

ENSEMBLE POUR LA
SANTÉ
ET POUR LA VIE
CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE



Planification stratégique
2011-2015

Centre de santé et de services sociaux
de Dorval-Lachine-LaSalle

La planification stratégique 2011-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle

Un chemin à parcourir « Ensemble pour la santé et pour la vie! »

La planification stratégique est le processus par lequel une organisation détermine ses choix d'orientation et de développement, ainsi que les programmes d'action, qui ont pour objectif d'assurer la mise en œuvre de ces choix. Pour le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle, il s'agit plus concrètement du chemin à parcourir « **Ensemble pour la santé et pour la vie** », maxime de l'établissement. En effet, le CSSS a entrepris une démarche de mise à jour de ses orientations stratégiques au cours de la dernière année et nous sommes très heureux de vous présenter les résultats. Notre planification stratégique 2011-2015 s'arrime aux orientations ministérielles et régionales.

Les quatre grandes orientations formulées dicteront à la fois nos actions des prochaines années et contribueront à aiguiller nos partenaires, afin que nous puissions, en collaboration, offrir les meilleurs soins et services possibles à la clientèle, et ce, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population de Dorval, de Lachine et de LaSalle. Ces orientations sont le fruit de l'analyse de l'environnement, tant interne qu'externe, ainsi que de consultations auprès de groupes internes et de partenaires du Réseau local de services. Nous remercions d'ailleurs toutes les personnes qui ont participé à ces consultations, permettant de rendre possible la réalisation de cette démarche. La planification stratégique a été élaborée par les membres du conseil d'administration et du comité de direction, accompagnés des chefs de département, et a été adoptée par les membres du conseil d'administration.

En tant que présidente du conseil d'administration et directeur général, nous invitons l'ensemble du personnel de l'établissement, les médecins et nos partenaires à s'engager avec nous dans l'atteinte de l'objectif ultime de cette planification stratégique, soit l'actualisation de la mission de notre CSSS, qui est de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population de notre territoire, en orchestrant les soins de santé et de services sociaux, misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité, tout en favorisant les partenariats, afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.



Isabelle Brault
Présidente du conseil d'administration



Yves Masse
Directeur général

GLOSSAIRE

CDJ	Chirurgie d'un jour
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPE	Centre de la petite enfance
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRI	Clinique réseau intégrée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSDLL	Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle
CSSSOV	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DRG	Diagnostic regroupé pour la gestion
DMS	Durée moyenne de séjour
GARE	Grossesse à risque élevé
GBM	Génie biomédical
GMF	Groupe de médecine de famille
HGJ	Hôpital général juif
HT	Heure travaillée
ISQ	Institut de la statistique du Québec
JP	Jour-présence
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PDCI	Plan directeur clinique et immobilier
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan de répartition des effectifs médicaux
RFI	Réseau fonctionnel intégré
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SARDM	Système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments
TED	Trouble envahissant du développement



TABLE DES MATIÈRES

Sections

1. Contexte et activités réalisées	7
2. Portrait synthèse de la situation actuelle	9
3. Revue des grandes orientations	13
4. Enjeux actuels et futurs du CSSDLL	17
5. Orientations stratégiques	22
6. Indicateurs de suivi	24

Annexes

Annexe A. Examen de l'environnement externe	32
Annexe B. Examen de l'environnement interne	44
Annexe C. Projections	67

SECTION 1. CONTEXTE ET ACTIVITÉS RÉALISÉES

CONTEXTE

La direction du CSSSDLL vise, avec son conseil d'administration et son équipe de direction, à tout mettre en œuvre pour articuler une vision globale des grandes priorités à cibler pour les prochaines années dans un contexte où :

- les dossiers et les projets sont extrêmement nombreux;
- bien qu'il n'y ait pas eu de planification stratégique récente, les orientations cliniques et immobilières ont été mises à jour lors de la réalisation du PDCI du CSSS – les priorités de l'établissement ont aussi été définies à ce moment-là par le conseil d'administration et la direction de l'établissement;
- les orientations ministérielles et régionales ont été publiées et sont désormais connues.

Pour ce faire, le CSSS considère qu'il est important pour la direction de s'assurer de la mise à jour de ses grandes orientations stratégiques pour les prochaines années.

