

**Document d'appui
à l'audition devant la**

**Commission parlementaire
des affaires sociales de l'Assemblée
nationale du Québec**



8 novembre 2006

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

CONCEPTION
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

COORDINATION
SUZIE GAGNON

LECTURE ET CORRECTIONS
ÉLISE PRÉVOST

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE
CHANTAL LACHANCE

GRAPHISME
LOUISE DUBOIS

NOUS TENONS À REMERCIER TOUTES LES PERSONNES QUI ONT CONTRIBUÉ À LA
PRODUCTION DE CE DOCUMENT

DÉPOT LÉGAL – 2006
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN-13 : 978-2-89547-107-3
ISBN-10 : 2-89547-107-X

DANS CE DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN DÉSIGNE LORSQU'IL Y A LIEU
AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES

TOUTE REPRODUCTION TOTALE OU PARTIELLE DE CE DOCUMENT EST
AUTORISÉE, À CONDITION QUE LA SOURCE EN SOIT MENTIONNÉE

DOCUMENT DISPONIBLE SUR LE SITE INTERNET DE L'AGENCE
www.rrsss15.qc.ca

NOTE AU LECTEUR

Bien que l'objet de l'invitation à se présenter devant la Commission des affaires sociales soit l'étude des rapports annuels de 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005 de l'Agence, notre présentation cherchera à dresser un bilan rétrospectif sommaire des faits saillants qui ont marqué la région sociosanitaire des Laurentides pour la période se situant entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2006.

Conséquemment, les fiches qui suivent réfèrent à des éléments pouvant s'échelonner entre les années 2002-2003 et 2005-2006. De même, les tableaux cherchent plus à illustrer des réalités significatives qu'à dresser un portrait détaillé séquentiel année après année.

Nous avons écrit ce texte en nous concentrant sur des éléments factuels qui se présentent sous forme de fiches thématiques. Chacune des fiches débute par un sommaire, suivi d'informations complémentaires et se termine par les principaux défis et enjeux futurs qui correspondent aux priorités de travail de l'Agence.

Les différentes sections du document regroupent les informations selon les grandes responsabilités légales de l'Agence, et selon la nomenclature des différents programmes services utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document se veut un appui à la présentation du président-directeur général de l'Agence.

Tenant pour acquis que nos rapports annuels 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005 et notre bilan d'entente de gestion et d'imputabilité 2005-2006 ont fait l'objet d'un dépôt préalable auprès des membres de la Commission, le présent document ne reprend pas l'analyse de ces documents.

Nous souhaitons que notre initiative de vous soumettre un tel document d'accompagnement à l'audition saura mieux vous faire connaître notre organisation et notre fonctionnement régional et facilitera nos échanges lors de notre rencontre.

TABLE DES MATIÈRES

- 1. La région.....7
- 2. Le réseau et ses partenaires.....14
- 3. L'Agence.....17
- 4. Les grands chantiers de 2002 à 2006.....21
- 5. La participation de la population à la gestion du réseau22
- 6. Le respect des droits des usagers24
- 7. L'amélioration continue de la qualité.....26
- 8. Les programmes services.....28
 - 8.1 À l'ensemble de la population28
 - 8.1.1 Santé publique28
 - Les activités de surveillance28
 - Les habitudes de vie et les maladies chroniques29
 - Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ...30
 - Les traumatismes non intentionnels30
 - Les maladies infectieuses31
 - La santé environnementale31
 - La santé au travail32
 - 8.1.2 Services généraux34
 - Info santé et sociale.....34
 - Services médicaux courants.....34
 - Sages-femmes35
 - Services préhospitaliers d'urgence.....35
 - 8.2 Aux clientèles ayant des problématiques particulières.....37
 - Jeunes en difficulté.....37
 - Perte d'autonomie liée au vieillissement.....39
 - Dépendances41
 - Santé mentale43
 - Déficiences intellectuelle et TED45
 - Déficiences physique46
 - Santé physique.....48
 - Autres54
- 9. Les programmes de soutien56
 - Ressources humaines56
 - Ressources informationnelles.....58
 - Immobilisations et équipements.....61
 - Financement.....64
- 10. Conclusion67

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CAT	Centre d'abandon tabagique
CCNU	Centre de coordination national des urgences
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CH	Centre hospitalier
CHSG	Centre hospitalier de soins généraux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ - CRJDA	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse – Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRID	Centre régional d'investigation diagnostique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DI	Déficience intellectuelle
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
EES	Écoles en santé
ESCC	Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
GMF	Groupe de médecine de famille
HSC	Hôpital du Sacré-Coeur
IAB	Initiative des amis des bébés
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MSSS-MELS	Ministère de la Santé et des Services sociaux – Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
PACS	Picture archiving and communication system
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional
PDI	Plan directeur immobilier
PFT	Programme fonctionnel et technique
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMO	Plan de main-d'oeuvre
PQDSC	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREL	Partenaires pour la réussite éducative des Laurentides
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RI-RTF	Ressource intermédiaire – Ressources de type familial
RLS	Réseau local de services
RTSS	Réseau des télécommunications sociosanitaires
RUIS	Réseau universitaire intégré de services
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention (des ITSSS)
SIVET	Service d'interprétation visuelle et tactile
TCC	Traumatisme cranio cérébral
TED	Trouble envahissant du développement
VNO	Virus du Nil occidental
VVS	Villes et villages en santé

1. La région

La région des Laurentides (512 539 habitants en 2006) pourrait être définie en quelques lignes :

- une région très étendue ;
- de grandes différences selon les territoires ;
- la plus forte progression démographique au Québec ;
- une population relativement jeune : des jeunes au profil psychosocial peu enviable ;
- une région dont la population vieillit très rapidement ;
- un profil socio-économique très diversifié ;
- une région où les efforts consentis en prévention commencent à porter fruit ;
- une historique de concertation positive ;
- un écart de financement démontré.

UNE RÉGION TRÈS ÉTENDUE

La région des Laurentides occupe une superficie de 21 554 km². Ces limites sont :

au sud :	la rivière des Mille-Iles (ville de Laval)
à l'est :	la région de Lanaudière
à l'ouest :	la région de l'Outaouais
au nord :	la région de l'Abitibi

La région des Laurentides est à la fois proche et loin de Montréal. En effet, alors qu'elle se trouve à environ 20 kilomètres de Montréal dans sa partie sud, il en va tout autrement pour le secteur nord : la distance à parcourir entre Mont-Laurier et Montréal est de 247 kilomètres, ce qui équivaut à la distance entre Montréal et Québec (250 km). Bien que la distance à couvrir pour rejoindre Montréal soit peu élevée lorsque le point de départ se situe au sud de la région, le temps de transport requis variera entre 30 minutes et 1 heure 30 pour atteindre l'île de Montréal.

DE GRANDES DIFFÉRENCES SELON LES TERRITOIRES

La région des Laurentides comprend huit MRC :

- Deux-Montagnes
- Thérèse-De Blainville
- Argenteuil
- Mirabel
- Rivière-du-Nord
- Pays-d'en-Haut
- Des Laurentides
- Antoine-Labelle

et sept réseaux locaux de services (RLS), correspondant au découpage administratif des MRC, à l'exception de la MRC de Mirabel, dont la partie sud est jointe au territoire de la MRC de Deux-Montagnes (RLS de Deux-Montagnes/Mirabel Sud) et la partie nord à celui de la MRC de la Rivière-du-Nord (RLS de la Rivière-du-Nord/Mirabel Nord). Les noms des réseaux locaux de service correspondent donc aux noms des MRC qui les composent.

Parmi les sept réseaux locaux de services, seulement cinq ont un hôpital sur leur territoire :

- RLS Deux-Montagnes/Mirabel Sud : Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Lac-des-Deux-Montagnes
- RLS d'Argenteuil : CSSS d'Argenteuil
- RLS de la Rivière-du-Nord/Mirabel Nord : CSSS de Saint-Jérôme
- RLS des Laurentides : CSSS des Sommets
- RLS d'Antoine-Labelle : CSSS d'Antoine-Labelle

Le RLS de Thérèse-De Blainville, le plus peuplé de la région, et le RLS des Pays-d'en-Haut sont desservis par d'autres CSSS de la région ou des régions voisines, pour les services hospitaliers.

Selon sa situation géographique, le profil de chaque territoire peut être très différent; la région, de façon arbitraire, peut être partagée en trois sous-régions :

- Le sud :

Thérèse-De Blainville, Deux-Montagnes/Mirabel Sud
247 200 habitants ;
secteur suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la grande région de Montréal
- Le centre :

Rivière-du-Nord/Mirabel Nord, Argenteuil
153 613 habitants
secteur diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréo-touristiques se côtoient
- Le nord :

Pays-d'en-Haut, Laurentides, Antoine-Labelle
111 726 habitants
secteur essentiellement rural, exploitant un potentiel récréo-touristique et forestier.

Il est important de savoir que la plus grande partie de la population se trouve au sud du territoire; les moyennes régionales sont le reflet de cette population qui est plutôt jeune et socioéconomiquement favorisée, donnant une image partielle de la réalité de la région.

LA PLUS FORTE PROGRESSION DÉMOGRAPHIQUE AU QUÉBEC

Si l'on exclut les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres cries de la Baie James), dont la petite taille de la population rend les comparaisons hasardeuses, la région des Laurentides est la région qui présente la progression démographique la plus importante au Québec. En effet, en 15 ans, soit entre 1991 et 2006, la population des Laurentides s'est accrue presque quatre fois plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec, gagnant ainsi 121 472 habitants.

En 2006 la région compte 512 539 habitants, ce qui fait d'elle dorénavant la quatrième plus grosse région du Québec, après Montréal, la Montérégie et la région de la Capitale nationale.

ACCROISSEMENT DE LA POPULATION DES LAURENTIDES ET DU QUÉBEC 1991 À 2006			
ANNÉE	LES LAURENTIDES		LE QUÉBEC
	NOMBRE	%	%
De 1991à 1996	+ 47 704	12,2	2,6
De 1996 à 2001	+ 32 639	7,4	2,1
De 2001 à 2006	+ 41 129	8,7	2,8
Total de 1991 à 2006	+121 472	9,4	2,5

Source : calculs effectués à partir des données du MSSS. La population du Québec par territoire de centres locaux de services communautaires, par territoire de réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026 ; 2005

Cette population est répartie de façon très inégale sur l'ensemble de la région. En effet, la densité de population varie de 707,2 habitants/km² dans Thérèse-De Blainville, au sud, à 2,2 habitants/km² dans Antoine Labelle, au nord.

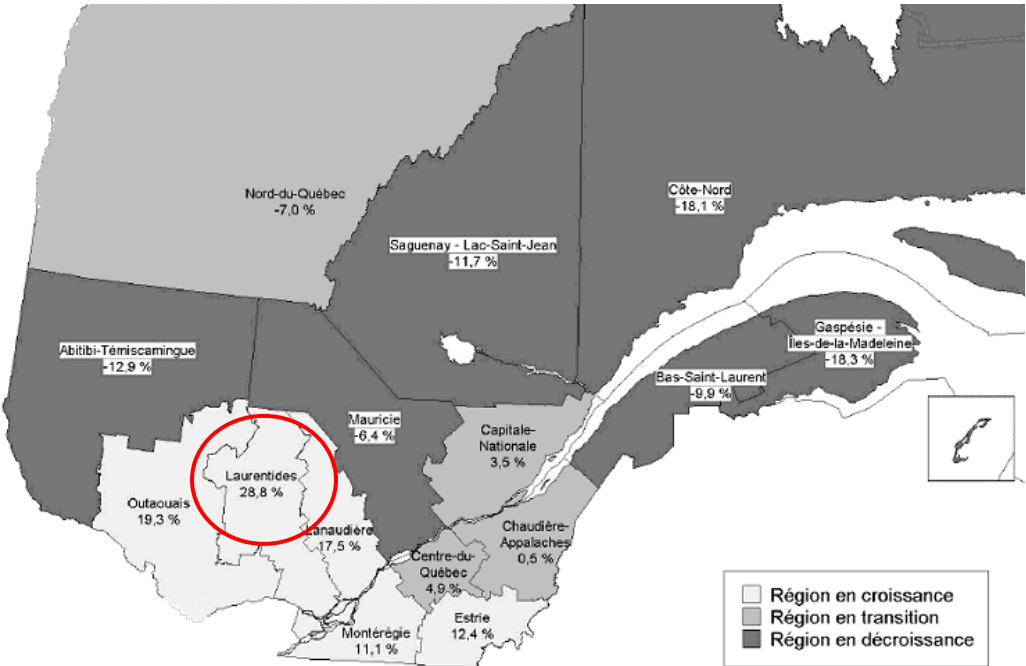
ACCROISSEMENT DE LA POPULATION PAR SOUS-RÉGION DES LAURENTIDES 1991 À 2006						
ANNÉE	SUD		CENTRE		NORD	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
De 1991 à 1996	+ 23 008	12,2	+13 036	11,5	+ 11 650	13,2
De 1996 à 2001	+16 135	7,6	+ 11 768	9,3	+ 4 736	4,7
De 2001 à 2006	+18 602	8,1	+15 346	11,1	+ 7 181	6,9
Total de 1991 à 2006	+57 745	5,2	+ 40 150	5,25	+ 23 567	6,1

Source : calculs effectués à partir des données du MSSS. La population du Québec par territoire de centres locaux de services communautaires, par territoire de réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026 ; 2005

Même si les projections démographiques laissent entrevoir un certain ralentissement de cette croissance entre 2001 et 2011, elle n'en demeurera pas moins trois fois supérieure à la moyenne québécoise.

L'Institut de la statistique du Québec prévoit d'ailleurs que sur une période de 25 ans, de 2001 à 2026, la région des Laurentides aura eu la plus forte croissance de **toutes** les régions du Québec (incluant les régions nordiques) soit une croissance de **28,8 %**.

Accroissement prévu de la population par région sociosanitaire -2001-2026



Source :Institut de la statistique du Québec, Perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051, éd. 2003. -http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf/tendance2001_2051.pdf

En plus de cette augmentation de sa population résidente, la région doit composer avec une importante de résidents saisonniers. Cette population a été estimée à 97 625 personnes au 1^{er} janvier 2002. À ces résidents saisonniers s'ajoutent les personnes qui profitent des infrastructures touristiques de la région. Sans y avoir de domicile ces personnes viennent plus ou moins fréquemment consulter les services offerts par les CLSC. Certains territoires voient leur population pratiquement doubler pendant les fins de semaine et les périodes de vacances.

Cette augmentation de la population, tant résidente que saisonnière, pénalise la région des Laurentides, qui est contrainte d'utiliser la plus grande partie des budgets de développement qu'elle reçoit du MSSS pour maintenir des services au même niveau d'une année à l'autre dans la mesure où le nombre de demandeurs de services augmente à chaque année. Par contre, d'autres régions, dont la population est stable ou en décroissance peuvent utiliser ces budgets pour développer de nouvelles activités.

UNE POPULATION RELATIVEMENT JEUNE : DES JEUNES AU PROFIL PSYCHOSOCIAL QUI NOUS INTERPELLE

Par rapport à l'ensemble du Québec, la région, surtout dans sa partie sud, présente un profil de population relativement jeune avec une proportion plus élevée des 0-4 ans et des 5-17 ans. Comme presque partout au Québec, la population des 0-4 ans a diminué depuis 1991, mais cette diminution reste minime. Pendant cette même période, la population des 5-17 ans s'est enrichie de 14 563 jeunes.

NOMBRE ET PROPORTION DE JEUNES DE 0-4 ANS ET 5-17 ANS LES LAURENTIDES ET LE QUÉBEC, 1991 À 2006					
ANNÉE	LES LAURENTIDES				LE QUÉBEC
	0-4 ans		5-17 ans		
	Nombre	%	Nombre	%	
1991	28 944	7,4	72 265	18,5	6,5
1996	31 737	7,2	80 910	18,4	6,3
2001	26 469	5,6	86 170	18,3	5,2
2006	26 956	5,2	86 828	16,9	4,9

Source : calculs effectués à partir des données du MSSS. La population du Québec par territoires de centres locaux de services communautaires, par territoire de réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026 ; 2005

Or un portrait des jeunes des Laurentides, élaboré par la Direction de santé publique en 2005, montre que bon nombre de ces jeunes vit des problèmes psychosociaux importants entraînant des difficultés d'adaptation sociale tels la violence, le décrochage et le retard scolaire. Il en résulte des pressions importantes sur les services dispensés par le Centre jeunesse, qui fait face à une progression quasi exponentielle du nombre de signalements reçus.

De plus, un des problèmes majeurs que la région connaît depuis quelques années est celui du décrochage scolaire et du faible taux de jeunes qui obtiennent leur diplôme d'études secondaires. En effet, le taux de décrochage est supérieur à celui du Québec dans presque toutes les commissions scolaires de la région.

TAUX DE DÉCROCHAGE (%) DES JEUNES ÉLÈVES EN FORMATION GÉNÉRALE, SELON LES COMMISSIONS SCOLAIRES DU RÉSEAU PUBLIC LA RÉGION DES LAURENTIDES ET LE QUÉBEC ANNÉES SCOLAIRES 2001-2002 À 2004-2005				
COMMISSIONS SCOLAIRES	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
De la Seigneurie-des-Mille-Iles	32,4	30,2	32,1	26,4
De la Rivière-du-Nord	41,1	41,7	42,8	41,2
Des Laurentides	41,2	40,8	37,2	40,8
Pierre-Neveu	33,9	40,5	40,9	33,6
Sir-Wilfrid-Laurier *	26,1	23,3	26,8	25,9
Région des Laurentides	36,4	35,9	36,8	33,7
Le Québec	27,8	28,1	28,1	28,6

* Commission scolaire anglophone qui englobe trois régions administratives : données regroupant les trois régions

Source : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Portrait statistique de l'éducation – 2005, 2006

Il faut savoir que malgré les apparences, la région des Laurentides, surtout au centre et au nord, vit une situation socio-économique défavorable. Ainsi, certains territoires de commission scolaire comptent un pourcentage très élevé (jusqu'à 100 % dans deux territoires) d'écoles assez ou très défavorisées (voir indice de défavorisation dans le tableau ci-dessous), ce qui n'est pas un précurseur de la réussite scolaire.

