport à l'an dernier. Autre performance significative, la réduction importante de la main-d'œuvre indépendante, notamment les infirmières, pour un équivalent de 19 ETC. Ceci témoigne d'une transformation dans les pratiques et dans l'organisation du travail ainsi que d'une utilisation accrue d'infirmières auxiliaires œuvrant dans les équipes de soins. Enfin, les activités de formation offertes par l'Agence au personnel de la région ont été très fréquentées.

En toile de fond de toutes ces réalisations se profile le contexte de restrictions budgétaires découlant de la loi 100 visant le retour à l'équilibre budgétaire. La direction a fait preuve de beaucoup de créativité et d'une gestion rigoureuse pour atteindre les objectifs gouvernementaux en vue de réduire les dépenses administratives. Dans une optique d'optimisation, les agences de Laval, des Laurentides et de Lanaudière ont convenu d'une démarche pour la mise en commun de services et de ressources. Par exemple, l'Agence des Laurentides produit la paie de notre agence depuis le mois de janvier dernier. Une décision a été prise de regrouper les technocentres des trois régions. D'autres décisions de mises en commun sont à l'étude.

### Perspectives

Au plan régional, les enjeux de la main-d'œuvre seront encore au cœur de nos priorités d'action, l'Agence ayant comme objectif l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre. De plus, des actions seront prises pour augmenter le nombre de stagiaires et stimuler la relève. On procédera à l'automne à l'amorce des travaux en vue d'implanter la norme Entreprise en santé à l'Agence.

Au chapitre de l'optimisation, plusieurs grands chantiers verront le jour au cours de l'année. Nous procéderons au regroupement du personnel des ressources informationnelles des trois régions et aux travaux pour regrouper les infrastructures.

Nous maintiendrons notre gestion rigoureuse des fonds afin d'assurer un niveau de disponibilité budgétaire nécessaire pour pallier les besoins de la région.

### M. Yves St-Onge

Directeur des affaires administratives

# Le programme Administration et soutien

## GESTION DES RISQUES

La gestion intégrée du risque était une priorité ministérielle pour l'exercice 2010-2011. À cet effet, l'Agence de Laval a mobilisé tous ses cadres pour la mise en oeuvre de la «Gestion des risques». Cette approche systématique permet aux gestionnaires de prendre des décisions éclairées dans l'intérêt de leur réseau en identifiant, en évaluant, en mesurant et en atténuant les enjeux importants aux risques.

À cet égard, les travaux ont porté sur les éléments suivants:

- Identification et validation des risques en fonction de la planification stratégique;
- Évaluation et justification des risques majeurs retenus;
- Élaboration d'un plan d'action pour chacun des risques majeurs.

Cette démarche soutient les saines pratiques de gestion.

## PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE RÉSEAU

Les trois axes d'intervention de la stratégie 2009-2011 portaient sur la promotion des métiers et professions, l'attraction de la main-d'œuvre et l'amélioration de la fidélisation de la main-d'œuvre et de l'organisation du travail. La Direction des affaires administratives, en collaboration avec les établissements de la région, a mis en oeuvre certaines des actions contenues dans la stratégie de gestion de la main-d'œuvre. Notamment :

- Le développement d'une campagne promotionnelle;
- Une tournée des écoles des niveaux secondaire et collégial;
- La participation à des salons d'emploi et à des portes ouvertes (cégep et commission scolaire).

### RÉALISATIONS

Une campagne promotionnelle s'est déroulée d'octobre à décembre 2010 afin de favoriser l'attraction de la main-d'œuvre et faire connaître, d'une part, les métiers et professions aux jeunes des niveaux secondaire et collégial, et d'autre part, les établissements de la région.

Un microsite [www.interviendanslhistoire.com](http://www.interviendanslhistoire.com) a été créé répondant aux objectifs fixés alors que plus de 2 000 visiteurs l'ont fréquenté. Une « Fanpage » de « Facebook » a également été déployée; une centaine de personnes se sont manifestées.

### PERSPECTIVES

Effectuer un sondage auprès des jeunes du secondaire afin de recueillir leur intérêt envers le microsite, son contenu, le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leur opinion sur les meilleures façons de les rejoindre.

Développer la promotion de réseaux sociaux afin de rejoindre les jeunes et les personnes pouvant être intéressées au réseau de la santé et des services sociaux.

## RÉALISATIONS

L'Agence, accompagnée de représentants des établissements du réseau lavallois, a participé à 14 événements différents rejoignant des milliers d'étudiants dans les lieux d'enseignement secondaire et collégial de la région : tournées d'écoles secondaires par le biais de journées carrières, ou de portes ouvertes au Cégep Montmorency et au centre Compétences 2000. Ils ont été informés de l'existence du site Web [www.interviendanslhistoire.com](http://www.interviendanslhistoire.com) ainsi que des opportunités de professions et de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux à Laval.

De plus, l'Agence a participé pour la première fois au programme « Jeunes explorateurs d'un jour ». Dix-neuf élèves des secondaires 3 à 5 ont ainsi effectué un stage d'un jour afin d'approfondir leur connaissance d'une profession dans les établissements de la région.

Le projet d'organisation du travail en médecine-chirurgie au CSSS de Laval s'est terminé à l'automne 2010 générant le développement d'outils d'évaluation, d'ordonnances collectives, de révision des structures de postes et de clarification des rôles et responsabilités entre les différentes personnes concernées, soit les infirmiers(ères), infirmiers(ères) auxiliaires, préposé(e)s aux bénéficiaires. La diminution de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire obligé comptent parmi les réalisations de ce projet.

Au cours de l'année, deux projets d'organisation du travail à l'intention des professionnels et des techniciens de santé et de services sociaux au CSSS de Laval et à l'Hôpital juif de réadaptation ont été déployés. Au CSSS de Laval, les objectifs visaient la délégation et la substitution de tâches à d'autres titres d'emploi et l'optimisation des processus de travail. À l'Hôpital juif de réadaptation, le projet souscrivait à l'objectif d'une utilisation optimale des ressources, en intégration des thérapeutes en réadaptation physique en clinique externe.

## PERSPECTIVES

Développer une activité auprès des jeunes du secondaire pour soutenir la promotion des métiers et professions du réseau de la santé et des services sociaux, de même que favoriser la visibilité des établissements qui sont en demande de main-d'oeuvre.

Maintien de notre participation au programme « Jeunes explorateurs d'un jour ».

Assurer la pérennité du projet.

Assurer la pérennité des projets.

## LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES DU PERSONNEL RÉSEAU

Diverses formations, s'adressant à une grande variété de personnes à l'emploi des établissements de la région, ont été offertes au cours de l'année. Elles sont généralement données en appui aux priorités ministérielles et régionales. Certaines activités de formation ont connu un vif succès et ont exigé une logistique des plus importantes de la part de l'Agence et des établissements.

À titre d'exemples, des activités comme « Agir auprès de la personne âgée », « Langue anglaise » et « Contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse » constituent un apport précieux puisqu'elles ont pour objet d'améliorer les services à offrir à une clientèle diversifiée, laquelle est âgée, anglophone ou atteinte d'une maladie.

**TABLEAU 13. DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES DU PERSONNEL RÉSEAU**

RÉALISATIONS	NOMBRE DE PERSONNES PARTICIPANTES
Accueil – Actifs + réseau	3 groupes – 34 participants
Alimentation des personnes dysphagiques en CHSLD	10 groupes – 110 participants
Mesures de contrôle	3 groupes – 28 participants
Curateur public	1 groupe – 20 participants
Dépendance adulte	7 groupes – 119 participants
Dépendance jeunesse	3 groupes – 54 participants
Diversité culturelle	9 groupes – 112 participants
Échelle de triage et de gravité (formation de formateurs)	1 groupe – 2 participants
Facteurs humains	1 groupe – 23 participants
Pour une nouvelle vision de l'homosexualité	1 groupe – 14 participants
Hygiène et salubrité	1 groupe – 9 participants
Interdisciplinaire Asthme et MPoc (formation de formateurs)	1 groupe – 3 participants
ITSS	2 groupes – 38 participants
Langue anglaise	10 groupes – 129 participants
Outil d'évaluation multiclientèle	4 groupes – 51 participants
Agir auprès de la personne âgée	10 groupes – 145 participants
Préceptorat	1 groupe – 19 participants
Plan de service individualisé	3 groupes – 45 participants
SISSS	1 groupe – 10 participants
Contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse	26 groupes – 286 participants
Y'a personne de parfait	2 groupes – 29 participants
<b>TOTAL : 20 FORMATIONS</b>	<b>100 groupes – 1 280 participants</b>

## LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

En 2010-2011, les mesures incitatives transitoires ont de nouveau été appliquées en vue de faciliter une disponibilité et une présence optimale au travail sur les quarts de soir, de nuit et de fin de semaine. Elles visaient le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, les préposé(e)s aux bénéficiaires et les professionnel(le)s et technicien(ne)s de la santé et des services sociaux.

La répartition de l'enveloppe budgétaire n'a cependant pas permis de combler tous les besoins des établissements de la région.

**TABLEAU 14. MESURE INCITATIVES - RÉPARTITION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE 2010-2011**

RÉALISATIONS	Catégorie des soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie I)		Professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux (catégorie IV)	
	Allocation par l'Agence	Dépenses réelles	Allocation par l'Agence	Dépenses réelles
CSSS de Laval	108 190,00 \$	113 773,97 \$	3 400,00 \$	8 287,22 \$
Hopital juif de réadaptation	4 193,00 \$	3 961,90 \$		
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche	2 293,00 \$	2 294,00 \$		
CHSLD Saint-Jude	3 538,00 \$	3 976,00 \$		
Centre d'hébergement Saint-François	630,00 \$	711,33 \$		
Manoir Saint-Patrice	2 293,00 \$	2 354,14 \$		
Santé Courville de Laval	786,00 \$	786,00 \$		
Résidence Riviera	2 280,00 \$	2 590,12 \$		
CRDI Normand-Laramée	1 497,00 \$	2 403,53 \$		
<b>TOTAL</b>	<b>125 700,00 \$</b>	<b>132 850,99 \$</b>	<b>3 400,00 \$</b>	<b>8 287,22 \$</b>

Afin de déterminer l'évolution de l'absentéisme en assurance-salaire, élément d'analyse qui représente l'un des axes importants en matière de gestion de la main-d'œuvre, un suivi régulier de l'indicateur sur le ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées a été effectué.

Il s'avère que la cible régionale 2010-2011, qui avait été fixée à 5,33, n'a pu être atteinte. Au 31 mars 2011, l'ensemble des établissements de la région atteignait 6,05 comparativement à 5,26 pour l'exercice financier 2009-2010. L'augmentation des cas d'invalidité de nature tant physique que psychologique explique en partie ce résultat. Les besoins accrus de la clientèle, doublés d'une difficulté de recrutement pour certains emplois, sont des éléments qui entraînent au sein du personnel à l'emploi des établissements un niveau de stress accru. Par ailleurs, les établissements dépassant leur cible déploient des efforts en se dotant d'un plan d'action.

**Objectif de résultats 2009-2011**

	Résultats 2010-2011	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
<b>Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées</b>	5,29	5,33	6,05 (P12)

**Perspectives**

En ce qui a trait aux plans d'action, les résultats attendus visent essentiellement à diminuer le nombre et la durée des périodes d'assurance-salaire, de promouvoir une philosophie du style «Entreprise en santé» favorisant l'acquisition de saines habitudes de vie et de pratiques de gestion. En outre, le comité santé mieux-être régional s'est doté d'un plan d'action, notamment en vue d'outiller les gestionnaires en matière de présence au travail.

## LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Prévu aux ententes de gestion, cet indicateur en gestion des ressources humaines porte sur l'évolution des heures supplémentaires par le personnel infirmier et le personnel réseau.

En 2010-2011, dans l'ensemble des établissements visés par cet indicateur, on constate pour le personnel infirmier que l'on a atteint un ratio de 4,67 dépassant quelque peu la cible de 4,48. On note également une augmentation de 2,64 % par rapport au ratio obtenu l'année précédente. La diminution des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante, l'absentéisme et la difficulté de recrutement en CHSLD privés conventionnés en sont les principales causes. Quant au temps supplémentaire effectué par le personnel réseau, le résultat obtenu par la région de Laval se situe à 1,7 % sous la cible fixée.

**TABLEAU 15. HEURES SUPPLÉMENTAIRES PAR LE PERSONNEL INFIRMIER ET LE PERSONNEL RÉSEAU**

ÉTABLISSEMENTS	TS Infirmière		TS Réseau	
	Résultat 2010-2011	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011	Cible 2010-2011
CSSS de Laval	4,63	4,34	2,99	2,98
CHSLD Saint-Jude Inc.	5,59	5,30	3,31	1,97
Résidence Riviera Inc.	3,79	4,98	2,61	2,86
CHSLD Vigi l'Orchidée Blanche	5,87	4,55	2,65	3,32
Manoir Saint-Patrice Inc.	7,71	7,54	2,60	3,03
Santé Courville de Laval	4,48	ND	ND	ND
Centre hébergement Champlain-Saint-François	5,16	5,29	1,72	1,69
<b>RÉGIONAL</b>	<b>4,67</b>	<b>4,48</b>	<b>2,88</b>	<b>2,93</b>

## LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

La main-d'œuvre indépendante dans le groupe des infirmières demeure un enjeu majeur. La cible régionale en 2010-2011 avait été établie à 9,48. L'effort de plusieurs établissements de la région a permis d'obtenir une diminution du ratio de 11,28 % en deçà de la cible. On observe une nette diminution dans plusieurs établissements, à savoir 11,73 % pour le CSSS de Laval, 4,50 % pour la Résidence Riviera, 28 % pour le CHSLD Vigi L'Orchidée blanche et 41 % pour le Manoir St-Patrice.

**TABLEAU 16. MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE**

ÉTABLISSEMENTS	MOI					
	Infirmière		Inf. Aux		PAB	
	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible
	2010-2011	2010-2011	2010-2011	2010-2011	2010-2011	2010-2011
CSSS de Laval	7,60	8,61	4,25	7,46	1,03	3,70
CHSLD Saint-Jude Inc.	20,65	9,35	14,21	11,94	3,35	1,90
Résidence Riviera Inc.	22,70	23,77	0,00	6,14	0,00	2,45
CHSLD Vigi l'Orchidée Blanche	27,99	38,64	3,83	1,54	0,00	0,00
Manoir Saint-Patrice Inc.	8,20	13,98	1,01	9,63	2,16	2,82
Santé Courville de Laval	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Centre hébergement Champlain-Saint-François	62,69	57,77	23,75	8,42	4,28	2,88
<b>RÉGIONAL</b>	<b>8,41</b>	<b>9,48</b>	<b>5,16</b>	<b>7,61</b>	<b>1,24</b>	<b>3,04</b>

Il ressort que trois CHSLD privés conventionnés n'atteignaient pas leur cible dans le groupe des infirmières.

De nouveaux indicateurs permettent de suivre l'évolution de la main-d'œuvre indépendante chez les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. La cible respective de 7,61 et de 3,04 est atteinte globalement dans la région de Laval. Par ailleurs, des efforts constants devront être mis en œuvre dans deux CHSLD privés conventionnés, où les résultats se situent bien au-delà de la cible qui leur avait été fixée.

## LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Le Centre régional de services en ressources informationnelles (CRSRI) assure la gestion optimale de l'ensemble des ressources informationnelles de l'Agence et des partenaires de la région de Laval. Il coordonne pour l'Agence, et en partenariat avec les établissements de la région, des projets d'informatisation conformes aux orientations ministérielles et régionales.