ACTIVITÉS RÉALISÉES

1) Revue des informations disponibles et détermination des principaux enjeux (mars à juin 2011)

- Prise de connaissance des informations disponibles (orientations stratégiques du CSSS, PDCI, projets en cours, orientations ministérielles et régionales) ainsi que de toute autre information pertinente
- Mise à jour des données sommaires (populationnelles et l'évolution des activités du CSSS)
- Séance de travail avec le comité de direction et des médecins (chefs de département), portant sur les informations relatives aux orientations stratégiques et autres données disponibles et les principaux enjeux perçus et à considérer dans la mise à jour des orientations stratégiques du CSSS
- Réalisation d'un portrait sommaire du CSSS et des défis et enjeux auxquels il est confronté
- Consultations ciblées afin de compléter la détermination des enjeux perçus par l'organisation

Groupes consultés

1. Comités exécutifs (CII-CIIA et CM)
2. Comité exécutif du CMDP
3. Médecins (chefs de service)
4. Groupe de cadres
5. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
6. CUSM (partenaires du RLS)

2) Atelier avec le conseil d'administration et l'équipe de direction (juin 2011)

- Rédaction d'un document synthèse présentant les résultats de la première étape de la démarche, incluant les principaux enjeux cernés et les pistes d'orientations stratégiques (grandes lignes et hypothèses) pour le CSSS
- Atelier avec le conseil d'administration et l'équipe de direction (possiblement avec les chefs de département), sur la base du document synthèse, afin de permettre d'alimenter leurs réflexions sur les principales orientations qui devraient être retenues pour le CSSS

3) Finalisation des orientations (juillet 2011)

- Finalisation de la rédaction des orientations stratégiques retenues par le CSSS
- Détermination des grands axes d'actions à entreprendre pour l'actualisation des orientations stratégiques retenues et élaboration de quelques indicateurs pour le suivi de leur mise en œuvre
- Dépôt d'un rapport préliminaire pour validation par l'équipe de direction du CSSS – le directeur général pourra par la suite présenter ce rapport à son conseil d'administration, aux fins d'approbation et de dépôt d'un rapport final

SECTION 2. PORTRAIT SYNTHÈSE DE LA SITUATION ACTUELLE

ENVIRONNEMENT EXTERNE

Population

- Population (139 561 personnes en 2011) en légère croissance et vieillissante;
- Population plus âgée que la moyenne régionale et provinciale: 18 % de 65 ans et plus comparé à 16 % pour Montréal et la province;
- Population relativement défavorisée sur le plan social.

Consommation hospitalière et médicale

- Taux d'hospitalisation comparable à la moyenne régionale (77 hospitalisations pour 1000 personnes contre 75 pour l'ensemble de la région et 85 pour la province);
- En 2008-2009, 22 % de la consommation en hospitalisations de la population de Dorval-Lachine-LaSalle se fait à l'Hôpital de LaSalle :
 - Taux de rétention élevé en obstétrique (56 %);
 - Taux de rétention relativement faible en chirurgie (11 %) et en médecine (19 %);
 - Taux de rétention de 30 % sur la consommation en hospitalisation de la population du territoire du CLSC de LaSalle et de 11 % sur la consommation de celle du territoire du CLSC de Dorval-Lachine;
 - Taux de rétention comparable à celui d'autres hôpitaux locaux de Montréal;
 - Impact de l'hôpital de Lachine sur le territoire et mobilité importante de la clientèle hospitalière à Montréal.

ENVIRONNEMENT INTERNE

Santé physique – Chirurgie et médecine

Portrait de la situation actuelle

- Médecine
 - Croissance des hospitalisations en médecine entre 2006-2007 et 2008-2009 (1 343 à 1 519 hospitalisations);
 - En 2008-2009, DMS courte, particulièrement en médecine. DMS de 8,0 jours pour l'ensemble des admissions et DMS de 6,6 jours pour les cas typiques (inférieure à la cible de 7,3 jours selon la méthodologie du premier tiers);
- Chirurgie
 - Proportion importante de CDJ (83 % en 2008-2009), légère décroissance au niveau des CDJ entre 2006-2007 et 2008-2009 (3 060 à 3 037 CDJ) mais croissance en 2009-2010 (variation annuelle d'environ 600 CDJ), liée à une entente avec l'Hôpital juif de Montréal;
 - En 2008-2009, 643 chirurgies avec hospitalisation dont 217 substituables en CDJ;
 - En chirurgie, DMS de 4,5 jours pour l'ensemble des admissions et DMS de 5,5 jours pour les cas typiques (cible de 5,1 jours selon la méthodologie du premier tiers).