NOMBRE ET POURCENTAGE D'ÉCOLES ASSEZ OU TRÈS DÉFAVORISÉES PAR TERRITOIRES DE RLS (INDICE DE DÉFAVORISATION* ≥ 7) LAURENTIDES 2004-2005			
ÉTABLISSEMENT	NOMBRE D'ÉCOLES	INDICE ≥ 7	
		Nb	%
Deux-Montagnes/Mirabel sud	34	4	12,0
Thérèse-De Blainville	44	5	11,0
Argenteuil	13	13	100,0
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	34	12	35,0
Pays-d'en-Haut	8	1	12,5
Laurentides	15	9	60,0
Antoine-Labelle	11	11	100,0

* indice de défavorisation : indice composé de la proportion des mères sans diplôme, pour une pondération de deux tiers, et de la proportion de parents dont aucun ne travaille à temps plein, pour une pondération d'un tiers (source : recensement canadien de 2001). Plus l'indice et le rang décile sont élevés, plus le milieu socio-économique est défavorisé.

Source : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction de la recherche, des statistiques et des indicateurs, compilation spéciale des données du recensement canadien de 2001

UNE RÉGION DONT LA POPULATION VIEILLIT TRÈS RAPIDEMENT

Tout en demeurant une région « jeune », les Laurentides sont l'une des régions connaissant le taux d'accroissement le plus rapide de personnes de 65 ans et plus, parmi l'ensemble des régions du Québec. En 20 ans, soit entre 1991 et 2011, la population âgée de 65 ans et plus des Laurentides se sera enrichie de 41 101 personnes. En plus, le groupe d'âge le plus élevé, celui des personnes de 85 ans et plus, est celui qui connaît la plus forte augmentation; or, ce sont ces personnes qui requièrent le plus grand nombre de services.

ACCROISSEMENT DE LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS LES SOUS-RÉGIONS, LES LAURENTIDES ET LE QUÉBEC 1996-À 2011										
ANNÉE	SUD		CENTRE		NORD		LAURENTIDES		LE QUÉBEC	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
De 1991 à 1996	+ 2 410	18,9	+ 2 082	17,2	+ 2437	21,0	+ 6 929	19,0	+ 86 690	11,1
De 1996 à 2001	+ 2 888	19,1	+2 619	18,5	+ 2 404	17,1	+ 7 911	18,2	+ 96 149	11,1
De 2001 à 2006	+ 3959	30,0	+ 3332	19,9	+ 2936	17,8	+10 227	19,9	+104 810	10,9
De 2006 à 2011	+ 6 484	29,5	+4 342	21,6	+ 5 208	26,5	+ 14 830	24,1	+167 836	15,7
Total De 1991 à 2011	+ 15 741	24,4	+12 375	19,3	+12 985	20,6	+ 41 101	20,3	+ 455 485	12,2

Source : calculs effectués à partir des données du MSSS. La population du Québec par territoire de centres locaux de services communautaires, par territoire de réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026 ; 2005

UN PROFIL SOCIOÉCONOMIQUE TRÈS DIVERSIFIÉ

Sur le plan socio-économique, la région présente un bilan plutôt favorable si on la compare au Québec. Cependant, encore une fois, ce bilan représente surtout la performance des deux territoires du sud, les plus peuplés. Certains territoires, notamment Antoine-Labelle et Argenteuil, et à un moindre niveau la MRC des Laurentides, sont relativement, voire très défavorisés. Ces territoires étant peu peuplés, ils ne modifient pas le profil régional.

On remarque également des variations intraterritoriales importantes selon les municipalités ou les différents quartiers de certaines villes. La localisation des « poches » de pauvreté a constitué un travail utile pour planifier les services, surtout en matière d'intervention sociale ou préventive.

Ainsi, le revenu moyen d'emploi de la population de la région des Laurentides est globalement semblable à celui du Québec. Cependant, il existe une différence de 15 117 \$ entre le revenu moyen des personnes des RLS de Thérèse-De Blainville et d'Antoine-Labelle.

REVENU MOYEN D'EMPLOI EN 2000, EN DOLLARS SELON LE STATUT D'EMPLOI LES TERRITOIRES DE RLS, LA RÉGION DES LAURENTIDES ET LE QUÉBEC			
TERRITOIRE	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL OU OCCASIONNEL	TOTAL
	\$	\$	\$
Deux-Montagnes/Mirabel Sud	38 409	18 799	29524
Thérèse-De Blainville	44 941	22 503	35 105
Argenteuil	33 674	16 920	25 805
Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	35 120	17 921	26 692
Pays-d'en-Haut	44 019	22 652	32 296
Laurentides	32 586	18 236	24 243
Antoine-Labelle	29 824	17 241	22 452
La région des Laurentides	38 966	19 626	29 643
Le Québec	39 217	19 058	29 385

Source : Statistique Canada, Recensement canadien de 2001

Si l'on considère la proportion de personnes de la région des Laurentides vivant sous le seuil de faible revenu, le même commentaire s'applique : peu de différences avec le Québec pour ce qui est de l'indicateur régional, mais de grosses différences entre les territoires.

NOMBRE ET POURCENTAGE DE LA POPULATION VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU LES TERRITOIRES DE RLS, LA RÉGION DES LAURENTIDES ET LE QUÉBEC 1995 ET 2000				
TERRITOIRE DE RLS	1995		2000	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Deux-Montagnes /Mirabel Sud	17 515	20,5	13 974	15,4
Thérèse-De Blainville	20 700	17,6	15 700	12,2
Argenteuil	6 215	22,2	5 210	18,6
Rivière-du-Nord /Mirabel Nord	20 170	20,7	18 586	16,1
Pays-d'en-Haut	4 775	17,2	3 350	11,0
Laurentides	7 315	20,7	5 430	14,5
Antoine-Labelle	8 040	24,6	5 760	17,9
Région des Laurentides	84 755	20,0	66 280	14,6
Le Québec	1 630 910	23,4	1 345 490	19,1

Source : Statistique Canada, Recensement canadien de 2001

Cette représentation de la région des Laurentides est à peu près la même pour tous les indicateurs sociaux, déterminants essentiels de l'état de santé de la population.

UNE RÉGION OÙ LES EFFORTS CONSENTIS EN PRÉVENTION COMMENCENT À PORTER FRUIT.

Tabagisme : Alors qu'en 1998, la proportion de fumeurs, dans la population de 15 ans et plus, était de 35,7 %, cette proportion est passée à 28,9 % en 2003. L'implantation de centres d'abandon tabagique et la mise en application de la nouvelle Loi sur le tabac, le 31 mai 2006, devraient encore aider à faire diminuer ce taux, qui reste cependant supérieur à celui du Québec.

PROPORTION DE FUMEURS DE 15 ANS OU PLUS LES LAURENTIDES ET LE QUÉBEC 1998 ET 2003		
ANNÉE	LES LAURENTIDES	LE QUÉBEC
1998	35,7 %	34,0 %
2003	28,9 %	26,9 %

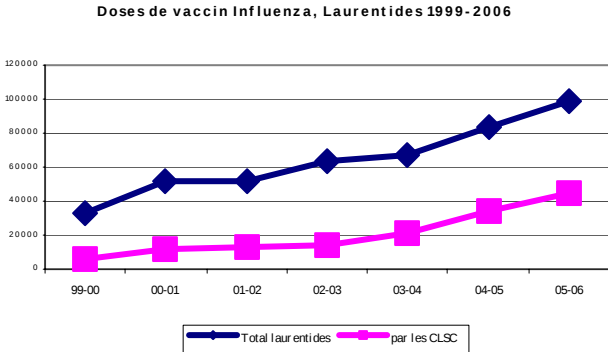
Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998, compilations spéciales août 2005; Statistiques Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003

Excès de poids : Alors que la prévalence de l'obésité augmente dans la province, elle est restée relativement stable dans les Laurentides.

PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ AUTODÉCLARÉE DES ADULTES, LES LAURENTIDES ET LE QUÉBEC 1998 ET 2003		
ANNÉE	LES LAURENTIDES	LE QUÉBEC
1998	13,4 %	12,4 %
2003	13,3 %	14,1 %

Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998, compilations spéciales juin 2005; Statistiques Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1, 2003

Vaccination contre l'influenza : Les efforts déployés depuis ces dernières années pour stimuler la vaccination des groupes ciblés par ce programme montrent des résultats encourageants. En effet, le nombre de doses de vaccins influenza distribuées, a augmenté sans cesse depuis 1999. La proportion de vaccins administrés dans les CSSS augmente de façon parallèle.



De plus, l'administration de ce vaccin a été étendue aux bébés de 6-23 mois dès 2004. En un an seulement, le nombre de vaccins administrés à ces bébés a augmenté de 50 %, passant de 3 005 en 2004 à 4 605 en 2005.

Décrochage scolaire : Le taux de décrochage scolaire augmente sans cesse, et est, dans certains territoires, très supérieur à celui de la province. Treize partenaires de la région (Partenaires pour la réussite éducative des Laurentides : PREL) ont donc décidé d'unir leurs efforts pour favoriser la réussite scolaire et globale des jeunes. Des actions ont été entreprises à tous les niveaux (milieu scolaire, milieu du travail, milieu de la santé, etc.) et les premiers résultats sont prometteurs.

UN ÉCART DE FINANCEMENT DÉMONTRÉ

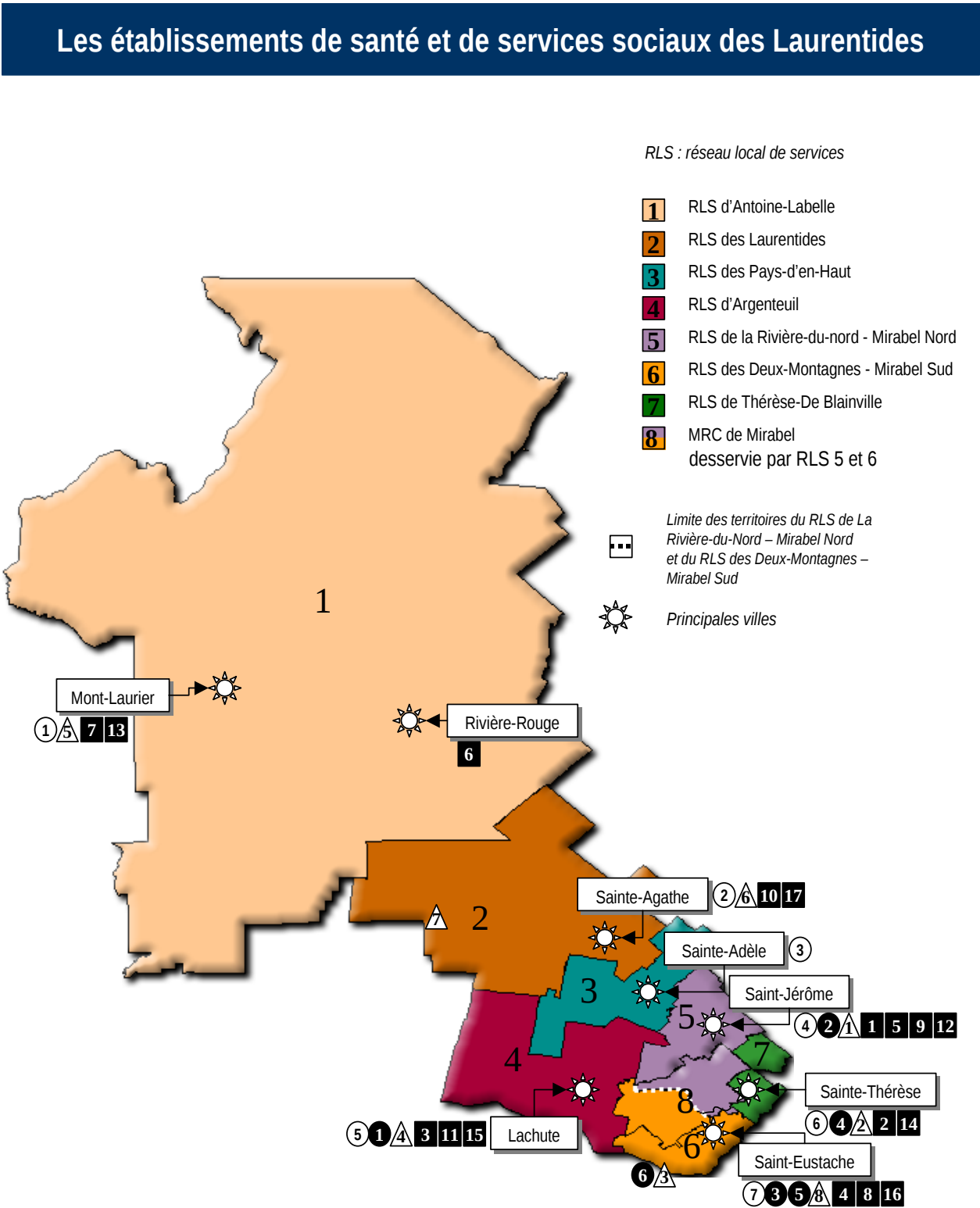
Au cours des dernières années, plusieurs études sont venues démontrer que la région des Laurentides avait besoin d'investissements nouveaux afin d'être en mesure d'offrir à ses résidents un accès aux services comparable à la moyenne du Québec. Cette situation a été reconnue par le MSSS et, bien que la région ait commencé à recevoir de nouveaux crédits en vue d'y remédier, ce rattrapage est loin d'être complété. Dans leur version la plus récente, les travaux menés par le Ministère relativement à l'équité interrégionale placent la région des Laurentides à l'avant-dernier rang des régions, ce qui représente un manque à gagner de 40 M\$, soit plus de 6 % des budgets actuellement consentis à la région.

ÉCART ENTRE LA DÉPENSE ATTENDUE ET LA DÉPENSE DE RÉFÉRENCE PAR RÉGION ADMINISTRATIVE			
Région	Dépense de référence	Surplus (manque) de ressources	Rang
01 Bas Saint-Laurent	427 672 027 \$	7 418 060 \$	3
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	524 129 089 \$	1 389 934 \$	6
03 Capitale Nationale	1 634 603 736 \$	41 862 171 \$	2
04 Mauricie Centre-du-Québec	860 148 208 \$	1 802 156 \$	5
05 Estrie	591 492 560 \$	(34 193 256) \$	13
06 Montréal	4 958 311 172 \$	189 446 588 \$	1
07 Outaouais	490 491 573 \$	1 149 063 \$	7
08 Abitibi-Témiscamingue	300 133 190 \$	(4 178 370) \$	10
09 Côte-Nord	227 659 032 \$	(16 184 892) \$	11
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	242 937 915 \$	(1 052 585) \$	8
12 Chaudière-Appalaches	608 981 068 \$	4 976 893 \$	4
13 Laval	458 508 197 \$	(22 296 140) \$	12
14 Lanaudière	526 808 234 \$	(4 003 353) \$	9
15 Laurentides	629 577 443 \$	(40 101 202) \$	14
16 Montérégie	1 655 782 364 \$	(126 035 066) \$	15
14 137 235 808 \$		1 \$	

Source: MSSS- DGCFE 23 mars 2006

2. Le réseau et ses partenaires

Au 31 mars 2006, le réseau des Laurentides était constitué de la façon suivante :



Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides

○ Les centres de santé et de services sociaux *

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

● Les centres d'hébergement et de soins de longue durée

- 1 La Résidence de Lachute
- 2 CHSLD Villa Soleil ***
- 3 CHSLD Deux-Montagnes***
- 4 CHSLD Boisé Ste-Thérèse ****
- 5 Domaine des Trois-Pignons (CA l'Ermitage) ****
- 6 Manoir d'Oka ****

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

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

■ Les centres de réadaptation

Déficience intellectuelle

- 1 Centre du Florès (Saint-Jérôme)
 - 2 Boisbriand
 - 3 Lachute
 - 4 Saint-Eustache
- 5 Pavillon Ste-Marie ***
- 6 CSSS d'Antoine-Labelle

Déficience physique

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

Alcoolisme et toxicomanies

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

- * Regroupant les missions de centre hospitalier, de centre local de services communautaires et de centre d'hébergement et de soins de longue durée
 - ** CLSC et CHSLD seulement
 - *** Établissement privé conventionné
 - **** Établissement privé non conventionné

La région comptait également au 31 mars 2006 sur :

- 890 places en ressources intermédiaires et 1 278 places en ressources de type familial.
- 131 organismes communautaires subventionnés par l'Agence (voir liste en annexe 1)
- 9 entreprises ambulancières comptant environ 300 techniciens ambulanciers qui ont effectué près de 35 000 transports en 2005-2006;
- 3 groupes de médecine de familles (GMF) situés dans la MRC d'Antoine-Labelle, dans la MRC des Laurentides et dans la MRC de Thérèse-De Blainville où 26 810 personnes y sont inscrites;
- 72 cliniques médicales privées;
- 5 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique qui ont dispensé plus de 190 237 heures/services en 2005-2006.

De plus, la gestion du réseau est enrichie par la collaboration des partenaires multisectoriels tels que ceux du milieu de l'éducation et du milieu municipal, dont la Commission régionale des élus.

3. L'Agence

SA MISSION

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides est vouée à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de son territoire. Elle partage cette mission avec les établissements et ses collaborateurs oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

De concert avec ses partenaires, l'Agence crée les conditions nécessaires à l'accomplissement de cette mission par l'exercice de ses fonctions :

- évaluer l'état de santé et de bien-être de la population;
- initier, guider et participer aux efforts de prévention;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et de groupes;
- assurer la participation de la population à la gestion du réseau et assurer le respect des droits des usagers;
- allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires;
- assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
- d'assurer la coordination des activités particulières des médecins;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- prévoir des modalités pour informer la population et en connaître la satisfaction au regard des services;
- évaluer la performance du réseau des Laurentides et rendre compte de l'impact des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

SES VALEURS

Le droit aux services

Tous les citoyens ont le droit d'obtenir de l'aide et des services pour maintenir ou améliorer leurs capacités physiques, intellectuelles et sociales, afin d'être en mesure d'exercer dans leur milieu les différentes fonctions qu'ils entendent assumer.

L'Agence reconnaît le droit à un accès universel aux services de restauration de la santé physique et psychologique lorsque la vie et l'intégrité des personnes sont en jeu.

La protection du bien commun

Les choix ou décisions du conseil d'administration et de la permanence de l'Agence reposent sur une valeur de « gardien du bien commun santé et bien-être ». Cette valeur convie les décideurs à la défense des intérêts à long terme de la population et des citoyens aux dépens de préférences qui peuvent être portées par des groupes de pression ou des individus.