De plus, il met en œuvre une planification stratégique des ressources informationnelles, de concert avec l'Agence et les partenaires de la région de Laval. Le CRSRI assure la gestion du portefeuille de projets régionaux, maintient une vigie technologique et voit à la saine gouvernance des technologies. Le CRSRI intervient à toutes les étapes d'un projet : analyse préliminaire, conception, expérimentation, formation, déploiement, évaluation. Voici les principaux secteurs d'activités 2010-2011 :

### Activités administratives

#### • IPM - Index Patients Maître (DSQ) - Administratif

Environnement HNS (d'IBM) nécessaire au déploiement de l'IPM provincial, un prérequis pour le DSQ. Uniformisation de la plateforme.

#### Réalisations 2010-2011 :

- Renumerotation des dossiers dans IPM en lien avec le projet de Fusion I-CLSC.
- Mise à niveau du WAS et du HNS version 2.2.1 en lien avec le projet de Fusion I-CLSC.
- Soutien aux utilisateurs de SI-PRSI/ REPÈRE.
- Appariement des dossiers des quatre CLSC avec la RAMQ.
- Déploiement d'un outil d'administration pour la création et la correction dans HNS.

#### • **Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services (SISSS)**

Outil permettant de constituer le registre local de chacun des établissements en enregistrant toutes les données recueillies à partir des formulaires AH-223 produits lors d'incidents ou d'accidents dans la prestation des soins et des services aux usagers. L'analyse de ces informations vise à diminuer la récurrence et à améliorer la qualité des soins et des services.

##### Réalisations 2010-2011 :

- Formation des pilotes pour cinq établissements (CHSLD privés conventionnés);
- Rencontre dans les établissements pour paramétrer l'applicatif;
- Conférences téléphoniques avec le MSSS pour les suivis;
- Support aux utilisateurs durant la période de saisies massives des formulaires AH-223.

#### • **Déploiement du portail – Centre jeunesse, CRDI Normand-Laramée, HJR**

L'intranet permet d'améliorer l'accès à l'information locale ou régionale pour l'ensemble du personnel de la région 13 et favorise un climat de collaboration intra-extra établissements. Il contribue à l'amélioration des communications internes et à l'accroissement de l'efficacité du travail des utilisateurs et des différents partenaires, grâce à un accès centralisé à l'information, aux outils et aux applications. Gains financiers indirects à tous les niveaux du fait d'un meilleur partage et communication de l'information, de l'optimisation des processus de travail et de l'intégration des ressources informationnelles.

##### Réalisations 2010-2011 :

- Élaboration des guides de formation pour les webmestres et pilotes locaux;
- Formation des pilotes régionales;
- Formation des webmestres et pilotes locaux au Centre jeunesse, au CRDI, à l'HJR, au CSSS de Laval;
- Préparation des gabarits pour le Centre jeunesse, le CRDI, l'HJR, le CSSS de Laval;
- Préparation et approbation de la maquette du portail au Centre jeunesse, au CRDI, au CSSS de Laval;
- Déploiement du portail au Centre jeunesse, au CRDI, au CSSS de Laval;
- Support aux pilotes locaux et webmestres pour le déploiement au CRDI, au CSSS de Laval;
- Déploiement du portail HJR: À venir (en attente de la version anglaise).

#### **Activités médico-administratives**

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

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

##### Réalisations 2010-2011 :

- Renumérotation des dossiers des quatre bases de données I-CLSC: Marigot, Mille Îles, Ruisseau-Papineau, Ste-Rose;
- Fusion des bases de données de Ruisseau-Papineau, Marigot et Mille-Îles dans la base maître Ste-Rose et fusion de la base de données Prêt d'équipement régionalisé;
- Harmonisation au niveau du pilotage et des processus de travail;
- Appariement des dossiers doublons.

##### • **REPÈRE : Actualisation des outils cliniques**

Rehaussement de l'application Windows Delphi SI-PRSI vers une application web.Net REPÈRE. REPÈRE est un système d'information web modulaire qui permet le partage des données cliniques et facilite le travail interdisciplinaire pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services. On parle de «DCI ambulatoire ». Les travaux ont permis entre autres l'actualisation des outils cliniques : la DSIE Web transmissible, divers outils cliniques tels que le dossier de l'utilisateur, la recherche dans l'IPM, les notes évolutives, le suivi en physiothérapie, en soins infirmiers et en ergothérapie, la transmissibilité et le consentement inter-établissement, etc.

#### Réalisations 2010-2011 :

- Rehaussement de l'actif régional;
- Phase de tests intégrés et stabilisation du système;
- Déploiement de l'équipe des soins palliatifs au CSSS de Laval;
- Démarches avec le MSSS en vue d'en faire un actif d'intérêt commun;
- Démarches avec le MSSS et la SOGIQUE pour l'arrimage avec RSIPA;
- Préparation de la transition vers le nouveau système REPÈRE pour la région de Laval.

Automne 2011 : Utilisation complète en production du système REPÈRE dans la région de Laval par l'ensemble des intervenants (CSSS de Laval, Hôpital juif de réadaptation, Cliniques, GMF, etc.) en synchronisation avec le déploiement de RSIPA.

#### • **SARDM (Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments)**

Distribution unitaire des médicaments en lien avec le système d'information de la pharmacie (SIP) en vue de rehausser la qualité et la sécurité du circuit du médicament. Le projet entraîne la modernisation de l'environnement de travail et contribue à favoriser le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre en pharmacie et en soins infirmiers dans un contexte de pénurie sévère.

#### Réalisations 2010-2011 :

- Accompagnement des établissements CSSS de Laval et l'Hôpital juif de réadaptation pour le volet TI de SARDM;
- Analyse d'infrastructure technologique (matériel, logiciels et interfaces) pour une régionalisation de la distribution des médicaments par la Cité-de-la-Santé de Laval.

#### • **Analyse de la Clinique médicale virtuelle (CMV)**

Élaboration d'un dossier d'affaires DMÉ (Dossier médical électronique). L'analyse s'est effectuée de façon à maintenir un équilibre dans la répartition des ressources informationnelles et des ressources financières allouées, entre la contribution de l'agence et celle des cliniques. Suite à cela, l'Agence a décidé de se retirer graduellement de la gestion des licences DMÉ CMV et de mettre fin éventuellement au contrat avec la CMV d'Omnimed. Le financement ainsi récupéré servira au déploiement et à l'entretien d'une solution régionale de transmission électronique des résultats de laboratoires (SIDER), en soutien à la mise en place du RLS. De plus, les cliniques auront le libre choix de leur solution de DMÉ.

#### Réalisations 2010-2011 :

- Dossier d'affaires déposé à l'Agence;
- Collaboration et mise en place au niveau des trois régions Laval-Laurentides-Lanaudière;
- Définition des besoins pour la mise en place de SIDER (Système Informationnel pour la Distribution Électronique des Résultats) à Laval;
- Obtention des propositions du fournisseur Matricis et de l'Agence de Lanaudière.

#### • **Analyses Labo « HJR/CSSS de Laval »**

Pilotage de l'application Softlab de la Cité-de-la-Santé pour accueillir les analyses de l'Hôpital juif de réadaptation de Laval.

#### Réalisations 2010-2011 :

- Mise en place infrastructure technologique Citrix pour les utilisateurs de HJR (configuration des imprimantes etc.);
- Formation des utilisateurs par pilote de laboratoire de CSL dans Softlab.

### **Services aux personnes âgées**

#### • **RSIPA-Réseau services intégrés aux personnes âgées**

Implantation de la Livraison 1 du système d'information RSIPA-Réseau services intégrés aux personnes âgées au CSSS de Laval et à l'Hôpital juif de réadaptation. Livraison au MSSS avec l'approbation de l'Agence des deux (2) premiers livrables : Répartition des ressources et Plan de déploiement.

#### Réalisations 2010-2011 :

- Engagement du CSSS de Laval de déployer le RSIPA d'ici le 31 décembre 2011;
- Révision des plans de déploiement et répartition des ressources;
- Mise en place de l'équipe de projet;
- Planification du déploiement des postes de travail;
- Planification de la formation et réalisation de la formation - Étape 1.

#### **Santé publique**

##### • **Analyse d'affaires « Prévention et Contrôle des Infections »**

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

#### Réalisations 2010-2011 :

- Présentation de différentes solutions « clé en main » et de leurs alternatives à l'équipe de travail régionale en PCI;
- Élaboration d'un sommaire financier par alternative;
- Définition des besoins technologiques et cliniques en PCI en vue d'élaborer un document d'appel d'offres public.

#### **Infrastructures technologiques**

##### • **Rehaussement – infrastructures et communications**

Implantation de la téléphonie IP à l'Agence et du système de vidéoconférence (réseau national). L'installation de ces équipements a nécessité le rehaussement de l'infrastructure, notamment dans la salle des serveurs.

##### • **RITM**

En octobre 2010, 100 % des sites ont été migrés vers le RITM. Un spécialiste télécom régional était chargé de la gestion du projet, du suivi des échéanciers, de l'assistance, de la réalisation des tâches techniques reliées aux migrations et des communications auprès des établissements de la région dans la réalisation du projet de migration. Les migrations avaient débuté en septembre 2009.

#### Réalisations 2010-2011 :

- Migration de vingt sites échelonnée du printemps jusqu'à l'automne;
- Rehaussement, ajout de site et support en mode exploitation.

## Sécurité civile–Mission santé

Selon le ministère de la Sécurité publique, la sécurité civile est l'ensemble des actions et des moyens mis en place à tous les niveaux de la société dans le but de connaître les risques, d'éliminer ou de réduire les probabilités d'occurrence des aléas, d'atténuer leurs effets potentiels ou, pendant et après un sinistre, de limiter les conséquences néfastes sur le milieu. Tant au niveau provincial que régional, ces actions et moyens sont organisés en fonction de diverses missions, dont celle de la santé.

Plus spécifiquement, l'Agence est responsable de la mission santé au niveau régional. Par conséquent, elle doit assumer un leadership, la coordination régionale, et s'assurer de la cohérence des interventions entre les différents partenaires de la santé afin que ceux-ci puissent assumer leurs responsabilités respectives et favoriser la concertation et la circulation de l'information pertinente.

Pour l'année 2010-2011, deux principaux dossiers ont retenu l'attention et la mobilisation de l'équipe de la Mission santé, soit la chaleur accablante et la chaleur extrême ainsi que la pénurie d'eau sur la rivière des Mille-Îles.

### **Chaleur accablante et chaleur extrême**

L'intervention reliée à la chaleur accablante et à la chaleur extrême s'est déroulée du 6 au 11 juillet 2011. L'achalandage accru au niveau du réseau de la santé a nécessité une multitude d'actions durant cette période afin de répondre aux différents besoins.

Les principales clientèles à risque durant cet épisode ont été les personnes âgées, surtout celles vivant seules ou en perte d'autonomie, ainsi que celles souffrant de problèmes de santé chroniques (maladies cardio-vasculaires, problèmes respiratoires, diabète, problèmes de santé mentale, etc.).

La mobilisation du réseau et de ses partenaires a permis de répondre efficacement aux différentes demandes de la population lavalloise.

### **Pénurie d'eau sur la rivière des Mille-Îles**

Une baisse importante du niveau de l'eau sur la rivière des Mille-Îles est survenue en raison d'un manque de précipitations. Cette situation risquait d'occasionner une diminution importante de la pression d'eau pour plusieurs secteurs de Laval, y compris pour certains établissements de la santé, pouvant provoquer l'arrêt de plusieurs services critiques.

Les différents liens avec les établissements ont permis de rehausser leur état de préparation et d'améliorer leur plan d'urgence face aux risques d'une pénurie d'eau.

## **Le programme Gestion des bâtiments et des équipements**

### **IMMOBILISATIONS ET ÉQUIPEMENTS – RÉSEAU**

Pour l'exercice financier 2010-2011, le Ministère et l'Agence ont alloué les enveloppes budgétaires suivantes :

#### **RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MINEURES AUTRES QUE CHSLD**

UNE SOMME NON RÉCURRENTÉ DE 2 218 976 \$

- **1 485 000 \$** : pour compléter l'aménagement de la salle de préparation en angiographie, l'ajout de lits et le réaménagement en obstétrique phase 1, l'aménagement d'une clinique d'urologie phase 1, l'aménagement d'une salle de sismographie en psychiatrie, le réaménagement pour installer l'équipement de radioscopie urologique au **CSSS de Laval**.
- **129 998 \$** : pour la consolidation des services cliniques (pédiatrie, récréologie, TCC, services régionaux) à l'**Hôpital juif de réadaptation**.
- **315 183 \$** : pour le réaménagement des espaces extérieurs au Centre Notre-Dame au **Centre jeunesse de Laval**.
- **30 629 \$** : pour la phase 2 du projet milieu de vie à la Résidence Louise-Vachon, consolider et spécialiser des services en lien avec le plan d'orientation immobilière qui sera réalisé par phase au **CRDI Normand-Laramée**.

- 75 000 \$ : allouée par le ministère à titre de frais de gestion à l'Agence.
- 183 166 \$ : réserve régionale Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) principalement **au CSSS de Laval**.

## RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MINEURES EN CHSLD

### UNE SOMME NON RÉCURRENTE DE 1 295 000 \$

- **795 000 \$** : pour l'ajout de lève-personnes sur rail et réaménagement des trois cuisinettes sur les étages au CHSLD Rose-de-Lima; rénovation de trois postes de garde au CHSLD La Pinière; réaménagement et agrandissement des quatre postes d'infirmières et des cuisinettes d'étage au CHSLD Idola St-Jean; réaménagement du poste de garde, aménagement d'utilités propres et souillées aux étages 1, 2 et 4, réaménagement du poste de réception au CHSLD Fernand-Larocque du **CSSS de Laval**.
- **20 000 \$** : pour l'ajout de lève-personnes sur rail au **Centre d'hébergement Champlain – St François**.
- **128 487 \$** : pour l'ajout de lève-personnes sur rail, améliorer l'accessibilité et les rangements dans 21 chambres et aménagement de salons au **Manoir St-Patrice**.
- **203 295 \$** : pour la rénovation de 10 chambres semi-privées, l'ajout de lève-personnes sur rails et aménagement d'une salle multimédia au **CHSLD St-Jude**.
- **26 500 \$** : pour l'installation d'un système anti-fugue et réaménagement de salles de bain phase II à la **Résidence Riviera**.
- **81 700 \$** : pour le réaménagement de salons et de la salle à manger sur un étage et pour le réaménagement fonctionnel de l'accueil au **CHSLD Vigi l'Orchidée blanche**.
- **40 018 \$** : réserve régionale pour les établissements publics.