Projections au PDCI

- Sur 10 ans, croissance de 49 % des CDJ, de 47 % des hospitalisations et de 45 % des lits occupés (20 lits supplémentaires), en médecine et en chirurgie;

- Projection de 6 000 CDJ en 2018;
- Projections pour 2018: 1 816 hospitalisations en médecine et 1 361 hospitalisations en chirurgie;
- 15 % de la clientèle traitée en CDJ provient de LaSalle.

Unité familiale des naissances

Portrait de la situation actuelle

- Entre 2007-2008 et 2009-2010, nombre d'accouchements relativement stable, de 2 923 à 2 949 accouchements vaginaux (incluant césariennes d'urgence);
- DMS relativement courte (2,3 jours pour les cas typiques);

Projections au PDCI

- Objectif de 4 000 naissances en 2010 dans le cadre du projet d'augmentation du volume des naissances (janvier 2009).

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Service de première ligne (soins à domicile)

- Croissance importante des interventions entre 2007-2008 et 2008-2009 (de 153 214 interventions à 182 184 par année);
- Taux de pénétration et fréquence des interventions plus élevés que les moyennes régionale et provinciale et que les cibles ministérielles (pour les usagers desservis directement par le CSSS) – par contre, recours peu important aux allocations directes pour l'aide à domicile.

Hébergement

- Actuellement, nombre de lits disponibles en CHSLD sur le territoire supérieur à la nouvelle norme ministérielle et nombre de places en RNI correspondant à peu près à cette norme depuis le développement de nouvelles ressources en avril 2010 (établissements privés non conventionnés exclus du calcul du ratio lits/100 personnes de 65 ans et plus);
- Ratio d'heures travaillées par jour-présence inférieur à la moyenne des CSSS de Montréal, particulièrement pour les soins d'assistance (1,71 HT/JP contre 2,00) – par contre, rehaussement des heures travaillées en 2010-2011.

Santé physique – Urgence et médecine de jour

- Depuis 2005-2006, diminution du nombre de visites à l'urgence des usagers ambulants, mais croissance du nombre d'usagers sur civière;
- Ratio de jours-soins en médecine de jour (services entièrement rendus à l'unité de médecine de jour) pour 100 jours-présence d'hospitalisation en médecine et en chirurgie relativement élevé (24 pour le CSSS DLL contre une moyenne de 16 dans les CSSS de Montréal);
- Diminution de la DMS des visites sur civière depuis cinq ans (17,0 heures en 2009-2010 contre 20,6 heures en 2005-2006).

Services de première ligne en CLSC

Portrait de la situation actuelle

- Entre 2007-2008 et 2009-2010, augmentation du nombre d'usagers différents, mais diminution du nombre d'interventions;
- Taux de pénétration inférieur aux moyennes régionales et provinciales, mais fréquence légèrement plus élevée.

Projections au PDCI

- Croissance de 7,5 % des interventions CLSC d'ici 2015 en considérant un taux de pénétration et une fréquence au statu quo.

Autres services de première ligne

Déficience physique

- Nombre d'utilisateurs et d'interventions en décroissance entre 2007-2008 et 2009-2010 (de 832 à 767 utilisateurs et de 30 409 à 24 351 interventions);
- Taux de pénétration comparable aux moyennes régionales et provinciales;
- Fréquence des interventions qui se situe entre la moyenne régionale et la moyenne provinciale.

Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement

- Croissance importante des utilisateurs et des interventions entre 2007-2008 et 2009-2010 (de 456 à 554 et de 4 266 à 6 489 respectivement);
- Taux de pénétration légèrement supérieur aux moyennes régionales et provinciales;
- Fréquence des interventions semblable à la moyenne.

Jeunes en difficultés

- Croissance des utilisateurs et des interventions entre 2007-2008 et 2009-2010 (de 1 603 à 1 824 et de 11 758 à 12 821 respectivement);
- Taux de pénétration proche de la cible ministérielle;
- Fréquence d'intervention plus élevée que la moyenne.

Dépendance

- Selon les données disponibles, il y a un très faible volume d'activités en dépendances (15 utilisateurs différents et 75 interventions en 2009-2010);
- Toutefois, l'interprétation de ces données demeure difficile en raison du fait que certaines clientèles présentant des troubles de dépendances se situent au niveau du programme de santé mentale et que les données (ex. utilisateurs, interventions) sont saisies dans les centres d'activités en lien avec ce programme.