L'équité intrarégionale

L'Agence joue un rôle actif dans tous les travaux devant mener à une distribution plus équitable des ressources afin que s'instaure un meilleur équilibre entre les mesures universelles s'adressant à l'ensemble de la population et les mesures sélectives axées sur les personnes et les groupes plus vulnérables.

En effet, il a été longuement documenté et démontré que le niveau de santé d'une personne ou d'une communauté résulte de l'interaction entre les déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux. Il y a donc dans la région des territoires où les populations sont plus vulnérables et plus à risque de développer des problèmes de santé ou des problèmes sociaux. Par conséquent, l'Agence entend donner la priorité d'accès à certaines mesures aux personnes et aux groupes plus vulnérables.

Le respect de la vie privée et de la confidentialité

L'Agence s'engage à respecter ces deux principes au regard de l'utilisation des technologies informationnelles, notamment pour le fonctionnement des réseaux intégrés de services, au regard de l'exercice de la fonction surveillance de l'état de santé de la population des Laurentides, de la réalisation d'enquêtes ou de sondages sur la satisfaction ou encore lors du traitement d'une plainte.

La transparence dans les communications

L'Agence entend maintenir des communications ouvertes et transparentes avec la population, ses partenaires publics et privés, et son personnel.

L'ouverture à l'influence sur les décisions

Lors des grands chantiers et des travaux majeurs, l'Agence entend permettre à la population et aux parties intéressées et touchées de participer au processus afin qu'elles puissent exprimer leur point de vue, faire connaître leurs perceptions et leurs préoccupations face à la situation, contribuer à la recherche de solutions et influencer les décisions de gestion.

La reconnaissance de la contribution des ressources humaines

Considérant les personnes qui y travaillent comme l'assise du réseau, l'Agence appuie les établissements dans le développement continu et le ressourcement des ressources humaines.

L'Agence cherche constamment à améliorer l'efficacité et l'organisation des services, leur prestation et leur qualité. C'est pourquoi elle convie les établissements à s'inscrire dans cette orientation qui devrait conduire à une gestion proactive des ressources humaines.

La gestion rigoureuse et axée sur les résultats

Le contexte de ressources limitées que nous connaissons vient renforcer la volonté de l'Agence d'assurer une gestion plus rigoureuse, c'est-à-dire reposant sur l'information pertinente disponible, valide et digne de foi sur le plan scientifique devant mener à l'imputabilité et à la reddition de comptes.

SON FONCTIONNEMENT

Le plan d'organisation de l'Agence comptait, au 31 mars 2006, six directions, un département régional de médecine générale, une commission médicale régionale, une commission infirmière régionale, une commission régionale multidisciplinaire un comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise, un forum de la population et un commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. De plus, conformément aux nouvelles dispositions légales, la commission médicale régionale a été remplacée au cours de 2006 par la table des chefs de département de médecine spécialisée et nous avons mis en place un comité régional sur les services pharmaceutiques et instauré un comité de vigilance et de qualité.

Au-delà de ces structures formelles, l'Agence est en lien constant avec le réseau régional par l'entremise de très nombreux lieux de discussion, parmi lesquels il convient de signaler :

- le comité de gestion régional;
- le comité stratégique de santé publique;
- de très nombreux comités de travail ad hoc constitués avec la collaboration des partenaires pour disposer de problématiques particulières ou pour réaliser des mandats précis et convenus.

SON ORGANIGRAMME



SES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 9,1 M\$ en 2005-2006. De ce montant, 28 % sont consacrés aux fonctions de la santé publique et 72 % aux fonctions de coordination du réseau et à l'administration générale.

Le budget de l'Agence dédié à la coordination du réseau totalisait 6,6 M\$ en 2005-2006, soit 1,1 % du budget de 569,9 M\$ du réseau régional dont l'Agence assume la coordination. La croissance du budget de l'Agence dédié à la coordination du réseau a été de 6,4 % entre 2002-2003 et 2005-2006, alors que la progression du budget du réseau régional a été de 20,6 % le faisant passer de 472,5 M\$ à 569,9 M\$.

	2002-2003	2004-2005	2005-2006	Variation	
	\$	\$	\$	\$	%
Budget d'exploitation de l'Agence	7 873 034	8 723 783	9 111 398	1 238 364	15,73
Fonds des activités accessoires	267 977	309 983	294 680	26 703	9,96
Fonds des activités régionalisées	1 643 577	2 582 279	3 321 722	1 678 145	102,10
Fonds affectés	43 447 140	43 037 771	48 527 166	5 080 026	11,69
Fonds santé et sécurité au travail	2 563 276	2 586 703	2 526 825	(36 451)	-1,42

L'accroissement des fonds des activités régionalisées est principalement dû aux développements des activités du technocentre régional et à la création du fonds du carrefour informationnel et documentaire.

4. Les grands chantiers de 2002 à 2006

Afin d'apprécier l'ensemble des résultats obtenus pour la période de 2002 à 2006, il convient de rappeler les grandes étapes franchies au cours des quatre derniers exercices financiers. Cette période est caractérisée par d'importants travaux qui ont mobilisé une bonne partie de la permanence de l'Agence.

- L'élaboration du Plan stratégique triennal d'organisation des services 2003-2006, « Pourvoir à notre santé », terminé en mars 2003 et qui a fait l'objet d'une consultation publique régionale, nous a permis de porter un regard neuf sur nos priorités régionales, nos stratégies de gestion et surtout sur l'organisation des services dans un contexte où des nouveaux crédits étaient attendus.
- La démarche d'élaboration du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des plans d'action locaux de santé publique a permis à la région de se donner une vision afin d'amorcer un virage vers la prévention et de déterminer les priorités d'action pour, à la fois, mettre en oeuvre cette vision et garantir la pérennité des ressources du programme de santé publique.
- Restructuration du réseau régional en fonction des dispositions législatives découlant de l'adoption de la *Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux*. Ce nouveau modèle régional d'organisation des services a généré :
 - des changements structurels importants, le nombre d'établissements publics est passé de 16 à 11. Nous comptons maintenant sept CSSS, un centre jeunesse, un centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie, un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, un centre d'hébergement et de soins de longue durée désigné en fonction du programme d'accès aux services en langue anglaise. Les services spécialisés de réadaptation en déficience physique sont assurés par un centre de réadaptation en déficience physique bi-régional, soit le CRDI Le Bouclier;
 - une démarche régionale ayant mené à l'élaboration d'un document de référence s'appuyant sur la hiérarchisation des services, l'approche par programme service et la budgétisation par programme. Ce document vise à soutenir les CSSS dans l'élaboration de leur projet clinique;
 - deux événements régionaux tenus par la direction régionale de santé publique afin de soutenir les CSSS dans l'actualisation de leur responsabilité populationnelle.
- L'instauration d'un processus formel de reddition de compte entre l'Agence et les établissements sur les priorités annuelles convenues conjointement dans les ententes de gestion et d'imputabilité;
- L'élaboration des continuums d'intervention. Ces travaux débutés en 2005 visent à rendre accessible aux gestionnaires, aux intervenants et aux partenaires toute une gamme d'informations permettant de visualiser leur contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être. Les continuums d'interventions sont conçus à partir des cartes stratégiques conçues par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Ils permettent de positionner les interventions et les informations disponibles relativement aux objectifs des projets cliniques, à savoir l'amélioration de la qualité, de la continuité et de l'accessibilité des services, et relativement à la gamme complète des services : le prévenir, le guérir et le soutenir. Un premier continuum d'interventions a été conçu, le continuum d'interventions auprès des personnes âgées. Un second continuum d'interventions, auprès des jeunes 0-25 ans et leur famille, est en cours d'élaboration.

5. La participation de la population à la gestion du réseau

FAITS SAILLANTS

En 2002, l'Agence a mis en place et supervisé les processus de nomination des membres des conseils d'administration des 16 établissements publics de la région ainsi que des membres du Forum de la population, et organisé des séances de formation pour le développement des compétences attendues chez ces personnes issues de la population.

En 2003-2004, la permanence de l'Agence a coordonné le processus de nomination d'un nouveau conseil d'administration, suite à l'entrée en vigueur du projet de loi 25 sur la création des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Elle a également tenu de nombreuses consultations auprès de la population en associant le Forum de la population, notamment sur la planification triennale d'organisation des services 2003-2006, sur le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, sur le modèle d'organisation de la région devant être déposé suite à l'adoption du projet de Loi 25.

Le projet de Loi 83 sanctionné en novembre 2005 a nécessité la nomination d'un nouveau conseil d'administration au 30 janvier 2006 puisque nous passons d'agence régionale de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à agence de la santé et des services sociaux.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Constitution des conseils d'administration des établissements :

- Le soutien à l'élaboration et à l'adoption des règlements d'élection et de désignation;
- La formation à l'intention des présidents des processus de désignation et d'élection;
- La supervision du processus d'élection des représentants de la population : information à la population, dépliant, information aux médias, etc.;
- Le processus électoral mis en place qui permet de combler les différents sièges de représentants de la population dans les 16 établissements concernés;
- La supervision du processus de désignation de certains membres des conseils d'administration;
- La désignation par l'Agence de 36 personnes au sein des conseils d'administration des établissements à titre de « personnes désignées par l'Agence de santé et de services sociaux ».

Le développement des compétences des membres de conseils d'administration

Un programme triennal d'intégration, de développement et de soutien des membres de conseils d'administration a été élaboré en collaboration avec les membres de conseils d'administration et directeurs généraux de notre région. C'est dans ce cadre qu'ont lieu les activités suivantes :

- accueil régional des nouveaux membres de conseils d'administration avec la présidente-directrice générale
 - deux rencontres, une au sud et une autre au nord
 - 74 participants;
- rôles et responsabilités des membres de conseils d'administration
 - trois sessions (deux au sud et une au nord)
 - 58 participants;

- la présidence du conseil : un rôle pivot à maîtriser
 - une session
 - 26 participants;
- responsabilité populationnelle dans les réseaux locaux de services
 - une soirée conférence
 - 64 participants.

Le Forum de la population

- Sur les 17 sièges du Forum de la population, trois sont réservés à des personnes proposées par les comités des usagers, dont au moins deux doivent être membres d'un comité des usagers, et les 14 autres sont destinés aux candidatures proposées par le milieu socio-économique identifiées en étroite collaboration avec le Conseil régional de développement des Laurentides (CRDL) devenu la Conférence des élus en 2005;
- Au sein du Forum de la population, chacun des sept territoires de CLSC est représenté. Un équilibre est maintenu entre les femmes et les hommes ainsi qu'entre les différents groupes d'âge (35 ans ou moins, de 35 à 55 ans ou plus de 55 ans);
- Depuis sa mise sur pied en octobre 2002, le Forum de la population s'est réuni à 14 reprises et a produit trois avis déposés au conseil d'administration de l'Agence sur :
 - la planification stratégique triennale d'organisation de services pour la région des Laurentides 2003-2006;
 - le plan d'action régional (PAR) en santé publique 2004-2007;
 - l'implantation des réseaux locaux de services de santé e de services sociaux en 2005-2006.
- Les membres du Forum se sont acquittés de leurs deux responsabilités légales envers le conseil d'administration de l'Agence en se prononçant sur les modes de consultation de la population et sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population. En plus de donner leur avis sur ces questions majeures, les membres du Forum se sont également approprié les dossiers suivants et se sont prononcés sur plusieurs d'entre eux :
 - le portrait et les enjeux sociosanitaires de la région des Laurentides;
 - le bilan des priorités qui fait le point sur les réalisations du Plan de consolidation du réseau pour la période 1998-2001;
 - les perceptions des membres du Forum sur les services de santé et les services sociaux de la région des Laurentides;
 - les portraits de santé de la région des Laurentides;
 - l'état de situation sur la refonte du ministère de la Santé et des Services sociaux;
 - l'implantation d'un centre de radiothérapie dans les Laurentides;
 - le dépistage du cancer de la prostate;
 - le plan d'action de lutte contre le cancer;
 - les rapports annuels sur le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux et sur l'amélioration continue de la qualité des services dans les Laurentides;
 - le rapport de la directrice de santé publique;
 - l'implantation et le rôle des réseaux locaux;
 - le projet de loi 83;
 - l'élaboration des projets cliniques et organisationnels des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides.
- Trois rencontres publiques ont été tenues par le Forum avec le conseil d'administration de l'Agence.
- L'année 2004-2005 a été peu active pour le Forum de la population puisque la première version du projet de loi 83 prévoyait son abolition. Par la suite, dans la version finale, il a été maintenu. Cette instance de participation de la population a très bien fonctionné jusqu'ici dans les Laurentides.

6. Le respect des droits des usagers

FAITS SAILLANTS

- Mise sur pied d'un regroupement régional des comités des usagers et d'un regroupement régional des commissaires aux plaintes et à la qualité des services en lien avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Laurentides, le Protecteur des usagers, le Protecteur du citoyen et la direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux pour une cohérence et un suivi des examens des plaintes.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Comités des usagers, commissaires aux plaintes et à la qualité des services

- Intensification du soutien de l'Agence auprès des comités des usagers des établissements des Laurentides, depuis 2003; un Regroupement régional des comités des usagers a été mis sur pied.
- Désignation en 2004 du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Laurentides comme un organisme avec mission spécifique et dédiée uniquement à l'assistance et l'accompagnement des usagers. Voici quelques données sur son volume d'activités :

ANNÉE	INFORMATIONS RÉFÉRENCES	SOUTIEN ET CONSEIL	DÉMARCHES DE PLAINTÉ
2004-2005	24	68	96
2005-2006	16	134	96

Source :Rapports annuels d'activité du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes des Laurentides.

Plaintes traitées par l'Agence :

Le commissaire régional a examiné, depuis 2002-2003, 103 plaintes

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES DEPUIS 2002-2003							
2002-2003	2003-2004	2004-2005			2005-2006		
		Org. com.	S. préhosp. d'urgence	Agence	Org. com.	S. préhosp. d'urgence	Agence
		7	14	1	5	22	0
27 plaintes	27 plaintes	22 plaintes			27 plaintes		

Source : Rapports annuels sur le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux et sur l'amélioration continue de la qualité des services dans les Laurentides.

Signalements examinés par l'Agence :

Le commissaire régional a évalué, depuis 2002-2003, 101 signalements à l'endroit des résidences privées non titulaires d'un permis du MSSS.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SIGNALEMENTS DEPUIS 2002-2003			
2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
14 signalements	34 signalements	37 signalements	16 signalements

Source : Rapports annuels sur le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux et sur l'amélioration continue de la qualité des services dans les Laurentides.

Plaintes traitées par les établissements :

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS							
	2002-2003	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
		Commissaires locaux	Médecins examinateurs	Commissaires locaux	Médecins examinateurs	Commissaires locaux	Médecins examinateurs
Total		534	174	489	156	539	126
Grand total	562	708		645		665	

Source : Rapports annuels sur le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux et sur l'amélioration continue de la qualité des services dans les Laurentides.

RÉPARTITION DES PLAINTES PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT							
Type d'établissement	2002-2003	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	Commissaires locaux	Commissaires locaux	Médecins examinateurs	Commissaires locaux	Médecins examinateurs	Commissaires locaux	Médecins examinateurs
CHSGS	416	290	172	273	152	315	123
CLSC	33	80		84	1	86	1
CHSLD	25	52	2	51	3	40	2
CLSC-CHSLD ¹	15						
CR	27	50		40		66	0
CPEJ-CRJDA	46	62		41		32	0
Total		534	174	489	156	539	126
Grand total	562	708		645		665	

Source : Rapports annuels sur le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux et sur l'amélioration continue de la qualité des services dans les Laurentides.

L'accès aux services en langue anglaise

- Un programme d'accès aux services en langue anglaise a été adopté par la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides en 1999. Ce programme d'accès vise à favoriser l'accessibilité en langue anglaise à tous les services des établissements de la région, soit sur base *bona fide*, soit sur base de services garantis en vertu d'un décret ministériel.

Ainsi, un établissement a été désigné en vertu de la Charte de la langue française comme devant offrir tous ses services en langue anglaise, soit la Résidence de Lachute. Huit autres établissements situés dans des territoires où se retrouve une population anglophone significative ont été indiqués par décret ministériel comme devant offrir certains de leurs services en langue anglaise;

DÉFIS ET ENJEUX

- Optimiser le soutien aux commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux comités des usagers dans l'exercice de leur fonction reliée à l'information et la défense des droits des usagers, la mesure de la satisfaction, l'amélioration de la qualité des services et l'accompagnement des usagers;
- Accentuer les activités de promotion de la qualité des services, du code d'éthique et du régime d'examen des plaintes;
- Réviser en 2006-2007 le programme d'accès aux services en langue anglaise.

➤ 7. L'amélioration continue de la qualité des services

FAITS SAILLANTS

- Le soutien aux établissements dans le processus d'agrément;
- L'élaboration d'une vision régionale de la qualité par l'ensemble du réseau des établissements et de l'Agence (voir annexe 2)
- Les visites d'appréciation de la qualité des services d'hébergement dans les établissements;
- Le soutien à la mise en place des comités de gestion des risques dans les établissements;

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Prestation sécuritaire des services

- Mise en place par l'Agence et les établissements des comités de gestion des risques ;
- Tenue de multiples activités d'analyse, d'ajustements et de formation;
 - administration du sondage élaboré par le MSSS sur les outils disponibles et les politiques et règlements adoptés (2003-2004);
 - présentation au Comité de gestion du réseau régional de la Loi sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, en lien avec le régime de traitement des plaintes, par le Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux, et présentation d'un logiciel sur la gestion des risques (2003-2004);
 - formation sur le Manuel de gestion des risques (2004-2005);
 - suivi de la mise en place des dispositions de la Loi sur la prestation sécuritaire des services;
 - encadrement et soutien des formateurs régionaux;
- Assurance obtenue de chaque établissement que chacun d'eux dispose d'un protocole interne en lien avec les orientations ministérielles sur l'utilisation des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques).

Résidences privées d'hébergement pour personnes âgées

- Au 31 mars 2006, notre région compte 157 résidences privées pour personnes âgées inscrites au registre;
- En 2003, en partenariat avec le réseau et avec les propriétaires des résidences privées, réalisation d'une mise à jour du Cadre de référence et de la procédure d'intervention pour la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables hébergées dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du MSSS.