## MAINTIEN DES ACTIFS IMMOBILIERS

### UNE SOMME RÉCURRENTE DE 7 009 121 \$

Dans le cadre du Plan triennal, les sommes suivantes ont été allouées comme suit :

- 3 990 951 \$      CSSS de Laval
- 552 703 \$      Hôpital juif de réadaptation
- 1 340 046 \$      Centre jeunesse de Laval
- 130 223 \$      CRDI Normand-Laramée
- 224 228 \$      CHSLD Vigi l'Orchidée blanche
- 70 058 \$      Résidence Riviera
- 700 912 \$      Enveloppe régionale de 10% tel que prescrit

## RÉSORPTION DU DÉFICIT D'ENTRETIEN EN MAINTIEN DES ACTIFS IMMOBILIERS

### UNE SOMME NON RÉCURRENTE DE 4 529 226 \$

- 2 022 979 \$      CSSS de Laval
- 300 268 \$      Hôpital juif de réadaptation
- 770 822 \$      Centre jeunesse de Laval
- 76 389 \$      CRDI Normand-Laramée
- 1 358 768 \$      Enveloppe régionale de 30% tel que prescrit

## **MAINTIEN DES ACTIFS – ÉQUIPEMENTS**

ÉQUIPEMENT MÉDICAL : UNE SOMME RÉCURRENTE DE 6 861 718 \$

- 5 666 628 \$ CSSS de Laval
- 257 792 \$ Hôpital juif de réadaptation
- 68 684 \$ Centre jeunesse de Laval
- 35 081 \$ CRDI Normand-Laramée
- 36 629 \$ CHSLD Vigi l'Orchidée blanche
- 74 618 \$ Résidence Riviera
- 722 286 \$ Enveloppe régionale tel que prescrit

## **ÉQUIPEMENT NON MÉDICAL ET MOBILIER**

UNE SOMME RÉCURRENTE DE 1 897 239 \$

- 1 193 433 \$ CSSS de Laval
- 131 578 \$ Hôpital juif de réadaptation
- 319 196 \$ Centre jeunesse de Laval
- 104 421 \$ CRDI Normand-Laramée
- 29 165 \$ CHSLD Vigi l'Orchidée blanche
- 24 584 \$ Résidence Riviera
- 94 862 \$ Enveloppe régionale de 5 % tel que prescrit

## **LITS ÉLECTRIQUES**

UNE SOMME NON RÉCURRENTE DE 141 000 \$

- 15 000 \$ Manoir St-Patrice
- 87 000 \$ CHSLD St-Jude
- 12 000 \$ Santé Courville de Laval
- 27 000 \$ Centre d'hébergement Champlain St-François

## **ACTIFS INFORMATIONNELS**

UNE SOMME RÉCURRENTE DE 932 858 \$

- 566 035 \$ CSSS de Laval
- 76 741 \$ Hôpital juif de réadaptation
- 83 028 \$ Centre jeunesse de Laval
- 56 955 \$ CRDI Normand-Laramée
- 4 253 \$ CHSLD Vigi l'Orchidée blanche
- 5 917 \$ Résidence Riviera
- 139 929 \$ Enveloppe régionale de 15 % tel que prescrit

## **DÉVELOPPEMENT – ÉQUIPEMENTS**

**Ajout d'équipement médical en consolidation :**

UNE SOMME NON RÉCURRENTE DE 296 438 \$

- 290 501 \$ CSSS de Laval
- 5 937 \$ Hôpital juif de réadaptation

## ÉQUIPEMENTS - DÉPENSES CAPITALISABLES :

UNE SOMME NON RÉCURRENTE DE 951 100 \$

- 659 150 \$ CSSS de Laval
- 53 405 \$ Hôpital juif de réadaptation
- 183 254 \$ Centre jeunesse de Laval
- 55 291 \$ CRDI Normand-Laramée

## ENVELOPPES AIDES TECHNIQUES

UNE SOMME NON RÉCURRENTE DE 409 597 \$

Achat d'appareils diagnostiques à domicile et aides techniques à la vie quotidienne et à la vie domestique et aides techniques aux personnes handicapées.

## AUTRES PROJETS

### Remplacement d'un appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM)

*Subvention ministérielle pour une somme non récurrente de 1,1 M\$ au CSSS de Laval*

**Rénovation fonctionnelle majeure autorisée par phase au CHSLD Ste-Dorothée du CSSS de Laval pour une somme non récurrente de 4 M\$.**

- 0,5 M\$ Phase 0 des travaux
- 3,5 M\$ Phase 1 des travaux

### Relocalisation des résidents dans le cadre du projet de rénovation du CHSLD Sainte-Dorothée

*Une somme non récurrente de 950 000 \$ au CSSS de Laval.*

### Systemes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM), technologies de l'information et équipements.

*Une somme non récurrente de 365 991 \$*

- 262 497 \$ CSSS de Laval
- 103 494 \$ Hôpital juif de réadaptation

### Ajout d'équipement au service de néonatalogie à l'Hôpital Cité-de-la-santé de Laval

*Une somme non récurrente de 321 400 \$ au CSSS de Laval.*

### Ajout de deux (2) civières mécanisées d'Urgence Santé pour l'urgence de l'Hôpital Cité-de-la-santé de Laval

*Une somme non récurrente de 27 099 \$ au CSSS de Laval.*

# CHAPITRE 5

## BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION

### Résumé du bilan de suivi de gestion régional 2010-2011

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

	Indicateur	Valeur cumulative P-13	Engagement déboursé 2010-2011	% Engagement déboursé	Seuil 2010-2011	Cible 2010	% Cible
Santé publique	1.1.13 Proportion d'écoles qui intègrent l'approche École en santé	48,2	48,0	100,4	ND	Aug.	NA
Services généraux	1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	2,15	3,90	55,0	3,86	Aug.	NA
Perte d'autonomie liée au vieillissement	1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	8 577	9 228	92,9	8 652	9 228	92,9
Trajectoire des clientèles	4.1.1 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	11,1	3,0	0,0	ND	3,0	0,0
	4.1.2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	3,6	3,0	79,1	ND	3,0	79,1
	4.1.3 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	2,3	3,0	124,6	ND	3,0	124,6
	4.1.4 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	6,5	3,0	0,0	ND	3,0	0,0
	4.1.5 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13,8	3,0	0,0	ND	3,0	0,0

Indicateur		Valeur cumulative P-13	Engagement déboursé 2010-2011	% Engagement déboursé	Seuil 2010-2011	Cible 2010	% Cible
Trajectoire des clientèles	<b>4.1.6</b> Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	14,2	3,0	0,0	ND	3,0	0,0
	<b>4.1.7</b> Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	1,9	3,0	136,3	ND	3,0	136,3
	<b>4.1.8</b> Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	6,12	4,99	77,4	ND	4,99	77,4
Déficience physique	<b>1.4.1</b> Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 812	2 100	86,2	2 525	2 685	67,4
	<b>1.4.3</b> Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	351	432	81,2	302	552	63,5
	<b>1.4.8</b> Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	3 258	3 831	85,0	NA	3 124	104,2
Services sociaux et de réadaptation - TOUTES DÉFICIENCES	<b>1.45.45.0</b> Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90,7	75,0	120,9	75,0	90,0	100,7
	<b>1.45.4.1</b> Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	79,8	75,0	106,4	75,0	90,0	88,6
	<b>1.45.5.1</b> Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88,9	75,0	118,5	75,0	90,0	98,7
	<b>1.45.5.5</b> Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96,1	75,0	128,0	75,0	90,0	106,7

		Valeur cumulative P-13	Engagement déboursé 2010-2011	% Engagement déboursé	Seuil 2010-2011	Cible 2010	% Cible
Indicateur							
Services sociaux et de réadaptation - TOUTES DÉFICIENCES	<b>1.45.5.6</b> Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100,0	75,0	133,3	75,0	90,0	111,1
	<b>1.45.5.7</b> Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90,6	75,0	120,8	75,0	90,0	100,6
	<b>1.45.5.8</b> Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100,0	75,0	133,3	75,0	90,0	111,1
Déficience intellectuelle et TED	<b>1.5.11</b> Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 384	747	185,2	416	497	278,4
	<b>1.5.12</b> Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI - TED)	11,5	12,0	96,2	6,5	12,0	96,2
	<b>1.5.13</b> Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	873	700	124,7	449	532	164,0
Jeunes en difficulté	<b>1.6.1</b> Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	5 627	5 641	99,7	4 513	5 641	99,7
	<b>1.6.2</b> Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,06	7,00	100,7	6,00	7,00	100,7
	<b>1.6.4</b> Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	11,81	12,00	101,5	NA	12,00	101,5
	<b>1.6.5</b> Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	8,0	20,0	160,0	NA	30,0	173,3
	<b>1.6.7</b> Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	11,47	14,00	118,0	14,00	14,00	118,0

Indicateur		Valeur cumulative P-13	Engagement déboursé 2010-2011	% Engagement déboursé	Seuil 2010-2011	Cible 2010	% Cible
Santé mentale	<b>1.8.6</b> 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	90	100	90,0	210	210	42,8
	<b>1.8.7</b> Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	17,74	15,00	81,7	NA	12,00	52,1
	<b>1.8.8</b> Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	4,48	2,87	43,9	NA	0,00	NA
Santé physique	<b>1.9.5</b> Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	492	859	57,2	978	1 174	41,9
	<b>1.9.11</b> Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	100	96	104,1	91	Aug.	NA
	<b>1.9.20.1</b> Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	49,0	90,0	54,4	90,0	NA	NA
	<b>1.9.20.2</b> Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	61,8	90,0	68,6	90,0	NA	NA
	<b>1.9.20.4</b> Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour	83,1	90,0	92,3	90,0	NA	NA
	<b>1.9.20.5</b> Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	90,6	90,0	100,6	90,0	NA	NA
Ressources humaines	<b>3.1</b> Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,05	5,33	86,4	NA	5,26	84,9
	<b>3.4</b> Pourcentage de postes à temps complet régulier (TCR) pour les infirmières tel que mesuré à partir de la structure de postes des établissements	51,5	55,0	93,6	NA	NA	NA
	<b>3.5.1</b> Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,67	4,48	95,6	NA	NA	NA
	<b>3.5.2</b> Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	2,93	2,93	100,0	NA	NA	NA
	<b>3.6.1</b> Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	8,41	9,48	111,2	NA	NA	NA
	<b>3.6.2</b> Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	5,16	7,61	132,2	NA	NA	NA
	<b>3.6.3</b> Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	1,24	3,04	159,1	NA	NA	NA

# 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 le 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 Laval, 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: LAUAC le 3 juin 2011

Nom: 

Titre : Président-Directeur général

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : RÉALISATIONS ATTENDUES POUR TOUTES LES AGENCES

INDICATEURS	RÉALISÉE	NON RÉALISÉE
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 (1)	
Dépôt, au Ministère, des ententes de gestion agence/établissement 2010-2011	x (2)	
Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	x	
Dépôt du bilan du plan d'accès en déficience	x (3)	
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 (4)	

#### COMMENTAIRES

- Un plan d'action régional présentant des axes d'amélioration au regard de l'imagerie médicale a été déposé au MSSS et un projet spécifique d'optimisation concernant l'équipement en imagerie médicale à l'Hôpital Juif de réadaptation a également été déposé.
- Nous avons déposé quatre ententes, soit celles avec : le CSSS de Laval, l'Hôpital Juif de réadaptation, le Centre jeunesse de Laval et le CRDI Normand-Laramée.
- Le bilan au 31 mars 2011 sera déposé en mai.
- Un plan de travail au regard du programme d'intervention en négligence a été déposé en mars, tel que demandé par la direction des services sociaux. Les travaux à cet effet sont actuellement en cours. Par ailleurs, en ce qui a trait au programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, le programme est déjà implanté et nous en assurons le suivi.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : ATTENTES SPÉCIFIQUES

#### Objectifs de résultats 2010-2011

Atteinte des cibles fixées dans le Plan stratégique 2005-2010

SUJETS	RÉSULTATS 2010-2011
Pourcentage de la clientèle âgée de 0 à 17 ans desservie par les services psychosociaux du CSSS de Laval	Atteint

#### COMMENTAIRES

Nous pouvons assurément affirmer que le CSSS de Laval a poursuivi les efforts en 2010-2011 afin d'atteindre la cible fixée dans le *Plan stratégique 2005-2010* à l'égard de l'amélioration de l'accessibilité et de l'intensité des services en jeunesse pour le territoire de Laval.

Il faut voir que cette attente est liée, notamment, à l'indicateur 1.6.1 relativement au nombre d'utilisateurs (jeunes et famille) rejoints en CSSS (mission CLSC).

Ainsi, le CSSS s'est doté d'un plan d'action lié à une démarche d'optimisation qui a donné comme résultat de rejoindre 5 619 usagers en 2010-2011 comparativement à 5 101 en 2009-2010. Cette amélioration fait en sorte d'atteindre à toutes fins pratiques la cible de 5 645 usagers permettant ainsi de penser que la région s'est approchée notablement de l'objectif de 7,5 % des jeunes âgés de 0-17 ans.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES

#### Objectifs de résultats 2010-2011

#### SUJETS

#### RÉSULTATS 2010-2011

Services de réadaptation en déficience physique et santé physique

#### COMMENTAIRES

S'inscrivant dans la poursuite des travaux déjà entrepris :

- Soutenir et renforcer l'implication de l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) à l'égard des travaux entrepris pour la prise en charge des clients lavallois requérant des services de réadaptation dans les lits de courte durée.  
L'HJR a participé activement aux travaux régionaux sur le désengorgement. Il a également participé et collaboré à des travaux en ce sens avec le CSSS de Laval.
- Assurer de la flexibilité au regard de l'utilisation des lits à HJR, en fonction de la demande, afin de permettre une prise en charge plus rapide et prévenir le déconditionnement de la clientèle en attente dans un centre hospitalier de courte durée;  
L'HJR a consenti des efforts à cet effet.
- Poursuivre les travaux et élaborer un plan de travail au regard de la réorientation de la clientèle de première ligne, actuellement suivie en deuxième ligne par l'HJR, vers le CSSS de Laval;  
Des travaux sont amorcés entre le CSSS et l'HJR. La poursuite de ceux-ci est à l'agenda pour 2011-2012.
- Déposer, à l'Agence de Montréal, une offre de service au regard des programmes de réadaptation neurologique et de réadaptation oncologique et neuro-oncologique en échange de lits réservés, au centre hospitalier Marie-Clarac, à de la clientèle lavalloise pour de la réadaptation orthopédique et des soins subaigus.  
Dépôt fait. Poursuite des travaux en 2011-2012.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES

#### Objectifs de résultats 2010-2015

#### SUJETS

#### RÉSULTATS 2010-2011

Hébergement de longue durée

#### COMMENTAIRES

S'inscrivant dans la poursuite des travaux déjà entrepris :

- Maintenir le critère d'admission en CHSLD à trois heures -soins en 2010-2011.  
Fait
- Voir à la poursuite des travaux au regard de l'augmentation des heures-soins en CHSLD en précisant, notamment, la nouvelle cible à atteindre en heures-soins ainsi que les conditions requises pour l'actualisation.  
Les travaux se sont tenus et se poursuivront dans le cadre de ceux relatifs au RSIPA.
- Concevoir un plan de réduction de lits de débordement afin de les transformer en ressources à l'externe : Réalignement de l'orientation en cours d'année. Étant donné le manque important de lits d'hébergement de longue durée et de RI, couplé à la croissance démographique, force est de constater que cet objectif est irréalisable. Il est demandé au CSSS de Laval de présenter un plan d'amélioration des conditions d'hospitalisation pour ses usagers, qui tiendra compte des éléments suivants :
  - Faciliter l'application de l'approche adaptée;
  - Diminuer les risques d'infections nosocomiales;
  - Proposer un ou des modes de fonctionnement novateur.
- Augmenter l'offre de service en soutien à domicile en fonction des ressources disponibles.  
Des travaux d'optimisation sont actuellement en cours afin d'augmenter l'offre de service en SAD.
- Développer des places UTRF sur 26 places additionnelles requises en fonction des ressources disponibles.  
Des travaux sont en cours.
- Développer des places en RNI sur les 392 places additionnelles requises, toutes clientèles confondues, en fonction des ressources disponibles;  
100 nouvelles places en RI ont été développées, soit :
  - 80 places programme PPALV, cinq (5) places programme santé mentale
  - 10 places programme DI, cinq (5) places santé mentale
  - 5 places programme DP.Des travaux se poursuivront en 2011-2012.
- Développer des lits de longue durée sur les 337 lits additionnels requis spécifiquement pour des personnes âgées en perte d'autonomie, en fonction des ressources disponibles.  
Projet de développement de 100 lits en mode PPP en cours.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES

#### Objectifs de résultats 2010-2015

SUJETS	RÉSULTATS 2010-2011
Santé mentale	

#### COMMENTAIRES

S'inscrivant dans la poursuite des travaux déjà entrepris :

- Négocier avec l'Agence de Montréal le rapatriement de la gestion des ressources intermédiaires en santé mentale de l'ouest de Laval, dédiées à la clientèle lavalloise, actuellement gérées par la région de Montréal.