Santé mentale

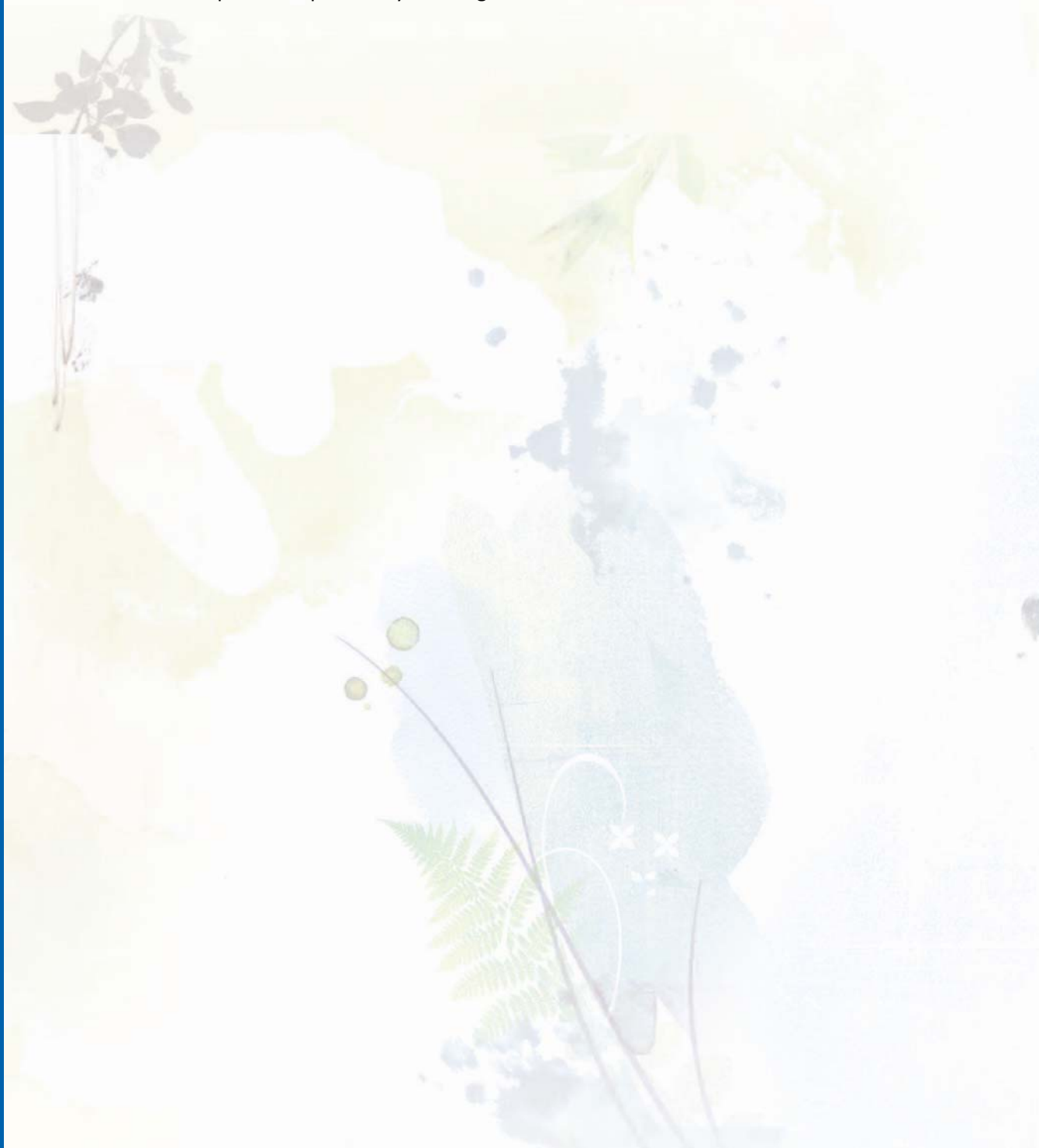
- Croissance importante des activités en 2009-2010: 827 utilisateurs en 2008-2009 et 1 326 en 2009-2010, 6 413 interventions en 2008-2009 et 12 842 en 2009-2010;
- Taux de pénétration semblable aux moyennes régionales et provinciales, mais en deçà de la cible ministérielle;
- Fréquence des interventions semblable à la moyenne.