Visites d'appréciation de qualité

- Depuis 2004, 8 visites d'appréciation par des équipes ministérielles ont été faites dans des ressources d'hébergement en longue durée et des ressources de type familial et intermédiaire, de même qu'au Centre jeunesse des Laurentides. Ces visites se sont soldées par une série de recommandations à l'intention des établissements concernés. Des plans d'action ont été élaborés et implantés pour donner suite à ces recommandations et un suivi régulier a été assuré par l'Agence.

Suivis des recommandations du coroner

- Clarification du processus de suivis des recommandations du coroner, lors de travaux menés conjointement par le Ministère, les agences et le coroner. L'Agence, dans plusieurs situations, a assuré son rôle de suivi des recommandations auprès des établissements.

DÉFIS ET ENJEUX

- Évaluer la pertinence de maintenir le programme d'appréciation des Roses d'Or dans le contexte d'une démarche nationale de certification des résidences privées;
- Concevoir un programme de formation pour les comités de vigilance et de la qualité des conseils d'administration des établissements et de l'Agence pour s'approprier leurs mandats, rôles et fonctions;
- Assurer le suivi de l'implantation du processus d'agrément des établissements et l'actualisation des recommandations découlant des visites d'agrément.

8. Les programmes services

8.1 À l'ensemble de la population

8.1.1 Santé publique

FAITS SAILLANTS

La période de 2002 à 2006 fut marquée par l'élaboration et l'implantation du plan d'action régional (PAR) de santé publique 2004-2007 « *Prévenir pour l'avenir* ». Ce plan, prescrit par la Loi de santé publique adoptée en décembre 2001, a été écrit en concertation avec les CLSC. Cet exercice a permis de resserrer les liens de collaboration et a grandement contribué au soutien des CLSC dans leur propre exercice d'élaboration de leur Plan d'action local. Dans le PAR, la Direction de santé publique (DSP) et les CLSC ont convenu ensemble de cinq grands défis qui ont guidé les actions en santé publique :

- placer la prévention en tête de nos obligations;
- augmenter de façon appréciable les services aux groupes plus vulnérables;
- recentrer les rôles et fonctions de la direction de santé publique et des CLSC;
- travailler avec les médecins pour accentuer le réflexe de maintenir en santé;
- exercer une influence positive auprès des communautés qui se mobilisent.

Afin de réaliser ce plan, la DSP a interpellé les autres partenaires intersectoriels à deux reprises lors de rendez-vous annuels de santé publique. Un premier rendez-vous eut lieu en octobre 2004, pour présenter le portrait de santé de la région et les actions retenues dans le PAR. Cela a permis de jeter les bases de nouveaux partenariats. Au cours du deuxième rendez-vous en novembre 2005, le premier rapport de la directrice de santé publique sur les habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques a été présenté aux partenaires.

La DSP a consolidé les liens de partenariat avec le milieu de l'éducation notamment par le biais de l'entente MSSS-MELS et de sa participation au PREL (Partenaires pour la réussite éducative des jeunes dans les Laurentides). La lutte contre le décrochage scolaire a été retenue par tous comme un incontournable dans la région.

L'arrivée des nouveaux crédits, depuis 2003-2004, est venue consolider le déploiement des activités de prévention sur le territoire et a permis la mise sur pied de nouveaux programmes.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Le mandat de santé publique s'articule autour de quatre fonctions (promotion de la santé, prévention des maladies, protection de la santé de la population, surveillance de l'état de santé et de ses déterminants). Toutes les activités sont regroupées en sept grands domaines d'intervention, comme le prévoit le Programme national de santé publique :

- les activités de surveillance;
- les habitudes de vie et maladies chroniques;
- le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- les traumatismes non intentionnels;
- les maladies infectieuses;
- la santé environnementale;
- la santé au travail.

Les activités de surveillance

En conformité avec son mandat légal de surveillance, la DSP a produit trois portraits de santé de la population, brièvement décrit ci-dessous.

La santé, une responsabilité partagée (2005)

Ce portrait de la santé de la population de la région et des différents territoires a été diffusé aux partenaires du réseau de la santé et des autres secteurs. Cette large

diffusion avait pour objet d'appuyer l'élaboration des projets cliniques des établissements, notamment en fournissant des données exhaustives sur les caractéristiques sociales et de santé de la population à desservir dans chacun des territoires de réseau local de services (RLS).

La santé des aînés, un coup d'œil vers l'avenir (2005)

Ce portrait de santé de la population âgée de 65 ans et plus documente l'évolution de la santé et des conditions de vie des aînés, afin d'alimenter le travail de planification du réseau de la santé, de ses partenaires intersectoriels et des acteurs de la communauté. Ce portrait a été particulièrement utile dans le contexte de l'élaboration et de la mise en œuvre du Plan d'action pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement

La santé des jeunes sur tous les plans! (2006)

Ce portrait de santé des jeunes de 0 à 17 ans vise à soutenir la détermination de priorités d'action et le déploiement d'interventions favorisant le développement sain des jeunes.

Les habitudes de vie et les maladies chroniques

Les maladies chroniques représentent un fardeau sans cesse croissant pour le réseau de la santé. Pour en diminuer le poids dans les années à venir, la DSP tente d'agir au niveau des habitudes de vie par différentes stratégies

Services d'abandon tabagique

Depuis mai 2002, les services de **Centres d'abandon tabagiques** (CAT) sont disponibles dans chacun des territoires locaux. Le nombre de fumeurs rejoints est à la hauteur du financement consenti pour une population estimée à 450 000 personnes, alors qu'en 2006, on en dénombre 512 000. La proportion de fumeurs de 15 ans et plus a tout de même diminué d'environ 20 % entre 1998 et 2003.

Programme 0-5-30 combinaison prévention

Ce programme vise à améliorer les trois principales habitudes de vie (tabac, nutrition et activité physique), responsables de l'apparition des maladies chroniques. En 2003, un projet pilote d'implantation du programme *0-5-30 Combinaison prévention* a été réalisé sur le territoire du RLS d'Argenteuil et a permis de déterminer les conditions de déploiement régional du programme. Ce déploiement est amorcé depuis 2004-2005. Dix-sept milieux de travail et neuf municipalités participent actuellement au programme.

La promotion de saines habitudes de vie passe, entre autres, par la création d'environnements favorables à la santé. La DSP a le mandat légal de répondre aux MRC et aux municipalités lors de la révision de leurs schémas d'aménagement. La DSP donne son avis sur la grande majorité des schémas d'aménagement, mais le défi qu'elle s'est donné pour les prochaines années est de ne pas se limiter à réagir à des schémas déjà rédigés, mais de participer à leur élaboration pour influencer leur rédaction en fonction de la création d'environnements favorables à la santé.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

La région a atteint l'objectif d'inviter toutes les femmes admissibles à participer au programme. Ainsi, le nombre de femmes rejointes est passé de 10 124 en 2002 à 14 495 en 2005. Malgré cette augmentation, le pourcentage de participation des femmes demeure inchangé, autour de 40 %, principalement à cause de la progression démographique.

Depuis le début de l'implantation du programme, quatre centres de dépistage désignés (CDD) et un centre régional d'investigation diagnostique (CRID) ont été accrédités. L'étendue du territoire et l'augmentation du nombre de femmes ciblées par le programme nous poussent à envisager l'ouverture éventuelle d'un deuxième CRID afin d'améliorer l'accessibilité aux services.

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale

Écoles en santé et villes et villages en santé

La région des Laurentides s'est avérée un terrain fertile pour une approche de développement des communautés tels : Villes et villages en santé (VVS) et Écoles en santé (EES). La DSP s'est inscrite en soutien aux nombreuses initiatives de ses partenaires (milieu municipal et milieu scolaire). Ainsi, vingt municipalités adhèrent au réseau québécois VVS, et 27 écoles ont été ciblées dans les plans locaux des CSSS.

De plus, la DSP collabore avec la conférence régionale des élus (CRÉ) à la mise en œuvre d'un plan d'action régional de développement social centré sur les quatre priorités suivantes :

- le transport collectif,
- l'habitation,
- le soutien aux familles,
- la lutte à la pauvreté.

Sécurité alimentaire

Depuis 2003, 26 projets ont été soutenus financièrement suite à la mise en œuvre du cadre de référence en sécurité alimentaire du MSSS. Ces projets (cuisines collectives, jardins communautaires) sont issus de concertations locales avec les organismes du milieu. Tous les projets, constituant une alternative au dépannage alimentaire, ont visé à développer les compétences individuelles en matière d'alimentation, tout en luttant contre l'isolement social.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Ces services visent à rejoindre les mères dans des familles en contexte de très grande vulnérabilité (mères adolescentes ou mères de plus de 20 ans faiblement scolarisées). Dans la région, ces services sont implantés dans l'ensemble des territoires de RLS. Cependant, le maintien de l'intensité des services, critère important de réussite du programme, demeure très difficile à cause, d'une part, du manque de ressources disponibles, mais également d'un refus des jeunes mères vis-à-vis de l'encadrement important que cela représente pour elles.

Allaitement

L'initiative des amis des bébés (IAB) certifie qu'un établissement offre des soins et des services exemplaires aux mères et à leur bébé dans le but de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.

En matière de soutien à l'allaitement maternel, la cible fixée dans le Plan d'action régional 2004-2007 d'implanter le réseau *Amis des bébés* dans deux CSSS est déjà atteinte (Lac-des-Deux-Montagnes, volet CH, et Argenteuil, volet CLSC).

Le CSSS d'Argenteuil est devenu en 2005 le premier établissement de santé offrant des services de santé communautaire à être accrédité IAB au Québec, au Canada et même en Amérique du Nord.

Santé mentale - prévention du suicide

Compte tenu de la problématique importante du suicide dans le territoire du RLS d'Antoine-Labelle, un programme cadre de formation en prévention du suicide à l'intention des intervenants et des citoyens, *Tous ensemble pour la vie* (variante du programme *Réseau sentinelles*), a été implanté. Suite à l'évaluation des résultats de ce programme, un travail d'information et de sensibilisation se poursuit de façon continue afin de favoriser l'implantation du programme dans l'ensemble de la région.

Les traumatismes non intentionnels

La DSP s'est investie principalement dans la prévention des chutes chez les personnes âgées. Le *Programme intégré d'équilibre dynamique* (P.I.E.D.) vise la réduction des facteurs de risque de chute, la diminution de la morbidité, notamment

des hospitalisations et de la mortalité liées aux chutes. Ce programme, implanté dans les sept territoires de CSSS depuis 2004, a rejoint plus de 400 personnes âgées de 65 ans et plus.

Les maladies infectieuses

Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Le nombre de MADO dans les Laurentides croît sans cesse. Pour faire face à cette croissance, depuis avril 2003, des équipes d'infirmières ont été constituées dans chacun des CSSS pour effectuer les investigations de tous les cas déclarés et mettre en place les interventions préventives nécessaires. Cette organisation du travail assure plus rapidement l'interruption de la transmission de la maladie.

Pandémie d'influenza

Le Plan d'action régional de lutte à une pandémie d'influenza a été déposé au MSSS le 31 mai 2006. L'élaboration de ce plan a permis la mise en tension du réseau face à la menace de pandémie. La DSP est porteur de ce dossier pour l'Agence et travaille en collaboration étroite avec tous les partenaires impliqués tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs.

Infections nosocomiales

Bien que nos efforts contre la lutte aux infections nosocomiales aient contribué à faire baisser le taux d'incidence régional des diarrhées à *clostridium difficile*, celui-ci demeure supérieur à la moyenne du Québec aux environs de 20/10 000 patients-jour. Afin de maximiser les résultats obtenus le soutien aux établissements proposé par la DSP passe dorénavant par la concertation de tous les acteurs, la coordination des activités et la communication au personnel, aux patients et aux visiteurs.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Dans les Laurentides comme au Québec, une recrudescence des ITSS a pu être observée au cours des dernières années. Pour arrêter cette progression, les efforts ont été intensifiés tant au niveau de la prévention que dans l'organisation des services : l'implantation d'un programme de prévention *Sex-o-fun* dans toute la région, l'intensification des services de dépistage, de diagnostic et de traitement (SIDEPE) et l'innovation dans les modes de prestation de ces services en s'associant un organisme communautaire pour rejoindre les groupes plus vulnérables et la clientèle du milieu carcéral.

Immunisation

Actuellement, dans la région, nous rejoignons environ 90 % des enfants visés par les programmes d'immunisation de base. Il s'agit d'un taux de vaccination satisfaisant qui permet d'assurer une protection de la population. L'absence d'un registre national de vaccinations est un obstacle majeur au suivi de la couverture vaccinale de la population du Québec.

La santé environnementale

Compte tenu de la vocation récréotouristique de la région, le maintien de la qualité de l'environnement constitue un défi à la préservation du patrimoine de notre région.

Qualité de l'eau

Outre le très grand nombre de résidents utilisant un puits privé, la population des Laurentides s'approvisionne en eau potable au moyen de 419 réseaux d'aqueduc. Le règlement sur la qualité de l'eau potable adopté au printemps 2001 propose un contrôle plus serré des réseaux d'aqueduc. Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004, la DSP a été interpellée dans 186 cas de dépassement de normes microbiologiques, 88 cas de dépassement de normes physicochimiques, et a dû rédiger 50 avis d'ébullition.

Dans la région, la grande disponibilité des plans d'eau et leur fragilité ont nécessité des interventions régulières pour limiter l'apparition de problèmes de santé. Ainsi,

certains lacs de la région sont affectés par des contaminations parasitaires (cercaires) ou végétales (cyanobactéries) pouvant affecter la santé. Des interventions ont été menées conjointement avec les CSSS et les municipalités pour informer la population des risques à la santé causés par ces contaminations.

Qualité de l'air

La DSP participe au programme Info-Smog d'Environnement Canada en collaboration avec plusieurs partenaires.

En collaboration avec les régions de Montérégie, Montréal et Laval, la DSP a participé à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un programme pour minimiser les risques à la santé associés aux épisodes de chaleur accablante.

Les principales actions portées en regard de la qualité de l'air intérieur visent la sensibilisation et l'information de la population afin d'améliorer la qualité de l'air des habitations et de favoriser un milieu intérieur sain. La DSP a dû également, suite à la réception de plaintes, enquêter dans certains bâtiments publics.

La DSP poursuit ses actions de soutien auprès de la population des municipalités d'Oka et de Saint-André aux prises avec une surexposition au radon, gaz qui se concentre dans les résidences et peut entraîner des cancers du poumon.

Virus du Nil occidental (VNO)

La DSP participe chaque année au système provincial de surveillance des infections causées par le VNO. Chaque cas d'infection humaine a fait l'objet d'une enquête et les renseignements recueillis ont servi, entre autres, à planifier des activités d'information de la population et de soutien d'initiatives préventives.

La santé au travail

Au cours des cinq dernières années, la proximité de la région métropolitaine a favorisé une bonne croissance économique de la région et par le fait même, l'arrivée de plusieurs nouvelles entreprises. La région des Laurentides compte environ 15 000 entreprises et un total de 130 000 travailleurs. Nos interventions sont principalement ciblées dans les 4 000 établissements des groupes classés prioritaires par la CSST (37 000 travailleurs).

Les bilans annuels affichent clairement la vitalité économique et sociale des Laurentides. Celle-ci se traduit dans nos activités par une augmentation fulgurante du nombre de programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) et du nombre de demandes pour le programme maternité sans danger (PMSD). L'application de ce dernier programme occupe 23 % des ressources de l'équipe santé au travail.

ACTIVITÉS RÉGULIÈRES	2003	2004	2005
Programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE)	46	79	101
Connaissance préalable	119	98	95
Surveillance environnementale	190	218	253
Surveillance médicale (nombre de travailleurs)	1428	1990	1394
Information (nombre de travailleurs)	5514	4720	5104
Demande de service	158	111	115
Programme de maternité sans danger	1480	1643	1981

Source :Bilan 2003 et planification 2004 des services aux clients. Bilan 2004 et planification 2005 des services aux clients. Bilan 2005 et planification 2006 des services aux clients.

DÉFIS ET ENJEUX

- Partager avec les CSSS la responsabilité populationnelle, qui était auparavant davantage confiée à la Direction régionale de santé publique, pour travailler en partenariat au même objectif : maintenir et améliorer la santé de la population des Laurentides ;

- Assurer la protection des ressources tant budgétaires qu'humaines dédiées au programme de santé publique;
- S'assurer que les actions de promotion-prévention soient intégrées dans l'ensemble des activités des programmes-services;
- Augmenter notre influence auprès des autres secteurs (scolaire, municipal, milieux de travail). En raison de la complexité et de la multiplicité des problématiques sociales, les acteurs du réseau de la santé ne peuvent agir seuls, d'où l'importance de favoriser, avec ces partenaires, une intervention concrète et concertée en faveur de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie;
- En collaboration avec les CSSS, mobiliser les municipalités et les MRC pour qu'elles développent des environnements favorables à la santé : travailler avec elles à travers les différents leviers dont elles disposent : Villes et villages en santé, politique familiale et schémas d'aménagement.
- Travailler avec les médecins pour optimiser les efforts de prévention. Il n'est jamais facile de rejoindre les médecins des cliniques privées, le défi est donc de trouver les moyens pour les aider à intégrer dans leurs pratiques quotidiennes des stratégies de prévention favorisant le maintien de la santé de leurs patients.
- Maintenir la lutte aux infections nosocomiales à un haut niveau de priorité régionale.

8.1.2 Services généraux

FAITS SAILLANTS

Info santé

Le regroupement des centrales locales de réponse téléphonique Info santé et Info sociale en une seule centrale téléphonique 24/7;

Services médicaux courants

Mise en place par le Département régional de médecine générale de sept tables territoriales regroupant des médecins omnipraticiens afin d'assurer un meilleur arrimage entre les cabinets privés et les CSSS.

Création de trois groupes de médecine de famille (GMF) depuis 2003, soit un à Lorraine, un à Rivière-Rouge et un à Mont-Tremblant. Trois nouveaux projets sont en processus d'élaboration : un à Saint-Jérôme, un dans le RLS d'Argenteuil et le troisième à Sainte-Agathe. Deux autres groupes ont manifesté leur intérêt à fonder un GMF, l'un dans le RLS de Thérèse-De Blainville et l'autre à Mont-Laurier.

Sages-femmes

Intégration de la pratique des sages-femmes au CSSS de Saint-Jérôme.