Les travaux en cours se poursuivront. Nous escomptons une entente pour 2011-2012.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Actualiser, conjointement avec les régions des Laurentides et de Lanaudière, les orientations qui seront retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'optimisation dont, notamment, celles visant des mises en commun et regroupements de services

SUJETS	RÉSULTATS 2010-2011
Optimisation	

#### COMMENTAIRES

Des travaux se sont tenus et différents projets sont en cours d'actualisation. Par ailleurs, les travaux se poursuivront en 2011-2012 selon le plan de travail établi.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Poursuivre les travaux au regard de la création de deux (2) nouveaux GMF-Réseau

#### SUJETS

#### RÉSULTATS 2010-2011

Première ligne

#### COMMENTAIRES

Travaux relatifs à la création de deux nouveaux GMF-Réseau :

Le premier GMF-Réseau (Concorde) est réalisé. Les travaux se poursuivent pour le deuxième (Centre médical Laval) et devraient être approuvés par le conseil d'administration à la fin de l'automne 2011.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Finaliser l'exercice d'identification des écarts, entre les besoins identifiés auprès des différentes clientèles et les offres de service actuelles, et établir une priorisation de ceux-ci pour l'ensemble des réseaux de services intégrés

#### SUJETS

#### RÉSULTATS 2010-2011

Réseau local de services

#### COMMENTAIRES

Au regard des travaux en cours relatifs au projet clinique :

L'ensemble des équipes du Projet clinique du RLS de Laval a terminé la phase de planification, c'est-à-dire les étapes suivantes :

- Portrait populationnel
- Offre de service actuelle
- Identification des écarts
- Identification des cibles
- Priorisation des cibles

Actuellement, les équipes sont à planifier la phase de mise en oeuvre qui consiste à :

- Ordonnancer toutes les cibles priorisées dans un horizon de réalisation de cinq ans (11-12, 12-13, 13-14, 14-15, 15-16)
- Déterminer les porteurs des projets
- Identifier les équipes de projet
- Documenter les plans d'action

La mise en oeuvre des projets doit débuter au plus tard en janvier 2012.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : ADAPTATION DES SERVICES

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Favoriser l'adoption au CSSS de Laval, installation Cité-de-la-Santé, de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

#### SUJETS

#### RÉSULTATS\* 2010-2011

Implantation des composantes de l'approche adaptée aux personnes âgées

Trois (3) préalables sur quatre (3) réalisés

#### COMMENTAIRES

Quatre (4) préalables :

1. Outil de repérage à l'urgence
2. Mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs
3. Intervenant pivot ou de liaison à l'urgence
4. Programme de marche à l'urgence et/ou aux unités d'hospitalisation

Pour ce qui est du quatrième préalable, des travaux sont actuellement en cours au CSSS de Laval. À ce jour, le programme est en déploiement sur quatre (4) unités, dont l'urgence. Par ailleurs, nous parlons davantage dorénavant d'un programme de mobilité.

\* Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES

#### 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)

SUJETS	RÉSULTATS* 2010-2011
Accroissement du nombre d'activités ou de mesures du Programme national de santé publique	Réalisé

#### COMMENTAIRES

Plusieurs activités ont été implantées en 2010-2011.

Cet accroissement devrait faire en sorte d'augmenter le taux d'implantation des activités du PNSP pour la région de Laval.

Ce taux est calculé à partir de la collecte de données effectuées par le MSSS en mai 2011.

De plus, soulignons que la région participe activement aux travaux.

\* Résultats en date du 31 mars 2011

## 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 en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

#### SUJETS

#### RÉSULTATS\* 2010-2011

Degré d'implantation du RSIPA pour l'ensemble des clientèles (augmentation de 5 %, ciblant particulièrement le mécanisme de coordination, la gestion de cas et le guichet d'accès)

#### COMMENTAIRES

De façon inattendue, le résultat à la grille OSI-RSIPA a diminué d'environ 2 % dans la dernière année au lieu d'augmenter de 5 %.

Il est utile de constater l'évolution de nos résultats des trois dernières mesures.

En décembre 2007 : 52,5 %

En décembre 2010 : 69,56 % pour l'année de référence 2009-2010

Au 31 mars 2011 : 67,5 % pour l'année de référence 2010-2011.

Considérant les deux premiers résultats, nous avons anticipé poursuivre l'augmentation; mais cela ne tenait pas compte du court délai entre les deux prises de mesure ni de l'impact de certains changements dans nos données.

La principale variation est reliée à la gestion de cas. Le nombre d'utilisateurs suivis en gestion de cas a été sous-estimé par la méthode de calcul choisie par le CSSS qui exclut tous les utilisateurs qui n'avaient qu'un professionnel (PID) alors que les lignes directrices mentionnent qu'ils peuvent être inclus. Le commentaire à la question 17 permet d'apprécier cet aspect. Il est à noter que le CSSS de Laval a desservi 8 593 personnes âgées l'an passé, soit 500 de plus que l'année précédente. Tous les utilisateurs ont un intervenant pivot qui assume la gestion de cas au besoin.

Par ailleurs, l'amélioration de la rigueur à compléter l'outil de suivi peut aussi avoir contribué à modifier légèrement certains résultats. Nous poursuivons notre suivi à ce niveau.

Dans la prochaine année, en plus du déploiement de la solution informatique RSIPA à Laval, une attention particulière sera portée au suivi des composantes suivantes :

- Gestion de cas
- PI-PSI

\* Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : APPROVISIONNEMENT

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Écoulement de la réserve provinciale d'équipements, de fournitures et de médicaments, constituée afin de lutter contre une pandémie d'influenza

SUJETS	RÉSULTATS* 2010-2011
Mise en application de mesures pour l'achat en commun	Réalisé

#### COMMENTAIRES

Tous les établissements concernés ont été informés de commander en priorité les produits rendus disponibles dans la réserve provinciale, et ce, selon les modalités convenues.

Des rappels ont également été faits.

\* Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : MÉDECINE ET CHIRURGIE

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Assurer le respect des délais de production chirurgicale

#### SUJETS

#### RÉSULTATS\* 2010-2011

Gestion des listes d'attente en chirurgie à l'intérieur de 18 mois

Huit (8) personnes en attente au-delà de 18 mois

#### COMMENTAIRES

Une gestion active des listes d'attente est effectuée impliquant la priorisation des usagers ayant le plus grand délai d'attente ainsi que l'identification bimensuelle de toute personne en attente par chirurgien (entre 6 et 9 mois) (9 et 12 mois) (12 et 18 mois) (18 mois et plus).

Ces informations sont transmises au Ministre, au PDG et DG de l'établissement. On note une amélioration significative depuis juillet 2009, soit une diminution de 103 personnes en attente de plus de 18 mois à seulement huit (8) personnes au 31 mars 2011.

\* Résultats en date du 31 mars 2011

## 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

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.1.13 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	Réalisé	Réalisé	Réalisé

#### COMMENTAIRES

Le Plan d'action régional en santé publique vise pour 2015 l'implantation de l'approche « École en santé » dans 80 % des écoles du territoire, dont 100 % des écoles présentant un indice de défavorisation de sept (7) à 10. Pour atteindre ces cibles, de nouvelles modalités de déploiement et d'accompagnement ont été déployées en collaboration avec la Direction de santé publique et les partenaires du réseau de l'éducation en 2010-2011.

Voici les données par école (et non par bâtiment tel que spécifié dans l'indicateur) :

- Proportion d'écoles adhérant à EES :
  - CSDL : 32/53 écoles primaires = 60 %  
6/13 écoles secondaires = 46 %
  - CSSWL : 6/11 écoles primaires = 54 %  
1/5 écoles secondaires = 20 %
- Proportion d'écoles défavorisées (7 à 10) adhérant à EES :
  - CSDL : 9/11 écoles primaires = 81 %  
4/13 écoles secondaires = 31 %
  - CSSWL : 4/4 écoles primaires = 100 %

Les écoles secondaires anglophones du territoire ont toutes un indice de défavorisation inférieur à sept (7).

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2,95	4,49	<b>2,14</b> (P13)

#### COMMENTAIRES

Nous avons largement dépassé la cible 1.2.2 (nombre de clients rejoints), mais nous n'atteignons pas la cible de la moyenne d'intervention par usager.

Tel qu'énoncé en 2009-2010, ces résultats s'expliquent par notre structure d'offre de service au CSSS de Laval qui prévoit que l'accueil psychosocial reçoit toutes les nouvelles demandes de la population, évalue le besoin et réfère vers les regroupements-clientèles pour une prise en charge et des suivis plus intenses. Cet indicateur renferme uniquement les usagers rencontrés par les travailleurs sociaux des services généraux qui suivent des usagers avec des besoins de type services généraux, donc davantage ponctuels ou à court terme.

Actuellement, un chantier impliquant tous les intervenants des équipes psychosociales est en cours pour revoir le fonctionnement des équipes. L'ensemble des tâches est revu (de l'accueil psychosocial au suivi) afin d'offrir un service en fonction de l'urgence d'intervenir, tout en diminuant les délais de prise en charge en répartissant mieux la charge de travail entre les travailleurs sociaux. À cet effet, une cible d'intervention par jour par intervenant à atteindre sera élaborée et suivie périodiquement.

Une autre mesure mise en place consiste à offrir une intervention de groupe pour les usagers en attente de service.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ – PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	8 090	9 228	<b>8 583</b> (P13)

#### COMMENTAIRES

Nous constatons une augmentation de 493 usagers en comparaison de 2009-2010, ce qui représente 93 % de la cible 2010-2011.

Ces résultats positifs ont été observés à la suite de la mise en place :

- des relances des usagers repérés par la grille ISAR de l'urgence;
- de l'assignation d'un intervenant aux usagers ayant seulement des prélèvements;
- du repérage des usagers identifiés PRISMA-7 dans les tours d'habitation et par les infirmières du projet réseau.

Il est à noter que cette augmentation de la volumétrie s'accompagne d'une diminution du nombre d'interventions par usager, soit une diminution de 2,83 interventions par usager par rapport à 2009-2010. Ce qui est une amélioration.

La réalité lavalloise permet beaucoup d'interventions de courte durée nécessaires plusieurs fois par jour (ex.: supervision de l'administration de médicament par les ASSS). En effet, les déplacements sont minimaux dans les tours d'habitation ou dans des secteurs plus denses.

De plus, il y a une faible utilisation du Chèque-emploi services (CES).

Il est à noter que 12 usagers avec le profil 711 sont exclus de cet indicateur.

Pour 2011-2012, nous prévoyons poursuivre nos efforts dans le repérage des usagers.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

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

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 815	En fonction du plan d'amélioration de l'accès/ 2 100	1 811 (P13)

#### COMMENTAIRES

Toutes les mesures annoncées dans le bilan 2009-2010 ont été mises en place et ont eu des impacts sur l'atteinte de l'ensemble des cibles en lien avec le plan d'accès. Par contre, le nombre de clients rejoints est toujours inférieur à la cible, et ce, en considérant la faible liste d'attente (soit 121 personnes de tout âge confondu en attente d'un premier service à P13).

Le CSSS se questionne à savoir s'il n'y a pas surestimation du nombre de clients à rejoindre à Laval.

Nous poursuivons les travaux de réseautage avec les partenaires afin que toute la clientèle, susceptible d'avoir besoin de nos services, nous soit référée.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SOUTIEN À DOMICILE – DÉFICIENCE PHYSIQUE

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

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

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	362	492	351 (P13)

#### COMMENTAIRES

15 familles DP sont en liste d'attente pour le programme FEJ. La mise en place d'une équipe d'évaluation ponctuelle devrait permettre de donner accès rapidement au programme de soutien à la famille.

Ainsi, nous prévoyons éliminer la liste d'attente dès l'automne 2011 et ainsi donner accès au SAF à toutes les familles qui en ont besoin.

La démarche de promotion de ce programme se poursuit ainsi que la révision de son cadre de référence avec les partenaires.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SERVICES SPÉCIALISÉS – DÉFICIENCE PHYSIQUE

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

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

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>1.4.8</b> Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 670/4 071***	3 831	2 442/ 4 122

#### COMMENTAIRES

\*\*\*INLB et IRD inclus

À noter que pour les données 2009-2010, les usagers lavallois desservis par MAB-Mckay ne sont pas intégrés (255 usagers). Ce qui représente un total de 4 326 usagers ayant une déficience physique ayant reçu des services spécialisés de réadaptation.

Pour 2010-2011, un total de 4 122 usagers ont reçu des services spécialisés de réadaptation.

HJR : 2 442 usagers  
IRD : 673 usagers  
INLB : 816 usagers  
MAB-Mackay : 191 usagers

Pour l'HJR, il y a un écart à la baisse de 228 usagers. L'analyse permet de constater que l'ensemble des programmes démontre une diminution d'usagers desservis. Toutefois, il y a trois secteurs présentant une diminution plus significative soit :

- TCC et BOG (40),
- PÉDIP (79)
- et vestibulaire (39).

Il importe de mentionner que le secteur de l'enfance démontre un accroissement d'usagers (un total de 40).

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## 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.

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>1.45.45.0</b> Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	60	75	Régional
<b>1.45.4.1</b> Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	64,7	75	<b>78,4</b> (P13)
<b>1.45.5.1</b> Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	33,3	75	<b>88,9</b> (P13)

#### COMMENTAIRES

L'établissement a atteint les cibles de l'entente de gestion en ce qui concerne le respect du délai de prise en charge dans le cadre du plan d'accès. Il affiche un des plus hauts pourcentages au Québec, ayant atteint et dépassé la cible 2010-2011 tant en DP qu'en DI-TED.

Les efforts périodiques très rigoureux pour valider les demandes reçues, les délais de prise en charge ainsi que la conformité des demandes ont permis cette atteinte de résultats. Une grande amélioration de la saisie des données est constatée en comparaison avec les résultats de l'année dernière.

L'apport de *l'équipe d'évaluation ponctuelle en FEJ* a été déterminant dans les résultats obtenus. Pour l'établissement, le maintien de cette équipe est un enjeu majeur dans l'atteinte et le maintien d'un haut taux de respect des délais. Le CSSS de Laval compte également sur les conclusions de la démarche d'optimisation SAD, actuellement en cours, pour lui permettre de dégager des marges de manœuvre afin d'améliorer le taux de respect des délais pour le premier service pour l'ensemble de la clientèle (tous âges et toutes priorités).

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## 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.

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>1.45.5.5</b> Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,1	75	96,05
<b>1.45.5.6</b> Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100	75	100
<b>1.45.5.7</b> Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	92,9	75	90,63
<b>1.45.5.8</b> Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	NA	75	En cours

#### COMMENTAIRES

L'établissement a atteint et dépassé la cible du taux de respect des délais d'accès dans le cadre du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*.

Il affiche le meilleur pourcentage obtenu au Québec.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : DÉPENDANCES

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Assurer aux personnes aux prises avec un problème de dépendance ou susceptibles de l'être un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.7.4 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours		20 %	57 %

#### COMMENTAIRES

La performance du Centre jeunesse de Laval relativement à cette cible s'explique en grande partie par la qualité de la collaboration entre le Centre de réadaptation Le Maillon de Laval et le Centre de santé et de services sociaux de Laval.

À cet égard, soulignons notamment que les outils de détection utilisés par les intervenants du Maillon ainsi que ceux du CSSS de Laval sont non seulement des outils de référence, mais surtout ils servent de base de discussion clinique pour valider l'admissibilité des clients aux différents services (1<sup>re</sup> ligne ou 2<sup>e</sup> ligne). De plus, cette performance s'explique grâce aux pratiques d'accueil adaptées et personnalisées à chacun des clients.

Ainsi, des relances régulières sont faites auprès de la clientèle la veille de leur rendez-vous à l'évaluation spécialisée. Le taux d'absence très faible à ces rendez-vous explique en partie la capacité à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle et à respecter les délais de moins de 15 jours d'attente.

Finalement, ajoutons que les pratiques de gestion favorisent un accompagnement structuré et très serré auprès des intervenants du Maillon et contribuent à maintenir une expertise de pointe relativement au service d'évaluation spécialisée.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ – SANTÉ MENTALE

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

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

En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants)

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>1.8.6</b> 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	71,8 places (nombre moyen usagers/ période) (94 usagers)	100 places (nombre moyen usagers/ période)	<b>89,6 places</b> (nombre moyen usagers/ période) (112 usagers)

#### COMMENTAIRES

Nombre d'usagers transmis à titre informatif. (Infocentre)

Engagement 2010-2011 : En progression (hausse de 24,8 %)

En fonction du nombre de ETC et d'un plein fonctionnement suite à l'arrivée des nouveaux psychiatres, le nombre d'usagers différents au SIM se situera autour de 136 en juin prochain.

Le nombre d'usagers différents va tendre significativement vers la cible d'ici septembre 2011 pour les raisons suivantes :

- Malgré l'augmentation des références, le nombre de références de l'HSC n'a pas atteint le nombre identifié en fonction des cibles et données populationnelles. Une entente de service abordera cet enjeu avec notre partenaire;
- La croissance du nombre de clients durant l'année a été supérieure à la croissance généralement admise de la part d'un SIM<sup>1</sup> (soit 35 nouveaux clients pour l'année);
- De plus, plusieurs clients en étaient cette année à leur fin de suivi, selon la courbe normale de durée moyenne de suivis d'un SIM (soit environ sept ans) et le roulement de 20 % de clientèle généralement reconnu pour un SIM<sup>1</sup>;
- Le délai d'accès a été maintenu à une moyenne annuelle de moins de deux (2) semaines. Il n'y a pas de liste d'attente au-delà d'un mois;
- La croissance est continue entre P1 et P13, passant de 80 à 100 clients;
- Pour 2011-2012, la moyenne de 100 places par période sera maintenue, avec un total anticipé d'environ 120 clients différents (roulement de 20 %).

Le plan d'action se poursuit.

<sup>1</sup> Suivant les balises reconnues par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) du MSSS

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SERVICES D'URGENCE – SANTÉ MENTALE

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale

Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;

0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	16,58 heures	15	17,58 heures (P12) 17,74 heures (P13)
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	3,31 %	0 %	4,17 % (P12) 4,48 % (P13)

#### COMMENTAIRES

- Malgré l'augmentation de la DMS à l'urgence pour la santé mentale à 17,74 heures, celle-ci est inférieure à la DMS globale à l'urgence qui est de 20,73 (indicateur 1.9.1) et inférieure à la DMS nationale de 20,77;
- Malgré l'augmentation du pourcentage de 48h et plus à l'urgence pour la santé mentale à 4,48, celui-ci est inférieur au pourcentage global à l'urgence qui est de 6,18 (indicateur 1.9.3) et également inférieur au pourcentage national qui est de 9,82;
- Taux d'occupation des unités de psychiatrie supérieur à l'année 2009-2010;
- Plusieurs clients en attente d'hébergement sur les unités;
- En 2010-2011, 183 usagers en attentes d'hospitalisation en psychiatrie utilisent le débordement contre 254 en 2009-2010, ce qui est une réduction significative;
- Plan d'optimisation de la fluidité de la clientèle en cours;
- Ouverture du gymnase à l'été 2010 pour absorber le débordement de l'urgence;
- Installation de trois (3) civières surnuméraires en permanence sur les unités;
- Systématisation des réunions d'équipe qui a débuté récemment. L'amélioration de ce processus permettra de réduire la DMS de la clientèle hospitalisée;
- 326 usagers différents ont été suivis par l'équipe de l'unité de traitement mobile sur une base externe, ce qui évite de nombreuses hospitalisations;
- 446 traitements de sismothérapie ont été dispensés en 2010-2011 contre 260 en 2009-2010. Plusieurs traitements sont dispensés via l'externe, ce qui réduit le recours à l'hospitalisation;
- Rehaussement des plages horaires pour la sismothérapie à l'interne pour améliorer la fluidité.
- L'élaboration d'un plan d'action comportant différentes mesures sur l'ensemble du continuum de service est en place et fait l'objet d'un suivi régulier;
- Affectation de travail pour une TS sur les unités internes pour la période estivale afin d'éviter les délais potentiels occasionnés par la période estivale;
- Recensement des clients « grands consommateurs » à l'urgence et élaboration d'un plan d'intervention spécifique.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SERVICES D'URGENCE – SANTÉ PHYSIQUE

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :

- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.9.1 Séjour moyen sur civière	18,78	17,4	20,68 (P12) 20,73 (P13)
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	22,5	18	25,13 (P12) 25,21 (P13)
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	4,49	2,8 %	6,12 (P12) 6,18 (P13)
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	7,06	4,5 %	9,10 (P12) 9,13 (P13)

#### COMMENTAIRES

Le plan d'optimisation sur le continuum de soins et de services en intra et extrahospitalier pour la région de Laval comporte quatre chantiers prioritaires :

- 1) soins et services de 1<sup>re</sup> ligne;
- 2) intrahospitalier;
- 3) posthospitalier;
- 4) hébergement.

Un comité interdirections à l'Agence suit l'avancement de l'ensemble des mesures identifiées et de façon plus précise :

- a. l'augmentation du nombre de civières de 49 à 53 (financement à déterminer);
- b. la mise en œuvre du projet de Révision de processus de gestion des lits (planification des congés, etc.);
  - l'élaboration des mécanismes de liaisons avec les GMF-réseau de Laval;
  - l'augmentation du nombre de trajectoires protocolisées dans le cadre de l'accueil clinique;
  - la révision des clientèles susceptibles de bénéficier de la médecine de jour;
  - la révision (à venir) des mécanismes de liaison à l'urgence incluant la mise en place d'ordonnances collectives;
  - la systématisation du repérage – ISAR;
  - le projet en cours d'interaction dynamique des équipes du soutien à domicile auprès de leurs usagers.

Deux états d'avancement ont été présentés au Ministère (juillet et décembre 2010). Le constat, partagé par toutes les instances, est le manque de lits d'hébergement (CHSLD-RI) pour l'ensemble de la population. Cette situation cause un engorgement chronique à l'urgence.

Malgré les mesures mises en place, les résultats se sont détériorés. Les travaux se poursuivent en 2011-2012.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : SOINS PALLIATIFS

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

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

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	451/681*	859	492/746* (P13)

#### COMMENTAIRES

\*SSPAD du Grand Montréal ajouté.

Bien que nous constatons une amélioration de nos indicateurs par rapport à l'an dernier, la cible n'a pas été atteinte. Il faut toutefois préciser qu'aucun patient n'est en liste d'attente et que les patients prioritaires et vus sans délai dès la réception de la demande de service.

La région de Laval a la volonté d'offrir un panier de services complets pour les usagers en soins palliatifs. Ainsi, outre les 12 lits d'hospitalisation au CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé et les 12 lits de la Maison de soins palliatifs de Laval, deux instances offrent des services à domicile, soit le CSSS de Laval et la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal.

Bien que la cible ne soit pas rencontrée, on remarque une augmentation dans la volumétrie, le taux d'attente étant de 86 % comparativement à 79 % l'an dernier.

Par ailleurs, un comité régional sera mis sur pied dans la prochaine année afin d'harmoniser les pratiques des différents partenaires (autant en soutien à domicile qu'en hospitalisation) et de s'assurer que le démarchage soit effectué correctement.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : CHIRURGIE

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	78	96	100

#### COMMENTAIRES

Résultats SIMASS.

Cible dépassée. Augmentation de 28 % par rapport à 2009-2010 pour les cas électifs de PTH. Veuillez noter que ces résultats excluent les prothèses de type bipolaire.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : CHIRURGIE

#### Objectifs de résultats 2005-2010 poursuivis en 2011

Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>1.9.20.1</b> Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	52,7 %	90 %	<b>50 % (P12)</b> <b>49 % (P13)</b>
<b>1.9.20.2</b> Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	58,91 %	90 %	<b>61,9 % (P12)</b> <b>61,8% (P13)</b>

#### COMMENTAIRES

La région note des difficultés importantes dans la réalisation des arthroplasties de la hanche et du genou dans les délais impartis. Plusieurs raisons justifient ce résultat dont, entre autres, le nombre de chirurgies, de salles adéquates pour effectuer ces chirurgies, des absences de maladie des anesthésistes ainsi que la diminution du nombre de lits d'hospitalisation disponibles à l'urgence. Nonobstant ce résultat, il est à noter que les dépassements s'échelonnent de quelques jours à quelques semaines, et ce, en ne dépassant que rarement neuf (9) mois.

Différentes actions ont été prises en compte pour améliorer ce résultat.

- 1) Négociation d'une 2<sup>e</sup> offre avec la Montérégie : les travaux se poursuivent afin de pouvoir conclure. Par ailleurs, dans le dossier PREM-MS, il est proposé de basculer un PEM orthopédiste à Lanaudière et d'explorer les possibilités d'une 2<sup>e</sup> offre avec cette région.
- 2) Démarche pour le développement d'une zone franche avec la région des Laurentides et, plus particulièrement, avec le CSSS des Deux-Montagnes. Ce dossier évolue parallèlement avec le dossier du portfolio du PREM-MS et des capacités d'accueil de l'offre de service 3L.
- 3) Le CSSS de Laval a demandé un accompagnement du MSSS pour la révision de ses processus de gestion des rendez-vous en orthopédie et en endoscopie. Cet accompagnement s'est fait en deux visites, soit en novembre 2010 et en mai 2011. La cartographie de ces processus a été faite et diverses pistes d'amélioration ont été proposées et seront mises en œuvre en 2011-2012.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : CHIRURGIE

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de six (6) mois

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>1.9.20.4</b> Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour (1.9.23)	79,3 %	90 %	<b>82,9 % (P12)</b> <b>83,1 % (P13)</b>
<b>1.9.20.5</b> Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (1.9.24)	84,9 %	90 %	<b>90,5 % (P12)</b> <b>90,6 % (P13)</b>
Implantation de trois mesures pour améliorer l'accès aux services spécialisés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zone franche</li> <li>• Système de priorisation</li> <li>• Guichet unique</li> </ul>	<i>Zone franche en développement avec le CSSS DDM. Système de priorisation en fonction depuis deux ans. Guichet unique en développement.</i>		

#### COMMENTAIRES

En mars 2011, les indicateurs en expérimentation 1.9.K et 1.9.L sont devenus « officiels ». Après avoir été identifiés 1.9.23 et 1.9.24, ils sont maintenant regroupés sous l'indicateur 1.9.20 et sont identifiés avec les numéros 1.9.20.4 et 1.9.20.5.

Il faut noter que les délais de réponse attendus alors qu'ils étaient en expérimentation (12 mois) ont été ramenés à six mois. Les résultats de 2009-2010 et 2010-2011 présentés ci-dessus ont été calculés en tenant compte d'un délai de six mois. (Infocentre)

La cible pour les chirurgies avec hospitalisation est atteinte. Pour la chirurgie d'un jour, les travaux se poursuivent.

Dans le but d'améliorer ces résultats, diverses pistes de solution sont à étudier :

- revoir l'ensemble du processus de la centrale des rendez-vous pour accélérer l'orientation et la priorisation des demandes;
- revoir spécifiquement le fonctionnement des rendez-vous en orthopédie;
- revoir l'organisation du travail au bloc opératoire pour permettre la prolongation en fin de journée d'une 2<sup>e</sup> salle;
- mettre en place une zone franche pour la clientèle CDJ et chirurgie mineure (de concert à l'équipe d'accès au MSSS – Agence de Laval);
- maintenir les ententes actuelles (108) (Clinique de chirurgie de Laval).

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

INDICATEURS	RÉSULTATS * 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>3.1</b> Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,41	5,33	6,05
<b>3.4</b> Pourcentage de postes à temps complet régulier (TCR) pour les infirmières tel que mesuré à partir de la structure de postes des établissements	ND / 52,2	55 %	ND / 52,3
<b>3.5.1</b> Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	NA	4,48	4,67

#### COMMENTAIRES

**3.1** La cible en assurance-salaire est presque atteinte (88 %). De nombreux efforts ont été déployés par l'ensemble des établissements de la région pour arriver à ce résultat. Ces résultats peuvent s'expliquer comme suit :

- Le nombre d'heures travaillées pendant la période estivale diminue, car certains employés ne sont pas remplacés durant leur période de vacances;
- De nombreux cas de maladie physiques graves ont été diagnostiqués au cours de l'année 2010-2011, tels les cancers. Une absence reliée à un diagnostic de cancer peut s'échelonner entre six et 12 mois. La majorité du groupe diagnostic recensé l'est pour des maladies physiques;
- Un établissement relate également le fait qu'il a vécu une augmentation des absences reliées à des chirurgies diverses et des problèmes musculosquelettiques. Pour ces deux motifs d'absences, la période d'invalidité se prolonge étant donné le délai d'attente pour une chirurgie ou une consultation auprès d'un médecin spécialiste. De plus, la région de Laval n'est pas épargnée par le vieillissement de son personnel;
- Un établissement mentionne également le fait qu'il a dû augmenter son nombre d'heures relié à la formation conséquemment au déploiement des activités de formation (formation de la clientèle DI et TED). Cet établissement a dû investir un pourcentage important dans la formation aux employés, soit 2,6 % de la masse salariale, ce qui s'est reflété sur les heures travaillées. Au total, cet établissement a donné 14 164 heures de formation cette année.

Les établissements qui dépassent leur cible fixée ont un plan d'action qui se poursuivra pour l'année à venir. Pour ceux dont la cible est atteinte, ils poursuivront leurs efforts et ajusteront leur plan d'action.

**3.4** Des postes à TCR sont offerts mais demeurent vacants. Nous constatons une préférence pour les postes à temps partiel qui permettent un meilleur équilibre travail-vie personnelle et plus de flexibilité dans les horaires. Il nous est présentement impossible de juger de l'atteinte de la cible puisque la donnée de l'indicateur est biaisée, l'ensemble des établissements de la région n'étant pas comptabilisé, pour cause d'un problème qui semble d'ordre informatique.

**3.5.1** La cible des heures supplémentaires travaillées par les infirmières est presque atteinte (96 %). De nombreux établissements ont fourni des efforts afin d'atteindre ce résultat. De plus, certains établissements nous indiquent que le suivi de cet indicateur fait l'objet du plan de planification de la main-d'œuvre pour l'année en cours.

\*Résultats en date du 31 mars 2010

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

INDICATEURS	RÉSULTATS 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>3.5.2</b> Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	NA	2.93	<b>2.93</b>
<b>3.6.1</b> Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	NA	9.48	<b>8.41</b>
<b>3.6.2</b> Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	NA	7.61	<b>5.16</b>
<b>3.6.3</b> Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	NA	3.04	<b>1.03</b>

#### COMMENTAIRES

**3.5.2** Le résultat est équivalent à la cible fixée.

Pour les indicateurs 3.6.1, 3.6.2 et 3.6.3, toutes les cibles ont été atteintes et les résultats sont meilleurs qu'escomptés.

Certains établissements ont fait des efforts afin d'atteindre leur cible, mais les CHSLD privés conventionnés ont de la difficulté en ce qui concerne l'attraction et la rétention de leurs effectifs. L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante est donc la solution qui permet d'offrir une continuité des services.