Services préhospitaliers

- Unification, en 2002-2003, de toute la prise d'appels de l'ensemble des entreprises ambulancières dans une centrale régionale de réception des appels urgents. La centralisation de tous les appels à un même endroit et l'installation du Système médicalisé de priorisation des appels urgents mieux connu sous le nom de Système Clawson, consistant en un ensemble de protocoles médicalisés, ont permis à l'appelant en détresse d'être soutenu, avant l'arrivée des ressources préhospitalières, par des instructions appropriées, lorsque nécessaire.
- Formation, en 2004-2005, de tous les techniciens ambulanciers du territoire pour l'administration de cinq médicaments et recertification de ces derniers pour la réanimation cardiorespiratoire, à l'aide du Combitude-Moniteur défibrillateur semi-automatique. Pour toutes les interventions dans ce secteur, l'Agence a mis en place un programme d'assurance qualité, un système de révision des interventions et un suivi des corrections.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Info santé et sociale

- Le nombre d'appels traités à la centrale demeure assez stable depuis les deux dernières années (197 819 en 2004-2005 et 185 633 en 2005-2006);
- Le taux d'utilisation du service dans les Laurentides est à 362 par 1 000 habitants le situant au-dessus de la moyenne provinciale de 325 par 1 000 habitants;
- Le pourcentage de perte d'appels est en diminution passant de 25,38 % en 2003-2004 à 22,99 % en 2004-2005 pour se situer à 22,8 % en 2005-2006.

Services médicaux courants

- Élaboration d'un plan régional d'organisation de services, en service de première ligne, qui favorise la prise en charge des clientèles vulnérables en ciblant

particulièrement 3 % de clientèle qui consomme 50 % des services hospitaliers. En lien avec ce plan, sept projets-pilotes d'accessibilité aux médecins de famille sont actuellement en cours d'expérimentation;

Quelques statistiques complémentaires sur nos GMF :

*GMF - Statut des inscriptions
en date du 31 mars 2006*

	Date d'adhésion	Médecins partenaires	Personnes inscrites	Personnes inscrites et vulnérables	Ratio vuln. / inscr.
GMF de Mont-Tremblant	11-avr-2003	7	11 395	1 796	16%
GMF de la Rouge	11-avr-2003	15	7 299	2 135	29%
GMF de Lorraine	17-févr-2004	8	8 131	457	6%
Total Laurentides:		30	26 825	4 388	16%
Total Provincial:		1 218	796 225	176 743	22%

Source : Site WEB de la RAMQ - Services informationnels, statut des inscriptions

Sages-femmes

- Depuis 2004, l'Agence participe activement aux travaux du Ministère pour élaborer la Politique québécoise en périnatalité;
- Élaboration d'un projet « Sage-femme » dans les Laurentides. L'Agence a maintenu des collaborations avec l'Université du Québec à Trois-Rivières afin que le CSSS de Saint-Jérôme puisse accueillir des étudiantes sages-femmes en stage. Les services d'une équipe de sages-femmes devraient être disponibles dès 2006;
- Élaboration d'un protocole de partage de responsabilités entre le CSSS de Saint-Jérôme, le CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens), les médecins obstétriciens, gynécologues, les pédiatres et l'Association des sages-femmes en vue de l'implantation d'une maison des naissances prévue dans un avenir prochain.

Services préhospitaliers d'urgence

- Évolution de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence pour répondre aux besoins croissants de la population. En effet, la région des Laurentides étant en croissance démographique, le nombre de transports ambulanciers dans la région est passé de 30 919 en 2002-2003 à 33 485 pour l'année 2005-2006, soit une augmentation de 8 %;
- Des travaux provinciaux visant à assurer l'autosuffisance de chaque zone ambulancière ont permis d'ajouter des horaires de travail et d'augmenter le nombre de véhicules ambulanciers sur le territoire à 39 véhicules;
- Renouvellement depuis 2003-2004 des moniteurs-défibrillateurs semi-automatiques pour toutes les ambulances du territoire.

DÉFIS ET ENJEUX

Info santé et sociale

- En lien avec l'implantation provinciale d'un numéro unique pour joindre les services d'info santé :
 - réviser les modalités d'enregistrement de la clientèle des services de soutien à domicile et des groupes de médecine de famille en fonction du cadre normatif du MSSS;

- assurer la mise à jour régulière du répertoire des ressources nécessaire à la mise en réseau de chaque centrale du Québec;
 - former les ressources humaines à l'utilisation des protocoles et du nouveau système téléphonique;
- Implanter les services Info sociale 24 heures par jour et 7 jours par semaine, incluant la garde psychosociale dans chaque territoire de CSSS.

Services médicaux courants

- Maintenir l'offre de service dans un contexte de pénurie de médecins. Pour ce faire, nous devons mobiliser les partenaires dans l'exploitation du potentiel de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, juin 2002 (loi 90).

Services préhospitaliers d'urgence

- Mise en place d'un centre de communication birégional Laurentides-Lanaudière;
- Développer des services de premiers répondants dans plusieurs municipalités de notre territoire;
- Améliorer le temps de réponse aux personnes qui nécessitent ces services.

Soins infirmiers, services de réadaptation, services sociaux

- Développer le nouveau programme des services généraux et assurer la complémentarité avec les services spécifiques.

8.2 Aux clientèles ayant des problématiques particulières

Jeunes en difficulté

FAITS SAILLANTS

La période de 2002 à 2006 se caractérise par une consolidation des services de première ligne offerts par les CSSS et par un virage majeur du Centre jeunesse par la fermeture de places d'hébergement et le développement de centres externes de réadaptation et d'interventions sociales. De plus, parmi les faits marquants, nous ne pouvons passer sous silence :

- L'augmentation de 21 % de signalements reçus depuis 2002-2003. Près de 42 % de ces signalements ont été retenus aux fins d'évaluation. Ce taux de rétention est demeuré assez stable au cours des quatre dernières années.
- Les travaux amorcés afin d'assurer un meilleur arrimage entre les services de première et de deuxième ligne.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

- Bien que des investissements pour augmenter les ressources afin de diminuer les listes d'attente concernant les évaluations à réaliser dans le cadre de la protection de la jeunesse n'aient pu permettre d'atteindre l'objectif national, l'Agence poursuit, avec le Centre jeunesse, la recherche de solutions plus structurantes. L'Agence travaille en étroite collaboration avec les CSSS des deux RLS où l'on retrouve le nombre de signalements le plus élevé de la région. Deux projets pilotes sont actuellement en cours dans ses territoires.
- Nous observons sur le territoire des Laurentides un recours aux signalements plus fréquent chez les policiers de notre région et une pratique de « judiciarisation » plus importante que dans les autres régions;
- Le nombre de jeunes rejoints par les CSSS a augmenté de 17 % de 2004-2005 à 2005-2006 pour atteindre 6 064 personnes, soit 5,3 % de la population des jeunes de 0-17 ans de la région. Pour ce qui est de l'intensité des services (nombre moyen d'interventions par usager), la progression est de 14 % entre 2004-2005 et 2005-2006;
- Le nombre de places internes d'hébergement des jeunes tend à diminuer, se situant à 160 en 2005-2006. De même, le taux d'engorgement dans les places internes et les places en ressources intermédiaires a été ramené à 0 %, c'est-à-dire qu'à aucun moment de l'année le taux d'engorgement n'a excédé 8 %;
- Les jeunes contrevenants sont moins nombreux en 2005-2006 à avoir fait l'objet d'une intervention en centre jeunesse (réduction de 12 %);
- La Loi sur le système de justice pénale pour adolescents, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2003, a été implantée avec succès dans notre région. Cette implantation a modifié des pratiques et a donné lieu à des formations;
- La mise en place d'une équipe d'intervention jeunesse sur le territoire local de la MRC des Laurentides doit nous permettre de bonifier nos mécanismes de concertation et de coordination dans le secteur jeunesse;
- L'implantation de l'entente de complémentarité MSSS-MELS pour les jeunes en difficulté et pour les jeunes présentant un handicap est complétée ;
- L'entente multisectorielle pour les enfants victimes d'abus sexuel et de mauvais traitement physique, la mise en place d'un centre désigné pour l'évaluation de ces enfants, la consolidation d'une ressource régionale de traitement et d'aide auprès de ces jeunes victimes ainsi qu'auprès des jeunes agresseurs ont bonifié notre offre de services régionale;

DÉFIS ET ENJEUX

- Atteindre les seuils et objectifs demandés par le MSSS concernant les services spécialisés de deuxième ligne dans un contexte où le nombre de signalements ne cesse de progresser;
- Développer un réseau médicosocial en protection de l'enfance en lien avec les orientations nationales et les besoins d'arrimages du réseau des services de santé et des services sociaux de la région des Laurentides.
- Identifier un modèle organisationnel permettant de rendre accessible à l'ensemble de la population des Laurentides des services de supervision des droits d'accès;

Perte d'autonomie liée au vieillissement

FAITS SAILLANTS

Depuis 2002, l'organisation des services pour les personnes âgées a évolué pour répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante. L'offre de services s'est accrue particulièrement en soutien à domicile, en ressources intermédiaires et en hébergement institutionnel.

En 2005-2006, en vue de décentraliser la planification de l'organisation des services, chacun des CSSS a présenté à l'Agence sa perspective d'action pour l'année afin de faire face au vieillissement de son territoire.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

- Le développement progressif d'un réseau de services intégrés pour les aînés s'est réalisé en conformité avec la programmation régionale adoptée par l'Agence en 1999;
- La grille multiclientèle est maintenant utilisée dans la région comme outil unique d'évaluation des besoins de la clientèle. Cela a nécessité la formation de 500 intervenants de diverses disciplines et de différents établissements (CLSC, CHSLD, centres hospitaliers, centres de réadaptation. Notre région compte présentement 15 formateurs accrédités;
- Des investissements importants ont été faits en soutien à domicile visant pour accroître le nombre d'aînés desservis et augmenter l'intensité des services en fonction des besoins. Les services professionnels et les services d'aide à domicile, de même que le soutien aux proches aidants, ont ainsi été majorés au fil des ans. Rappelons qu'en 2004-2005, notre seuil se situait à 7,98 % (7 750 personnes desservies) et qu'au 31 mars 2006, il se situait à 14,05 % (8 298 personnes desservies). Pour ce qui est de l'intensité des services, nous avons terminé l'année 2005-2006 à 18,82 interventions par usager alors qu'à la fin de 2003-2004 nous en étions à 12,65. Notre travail nous permet de nous rapprocher des seuils de services souhaités par le Ministère, soit 15 % des personnes de 65 ans et plus rejointes par les services de soutien à domicile et une intensité à 19 interventions par personne;
- Un registre comportant environ 150 résidences privées pour aînés a été constitué et est mis à jour annuellement;
- De nouvelles ressources intermédiaires ont été créées pour les personnes convalescentes, en vue d'un retour à domicile, ou pour les personnes en transition vers un hébergement en CHSLD, ce qui contribue à désengorger les hôpitaux;
- Une nouvelle ressource de dix places pour la clientèle atteinte de problèmes cognitifs de type Alzheimer a été créée dans le cadre du programme *Pour un nouveau partenariat au service des aînés* (partenariat public-privé);
- Une centaine de places d'hébergement en CHSLD ont été ajoutées au cours des quatre dernières années dans des établissements publics, privés conventionnés et privés non conventionnés, afin de désengorger les centres hospitaliers et d'offrir aux personnes âgées en attente d'hébergement dans des lits de soins de courte durée un milieu de vie plus adéquat. Le nombre de places en CHSLD est ainsi passé de 1 906 en mars 2002 à 1 999 en mars 2006 pour un taux d'accroissement de 5 %;
- Le délai d'attente moyen des personnes admises est passé de 24 à 39 jours entre 2002 et 2006. Quant au taux d'admissions, il est passé de 42 % à 36 % durant cette période;
- Des plans d'action donnant suite aux recommandations des visites d'appréciation par les équipes ministérielles ont été réalisés dans les CHSLD de notre région.

- Chaque CHSLD a élaboré et mis en application un plan local d'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD. Ce plan comporte entre autres un mécanisme d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, un plan d'intervention individualisé pour chacun des résidents, un programme d'accueil et d'accompagnement du résident tout au long de son séjour et un protocole concernant les mesures de contrôle.

DÉFIS ET ENJEUX

- Maintenir une offre de services favorisant le maintien des aînés dans leur milieu de vie naturel dans un contexte d'accroissement démographique important lié à un solde migratoire positif;
- Atteindre la cible ministérielle 2 010, soit 11 187 personnes âgées desservies à domicile, représentant 16 % des personnes de 65 ans et plus;
- Compléter la gamme de services aux personnes âgées et s'assurer de l'intégration clinique entre les différents services;
- Améliorer l'accès des aînés aux médecins de famille;
- Mettre sur pied des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel pour les personnes nécessitant moins de trois heures soins par jour, pour les adultes de moins de 65 ans qui sont hébergés en CHSLD et pour les personnes nécessitant un hébergement temporaire.

Dépendances

FAITS SAILLANTS

Les années 2002-2006 ont été marquées par la consolidation du programme expérimental sur le jeu pathologique soutenue par le *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. En matière d'alcoolisme et de toxicomanie, le Centre André-Boudreau a amorcé une déconcentration de ses intervenants dans les différents territoires, dans le but d'assurer une meilleure accessibilité des services pour la population.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Jeu pathologique

- Les services externes de réadaptation pour les joueurs pathologiques, et des activités de promotion et de prévention, notamment auprès des jeunes, ont été consolidés;
- Un soutien financier a été assuré pour les joueurs nécessitant des services internes de thérapie pour le jeu;
- Des plans d'action locaux et régionaux sur le jeu pathologique ont été produits;
- Différents projets visant l'amélioration des pratiques cliniques ont été financés, dont l'évaluation du protocole convenu entre le Centre André-Boudreau et l'ACEF des Basses-Laurentides pour les services de conseillers financiers complémentaires au programme de traitement pour le jeu pathologique.

Alcoolisme et toxicomanie

- La décentralisation des services externes de réadaptation en alcoolisme/toxicomanie du Centre André-Boudreau s'est poursuivie;
- Le programme « Méthadone » a été consolidé;
- Différents projets visant l'amélioration des pratiques cliniques ont été financés;
- Le soutien financier accordé au Centre André-Boudreau lui a permis de signer, en 2004, avec les commissions scolaires de la région, un *Protocole de collaboration concernant l'intervention en toxicomanie* visant à diminuer l'incidence de l'usage de l'alcool et de drogues chez les jeunes des Laurentides et réduire les méfaits qui y sont associés, et à doter les écoles et les centres de formation d'un cadre de référence en toxicomanie;
- Les services externes de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie du Centre André-Boudreau ont été consolidés;
- Trois centres communautaires ou privés oeuvrant en toxicomanie ont été certifiés par le MSSS.

DÉFIS ET ENJEUX

Les principaux défis et enjeux des prochaines années en dépendances sont intimement liés d'une part, aux fondements du réseau de la santé et des services sociaux (responsabilité populationnelle et hiérarchisation des services) et, d'autre part, à la mise en oeuvre au niveau régional du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 *Unis dans l'action*.

- Rejoindre les joueurs pathologiques;

- Implanter une offre de services « dépendances » en première ligne;
- Recruter et retenir des omnipraticiens intéressés par le traitement des dépendances, notamment au Centre André-Boudreau;
- Augmenter l'offre de services spécialisés en alcoolisme et toxicomanie.

Santé mentale

FAITS SAILLANTS

Depuis 2002-2003, des efforts importants ont été déployés dans la région afin de mettre en place de nouveaux services pour répondre aux besoins des enfants, des jeunes et des adultes présentant des problèmes de santé mentale ou des troubles psychiatriques plus graves. Ainsi, au cours de ces quatre années, ce sont plus de 2 M\$ récurrents supplémentaires qui ont été injectés pour soutenir les actions suivantes :

- La consolidation du réseau de services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide;
- Le début de l'implantation des services de première ligne en santé mentale infantile;
- Le déploiement graduel des services de soutien d'intensité variable dans la communauté;
- La consolidation des services résidentiels notamment par l'implantation de ressources de transition post-hospitalisation;
- La création de deux unités de vie spécifiques pour des enfants et des jeunes présentant des troubles concomitants d'adaptation sociale et de santé mentale.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

- Plusieurs mesures s'inscrivant dans les orientations ministérielles en santé mentale ont été mises en place;
 - des services de soutien d'intensité variable, offerts d'abord aux personnes suite à une hospitalisation au CSSS de Saint-Jérôme, puis graduellement dans l'ensemble des territoires;
 - des ressources résidentielles (Centre du Florès) répondant mieux aux besoins des personnes principalement après leur hospitalisation : une ressource intermédiaire (RI) de transition court terme et une RI long terme offrant un espace de réadaptation et de réappropriation aux personnes suite à une hospitalisation de longue durée au CSSS d'Antoine-Labelle;
 - une mobilisation, par le Centre du Florès, des propriétaires de résidences privées, accueillant des personnes aux prises avec des troubles mentaux importants, autour de la qualité du milieu de vie à offrir à cette clientèle.
- La confirmation d'une mission santé mentale jeunesse au Centre jeunesse s'est traduite par la mise en opération d'une unité de vie pour les garçons de 6 à 12 ans et d'une unité de vie pour les adolescentes de 12 à 18 ans présentant à la fois des troubles d'adaptation sociale importants et des problèmes de santé mentale. Plusieurs activités de formation ont soutenu cette mise en œuvre;
- Du soutien a été offert aux établissements dans le cadre de l'opération OASIS (outil d'alimentation de système d'information socio-sanitaire) qui a mené à un inventaire des dépenses et des services en santé mentale.

DÉFIS ET ENJEUX

Mettre en oeuvre dans la région le plan d'action en santé mentale 2005-2010 « La force des liens » dans un contexte où le niveau de ressources disponibles est inférieur à la moyenne provinciale :

- Hiérarchiser les services psychosociaux et médicaux et consolider les services première ligne;
- Soutenir la mise en place des guichets d'accès aux services et aux traitements dans les CSSS;

- Mobiliser des médecins omnipraticiens au regard de leur contribution à ce programme, notamment grâce aux psychiatres répondants;
- Poursuivre l'actualisation de l'offre de services de santé mentale en Centre jeunesse conformément aux *Orientations ministérielles* à venir et compléter les équipes de deuxième niveau;
- Soutenir les établissements dans la conclusion d'ententes de collaboration permettant de mieux desservir les personnes présentant plusieurs problèmes.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED)

FAITS SAILLANTS

L'adoption en octobre 2003 du plan d'action 2003-2008 par le conseil d'administration de la Régie régionale (Agence) venait confirmer le mandat de développer des services spécialisés pour les personnes présentant un trouble envahissant de développement (TED) aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Les investissements importants ont permis de consolider l'intervention comportementale intensive pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. L'Agence a soutenu la mise en place d'une équipe régionale multidisciplinaire en évaluation diagnostique pour les jeunes de moins de 5 ans, présentant un retard de développement ou des multiples problématiques et ce, dans le but d'offrir à ces enfants une première impression diagnostique permettant une première réponse clinique plus rapide et adéquate.