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : TRAJECTOIRE DES CLIENTÈLES GÉRIATRIQUES – PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET SANTÉ PHYSIQUE

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Optimiser la gestion des lits pour les patients en fin de soins actifs

INDICATEURS	RÉSULTATS 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
4.1.1 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	N/A	3	11,4
4.1.3 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	N/A	3	2,5
4.1.5 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	N/A	3	13,5
4.1.6 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	N/A	3	13,9
4.1.8 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	N/A	5	6,12

#### COMMENTAIRES

- Liens faits avec le PPAIV pour dépister plus précocement les clientèles à risque;
- Grille ISAR;
- Sensibilisation du personnel du RC-NE;
- Priorisation d'hospitalisation à l'étage de la clientèle du RC-NE à risque de déconditionnement dans la mesure du possible. Toutefois, le volume de personnes de plus de 75 ans est trop grand pour que tous ces patients puissent monter à l'étage directement;
- Implantation de l'approche adaptée au RC-NE et développement d'outils informatiques pour mieux desservir la clientèle âgée;
- Suivi quotidien de la grille RQSUCH;
- Approche de collaboration DSPH-PPALV lorsque le nombre de patients sur le relevé RQSUCH devient trop grand;
- Projet d'optimisation des lits à venir;
- Difficulté de sectoriser toute la clientèle en hébergement. Il y a seulement 20 places officielles dans l'établissement alors que le nombre d'hébergement réel est autour de 50;
- Sectorisation de l'UCDG. Priorisation d'admissions des patients à l'UCDG lorsqu'un lit se libère;
- Il faut absolument développer plus de lits post-hospitaliers (RNI et CHSLD). Notre niveau de patients en fin de soins actifs est nettement trop élevé. Un des plus élevés dans la province sinon le plus élevé \*\*\*.

\*\*\* Note de l'Infocentre : En lien avec le précédent commentaire, la région de Laval obtient le 2<sup>e</sup> score le plus élevé au Québec pour l'indicateur 4.1.5 et le 1<sup>er</sup> pour l'indicateur 4.1.6. Source : T-Big Web.

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2010-2011

### AXE : TRAJECTOIRE DES CLIENTÈLES TRANSITANT PAR L'HÔPITAL – SANTÉ PHYSIQUE : SOINS PALLIATIFS, RÉADAPTATION ET SANTÉ MENTALE

#### Objectifs de résultats 2010-2015

Optimiser la gestion des lits pour les patients en fin de soins actifs

INDICATEURS	RÉSULTATS 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTATS** 2010-2011
<b>4.1.2</b> Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	N/A	3	3,5
<b>4.1.4</b> Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	N/A	3	6,4
<b>4.1.7</b> Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	N/A	3	1,9

#### COMMENTAIRES

**4.1.2** Au regard des soins palliatifs, la région a maintenant 24 lits de disponibles, soit 12 lits à l'unité de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et 12 lits à la Maison de soins palliatifs de Laval. Cette dernière est complètement fonctionnelle depuis le début de janvier 2011. Par ailleurs, pour compléter l'offre de service en soins palliatifs, il manque 15 lits en CHSLD. Un comité régional sera mis sur pied dans la prochaine année afin d'harmoniser les pratiques des différents partenaires (autant en hospitalisation qu'en soutien à domicile).

**4.1.7** Il est important de considérer que le résultat 2010-2011 est à prendre avec réserve car la méthode d'inscription a été harmonisée en cours d'année.

Bien que le résultat 1.9 indiqué à la colonne 2010-2011 soit intéressant, il ne reflète pas le défi de taille auquel nous sommes confrontés à court et moyen terme;

#### Court terme

- Les attentes à l'interne, qui nous causent le plus de pression, sont celles visant une offre de service de type réadaptation;
- Les ressources de type appartement étant quasi absentes, il en découle une absence de mouvement en provenance des RTF, RI.

#### Moyen terme

Présentement le type d'hébergement accessible pour la clientèle hospitalisée au CSSS de Laval offre trois niveaux de services.

1. Les RTF traditionnelles et RI à transformer et qui représentent 86 % de notre parc de ressources. Selon les données ministérielles, elles devront être abaissées aux environs de 36 %;
2. Les ressources de réadaptation intermédiaires sont présentement à 7 % et devront être majorées à 18 %;
3. Les ressources appartements sous toute forme devront quant à elles atteindre 45 %. Elles représentent actuellement 4 % de notre offre de service.

Les grands enjeux visant cette réorganisation de notre parc de ressources seront présentés à nos propriétaires lors de nos rencontres prévues pour les 5 et 6 juin prochains.

\*\*Résultats en date du 31 mars 2011

## Les ressources financières Réseau

La région de Laval reçoit une enveloppe de crédits selon un mode d'allocation par programmes services. L'Agence procède à l'allocation de ces montants entre les établissements et les organismes communautaires de son territoire. Le Ministère distribue généralement les crédits régionaux selon l'approche populationnelle afin de répartir équitablement les sommes entre les régions. De plus, chacun des établissements reçoit son budget par programmes services afin de faciliter la reddition de comptes.

### RESSOURCES FINANCIÈRES – RÉSEAU

#### Investissement 2010-2011

Pour l'exercice financier 2010-2011, l'Agence a alloué, outre la reconduction des crédits récurrents de l'année antérieure :

#### Un montant récurrent de 13,41 M\$ réparti de la façon suivante :

- 8,06 M\$ pour l'impact des taux de croissance
- 2,16 M\$ pour le coût de système spécifique
- 1,85 M\$ pour l'ajustement de l'augmentation salariale 0,5 %
- 0,92 M\$ pour l'annualisation du Plan d'accès 2009-2010
- 0,06 M\$ pour l'annualisation de l'embauche de médecins en 2009-2010
- 0,36 M\$ pour les phases 3 et 4 du projet novateur chambres et pensions

#### Un montant non récurrent de 21,5 M\$ réparti de la façon suivante :

- 4,63 M\$ pour les activités de la pandémie
- 0,92 M\$ pour la décroissance des places d'hébergement lors de la pandémie
- 7,00 M\$ pour le programme d'accès à la chirurgie dont 3,4 M\$ à recevoir du MSSS
- 1,16 M\$ pour les activités en obstétrique
- 1,12 M\$ à titre de mesures administratives, incitatives et primes personnel infirmier à l'urgence et aux soins intensifs
- 0,98 M\$ pour le Plan d'action gouvernementale en matière de violence conjugale
- 0,62 M\$ pour la formation d'encadrement, des infirmières et autres qu'infirmières
- 0,56 M\$ pour la stratégie d'action jeunesse
- 0,51 M\$ pour la problématique du jeu pathologique
- 0,25 M\$ pour l'ajout d'infirmières en néonatalogie
- 0,15 M\$ pour l'organisation du travail
- 0,11 M\$ pour l'amélioration de l'alimentation en CHSLD
- 0,07 M\$ à titre de soutien aux organismes communautaires
- 0,30 M\$ pour les infirmières praticiennes spécialisées
- 1,12 M\$ pour l'ajout de places temporaires en longue durée
- 2,00 M\$ pour l'ajout de lits temporaires en courte durée

## LOI 100 – RÉDUCTION DES DÉPENSES DE NATURE ADMINISTRATIVE ET LE NON-REMPLACEMENT D'UN DÉPART À LA RETRAITE SUR DEUX

- Ajustement récurrent de (1,69 M\$) pour la région de Laval.

### ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Pour l'exercice financier 2010-2011, le Centre de santé et des services sociaux de Laval (CSSS) de Laval a respecté la cible déficitaire maximale autorisée de 1 102 587 \$ terminant avec un déficit de 1 031 597 \$. Tous les autres établissements ont atteint l'équilibre budgétaire.

### SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS

TABLEAU 17. SITUATION FINANCIÈRE 2010-2011 DES ÉTABLISSEMENTS DE LAVAL

SITUATION FINANCIÈRE 2010-2011 DES ÉTABLISSEMENTS DE LAVAL				
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	TOTAL DES REVENUS	SURPLUS (DÉFICIT) 2010-2011	TOTAL DES DÉPENSES	AVOIR PROPRE AU 31-03-2011
<b>CENTRE DE SANTÉ</b>				
Centre de santé et de services sociaux de Laval	411 749 864	(1 031 597)	412 781 461	(5 505 563)
<b>CENTRE HOSPITALIER</b>				
Hôpital juif de réadaptation	37 554 003	364 950	37 189 053	1 107 553
<b>CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE</b>				
CRDI Normand-Laramée	38 672 892	0	38 672 892	77 501
<b>CENTRE JEUNESSE</b>				
Centre jeunesse de Laval	64 183 313	821 855	63 361 458	2 021 414
<b>Sous-total</b>	<b>552 160 072 \$</b>	<b>155 208 \$</b>	<b>552 004 864 \$</b>	<b>(2 299 095 \$)</b>
<b>ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS</b>				
<b>CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS</b>				
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche ltée	9 187 782	444 644	8 743 138	449 329
CHSLD St-Jude inc.	15 262 001	407 358	14 854 643	4 393 384
Résidence Riviera inc.	9 520 493	532 666	8 987 827	375 194
Manoir St-Patrice inc.	6 808 509	118 445	6 690 064	1 478 236
Centre d'hébergement Champlain St-François	3 507 383	135 827	3 371 556	645 016
Santé Courville de Laval	5 620 116	73 558	5 546 558	146 879
<b>Sous-total</b>	<b>49 906 284 \$</b>	<b>1 712 498 \$</b>	<b>48 193 786 \$</b>	<b>7 488 038 \$</b>
<b>TOTAL</b>	<b>602 066 356 \$</b>	<b>1 867 706 \$</b>	<b>600 198 650 \$</b>	<b>5 188 943 \$</b>

Source: Résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) du AS-471 avant analyse financière.

## INVESTISSEMENTS NETS

TABLEAU 18. FINANCEMENT NET 2010-2011 ACCORDÉ PAR L'AGENCE ET LE MINISTÈRE

FINANCEMENT NET 2010-2011 ACCORDÉ PAR L'AGENCE ET LE MINISTÈRE				
	FINANCEMENT ACTIVITÉS PRINCIPALES	FINANCEMENT ACTIVITÉS ACCESSOIRES	FINANCEMENT NET TOTAL	PAIEMENT DES EXERCICES ANTÉRIEURS ET AUTRES AJUSTEMENTS
<b>ÉTABLISSEMENTS PUBLICS</b>				
<b>CENTRE DE SANTÉ</b>				
Centre de santé et de services sociaux de Laval	354 375 160	1 211 668	355 586 828	9 003 313
<b>CENTRE HOSPITALIER</b>				
Hôpital juif de réadaptation	26 105 693	45 888	26 151 581	312 157
<b>CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE</b>				
CRDI Normand-Laramée	34 408 906		34 408 906	134 265
<b>CENTRE JEUNESSE</b>				
Centre jeunesse de Laval	59 949 495	100 000	60 049 495	356 268
<b>TOTAL PUBLICS</b>	<b>474 839 254 \$</b>	<b>1 357 556 \$</b>	<b>476 196 810 \$</b>	<b>9 806 003 \$</b>
<b>ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS</b>				
<b>CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS</b>				
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche Ltée	7 178 593		7 178 593	(343 480)
CHSLD St-Jude Inc.	12 361 668		12 361 668	(163 852)
Résidence Riviera Inc.	7 579 303		7 579 303	(233 844)
Manoir St-Patrice Inc.	5 359 179		5 359 179	(55 717)
Centre d'hébergement Champlain St-François	2 723 459		2 723 459	(73 553)
Santé Courville de Laval	4 587 219		4 587 219	(140 677)
<b>TOTAL PRIVÉS CONVENTIONNÉS</b>	<b>39 789 421 \$</b>	<b>0 \$</b>	<b>39 789 421 \$</b>	<b>(1 011 123 \$)</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>514 628 675 \$</b>	<b>1 357 556 \$</b>	<b>515 986 231 \$</b>	<b>8 794 880 \$</b>

Source: Formulaires budgétaires

## AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

TABLEAU 19. SOMMAIRE DES AUTORISATIONS D'EMPRUNT AU 31 MARS 2011

SOMMAIRE DES AUTORISATIONS D'EMPRUNT AU 31 MARS 2011		
	Autorisé	Réel <sup>1</sup>
<b>DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS</b>		
- Projets autofinancés - CSSS de Laval		
- Distribution centralisée des concentrés en hémodialyse	510 000	272 000
- Aménagement de la cafétéria	370 000	105 714
- Économie d'énergie	608 845	505 569
<b>Total</b>	<b>1 488 845 \$</b>	<b>883 283 \$</b>

<sup>1</sup> Source : États bancaires des emprunts

# Les états financiers résumés de l'Agence

## LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Laval, 11 juillet 2011

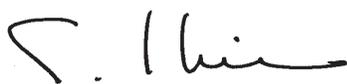
Les états financiers résumés (inclus dans le rapport annuel de gestion) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées, 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.

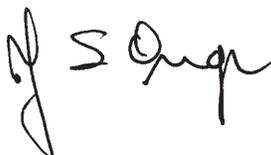
L'agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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 Samson Bélair/Deloitte & Touche 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 Samson Bélair/Deloitte & Touche peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



**Claude Desjardins**  
Président-directeur général



**Yves St-Onge**  
Directeur des affaires administratives

## 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 Laval

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans et soldes de fonds du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations au 31 mars 2011, et les états des résultats du fonds d'exploitation pour les activités principales et les activités accessoires, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes annexes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Les états financiers résumés comprennent également un état de l'allocation de l'enveloppe régionale des crédits, ainsi que le bilan et le solde de fonds combinés des fonds affectés au 31 mars 2011, ainsi que les résultats combinés des fonds affectés pour l'exercice terminé à cette date. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 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 Laval.

### **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 aux paragraphes 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux datée mise à jour au 1<sup>er</sup> juin 2011 (« critères »).

### **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 œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (« NCA ») 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

### Opinion avec réserves

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères ci-dessus mentionnés. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2011. Notre opinion avec réserves est fondée sur les faits suivants :

Tel que mentionné à la note 2, 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, ni au bilan regroupé, 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'établissement.

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, tel que mentionné à la note 2. 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 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval 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 canadiennes pour le secteur public.

*Samson Belin / Deloitte & Touche s.o.r.c.l.*

Le 11 juillet 2011  
Laval, Québec

<sup>1</sup> Comptable agréé auditeur permis n° 18261

TABLEAU 20. BILAN AU 31 MARS 2011

	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
<b>ACTIF</b>						
<b>À court terme</b>						
Encaisse	606 059	764 019	5 756 902	5 859 534		
Placements	1 246 617	800 000	2 859 783	1 695 709		
Débiteurs :						
- MSSS	68 120	55 132	181 782	360 306	280 252	247 167
- Établissements publics	17 501	48 818	13 167		12 745 647	12 006 348
- Autres	273 843	101 746	683 226	422 156		
Intérêts courus						
Charges payées d'avance	7 379	63 128	85 991			
Autres éléments	950	791		14 900	6 084	1 980
<b>Total de l'actif à court terme</b>	<b>2 220 469</b>	<b>1 833 634</b>	<b>9 580 851</b>	<b>8 352 605</b>	<b>13 031 983</b>	<b>12 255 495</b>
<b>À long terme</b>						
Subvention à recevoir (payée d'avance) - réforme comptable						
- écart de financement	527 330	528 429	116 187		(430 716)	(512 939)
- enveloppes décentralisées					33 772 768	36 893 730
Immobilisations					1 138 519	989 328
Autres éléments d'actif						
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>2 747 799</b>	<b>2 362 063</b>	<b>9 697 038</b>	<b>8 352 605</b>	<b>47 512 554</b>	<b>49 625 614</b>
<b>PASSIF</b>						
<b>À court terme</b>						
Découvert de banque			5 556	220 395	2 375 863	2 938 716
Emprunts de banque					10 570 422	9 195 400
Créditeurs et charges à payer :						
- MSSS						
- Établissements publics	51 990	43 984	235 005	182 645		
- Autres	789 421	698 342	627 546	361 532	313 389	266 166
Revenus reportés	300 278	219 667		269 003		
Provision pour vacances, congés de maladie, fériés	635 260	603 410	139 052			
Autres éléments	45 712	41 240	8 417			
<b>Total du passif à court terme</b>	<b>1 822 661</b>	<b>1 606 643</b>	<b>1 033 575</b>	<b>1 033 575</b>	<b>13 259 674</b>	<b>12 400 282</b>
<b>À long terme</b>						
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	<b>1 822 661</b>	<b>1 606 643</b>	<b>1 015 576</b>	<b>1 033 575</b>	<b>47 512 554</b>	<b>49 625 614</b>
<b>SOLDE DE FONDS</b>	<b>925 138</b>	<b>755 420</b>	<b>8 681 462</b>	<b>7 319 030</b>		
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS</b>	<b>2 747 799</b>	<b>2 362 063</b>	<b>9 697 038</b>	<b>8 352 605</b>	<b>47 512 554</b>	<b>49 625 614</b>

## TABLEAU 21. RÉSULTATS-EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	FONDS D'EXPLOITATION				FONDS D'ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	Activités principales		Activités accessoires		Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$				
<b>PRODUITS</b>								
Subventions MSSS	7 470 737	7 707 780	73 953	78 487	4 525 083	2 406 110		
Subvention pour le remboursement de la dette-capital							859 529	705 148
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt							1 595 261	1 546 438
Contributions des établissements					2 130 892	2 873 890		
Revenus d'intérêts	13 256	9 967	5 274	3 910	78 720	34 176		
Autres revenus	423 487	418 231	240		1 051 369	519 253	31 186	32 570
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>7 907 480</b>	<b>8 135 978</b>	<b>79 467</b>	<b>82 397</b>	<b>7 786 064</b>	<b>5 833 429</b>	<b>2 485 976</b>	<b>2 284 156</b>
<b>CHARGES D'EXPLOITATION</b>								
Salaires et avantages sociaux	5 367 762	5 309 750	60 273	52 594	1 051 093	201 669	68 920	69 049
Charges sociales	559 680	542 156	6 513	5 500	124 950	18 066	6 080	5 951
Frais de déplacement et d'inscription	55 856	92 029	7 619	9 350	30 113	4 123		
Services achetés	726 492	747 789			2 029 570	394 747		
Communications	142 925	195 051			75 086	61 619		
Loyer	587 097	555 396			1 652 629	1 568 969		
Location d'équipement	684	1 414				2 161		
Fournitures de bureau et petits équipements	97 233	136 152			77 476	37 351		
Autres frais	117 977	282 138	165	630	1 430 538	1 174 795	295 125	274 822
Intérêts sur emprunt CHQ et Financement Québec							1 542 025	1 530 807
Autres intérêts sur emprunts							53 236	15 631
Amortissements							520 590	401 080
<b>Total des charges d'exploitation et non réparties</b>	<b>7 655 706</b>	<b>7 861 875</b>	<b>74 570</b>	<b>68 074</b>	<b>6 471 455</b>	<b>3 463 500</b>	<b>2 485 976</b>	<b>2 297 340</b>
<b>EXCÉDENT (DÉFICIT)</b>	<b>251 774</b>	<b>274 103</b>	<b>4 897</b>	<b>14 323</b>	<b>1 314 609</b>	<b>2 369 929</b>		<b>(13 184)</b>
Contributions en provenance de l'avoir propre		25 773						
Contributions en provenance du fonds d'exploitation						10 572	86 953	299 876
Contributions en provenance des fonds des activités régionalisées							15 565	2 342
Contribution en provenance de fonds affectés					73 977			
Contributions (affectées) au fonds d'immobilisations	(86 953)	(299 876)		(10 572)	(15 565)	(2 342)		
<b>Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds</b>	<b>164 821</b>		<b>4 897</b>	<b>3 751</b>	<b>1 373 021</b>	<b>2 378 159</b>	<b>102 518</b>	<b>289 034</b>

## TABLEAU 22. SOLDES DE FONDS COMBINÉS

	FONDS D'EXPLOITATION				FONDS D'IMMOBILISATIONS		FONDS D'ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	
	Activités principales		Avoir propre		Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	Exercice courant \$	Exercice précédent \$				
<b>SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT</b>		63 494	755 420	749 071			7 319 030	4 942 538
<b>Additions (déductions)</b>								
Excédent (Déficit) de l'exercice après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds			169 718	3 751		(13 184)	1 314 609	2 369 929
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre				(25 773)	102 518	302 218	58 412	82 263
Libération surplus années antérieures		(28 371)		28 371				
Autres additions (déductions)		(35 123)			(102 518)	(289 034)	(10 589)	(75 700)
<b>Variation de l'exercice</b>		<b>(63 494)</b>	<b>925 138</b>	<b>755 420</b>			<b>8 681 462</b>	<b>7 319 030</b>
Réforme comptable— redressement au 1er avril 2008 :								
Amortissement cumulé des immobilisations								
Écart de financement - Immobilisations								
Autres redressements								
<b>SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN</b>			<b>925 138</b>	<b>755 420</b>			<b>8 681 462</b>	<b>7 319 030</b>

## TABLEAU 23. ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice courant

	\$
<b>ENVELOPPE RÉGIONALE</b>	
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2010-2011 inscrit dans le système SBF-R	<b>546 256 518</b>
<b>AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE</b>	
Allocations aux établissements	519 972 321
Allocations aux organismes communautaires	18 778 075
Allocations à d'autres organismes	417 371
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	539 167 767
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	5 123 083
Autres	18 000
<b>TOTAL DES AFFECTATIONS</b>	<b>544 308 850</b>
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	1 947 668
<b>TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R</b>	<b>1 621 832</b>
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	
<b>EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS</b>	<b>325 836</b>
<b>Information additionnelle</b>	
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	

## TABLEAU 24. BILAN DES FONDS AFFECTÉS

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
<b>ACTIF</b>		
<b>À court terme</b>		
Encaisse	1 394 810	945 697
Débiteurs :		
- MSSS	94 202	17 434
- Établissements publics	86 575	6 906
- Autres débiteurs	18 691	17 670
Charges payées d'avance	6 914	579 940
Autres éléments		
<b>Total de l'actif à court terme</b>	<b>1 601 192</b>	<b>1 567 647</b>
<b>À long terme</b>		
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>1 601 192</b>	<b>1 567 647</b>
<b>PASSIF</b>		
<b>À court terme</b>		
Découvert de banque		
Créditeurs et charges à payer :		
- Établissements publics	9 623	23 339
- Autres	101 929	9 052
Revenus reportés MSSS et crédits régionaux	88 580	70 000
Autres revenus reportés		
Autres éléments		
<b>Total du passif à court terme</b>	<b>200 132</b>	<b>102 391</b>
<b>À long terme</b>		
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	<b>200 132</b>	<b>102 391</b>
<b>SOLDE DE FONDS</b>	<b>1 401 060</b>	<b>1 465 256</b>
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS</b>	<b>1 601 192</b>	<b>1 567 647</b>

**TABLEAU 25. RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS**

	Désengorgement des urgences	Médecins en régions éloignées	SIDA	Systèmes d'information clientèle	Fournitures spécialisées personnes handicapées	Coordination en matière de santé et services sociaux	Priorités régionales	Groupes de médecine de famille (GMF)	Total au 31 mars 2011	Total au 31 mars 2010
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>PRODUITS</b>										
MSSS					70 000			2 940 638	3 010 638	2 832 839
Subvention MSSS										
Revenus d'intérêts	167			734	547	751	137	15 846	18 182	5 758
Autres						245		93 410	93 655	
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>167</b>			<b>734</b>	<b>70 547</b>	<b>996</b>	<b>137</b>	<b>3 049 894</b>	<b>3 122 475</b>	<b>2 838 597</b>
<b>CHARGES</b>										
Établissements publics				11 990	70 257				82 247	8 400
Organismes										520
Autres intérêts sur emprunts										
Salaires et avantages sociaux										
Charges sociales										
Frais de déplacement et d'inscription							893		893	911
Services achetés						23 379			23 379	13 340
Fournitures de bureau										
Autres charges d'exploitation (GMF)								3 000 191	3 000 191	2 441 337
Autres										
<b>TOTAL DES CHARGES</b>				<b>11 990</b>	<b>70 257</b>	<b>24 272</b>		<b>3 000 191</b>	<b>3 106 710</b>	<b>2 455 588</b>
<b>Excédent (déficit)</b>	<b>167</b>			<b>(11 256)</b>	<b>290</b>	<b>(23 276)</b>	<b>137</b>	<b>49 703</b>	<b>15 765</b>	<b>383 009</b>

**TABLEAU 26. RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS**

	Désengorgement des urgences	Médecins en régions éloignées	SIDA	Systèmes d'information clientèle	Fournitures spécialisées personnes handicapées	Coordination en matière de santé et de services sociaux	Priorités régionales	Groupes de médecine de famille (GMF)	Total au 31 mars 2011	Total au 31 mars 2010
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT</b>	16 174	354		75 902	70	72 254	13 322	1 287 180	1 465 256	1 063 706
<b>Additions (déductions)</b>										
Excédent (Déficit) de l'exercice après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds	167	(354)		(11 256)	290	(23 276)	137	(23 920)	(58 212)	374 089
Autres additions (déductions)										
<b>Variation de l'exercice</b>	<b>167</b>	<b>(354)</b>		<b>(11 256)</b>	<b>290</b>	<b>(23 276)</b>	<b>137</b>	<b>(23 920)</b>	<b>(58 212)</b>	<b>374 089</b>
Autres redressements								(5 984)	(5 984)	27 461
<b>SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN</b>	<b>16 341</b>			<b>64 646</b>	<b>360</b>	<b>48 978</b>	<b>13 459</b>	<b>1 257 276</b>	<b>1 401 060</b>	<b>1 465 256</b>

# Notes aux états financiers résumés

## NOTE 1 – Constitution et objets

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

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

## NOTE 2 – 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<sup>er</sup> 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 pas comptabilisés 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 no 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 3 – Description des principales conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

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

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables du Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés applicables au Secteur public.

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

Les instruments financiers ne sont pas classifiés et aucune information n'est présentée ;  
Les frais d'émission, les primes et les escomptes sont présentés comme postes distincts au bilan plutôt qu'en augmentation ou en diminution de la dette.

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

Le fonds d'exploitation: fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluant tout don ou legs transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui sont présentés à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relie. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation.

Le fonds affecté : fonds constitué de subventions provenant exclusivement de l'agence ou du ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées;

Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;

#### **Classification des activités**

La classification des activités de l'organisation tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales : Les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'organisme est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le Ministère;

Activités accessoires : Les activités accessoires comprennent les services que l'organisme rend dans la limite de ses objets et pouvoirs en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

## Immobilisations

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

### Acquisition avant le 1<sup>er</sup> avril 2008

<u>Catégorie</u>	<u>Durée</u>
Améliorations locatives	10 ans
Autre mobilier et équipement	15 ans
Autres mobiliers et équipements médicaux	12 ans
Informatique et bureautique	3 ans
Administratif – mobilier et équipement	5 ans

### Acquisition après le 1<sup>er</sup> avril 2008

<u>Catégorie</u>	<u>Durée</u>
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Réseau de télécommunications	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

### 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.

## Revenus reportés

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

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

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

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

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

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

## Régimes de retraite

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

### **Avoir propre**

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

### **Revenus**

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.

### **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.

### **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 auquel ils se réfèrent. 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'établissement pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

### **Attribution des subventions**

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

## **NOTE 4 – Engagements**

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 mars 2018 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2011 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 632 877 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2012	824 555
2013	833 638
2014	838 750
2015	843 938
2016	880 798
2017 et subséquents	1 777 711
	<hr/>
	5 999 390 \$

Pour les fins d'exploitation par des établissements privés conventionnés, l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a contracté des baux avec la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) pour un montant total de 9 450 440 \$ échéant en 2020, lesquels sont remboursés totalement et directement à la CHQ par le Ministère de la Santé et des services sociaux. L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a contracté à cet effet un contrat de sous-location avec l'Orchidée blanche ainsi qu'avec la Résidence Riviera. Le remboursement effectué à la CHQ par le ministère en 2010-2011 au nom de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval s'élève à 1 606 849 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2012	1 498 970
2013	1 498 970
2014	1 498 970
2015	852 514
2016	793 745
2017 et subséquents	3 307 271
	9 450 440 \$



# ANNEXE 1

# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

## I. CADRE LÉGAL

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

## II. CHAMP D'APPLICATION

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

## III. DÉFINITIONS

**Administrateur** : Désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

**Agence** : Désigne l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

**Conflit d'intérêts** : Désigne la notion de conflit d'intérêts telle que définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., C. S-4.2, a. 154).

**Conflit de rôle** : Désigne la notion de conflit potentiel inhérente à la participation d'un administrateur à un conseil d'administration d'un autre organisme ou établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

**Conseil d'administration** : Désigne le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

**Déontologie** : Désigne les devoirs et obligations des administrateurs.

**Éthique** : Désigne les normes et les valeurs qui sous-tendent l'action de l'organisation et ses principes généraux de gestion.

## IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

1. L'administrateur s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.
2. L'administrateur doit participer aux travaux du conseil d'administration et y intervenir de façon à permettre à celui-ci d'exécuter les fonctions et mandats qui lui sont dévolus par la loi ou autrement.

3. L'administrateur doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence dans l'exercice de ses fonctions.
4. L'administrateur doit agir avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée et dans l'intérêt de l'Agence elle-même.
5. L'administrateur doit être présent aux activités du conseil d'administration et de ses comités.
6. L'administrateur doit participer activement à la prise de position du conseil d'administration.
7. L'administrateur intervient lors des séances du conseil de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne.
8. L'administrateur, de par son intervention, doit permettre que les décisions du conseil d'administration soient prises en respect de la mission des établissements et des organismes en relation avec l'Agence; il agit avec équité à l'égard de ces établissements et organismes. Il exerce son droit de vote et ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte des considérations politiques ou partisans.
9. L'administrateur est solidaire des décisions prises par le conseil d'administration et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
10. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général, ou toute autre personne que celui-ci pourrait désigner, agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou de représentation à un tiers.
11. L'administrateur fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du conseil d'administration.
12. L'administrateur est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher le membre du conseil d'administration représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.
13. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue. Il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement. Il respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public, avec chaque individu.

#### **Conflit d'intérêts et conflit de rôle**

14. L'administrateur agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de l'Agence sans tenir compte d'intérêts particuliers.
15. Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence ou les obligations de ses fonctions doit, sous peine de déchéance de sa charge :
  - a) dénoncer son intérêt au conseil d'administration;
  - b) s'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, dans laquelle il a un intérêt, est débattue.
16. Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières [L.R.Q., c. V-1.1].
17. L'administrateur ne doit pas confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
18. L'administrateur ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
19. L'administrateur ne tire aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom personnel ni pour le compte d'autrui.
20. L'administrateur doit prévenir tout conflit de rôle et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.
21. L'administrateur qui siège à un comité ou une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts pour toute décision que le comité ou la commission prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmis au conseil d'administration.

### **Activités politiques**

22. Le président du conseil d'administration et le président-directeur général doivent éviter de manifester publiquement leurs allégeances politiques partisans.
23. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif. Tout autre membre du conseil d'administration qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.
24. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit démissionner de ses fonctions.

### **Rémunération**

25. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions.
26. L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.
27. L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, pour lui-même ou pour un tiers.

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

28. L'administrateur, qui a cessé d'exercer ses fonctions, doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de l'Agence.
29. L'administrateur, qui a cessé d'exercer ses fonctions, ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un autre établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat.
30. Dans l'année qui suit la fin de l'exercice de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle est partie l'Agence et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

### **VI. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE**

31. Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent Code.
32. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent Code d'éthique et de déontologie, en saisit le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
33. Le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas, décide s'il s'agit d'un manquement ou d'une plainte frivole ou sans fondement. À cette fin, il consulte le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie.
34. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie formé par le conseil d'administration est composé de trois membres du conseil. Le président, le vice-président du conseil d'administration et le président-directeur général ne peuvent être membres du comité.
35. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie examine toute plainte transmise par le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas.
36. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie est maître de la preuve et de la procédure et détermine les moyens nécessaires pour mener toute enquête, en respectant les règles de justice naturelle.
37. L'enquête doit être confidentielle et protéger l'anonymat du plaignant.
38. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie doit informer l'administrateur visé de la nature des manquements reprochés.
39. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie transmet le résultat de son enquête au président du conseil d'administration, ou au vice-président, selon le cas, et recommande une sanction, lorsqu'il arrive à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi, le règlement, ou le présent Code. Ce rapport est confidentiel.
40. Le président ou le vice-président, selon le cas, réunit le conseil d'administration qui décide, à huis clos, de la sanction à imposer à l'administrateur visé, lorsque requis. Ce dernier ne participe ni aux délibérations ni à la décision. Il peut cependant se faire entendre avant la prise de décision.