Enfin, nous sommes en voie de revoir de façon très significative l'offre de service spécialisée dispensée actuellement par trois établissements dans la région, tout en structurant l'offre de service de première ligne (services spécifiques DI-TED).

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

- Particularité régionale au niveau de l'organisation des services, la clientèle de ce programme est desservie par trois établissements : deux avec une mission de CRDI et un établissement privé conventionné;
- La Résidence Ste-Marguerite, établissement privé conventionné, a été fermée et sa clientèle a été relogée en ressource d'hébergement dans la communauté, sous la responsabilité du Centre du Florès;
- Le processus de désinstitutionnalisation des services d'encadrement intensif au CSSS d'Antoine-Labelle a été complété afin d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins de la clientèle;
- Un projet pilote réunissant un CSSS et le Centre du Florès et portant sur l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la complémentarité des services entre la première ligne et la deuxième ligne a été mis sur pied. Les résultats de ce projet contribueront à définir les futures balises d'ententes de services entre l'établissement régional et les CSSS;
- Les services de La Société de l'autisme des Laurentides ont été consolidés. Cet organisme communautaire offre une vaste gamme de services aux personnes présentant un TED et à leur parent;
- Un soutien financier et technique a été assuré pour l'organisation d'une formation d'éducateurs spécialisés par réseau local de services.

DÉFIS ET ENJEUX

- Revoir plusieurs éléments de l'organisation de services de deuxième ligne, notamment la répartition des missions régionales de services spécialisés entre les différents dispensateurs de services;
- Développer et consolider des services de première ligne à l'égard de la clientèle de ce programme et ce, en complémentarité avec les services spécialisés de deuxième ligne.

Déficiences physiques

FAITS SAILLANTS

L'évolution de ce programme-service au cours des quatre dernières années a été caractérisée par un accroissement substantiel des services aux personnes ayant une déficience motrice, particulièrement aux adultes ayant un TCC (traumatisme craniocérébral) modéré et sévère. Ces années ont également été marquées par un effort dans la continuité des services entre le CRDP et les autres établissements de la région.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

- Le MSSS a désigné un consortium de services pour les TCC adultes modérés ou sévères en février 2004. Ce consortium implique cinq régions (Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière, Abitibi-Témiscamingue) et huit établissements;
- Le financement à l'organisme communautaire offrant des services de soutien dans la communauté aux personnes ayant un TCC et à leurs proches a été augmenté;
- Des travaux entre le CRDP Le Bouclier, les sept CSSS des Laurentides et le centre d'expertise pour les blessés médullaires ont été enclenchés pour assurer à la clientèle atteinte d'une blessure médullaire la fluidité des services d'un établissement à l'autre, sans interruption;
- L'offre de services de réadaptation aux enfants de moins de 6 ans des territoires de Thérèse-De Blainville et du Lac-des-Deux-Montagnes a été augmentée;
- Le CRDP Le Bouclier a créé des ressources d'hébergement spécifiques à des enfants ayant d'importants besoins de soins et de suivi;
- Un protocole avec le Centre jeunesse a été signé pour les enfants dont la sécurité et le développement sont compromis;
- Le service d'interprétation visuelle et tactile, le SIVET, a vu son financement augmenter pour supporter les services d'interprètes s'adressant aux sourds qui consultent les médecins en cabinets privés;
- Les programmes d'aides techniques, d'oxygénothérapie, AVQ-AVD et fonctions d'élimination ont reçu un ajout de ressources financières permettant à un plus grand nombre de personnes handicapées d'en bénéficier et de maintenir ainsi leur autonomie;
- Un comité régional aviseur conjoint avec le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine a été mis en place, pour soutenir des enfants handicapés ayant d'importants besoins de soutien dans les services de garde, par l'octroi d'une subvention aux milieux de garde favorisant l'encadrement et l'intégration de ces enfants.

DÉFIS ET ENJEUX

- Favoriser des liens de collaboration régionaux entre les CSSS, l'association régionale TCC et le CRDP Le Bouclier pour les personnes TCC adultes modérées et sévères;
- Revoir l'organisation régionale des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI);
- Développer l'offre de services aux adultes ayant une déficience auditive;

- Soutenir les établissements dans l'élaboration d'ententes de services entre les CSSS et le CRDP;
- Poursuivre le développement des services aux enfants atteints d'une déficience du langage.

ÉVOLUTION DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES AU CRDP LE BOUCLIER				
NOMBRE DE PERSONNES INSCRITES*	2002-2003	2003-2004	2004-2006	VARIATION ENTRE 2002-2003 ET 2005-2006
Déficience auditive	116	119	156	+34,5 %
Déficience du langage	460	545	633	+37,6 %
Déficience motrice	991	1091	1294	+30,5 %
Déficience visuelle	588	573	612	+4,1 %

**Le nombre de personnes inscrites n'égale pas le nombre de personnes desservies durant l'année.*

Source : Données extraites des rapports annuels du CRDP Le Bouclier, 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005-2005-2006

Santé physique

FAITS SAILLANTS

- Depuis 2002, l'évolution de l'organisation et de l'accès aux services du programme de santé physique se caractérise par :
 - l'agrandissement et le réaménagement majeur des salles d'urgence du CSSS Saint-Jérôme et du CSSS des Sommets;
 - la mise en place, dès 2003-2004, de cinq équipes de prise en charge immédiate avec rehaussement intensif des services à domicile afin d'accélérer les congés des patients hospitalisés et d'éviter les retours à la salle d'urgence pour les clientèles vulnérables;
 - l'accroissement du nombre de chirurgies, principalement des chirurgies de la cataracte, l'installation de prothèses totales de la hanche et du genou et des chirurgies d'un jour;
 - l'implantation, en 2004-2005, d'un réseau de services intégrés pour les personnes présentant une maladie pulmonaire obstructive chronique. Il est important de souligner la mise en place de six cliniques d'enseignement et de suivi, soit une dans chacun des cinq CSSS qui ont une mission de centre hospitalier de soins généraux (CHSG) et une dans un GMF;
 - l'ouverture, en juin 2005, d'une première maison de soins palliatifs (quatre lits) dans le territoire du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes;
 - l'augmentation de l'offre de services régionale en dialyse rénale;
 - l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action régional 2004-2007 de lutte contre le cancer;
 - l'implantation du premier projet d'un système informatique qui permet la saisie, la numérisation, la transmission, l'affichage, le traitement, l'analyse et l'archivage d'images médicales.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Urgences

- Dès 2002, un guide de gestion des urgences a été implanté dans les toutes les salles d'urgence de notre région; suite à cette opération, trois PFT (plans fonctionnels et techniques) sont déposés, soit pour les urgences du CSSS de Saint-Jérôme, du CSSS des Sommets et du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes; deux d'entre eux sont actuellement réalisés, Saint-Jérôme et des Sommets et un demeure en attente d'autorisation, celui du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes;
- Le CCNU (centre de coordination national des urgences) a rencontré, en 2004, l'ensemble des gestionnaires des salles d'urgence de notre territoire, ce qui a mené à l'élaboration de plans d'action pour chacune des salles et à un suivi particulier aux salles d'urgence du CSSS de Saint-Jérôme et du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. De plus, les travaux se sont intensifiés autour du désengorgement des salles d'urgence et de la réduction de la durée moyenne de séjour pour les patients sur civière ayant des troubles mentaux.

Salles d'urgences

données régionales vs le Québec

	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06
Nombre de visites à l'urgence RL	206 181	210 800	209 725	204 772
Nombre de patients sur civière RL	58 560	60 193	61 421	60 705
Nombre de patients sur civière tout le Québec	936 920	967 068	970 885	991 626
Nombre d'arrivées en ambulance RL	25 079	26 113	27 623	26 838
Nombre d'arrivées en ambulance tout le Québec	374 713	382 665	395 357	397 863
DMS globale RL	11,2	14,2	13,8	13,6
DMS globale tout le Québec	16,2	16,5	15,9	15,4
DMS santé mentale RL	18,2	22,1	20,2	17,8
DMS santé mentale tout le Québec	24,7	22,6	21,1	20,2
DMS pts 75 ans et plus RL	13,8	19,0	17,9	17,5
DMS pts 75 ans et plus tout le Québec	21,9	22,7	21,6	20,6
% patients de plus de 48h RL	3,1%	4,8%	3,6%	2,6%
% patients de plus de 48h tout le Québec	6,5%	6,8%	5,8%	4,9%
% patients de plus de 48h + 75 ans RL	4,8%	8,9%	6,1%	4,5%
% patients de plus de 48h + 75 ans tout le Québec	11,3%	12,2%	10,4%	8,9%
% patients de plus de 48h en santé mentale RL	8,9%	12,3%	10,1%	7,2%
% patients de plus de 48h en santé mentale tout le Québec	11,8%	10,7%	9,4%	8,5%

Source : - *Portrait quinquennal de la situation dans les unités d'urgence, CCNU*
- *Établissements des Laurentides (visites seulement)*

Dialyse rénale

- Depuis 2000-2001, une pression accrue s'exerce sur la demande de services en dialyse rénale. Afin de mieux dépister les personnes pouvant avoir besoin de ce type de services dans le futur, une clinique de suivi en pré-dialyse est instaurée. Le nombre de personnes fréquentant cette clinique n'a cessé de croître et nous constatons qu'au 31 mars 2006, 193 nouvelles personnes y étaient suivies;
- En 2002, six nouvelles stations de dialyse traditionnelle ont été ajoutées, ce qui porte le nombre total à 18, et la capacité régionale d'offrir des services à 120 personnes. En 2003, un autre développement, cette fois-ci de huit stations en dialyse semi-autonome, permet de desservir 16 personnes. Malgré cette augmentation des places, le CSSS de Saint-Jérôme éprouve toujours de la difficulté à répondre à la demande. En 2005, deux stations supplémentaires en dialyse semi-autonome et l'instauration d'un deuxième quart de travail par jour ont permis d'augmenter la capacité en dialyse semi-autonome à 60 personnes;
- Les difficultés liées aux déplacements de cette clientèle pour venir recevoir les services à Saint-Jérôme ont amené l'Agence, dès 2004, à présenter un projet de centre satellite de dialyse à Rivière-Rouge. Ce centre de huit stations permettra d'offrir des services à 48 personnes. Cette alternative devrait réduire la pression sur le CSSS de Saint-Jérôme et permettre d'offrir des services de proximité aux personnes dialysées des Hautes-Laurentides. L'autorisation pour ce projet vient d'être donnée par le Ministère et l'ouverture est prévue en 2007.

Lutte contre le cancer

- Suite à la publication du Programme québécois de lutte contre le cancer, un état de situation régional, « La Lutte au cancer dans les Laurentides », a été produit. Cet exercice nous a permis de mieux connaître les besoins et les différents services existants dans la région en 2002. Devant les constats dégagés, l'Agence s'est dotée d'un plan d'action 2004-2007 de lutte contre le cancer dans les Laurentides. Parmi les mesures de ce plan d'action, mentionnons :
 - la mise en place d'un comité régional;
 - le développement de trois comités interdisciplinaires en oncologie dans les territoires des CSSS d'Antoine-Labelle, des Sommets et de Saint-Jérôme;

- l'intégration des infirmières pivots et des intervenants psychosociaux aux équipes interdisciplinaires.
- Une trousse d'information et de soutien aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches a été élaborée et rendue accessible dans toute la région.

Soins palliatifs

- Un comité régional de soins palliatifs a été formé afin d'assurer la continuité entre les différentes interventions liées aux soins de fin de vie et de réaliser l'implantation de la politique ministérielle de soins palliatifs ;
- Un équipe interdisciplinaire en soins palliatifs a été implantée dans chaque territoire de CSSS;
- En juin 2005 une première maison de soins palliatifs (quatre lits) à ouvert ses portes à Saint-Eustache et une seconde doit ouvrir à l'automne 2006 à Saint-Jérôme. Trois projets sont actuellement en élaboration (Pays-d'en-Haut, des Sommets, Antoine-Labelle);
- Des travaux visant une meilleure coordination des services de lutte contre le cancer avec les services en fin de vie ont été amorcés.

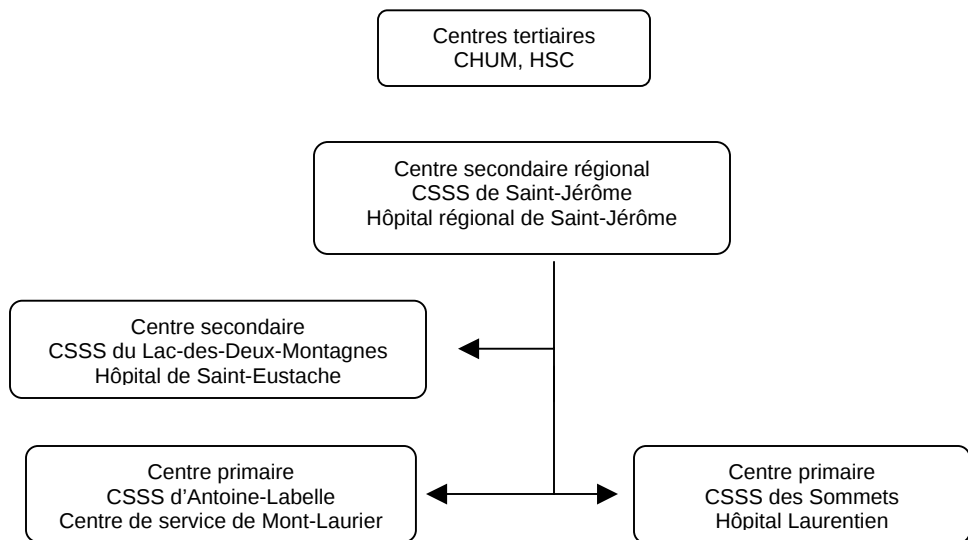
Maladies chroniques

- Six cliniques d'enseignement et de suivi pour la clientèle souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques ont été créées, soit une dans chacun des cinq hôpitaux des Laurentides et une dans un GMF; de 2002 à 2006, il y a eu 23 jours de formation auxquels 365 personnes ont participé. De plus, un projet de soins de fin de vie pour les patients porteurs d'une MPOC a été élaboré et débutera à l'automne 2006.
- Les modules de formation du programme provincial MPOC/insuffisance cardiaque ont été dispensés à des intervenants (inhalothérapeutes, infirmières, travailleurs sociaux, nutritionnistes).

Traumatologie

- La démarche de désignation des centres a débuté en 1992. Ce réseau d'établissement a fait l'objet de visites d'évaluation à quatre reprises (1996, 1998, 2003 et 2005), par le groupe-conseil ministériel en traumatologie. Tous nos centres ont accepté, lors de leur désignation officielle, de collaborer au développement et au maintien des acquis. La pérennité du réseau de traumatologie s'articule autour de plusieurs liens de partenariat, qui constituent un mode privilégié de fonctionnement et d'engagement de toutes les parties du réseau québécois de traumatologie.

Réseau régional de traumatologie



Registre de traumatologie

Nombre de cas inscrits		Âge moyen		Durée moyenne de séjour (heure)	
Laurentides	Tout le Québec	Laurentides	Tout le Québec	Laurentides	Tout le Québec
2002-03	1 12816 118	58,2	54,1	11,3	12,6
2003-04	1 22016 835	58,0	54,3	9,8	12,3
2004-05	1 31217 556	58,0	55,5	9,7	12,2
2005-06	97615 923	61,1	56,1	10,5	12,3

Source: RAMQ, banque centrale de données du registre des traumatismes du Québec (RTQ).

Activités chirurgicales

- Devant l’allongement des listes d’attente, la région a augmenté sa production en chirurgie, plus précisément pour la chirurgie de remplacement de la hanche et du genou, la chirurgie pour les cataractes, la chirurgie d’un jour et la chirurgie avec hospitalisation. Cette augmentation a été possible grâce à aux développements annuels consentis depuis 2003-2004, l’année de référence étant 2002-2003;

Production en chirurgie				
	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06
Chirurgie hospitalisée (excluant PTG - PTH)	8 622	8 742	8 754	9 011
Chirurgie d'un jour (excluant cataractes)	9 004	9 873	9 536	9 236
Cataractes	2 572	3 203	3 078	3 530
Prothèse du genou (PTG)	152	178	169	187
Prothèse de la hanche (PTH)	148	210	122	189

Source : - Logiciel GESTRED
- Établissements des Laurentides, (pour les données antérieures à la période 9 de 2003-2004.)

Imagerie médicale

- En 2002, les partenaires du secteur de l’imagerie médicale ce sont mobilisés autour d’un projet technologique visant la diffusion et la distribution des services d’imagerie médicale à distance, soit l’implantation régionale d’un système PACS (système informatique permettant la saisie, la numérisation, la transmission, l’affichage, le traitement et l’analyse d’images médicales);
- L’implantation du système d’information d’imagerie médicale a été réalisée en 2003-2004. La région des Laurentides devient la première au Québec à s’être dotée d’un tel système. Notre initiative régionale a fait l’objet de plusieurs présentations, notamment aux membres du Ministère de la santé de France;
- L’expertise régionale a été partagée avec le MSSS en vue de l’élaboration des orientations ministérielles sur le déploiement des systèmes d’information d’imagerie médicale au Québec;
- Des travaux en cours depuis 2004 afin de rendre accessible à tous les intervenants de notre réseau ce système d’imagerie médicale;

- La région a participé au projet provincial d'imagerie médicale avec le réseau universitaire intégré de services-Montréal (RUIS-Montréal) et Info-route Santé Canada.

Système de sang

- Rappelons que le système de sang, qui était sous la responsabilité du MSSS, a été réorganisé en profondeur en 2002-2003. Découlant de cette réorganisation devant mener à une régionalisation du système de sang, l'Agence s'est assurée :
 - de mettre en place un comité de médecine transfusionnelle (CMT);
 - que le CH désigné et les CH associés aient conclu des ententes de services;
 - d'obtenir du CH désigné et des CH associés la liste de tous les centres leur étant affiliés;
 - que le CH désigné et les CH associés produisent des rapports d'utilisation des produits sanguins et les acheminent au Secrétariat du système du sang du MSSS.

Les services de laboratoire

- Les départements de biologie médicale ont entrepris des travaux devant mener à l'agrément des laboratoires. À la demande de l'Agence, le leadership dans cette démarche est assumé par le CSSS de Saint-Jérôme;
- L'efficience des services de laboratoire dans notre région est à signaler. Le coût unitaire régional par analyse est passé de 0,68 \$ en 2001-2002 à 0,66 \$ en 2004-2005, comparativement à la performance provinciale qui est passée pour la même période de 0,75 \$ à 0,72 \$.

Télésanté

- En 2005, un lien en télémédecine entre le CSSS d'Antoine-Labelle et le CHUM a été mis en place, permettant le suivi des clients en urologie. De plus, grâce à ce lien, les intervenants du CSSS peuvent avoir accès à la transmission des résultats de laboratoire et aux images numérisées;
- Le suivi et les consultations en néphrologie liés à l'implantation du centre satellite de dialyse au CSSS d'Antoine-Labelle pourront s'effectuer à distance grâce à cette nouvelle technologie.

DÉFIS ET EN JEUX

- Maintenir les excellentes performances de certaines de nos salles d'urgence et améliorer la situation dans les autres salles afin d'atteindre les cibles nationales et ce, malgré la pénurie importante de médecins;
- Assurer une meilleure répartition des médecins généralistes et spécialistes dans les territoires et les établissements de la région. D'ici à ce que la région se retrouve en équilibre à ce chapitre, établir des ententes intra et interrégionales pour garantir un meilleur accès à la population;
- Mettre en place les garanties d'accès aux services médicaux spécialisés afin d'assurer, entre autres, la réduction des listes d'attente en chirurgie;
- Finaliser et implanter le plan de hiérarchisation des services médicaux intra et interrégional;
- Finaliser l'implantation du plan de traumatologie;
- Améliorer l'organisation de services en soins pharmaceutiques dans un contexte de pénurie de pharmaciens en établissement;

- Poursuivre l'amélioration des services de laboratoires en implantant le projet ministériel d'organisation territoriale et de hiérarchisation des analyses, et en continuant les travaux sur l'agrément;
- Mettre en oeuvre le Plan d'action régional de lutte contre le cancer, notamment par la mise en place, dans chacun des territoires, d'équipes interdisciplinaires où les infirmières-pivots accompagnent et dirigent les personnes.

Autres

Violence conjugale et agressions sexuelles

FAITS SAILLANTS

Les demandes de services pour les problématiques de la violence conjugale et sexuelle sont en hausse depuis 2001. Bien que les statistiques ne révèlent qu'une partie de l'ampleur du phénomène, puisqu'il est connu qu'une faible minorité de victimes portent plainte, les données statistiques révèlent une augmentation des plaintes de victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle. Dans les Laurentides, les statistiques du ministère de la Sécurité publique indiquent que le nombre de victimes de violence conjugale y est passé de 776¹ en 2002 à 1026² en 2004, soit une augmentation de 34 % en trois ans. Dans la même foulée, les statistiques concernant les victimes d'agression sexuelle montrent une augmentation de 38 % entre 2001, (année de l'implantation des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* et des *Ententes Multisectorielles*), et 2004. Le nombre de victimes en 2001 était de 286³ comparativement à 395⁴ en 2004.

Face à cette situation, l'Agence travaille activement à l'implantation de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale et poursuit ses rencontres de concertation intersectorielle en matière d'agression sexuelle.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

- L'année 2002-2003 a permis la sensibilisation de plus de 200 personnes de différents secteurs d'activité sur l'évaluation des victimes d'agression ou d'abus sexuels, et la formation d'une centaine de personnes sur les trousseaux médico-légale et médicosociale. D'autres journées de formation et d'arrimage intersectoriel ont également été réalisées;
- Une journée bilan est organisée à chaque année depuis 2003 dans le cadre de l'Entente multisectorielle. Cette journée regroupe les gens de l'intersectoriel et permet de sensibiliser, d'informer et de perfectionner les participants sur l'Entente;
- En 2002-2003 deux centres hospitaliers ont été désignés comme centres pour l'évaluation et le traitement des victimes d'agression sexuelle, dont un également pour les enfants victimes d'abus sexuels. Le nombre de victimes évaluées est passé de 20 en 2001 à 80 (75 femmes et 5 hommes, dont 39 enfants de moins de 18 ans) pour l'année 2005-2006, soit une augmentation de 400 %. Dans ce contexte, l'Agence a bonifié le financement du Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles, particulièrement pour les services offerts aux enfants. De plus, elle a consolidé l'offre de services régionale en prévention de la violence envers les enfants;
- Un bottin des ressources en agression sexuelle a été réalisé. Il répertorie, par réseau local de services, les ressources susceptibles d'apporter un soutien aux victimes d'agression ou d'abus sexuel. Les coordonnées et services offerts sont décrits pour chaque ressource;
- Des dépliants sur les ressources en violence conjugale dans la région des Laurentides ont été publiés et distribués;
- Des protocoles d'intervention judiciaire, policière, sociale et communautaire ont été signés et appliqués;

¹ Source : La violence conjugale – Statistiques 2003, MSP février 2005.

² Source : STATISTIQUES 2004 – La criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec, MSP jan. 2006.

³ Source : Les agressions sexuelles – Statistiques 2002, MSP septembre 2004.

⁴ Source : STATISTIQUES 2004 – Les agressions sexuelles au Québec, MSP janvier 2006.

- Les budgets accordés aux cinq maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale, aux six centres de femmes et aux deux organismes intervenant auprès des conjoints violents ont été augmentés;

Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF)

FAITS SAILLANTS

Les ententes signées entre les associations de ressources d'hébergement et le MSSS ont améliorées les conditions, comme le souhaitaient les propriétaires des ressources d'hébergement, mais elle ont également exigé, de la part des établissements, une gestion plus serrée des places d'hébergement.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

- L'Agence a reconnu de nouvelles places d'hébergement notamment, pour la clientèle du programme perte d'autonomie et liée au vieillissement;
- L'implantation du système d'information sur les ressources intermédiaire et de type familial (SIRTF) a débuté, permettant d'assurer un suivi sur l'ensemble des activités du secteur RI-RTF;
- Différents guides ont été élaborés afin de soutenir les établissements dans la gestion des ressources d'hébergement (« Guide d'interprétation, Les services offerts à l'intérieur d'une ressource intermédiaire », « Guide de procédures, Hébergement temporaire en RTF et RI », etc.).

PLACES ACCRÉDITÉES EN RESSOURCES D'HÉBERGEMENT				
TYPE DE PROBLÉMATIQUE	RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL		RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	
	AU 31 MARS 2003	AU 31 MARS 2006	AU 31 MARS 2003	AU 31 MARS 2006
Déficiance physique	8	3	8	9
DI-TED	275	259	288	398
Jeunesse	823	846	134	141
PALV	7	5	172	229
Santé mentale	198	165	91	96
Toxicomanie	0	0	17	17
TOTAL	1 311	1 278	710	890

Source : Selon les fichiers de l'Agence au 31 mars 2003 et au 31 mars 2006

9. Les programmes de soutien

Ressources humaines

FAITS SAILLANTS

Planification de la main-d'oeuvre

Réalisation d'un guide pratique intitulé *1-2-3 Go! PMO*. Le guide a été produit en collaboration avec nos établissements et trois autres agences de santé et services sociaux. Nous avons reçu un mandat national pour réaliser la nouvelle version du progiciel *1-2-3- GO! PMO* ainsi que la responsabilité de dispenser la formation à l'ensemble des agences.

Organisation de deux salons d'emploi régional, permettant le recrutement intensif de candidats par les établissements de notre région. La moyenne de participation par événement a été d'environ 600 personnes.

Maintien et développement des compétences

Élaboration d'une offre de service régionale en matière de formation et de développement de compétences. Le contenu de cette offre de service prend en considération les orientations ministérielles, la politique nationale en matière de développement de compétences et les besoins des établissements.

Mobilisation des ressources humaines

Mise en place d'un programme d'accompagnement personnalisé offert aux établissements afin de leur permettre de prendre des mesures pour mobiliser leur personnel.

Gestion de la présence au travail

Ce dossier est une priorité régionale. Une table régionale en gestion de la présence au travail a été mise en place. Malgré la mise en œuvre du plan d'action triennal en gestion de la présence au travail, visant à soutenir et à maintenir au travail les ressources humaines, détérioration du ratio régional d'assurance salaire. Il est passé de 6,56 % en 2004-2005 à 7,10 % en 2005-2006.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Planification de la main-d'oeuvre

Le réseau de la santé et des services sociaux est aux prises avec des pénuries de main-d'oeuvre dans plusieurs professions de la santé et des départs du personnel pour la retraite sont à prévoir au cours des prochaines années. Cet état de fait nécessite de développer des stratégies de renouvellement des effectifs en santé.

Devant cette situation, l'équipe ressources humaine-réseau s'est donné comme mandat de soutenir et d'outiller les établissements, et de travailler avec eux à la mise en place d'une démarche structurée de planification de main-d'œuvre locale et régionale.

Un étroit partenariat avec les maisons d'enseignement, les centres de formation professionnelle des commissions scolaires, les ordres professionnels et Emploi Québec a permis également de soutenir la planification et le développement de la main-d'œuvre.

Maintien et développement des compétences

Des activités de formation et de développement ont été mises en place. Elles étaient destinées :

- au personnel d'encadrement, entre autres :
 - microprogramme et diplôme de 2^e cycle en gestion;
 - groupe de codéveloppement;
 - colloque annuel et programme de déjeuners-conférences;
 - soutien à l'implantation de la loi 30 (représentation syndicale et matières faisant l'objet de la négociation locale);
 - programme de relève du personnel d'encadrement;
- au personnel salarié du réseau, entre autres :
 - module de premier cycle en gestion;
 - attestation d'études collégiales en éducation spécialisée;
 - instauration d'un programme de techniques infirmières à Mont-Laurier;
 - programme de recyclage auprès des infirmières auxiliaires.

Mobilisation des ressources humaines

La mobilisation du personnel est une cible d'intervention soutenue et continue, c'est la raison pour laquelle elle est inscrite dans les priorités ministérielles de l'année 2005-2006. Dans le but de soutenir les établissements, nous avons proposé une offre de service permettant un accompagnement personnalisé pour la réalisation d'un état de situation sur la mobilisation du personnel. Le diagnostic pouvait être effectué par l'administration de l'un des deux outils suivants : le questionnaire « Sondage sur le climat organisationnel du Conseil québécois d'agrément » ou le questionnaire -indice PH « L'indice de la performance humaine de l'organisation ». Cet état de situation sur la mobilisation constitue la première étape de la démarche, et la seconde consiste en l'élaboration d'un plan d'action ayant pour objectif de renforcer les conditions propices à la mobilisation.

DÉFIS ET ENJEUX

Planification de la main-d'œuvre

- Refaire une mise à jour de l'exercice de planification de la main-d'œuvre suite aux fusions des établissements afin de réévaluer les besoins et dégager des priorités d'action en matière de formation, de développement ou de soutien spécifique;
- Procéder à un appariement rigoureux de l'offre et de la demande de main-d'œuvre et mettre en place des stratégies novatrices pour contrer la pénurie prévisible dans les secteurs névralgiques;
- Repenser nos stratégies d'attraction et de rétention de façon à rejoindre les valeurs et intérêts des nouvelles générations.

Maintien et développement des compétences

- Offrir des programmes de soutien, de formation et de développement adaptés aux besoins des gestionnaires et du personnel salarié.

Gestion de la présence au travail

- Poursuivre les travaux de la table régionale et mettre en place les pistes d'actions prometteuses en soutien aux établissements afin d'atteindre les cibles ministérielles;
- Organiser les rencontres des établissements avec l'équipe du Programme Santé et Sécurité-Réseau du ministère afin d'établir un diagnostic organisationnel en gestion de la présence au travail;
- S'assurer du suivi des recommandations de l'équipe ministérielle par les établissements suite aux visites.

Ressources informationnelles

FAITS SAILLANTS

La gestion économique et efficiente des ressources informationnelles

Les modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux en matière de circulation de l'information au sein du réseau constituent un changement majeur. Elles viennent camper clairement les conditions nécessaires pour que l'information clinique circule de façon plus fluide. De plus, elles viennent confirmer le rôle et la légitimité du technocentre régional ainsi que valider les orientations qui avaient été mises de l'avant au cours des dernières années.

Les ressources informationnelles ont connu un essor important entre 2001 et 2006. Le développement et le déploiement de système d'information et d'infrastructure technologique ont permis de mieux supporter le travail des cliniciens et des gestionnaires en améliorant l'accessibilité et la qualité des informations, et en appuyant de façon concrète la mise en réseau et les échanges sécurisés d'information.

Le technocentre régional est en opération depuis 1998; il constitue la plate-forme de soutien technologique et des infrastructures. Un carrefour informationnel assure l'accès à un entrepôt de données sociosanitaires, à des tableaux de bord de gestion ainsi qu'à des outils de gestion documentaire. Finalement, plusieurs systèmes d'information ont été déployés telle l'informatisation des laboratoires, les systèmes d'information de radiologie et d'imagerie médicale (SIR/PACS), Intégration CLSC, SICHELD pour les missions longue durée, Med-Echo supportant la version CIM-10 et l'informatisation des GMF.

De plus des travaux importants sont en cours pour l'informatisation des pharmacies et la mise en place des Index CSSS.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

La planification stratégique

À l'hiver 2005, l'Agence adoptait son document de vision stratégique des ressources informationnelles. Cette vision comporte sept cibles stratégiques, la clientèle cible, l'architecture globale cible ainsi que les paramètres pour effectuer le plan directeur régional. Ce document a été présenté au réseau au mois de juillet 2005.

Le technocentre régional

Le technocentre régional répond chaque année à plus de 5 500 demandes d'assistance provenant des établissements de la région. Il assure le soutien au réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS), au système d'exploitation Windows NT/2000/2003, à l'infrastructure Lotus Notes, aux logiciels anti-virus, au logiciel de serveurs de terminaux ainsi qu'à l'infrastructure permettant d'héberger les systèmes d'informations I-CLSC, SICHELD, SIR/PACS (Artéfact et Fuji/Synapse), laboratoire (Omnitech), comptabilité (Magistra et Espresso), Med-Echo (3M), etc.

Le technocentre régional a mis en place plusieurs infrastructures de sécurité afin de sécuriser les données, et les équipements régionaux nécessaire au bon fonctionnement du réseau.

Le technocentre régional offre aussi des services à la carte comme l'hébergement de serveurs d'établissement, la présence de technicien en établissement, le déploiement d'équipements en établissements, etc.

Le Carrefour informationnel et documentaire

Le Carrefour informationnel et documentaire se veut un outil (équipements, logiciels et personnel) pour supporter les cliniciens et les gestionnaires dans le tout le volet informationnel de leur travail.

Un portail a été déployé à l'automne 2005 regroupant des outils de gestion documentaire, de tableau de bord, de générateur de rapport, de cartographie en lien avec un entrepôt de données régional contenant les différentes informations statistiques des services de la région et de la province.

Le volet documentaire permet aux établissements d'intégrer au Carrefour leur collection de livres et de périodiques, et d'en faire ainsi connaître l'existence à l'ensemble de la région. Des mécanismes de prêt entre organismes existent. De plus, l'accès à des banques de périodiques en ligne est disponible.

Le volet informationnel du Carrefour reçoit en moyenne plus de 160 requêtes spécifiques par année.

Le développement de systèmes d'information

L'Agence développe et supporte depuis 1989, un système d'information concernant le volet administratif du transport ambulancier (Sispuq) pour treize régions du Québec

En collaboration avec la Sogique, l'Agence développe et supporte le système d'information SIC-DI permettant à 23 établissements ayant une mission en déficience intellectuelle de gérer les dossiers de la clientèle tant du point de vue administratif que clinique.

En collaboration avec le Ministère, l'Agence développe et supporte le système d'information Osior permettant à l'ensemble des agences du Québec de gérer le dossier du remplacement des salariés en disponibilité dans le réseau.

En collaboration avec les GMF et les CSSS concernés, l'Agence développe et supporte le système d'information sur les clientèles vulnérables suivies en GMF. Ce système permet au personnel d'Info santé de connaître la clientèle vulnérable des GMF ainsi que les directives des médecins traitants advenant une urgence. De plus, les actions du personnel d'Info santé sont retournées aux GMF.

Le déploiement de systèmes d'information

La région a terminé en 2003 l'informatisation de quatre des six laboratoires, permettant ainsi d'améliorer les services à la clientèle en diminuant le délai de diffusion de l'information.

En 2003-2004, la région a procédé à l'implantation de deux outils en imagerie médicale, à savoir le système d'information de radiologie (SIR) et un système de gestion de l'imagerie diagnostique (PACS), le tout dans une vision régionale de complémentarité de services. En 2006, un rehaussement majeur de l'archivage long terme a été réalisé en mode technocentre.

La mission centre d'hébergement et de soins de longue durée a été appuyée par le déploiement du système d'information SICHELD et par l'introduction de deux nouvelles versions améliorées. Au cours de 2006, un rehaussement majeur de l'environnement technologique sera réalisé.

Quatre mises à jour du système d'information qui supporte les activités des CLSC, soit I-CLSC, ont eues lieu;

En 2002-2003, un système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) a été implanté.

En 2003-2004, d'importants efforts ont été consentis pour informatiser trois groupes de médecine de famille (GMF) dans la région. Plus de 40 postes de travail, cinq

serveurs et des systèmes ont été déployés (Lotus Notes, Inscription à la RAMQ, Résultat de laboratoire et d'imagerie, Aviseur pharmacologique).

Près du tiers des établissements de la région ont imparti leur système de comptabilité au technocentre régional. Deux solutions sont présentement supportées (Espresso et Magistra). D'autres travaux dans ce sens se feront au cours de 2006.

Un système d'assurance qualité pour les glucomètres portatifs a été implanté en 2005. Ce système permet aux laboratoires de la région d'effectuer des contrôles de qualité sur les appareils et sur l'utilisation qui en est faite. Plus de 400 glucomètres sont reliés à ce système.