41. Les sanctions qui peuvent être prises sont, selon la nature ou gravité du manquement, le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension d'une durée maximale de trois mois ou le recours en déchéance de charge.
42. L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

#### **VII. DÉCLARATION D'INTÉRÊT**

43. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque membre du conseil d'administration doit produire la déclaration contenue à l'Annexe II du présent Code.
44. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

#### **VIII. PUBLICITÉ DU CODE**

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

#### **IX. DISPOSITIONS FINALES**

48. Les membres du conseil d'administration s'engagent à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicable à chacun d'eux. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'Annexe I.
49. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace et abroge le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval adopté le 7 mai 2003.



## ANNEXE 2

# PUBLICATIONS OFFICIELLES 2010-2011

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

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

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

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

**DAMESTOY, Nicole; BÉLANGER, Philippe.** (2010). *Profil thématique sur l'état du vieillissement à Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval. ISBN 978-2-923699-22-6 (version imprimée). ISBN 978-2-923699-23-3 (version PDF).

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

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

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

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

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

## PUBLICATIONS EN SÉRIE (DÉPÔT LÉGAL ET ISSN)

- **CA en Bref**, Vol. 16, no 1 – Vol. 16, no 8 / ISSN : 1496-7413 (version imprimée) /ISSN : 1496-7421 (version PDF).
- **INFO DRMG**, Vol. 2, no 1 (pas de numéro ISSN)
- **INFO-RH Réseau**, Vol. 1, no 1 – Vol. 1, no 4 / ISSN : 1923-3620 (version imprimée) / ISSN 1923-3639 (version PDF)
- **Le porte-parole**, Vol. 1, no 1 – Vol. 1, no 2 / ISSN : 1923-8525 (version imprimée) / ISSN : 1923-8533 (version PDF)
- **Mission Prévention Possible**, Vol. 21, no 2 – Vol. 21, no 3 / ISSN : 1918-0837 (version imprimée) / ISSN 1948-0845 (version PDF)
- **Synergie**, /ISSN : 1496-7391 (version imprimée) / ISSN 1496-7405 (version PDF).
- **Sélections Santé Laval**, Vol. 7, no 4 – Vol. 8, no 3 / ISSN : 1710-8284 (version imprimée) / ISSN 1710-8292 (version PDF) :

### **AUTHIER, Marie-Andrée.**

Laval de plus en plus métropolitaine : la communauté anglophone en forte croissance, octobre 2010.

### **BÉLANGER, Philippe.**

Les troubles qui minent l'autonomie des personnes âgées, avril 2010.

### **DUFOUR, Céline.**

*Les troubles qui minent l'autonomie des personnes âgées (2<sup>e</sup> partie), juin 2010;*

*L'activité physique : les Lavallois sont-ils suffisamment actifs dans leurs loisirs?, septembre 2010;*

*Les traumatismes dans la région : des taux d'hospitalisations et de décès plus bas à Laval qu'au Québec, novembre 2010;*

*La criminalité à Laval : depuis 2002, la tendance est à la baisse, février 2011.*

### **DUFOUR, Céline; KEBE, Mababou.**

*Les habitudes de vie des Lavallois s'améliorent, décembre 2010,*

*Embonpoint et obésité à Laval : près d'un adulte sur deux présente un surplus de poids, janvier 2011.*

### **KEBE, Mababou.**

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

### **POIRIER, Étienne.**

*Le cancer chez les Lavallois, mars 2011.*

# ANNEXE 3

## FINANCEMENT RÉCURRENT AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence s'assure que les organismes communautaires ont remis tous les documents prescrits par le guide du MSSS intitulé « La reddition de comptes dans le cadre de la mission globale, programme de soutien aux organismes communautaires ».

À la réception des documents, une reddition de comptes en deux volets est effectuée. Une lecture des rapports d'activités de tous les organismes communautaires nous permet de vérifier si les budgets versés ont servi aux activités financées. Enfin, une analyse financière effectuée par la Direction des affaires administratives vient compléter le processus.

**TABLEAU : FINANCEMENT RÉCURRENT AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

			2010-2011	
	TOTAL 2009-2010	Mission globale (incluant PAPA)	Entente de service et particulière	TOTAL
<b>DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED</b>				
Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval	91 260 \$	93 085 \$		93 085 \$
Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) Inc.	91 260 \$	93 085 \$	30 600 \$	93 085 \$
Ateliers adaptés Stimul'arts (Les)	154 420 \$	147 308 \$	256 121 \$	177 908 \$
Services du Chat botté de Laval	418 506 \$	206 856 \$		462 977 \$
Société de l'autisme et des TED (Laval)	86 245 \$	87 970 \$	13 770 \$	87 970 \$
Corporation intégration à la vie active des personnes handicapées de Laval		\$		13 770 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>841 691 \$</b>	<b>628 304 \$</b>	<b>300 491 \$</b>	<b>928 795 \$</b>
<b>DÉFICIENCE PHYSIQUE</b>				
Association Dysphasie +	121 464 \$	20 494 \$	10 200 \$	130 694 \$
Association de la fibromyalgie de Laval	83 346 \$	80 933 \$	12 240 \$	93 173 \$
Association des personnes aphasiques de Laval	145 621 \$	142 753 \$	17 340 \$	160 093 \$
Association des personnes vivant avec une surdité de Laval	80 113 \$	80 933 \$	5 046 \$	85 979 \$
Association lavalloise pour le transport adapté (ALTA)	26 296 \$		26 822 \$	26 822 \$
Association québécoise des traumatisés crâniens / SUPRARÉGIONAL	75 780 \$		87 088 \$	87 088 \$
Association sclérose en plaques Laval	98 789 \$	100 765 \$		100 765 \$
Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval	40 116 \$		46 257 \$	46 257 \$
Service d'interprétation visuel et tactile du Montréal-Métropolitain (SIVET) / SUPRARÉGIONAL	53 311 \$		61 721 \$	61 721 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>724 836 \$</b>	<b>525 878 \$</b>	<b>266 714 \$</b>	<b>792 592 \$</b>

2010-2011

	TOTAL Mission globale 2009-2010 (incluant PAPA)		Entente de service et particulière	TOTAL
<b>DÉPENDANCES</b>				
CAFAT - organisme fermé	27 145 \$			0 \$
Maisonnée de Paulette Guinois (La)	51 461 \$	52 490 \$		52 490 \$
Un foyer pour toi	126 750 \$	129 285 \$		129 285 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>178 211 \$</b>	<b>181 775 \$</b>	<b>- \$</b>	<b>181 775 \$</b>
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>				
Association québécoise des troubles d'apprentissage – section Laval	70 980 \$	72 400 \$		72 400 \$
Bureau de consultation-jeunesse Inc. / SUPRARÉGIONAL	106 470 \$		108 599 \$	108 599 \$
Carrefour jeunesse de Sainte-Rose	121 680 \$	124 114 \$		124 114 \$
Centre communautaire Val-Martin (Le)	175 828 \$		179 345 \$	179 345 \$
Centre défi-jeunesse de St-François	121 680 \$	124 114 \$		124 114 \$
Diapason-Jeunesse	99 522 \$	101 512 \$		101 512 \$
Gymn-Eau Laval	71 969 \$	73 408 \$		73 408 \$
Jeunes au travail	108 067 \$	110 228 \$		110 228 \$
Maison d'hébergement L'envolée	411 684 \$	419 918 \$		419 918 \$
Maison de quartier de Fabreville Inc. (La)	177 516 \$		181 067 \$	181 067 \$
Maison de quartier Vimont	181 766 \$		185 401 \$	185 401 \$
Maison des jeunes de Laval-Ouest Inc.	121 680 \$	124 114 \$		124 114 \$
Maison des jeunes de l'est de Laval	121 680 \$	124 114 \$		124 114 \$
Maison des jeunes de Sainte-Dorothée	121 680 \$	124 114 \$		124 114 \$
Maison des jeunes du Marigot	127 113 \$	129 655 \$		129 655 \$
Mesures alternatives jeunesse de Laval Inc.	404 762 \$	412 857 \$		412 857 \$
Oasis, Unité mobile d'intervention	160 439 \$	130 034 \$	33 614 \$	163 648 \$
Travail de rue de l'Île de Laval (T.R.I.L.) Inc.	350 846 \$	324 249 \$	33 614 \$	357 863 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>3 055 362 \$</b>	<b>2 394 831 \$</b>	<b>721 640 \$</b>	<b>3 116 471 \$</b>
<b>PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>				
Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA)	278 318 \$	86 362 \$	287 282 \$	373 644 \$
Association des popotes roulantes de Laval	46 656 \$	47 589 \$		47 589 \$
Association pour aînés résidant à Laval	166 284 \$	169 610 \$		169 610 \$
Baluchon Alzheimer / SUPRA RÉGIONAL	5 070 \$		5 171 \$	5 171 \$
Bonjour aujourd'hui et après Inc.	202 800 \$	206 856 \$		206 856 \$
Centre communautaire le rendez-vous des aînés(es) (Laval) Inc.	255 584 \$	165 485 \$	99 291 \$	264 776 \$
Centre de bénévolat de Laval Inc. (2)	215 418 \$	219 726 \$		219 726 \$
Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot	211 855 \$	216 092 \$		216 092 \$
Comité d'animation du troisième âge de Laval	227 960 \$	165 485 \$	67 034 \$	232 519 \$
DIRA-Laval Inc.	101 400 \$	103 428 \$		103 428 \$
Groupe d'entraide La rosée	91 260 \$	93 085 \$		93 085 \$
Groupe Promo Santé de Laval	28 516 \$	29 086 \$		29 086 \$
Partage humanitaire	102 313 \$	104 359 \$		104 359 \$
Place des aînés de Laval	41 168 \$	41 991 \$		41 991 \$
Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil	177 450 \$	180 999 \$		180 999 \$
Société Alzheimer de Laval 1995	371 216 \$	206 854 \$	171 786 \$	378 640 \$
Centre S.C.A.M.A. Inc.	309 270 \$	315 455 \$		315 455 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>2 832 538 \$</b>	<b>2 352 462 \$</b>	<b>630 564 \$</b>	<b>2 983 026 \$</b>

	2010-2011			
	TOTAL Mission globale 2009-2010	(incluant PAPA)	Entente de service et particulière	TOTAL
<b>SANTÉ MENTALE</b>				
Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval (ALPHPL)	247 721 \$	222 370 \$	30 305 \$	252 675 \$
Association IRIS / SUPRARÉGIONAL	141 882 \$		144 720 \$	144 720 \$
Association lavalloise de parents pour le bien-être mental Inc.	266 672 \$	272 005 \$		272 005 \$
CAFGRAF – Groupe d’entraide en santé mentale de Laval	395 208 \$	332 394 \$	70 719 \$	403 113 \$
Centre d’implication libre de Laval en réadaptation sociale C.I.L.L.	1 234 228 \$	371 749 \$	887 163 \$	1 258 912 \$
Corporation régionale santé mentale et travail En-Droit de Laval (L’)	29 144 \$			0 \$
	81 120 \$		82 742 \$	82 742 \$
Ressources ATP Groupes de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique (La)	70 980 \$	92 400 \$	6 667 \$	99 067 \$
Service populaire de psychothérapie (S.P.P.)	210 988 \$	235 208 \$		235 208 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>2 677 943 \$</b>	<b>1 526 126 \$</b>	<b>1 222 316 \$</b>	<b>2 748 442 \$</b>
<b>SANTÉ PHYSIQUE</b>				
Société de Soins Palliatifs à Domicile du Grand Mtl. / SUPRARÉGIONAL	221 715 \$	165 485 \$	226 149 \$	226 149 \$
Lumi-Vie	162 240 \$	83 984 \$		165 485 \$
Association du diabète – Laval, Laurentides, M.R.C. des Moulins Inc.	82 337 \$	249 469 \$		83 984 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>466 292 \$</b>	<b>108 599 \$</b>	<b>226 149 \$</b>	<b>475 618 \$</b>
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>				
Association amicale des jeunes & parents « Agape » Inc.	106 470 \$			108 599 \$
L’Entraide (Pont-Viau et Laval des rapides) Inc.	31 881 \$		32 519 \$	32 519 \$
Parentèle de Laval Inc. (La)	17 159 \$		17 502 \$	17 502 \$
Relais familial d’Auteuil (Le)	17 026 \$		17 367 \$	17 367 \$
Enfant d’abord	86 190 \$	87 914 \$		87 914 \$
Jardin de la famille de Fabreville Inc. (Au)	65 910 \$	67 228 \$		67 228 \$
Maison de la famille de St François	42 278 \$		43 124 \$	43 124 \$
Maison Dominique	228 150 \$	232 713 \$		232 713 \$
Nourri-Source Laval	20 280 \$	20 686 \$		20 686 \$
Relais communautaire de Laval (Le)	141 960 \$	144 799 \$		144 799 \$
Sida-Vie Laval	195 171 \$	137 018 \$	62 057 \$	199 075 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>952 475 \$</b>	<b>798 957 \$</b>	<b>172 569 \$</b>	<b>971 526 \$</b>
<b>SERVICES GÉNÉRAUX</b>				
Bouclier d’Athena : Services familiaux (Le) / SUPRARÉGIONAL	92 669 \$		94 522 \$	94 522 \$
Centre communautaire « Le Coumbite de Laval »	101 400 \$	103 428 \$		103 428 \$
Centre d’écoute de Laval	66 899 \$	68 237 \$		68 237 \$
Centre de bénévolat de Laval Inc. (2)	76 177 \$	77 701 \$		77 701 \$
Centre de prévention et d’intervention pour victimes d’agression sexuelle (CPIVAS) Inc.	397 940 \$	337 201 \$	68 698 \$	405 899 \$
Centre des femmes de Laval (Le)	184 441 \$	188 130 \$		188 130 \$
Centre des femmes dynamiques de Laval	30 420 \$	31 028 \$		31 028 \$

2010-2011

	TOTAL Mission globale 2009-2010	Mission globale (incluant PAPA)	Entente de service et particulière	TOTAL
Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS)	152 100 \$	155 142 \$		155 142 \$
CHOC Carrefour d'hommes en changement	319 379 \$	221 107 \$	137 159 \$	358 266 \$
Corporation de développement communautaire de Laval	111 708 \$	113 942 \$		113 942 \$
Maison Le prélude Inc.	703 649 \$	717 722 \$		717 722 \$
Maison L'Esther Inc.	640 512 \$	653 322 \$		653 322 \$
Maison de Lina	646 591 \$	659 523 \$		659 523 \$
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>3 523 885 \$</b>	<b>3 326 483 \$</b>	<b>300 379 \$</b>	<b>3 626 862 \$</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>14 858 025 \$</b>	<b>11 984 285 \$</b>	<b>3 840 822 \$</b>	<b>15 825 107 \$</b>

#### AUTRES ORGANISMES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

FADOQ	10 000 \$
Groupe Promo-Santé Laval	42 257 \$
Maison du Marigot (La)	31 028 \$
Maison des soins palliatifs de Laval	485 589 \$
Service régional de crise de Laval L'Îlot	1 543 056 \$
Regroupement des centres de la petite enfance de Laval (RCPEL)	18 133 \$
Regroupement lavallois des chambres et pensions pour personnes âgées	58 137 \$
Centre communautaire Petit espoir	15 000 \$
Organismes (4) Logement social	314 488 \$
<b>TOTAL</b>	<b>2 517 688 \$</b>