Afin de supporter la nouvelle classification médicale CIM-10, la région a procédé à l'implantation d'un nouvel outil de saisie des données Med-Echo (3M). Cet outil a été déployé en mode technocentre.

En 2004, un système d'acheminement des données entre les transporteurs ambulanciers et l'Agence régionale a été implanté pour tout les cas d'utilisation des moniteurs et défibrillateurs cardiaques. Il vise à assurer un monitoring de la qualité des services.

Des travaux sont en cours, dans le cadre des projets de soutien aux RLS, pour informatiser les pharmacies des établissements. À la fin de 2006, l'ensemble des pharmacies des établissements de la région devraient avoir été traités.

Toujours dans le cadre des projets de soutien aux RLS, des travaux afin de doter chaque CSSS d'un Index unique couvrant l'ensemble de sa mission devrait être en place pour le 31 mars 2007. Ces travaux ont débuté en 2005.

DÉFIS ET ENJEUX

- Harmoniser la vision stratégique régionale, le plan d'informatisation du MSSS et les modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de parachever le plan directeur régional;
- Réaliser le plan d'informatisation afin d'améliorer la circulation de l'information clinique et de gestion; pour ce faire, nous devons amener les différents partenaires vers une vision commune afin d'optimiser et de normaliser les systèmes et les infrastructures;
- S'assurer que les infrastructures communes répondent aux besoins selon les orientations du plan directeur et du plan d'informatisation (ex. : bande passante du réseau de télécommunication, disponibilité, redondance, etc.);
- Consolider l'accès à l'information et à la documentation du Carrefour informationnel et documentaire en appui à la gestion et à la reddition de comptes;
- Maintenir et augmenter la vigilance pour la sécurité des actifs informationnels.

Immobilisations et équipements

FAITS SAILLANTS

- La région dispose d'un parc immobilier d'approximativement 265 000 mètres carrés, répartis dans environ 70 immeubles d'une valeur de 500 M\$;
- Les services sont également offerts dans 80 immeubles appartenant au secteur privé, loués à un coût annuel de l'ordre de 4 M\$;
- La région dispose d'un parc d'équipements évalué à 140 M\$ pour le volet des équipements médicaux spécialisés;
- Au cours des quatre dernières années, le parc immobilier a connu une transformation significative grâce aux divers investissements de plus de 150 M\$;
- La région a connu également un rattrapage en équipements spécialisés et ultra spécialisés notamment par l'implantation d'un service de résonance magnétique;
- Des investissements importants ont également été consentis pour la modernisation des infrastructures, ce qui a permis l'amélioration de la qualité de vie des usagers, notamment au niveau des urgences et de l'hébergement;
- Sur une base territoriale, les établissements ont été invités à produire des plans directeurs immobiliers (PDI) pour assurer une planification optimale de la réponse aux besoins actuels et en émergences.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Les projets immobiliers

- Entre 2002 et 2006, le parc immobilier régional a connu une transformation significative grâce à des investissements majeurs. Tout en contribuant à l'efficience des ressources, ces investissements ont permis d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts dans les établissements de la région. De plus, en offrant un environnement sain et sécuritaire, ils ont contribué à améliorer la qualité de vie des usagers et du personnel.
- Sans être exhaustif, ce tableau des projets réalisés à ce jour ou en voie de réalisation illustre bien l'amélioration du parc immobilier de la région :

ÉTABLISSEMENT	PROJET	MONTANT \$	ÉCHÉANCIER
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	Agrandissement 48 lits courte durée	23 155 440	2009
CSSS de Thérèse-De Blainville	Nouvel immeuble pour la mission CLSC	13 900 000	2008
CSSS de Saint-Jérôme	Rénovation salle d'urgence	12 477 000	Réalisé
CSSS de Saint-Jérôme	Relocalisation de deux CHSLD dans un nouveau bâtiment (212 lits)	19 500 000	2009
CSSS des Pays-d'en-Haut	Relocalisation d'un CHSLD dans un nouveau bâtiment (112 lits)	18 764 000	2009
CSSS des Sommets	Construction d'un CHSLD (Pavillon Lapointe)	24 813 000	Réalisé
CSSS des Sommets	Rénovation et agrandissement de l'urgence	9 789 000	Réalisé

D'autres projets ont également été réalisés ou en voie de l'être, soit à partir des fonds régionaux, soit à partir des enveloppes spécifiques dégagées par le Ministère :

PROJETS	MONTANT	ÉCHÉANCIER
Rénovation fonctionnelle en CHSLD	8 700 045 \$	Réalisé en partie
Rénovation fonctionnelle autre que CHSLD	3 254 235 \$	Réalisé en partie
Subvention non récurrente en rénovation fonctionnelle et sécurité incendie	8 380 630 \$	Réalisé
Projets de soutien à l'équilibre budgétaire	790 000 \$	Réalisé

Les équipements spécialisés, de haute technologie et petits équipements médicaux

- La région des Laurentides s'est vue accorder de 2002 à 2006 des investissements importants en matière d'équipements de haute-technologie. Même si une partie significative de ces sommes, soit environ 60 %, permet d'assurer le remplacement d'équipements vétustes, la mise en places des services de résonance magnétique au CSSS de Saint-Jérôme, tout comme la décentralisation des services de dialyse au CSSS d'Antoine-Labelle sont des acquis importants pour la population.

Les subventions reçues au cours de cette période ont permis des investissements importants visant l'imagerie médicale (tomodensitomètres, résonance magnétique, système de numérisation PACS, etc), la dialyse rénale et les systèmes de monitoring.

INVESTISSEMENTS POUR LES ÉQUIPEMENTS SPÉCIALISÉS, DE HAUTE TECHNOLOGIE ET PETITS ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX			
Année	Remplacement \$	Développement \$	Total \$
2002-2003	1 736 100	2 457 700	4 193 800
2003-2004	1 665 000	1 763 300	3 428 300
2004-2005	1 347 000	1 000 000	2 347 000
2005-2006	4 415 000	577 000	4 992 000

D'autres investissements ont également été réalisés, soit à partir des fonds régionaux, soit à partir des enveloppes spécifiques dégagées par le Ministère :

PROJETS	MONTANT \$
PAIP - Laboratoire	133 000
Renouvellement du parc d'équipement dans le cadre d'un projet centralisé	
o CHSLD de 128 lits au CSSS des Sommets	2 172 000
o Rénovation et agrandissement de l'urgence CSSS des Sommets	1 174 000
o Rénovation et agrandissement de l'urgence CSSS de Saint-Jérôme	2 191 000
Achat de lits électriques	541 185
Instruments chirurgicaux pour salle d'opération	363 822
Aide technique	1 509 852

DÉFIS ET ENJEUX

Les projets immobiliers

- Adapter le parc immobilier en fonction des nouvelles réalités générées par la création des instances locales et par l'émergence des nouveaux besoins (les études effectuées dans la région ont permis d'identifier les besoins et les efforts qui restent encore à consentir. À ce titre, en septembre 2003, les investissements requis dans la région des Laurentides pour mettre à niveau le parc immobilier en fonction des normes d'aménagement, de l'adapter au virage ambulatoire et de répondre à la croissance démographique de la région étaient évalués à 260 M\$).

Les équipements spécialisés, de haute technologie et petits équipements médicaux

- Malgré l'augmentation significative des investissements annoncés par le Ministère, les enveloppes annuelles accordées à la région demeurent insuffisantes. Le parc d'équipements est encore trop souvent vétuste et la région risque régulièrement de se retrouver en bris de service.

À cet effet, le groupe de *Génie Biomédical Montérégie* (GBM) a été mandaté pour préparer un *Plan stratégique de gestion des équipements de haute technologie* pour assurer une planification adéquate du renouvellement et du développement des équipements médicaux de la région, pour chiffrer les ressources financières requises et en assurer une répartition équitable entre les établissements de la région et ce, dans le respect de leur mission respective.

Le financement

FAITS SAILLANTS

- Au cours des années 2002-2003 à 2005-2006, l'enveloppe régionale (financement net) a connu une croissance de 20,6 %, passant de 472,5 M\$ à 569,9 M\$, soit une moyenne de 6,9 % par année. Cet ajout budgétaire comprend l'indexation et les coûts de système, les ajustements salariaux découlant des conventions collectives et de l'équité salariale, le rehaussement des bases budgétaires et enfin les budgets de développement et de transition attribués à la région;
- Les réinvestissements significatifs dégagés par le ministère ainsi que les efforts déployés par les établissements ont permis de maîtriser le niveau de déficit et d'amorcer le retour vers l'équilibre budgétaire. Le dépassement de la cible déficitaire autorisée est passé de 5,2 M\$ en 2002-2003 à 3,5 M\$ en 2004-2005 et à 1,6 M\$ en 2005-2006. De plus, plusieurs établissements ont déposé des plans visant le remboursement des dépassements de la cible déficitaire autorisée des années 2004-2005 et 2005-2006.
- Dans l'allocation intrarégionale des développements 2005-2006, des paramètres basés sur la population des territoires de CSSS ont été introduits, afin de tendre vers l'équité intrarégionale.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Évolution de l'enveloppe régionale

Le premier tableau présente l'évolution de l'enveloppe régionale de 2002-2003 à 2005-2006 alors que le deuxième tableau présente les développements par programme des années 2004-2005 et 2005-2006.

ANNÉE	CHARGES BRUTES M\$	REVENUS M\$	CHARGES NETTES M\$	VARIATION M\$ %	
2002-2003	508,32	35,78	472,54		
2003-2004	550,25	40,86	509,39	36,85	7,80
2004-2005	582,20	42,64	539,57	30,18	5,92
2005-2006	616,02	46,10	569,92	30,36	5,63
Variation 2002-2003 / 2005-2006			20,61 %		

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES DÉVELOPPEMENTS (INCLUANT TRANSITION) PAR PROGRAMME (BASE ANNUELLE)		
	2004-2005	2005-2006
Santé publique	1 340 629 \$	121 110 \$
Services généraux	386 295 \$	326 470 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement	6 326 307 \$	1 977 96 \$
Déficience physique	929 951 \$	683 244 \$
Déficience intellectuelle et TED	603 104 \$	198 772 \$
Jeunes en difficultés	81 219 \$	325 792 \$
Dépendances	20 781 \$	26 748 \$
Santé mentale	1 126 938 \$	2 033 413 \$
Santé physique	1 324 294 \$	761 429 \$
Total	12 139 518 \$	6 454 938 \$

Suivi financier des établissements

Les déficits prévus en début d'exercice 2002-2003 étaient d'environ 24 M\$. À la suite de nombreux échanges, une cible régionale de déficit de 16,4 M\$ était accordée à la région des Laurentides. La mise en place de plans d'équilibre budgétaires ainsi que l'utilisation de disponibilités budgétaires régionales non récurrentes ont permis de respecter le niveau de déficit autorisé.

En 2003-2004, l'effet combiné de la non-réurrence des financements 2002-2003, de la croissance et du vieillissement de la population, du rapatriement de la clientèle ainsi que du sous-financement du réseau régional par rapport à la moyenne provinciale, ont conduit le déficit régional à 28,2 M\$, soit un dépassement de 5,2 M\$ par rapport à la cible régionale de déficit de 23 M\$.

Les déficits accumulés totalisaient 86,2 M\$ au 31 mars 2006, soit 15,1 % de l'enveloppe régionale.

Le premier tableau présente l'évolution des budgets nets de fonctionnement des établissements entre 2002-2003 et 2005-2006, alors que le tableau suivant donne le détail des dépassements du déficit autorisé pour les mêmes années.

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS							
ÉTABLISSEMENT	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Variation 2005-2006 vs 2002-2003		
					\$	%	
CSSS d'Antoine-Labelle	63 664 536 \$	67 799 964 \$	69 077 819 \$	70 787 406 \$	7 122 870 \$	11,19%	
CSSS de Saint-Jérôme	116 328 850 \$	127 515 060 \$	132 039 830 \$	139 906 856 \$	23 578 006 \$	20,27%	
CSSS des Sommets	41 362 399 \$	44 118 193 \$	47 244 135 \$	51 584 992 \$	10 222 593 \$	24,71 %	
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	71 119 824 \$	77 274 484 \$	83 536 777 \$	88 527 712 \$	17 407 888 \$	24,48%	
CSSS d'Argenteuil	24 177 595 \$	25 163 439 \$	27 611 960 \$	28 190 075 \$	4 012 480 \$	16,60%	
CSSS de Thérèse-De Blainville	31 060 161 \$	34 359 161 \$	35 388 944 \$	38 003 091 \$	6 942 930 \$	22,35%	
CSSS des Pays-d'en-Haut	8 226 540 \$	9 112 475 \$	9 859 904 \$	10 413 641 \$	2 187 101 \$	26,59%	
La Résidence de Lachute	1 918 533 \$	2 054 744 \$	2 039 040 \$	2 059 761 \$	141 228 \$	7,36%	
CR André-Boudreau	2 821 577 \$	3 110 247 \$	3 178 569 \$	3 197 373 \$	375 796 \$	13,32%	
Centre du Florès (CR)	22 711 659 \$	24 747 826 \$	26 472 501 \$	27 817 079 \$	5 105 420 \$	22,48%	
CRDP Le Bouclier	5 277 827 \$	5 734 943 \$	6 629 766 \$	7 012 768 \$	1 734 941 \$	32,87%	
Centre jeunesse	41 394 268 \$	44 552 967 \$	46 198 227 \$	48 803 594 \$	7 409 326 \$	17,90%	
Total établissements publics	430 063 769 \$	465 543 503 \$	489 277 472 \$	516 304 348 \$	86 240 579 \$	20,05%	
CHSLD Deux-Montagnes	3 267 410 \$	3 444 871 \$	3 522 258 \$	3 521 976 \$	254 566 \$	7,79%	
CHSLD Villa Soleil	6 929 753 \$	7 416 759 \$	7 548 311 \$	7 836 718 \$	906 965 \$	13,09%	
Pavillon Ste-Marie (CR)	6 754 562 \$	7 081 412 \$	7 107 403 \$	7 278 894 \$	524 332 \$	7,76%	
Total privés conventionnés	16 951 725 \$	17 943 042 \$	18 177 972 \$	18 637 588 \$	1 685 863 \$	9,95%	
Organismes communautaires	13 128 055 \$	14 780 964 \$	15 165 240 \$	16 485 391 \$	3 357 336 \$	25,57%	
Total région des Laurentides	460 143 549 \$	498 267 509 \$	522 620 684 \$	551 427 327 \$	91 283 778 \$	19,84%	

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ÉVOLUTION DU DÉPASSEMENT DU DÉFICIT AUTORISÉ					
ÉTABLISSEMENT	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Déficits accumulés au 31 mars 2006
CSSS d'Antoine-Labelle	(391 803) \$	(981 584) \$	(458 850) \$	355 936 \$	(7 521 148) \$
CSSS de Saint-Jérôme	386 989 \$	535 \$	28 175 \$	13 552 \$	(10 768 465) \$
CSSS des Sommets	55 794 \$	(956 816) \$	(2 038 444) \$	(1 104 164) \$	(20 880 345) \$
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	129 103 \$	(2 837 577) \$	(546 306) \$	(506 800) \$	(32 254 056) \$
CSSS d'Argenteuil	18 \$	(462 784) \$	26 965 \$	(525 818) \$	(2 545 988) \$
CSSS Thérèse-De Blainville	57 845 \$	(11 530) \$	117 \$	- \$	(1 470 053) \$
CSSS des Pays-d'en-Haut	(33 432) \$	70 049 \$	1 473 \$	340 \$	(748 745) \$
La Résidence de Lachute	143 860 \$	19 762 \$	59 378 \$	121 965 \$	262 567 \$
CR André-Boudreau	6 611 \$	9 323 \$	2 804 \$	2 666 \$	4 556 \$
CR Le Florès	- \$	- \$	(665 602) \$	- \$	(4 818 984) \$
Centre jeunesse	- \$	- \$	36 554 \$	8 935 \$	(5 465 015) \$
Total des dépassements	354 985 \$	(5 150 622) \$	(3 553 736) \$	(1 633 388) \$	(86 205 676) \$
Déficit autorisé	(16 400 000) \$	(23 000 000) \$	(15 126 523) \$	(9 221 628) \$	
Surplus (déficit) réel	(16 045 015) \$	(28 150 622) \$	(18 680 259) \$	(10 855 016) \$	

Allocation budgétaire

L'équité intrarégionale et interrégionale ayant toujours été au cœur des préoccupations de l'Agence et des établissements de la région, l'Agence amorçait au cours de l'exercice 2005-2006 des travaux visant à reproduire le modèle d'allocation provincial au niveau régional. Les travaux menés ont permis d'appliquer le modèle à six des onze programmes définis par le MSSS (représentant 47 % de la dépense attendue de la région). Les résultats obtenus ont été introduits dans l'allocation budgétaire 2006-2007. L'Agence poursuit ses travaux visant à reproduire sur une base régionale le modèle provincial pour la totalité des programmes. Selon ce modèle le manque à gagner de chacun des programmes se détaille comme suit :

DISTRIBUTION DU MANQUE DE RESSOURCES PAR PROGRAMME	
ÉCART PAR PROGRAMME 2006-2007	
LAURENTIDES	
Programmes	Montant
Services généraux	3 350 090 \$
Santé physique	1 329 125 \$
Santé mentale	5 902 067 \$
Santé publique	4 397 679 \$
Perte d'autonomie	9 513 961 \$
Déficiência intellectuelle et TED	4 225 030 \$
Déficiência physique	3 503 263 \$
Dépendances	806 664 \$
Jeunes en difficulté	2 674 139 \$
Administration et soutien aux services	5 164 947 \$
Gestion des bâtiments	(765 764) \$
	40 101 201 \$

10. Conclusion

Nous avons tenté de rendre tangible l'amélioration des services rendus à la population des Laurentides. Sans minimiser les problèmes auxquels nous sommes confrontés, nous avons voulu démontrer que les actions réalisées par l'ensemble du réseau, les organismes communautaires et les différents partenaires au cours des quatre derniers exercices financiers, sous le leadership de l'Agence, ont eu des répercussions positives auprès de la population des Laurentides et qu'elles s'inscrivent en cohérence avec les orientations et priorités ministérielles.

Enfin nous avons voulu témoigner que notre Agence a assumé son rôle d'agent de changement, en supportant de façon marquée le réseau et en assumant ses fonctions avec rigueur et transparence. Elle entend poursuivre son travail d'encadrement et de support aux réseaux locaux afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.