Effectifs médicaux

- Hôpital de LaSalle:
 - 41 spécialistes en 2007-2008 et 42 en 2009-2010;
 - 42 omnipraticiens en 2007-2008 et 46 en 2009-2010;
- CLSC et centres d'hébergement:
 - Une vingtaine de médecins en 2007-2008 et 2009-2010.

Ressources humaines

- Croissance de la proportion des heures travaillées sur les heures rémunérées depuis quelques années, mais proportion moins importante que la moyenne régionale en 2009-2010;
- Croissance du taux d'encadrement depuis 2005-2006;
- Croissance des heures supplémentaires depuis 2005-2006 et proportion des heures supplémentaires plus importante que la moyenne régionale;
- Proportion des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante également en croissance, mais moins importante que la moyenne régionale.



SECTION 3. REVUE DES GRANDES ORIENTATIONS

PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS – ENJEUX ET ORIENTATIONS

ENJEU 1. L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

- Orientation 1.1. Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

ENJEU 2. La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration

- Orientation 2.1. Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne
- Orientation 2.2. Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers
- Orientation 2.3. Répondre aux besoins d'une population vieillissante
- Orientation 2.4. Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

ENJEU 3. Un délai raisonnable pour l'accès aux services

- Orientation 3.1. Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

ENJEU 4. La qualité des services et l'innovation

- Orientation 4.1. Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services
- Orientation 4.2. Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux
- Orientation 4.3. Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

ENJEU 5. L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

- Orientation 5.1. Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée
- Orientation 5.2. Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

ENJEU 6. Une gestion performante et imputable

- Orientation 6.1. Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux
- Orientation 6.2. Assurer une gouvernance plus imputable

Source : MSSS, Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux

PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DE L'ASSS DE MONTRÉAL – PRIORITÉS ET ORIENTATIONS

PRIORITÉ 1. Constituer une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge

- Soutenir la création de CRI
- Soutenir l'implantation des accueils cliniques afin de garantir un accès amélioré aux plateaux diagnostiques (laboratoires, imagerie) et aux médecins spécialistes

PRIORITÉ 2. Assurer une meilleure gestion des maladies chroniques

- Implanter et généraliser à l'ensemble de la région montréalaise des protocoles cliniques et en assurer le suivi
- Soutenir l'implantation d'équipes de soins spécifiques, plus particulièrement pour la gestion du risque cardio-métabolique et des maladies pulmonaires obstructives

- Améliorer les liens entre les équipes de soins spécifiques de première ligne et les services spécialisés
- Développer en première ligne des équipes interdisciplinaires pour mieux servir les patients souffrant de douleur chronique

PRIORITÉ 3. Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et leurs familles

- Intensifier les efforts afin d’offrir des services intégrés de stimulation précoce sur l’ensemble du territoire montréalais pour les enfants défavorisés et pour ceux présentant des retards de développement
- Poursuivre l’implantation de l’approche Écoles et milieux de santé en collaboration avec les partenaires du réseau de l’éducation
- Soutenir le CSSS dans le développement de programmes d’intervention en négligence pour les enfants âgés de 0 à 12 ans

PRIORITÉ 4. Compléter la mise en œuvre des grandes réorganisations de services

- Santé publique (les orientations retenues par la Direction de la santé publique s’intègrent dans les cinq priorités de l’ASSS de Montréal)
- Personnes en perte d’autonomie liée au vieillissement (mise en place d’un réseau intégré de service, guichet d’accès, gestion de cas, etc.)
- Plan régional de transformation des services en santé mentale
- Déficience physique, intellectuelle et trouble envahissant du développement (actualiser les plans d’accès et d’action)
- Plan de lutte contre le cancer (poursuivre le développement du continuum)

PRIORITÉ 5. Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités en santé et en bien-être

- Contribuer à différentes ententes spécifiques visant certaines clientèles vulnérables
- Actualiser l’entente de complémentarité entre le MELS et le MSSS
- Favoriser le développement des personnes et des communautés au moyen de la concentration intersectorielle
- Participer à l’Engagement jeunesse (soutenir la réussite scolaire et l’insertion sociale)
- Travailler avec la Conférence régionale des élus de Montréal pour mettre en place des conditions structurantes pour assurer une offre de service plus extensive livrée par les entreprises d’économie sociale

Source : ASSS de Montréal, Plan stratégique 2010-2015 de l’Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, projet, juin 2010

AXES STRATÉGIQUES DU CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE

- Ressources humaines
- Performance
- Qualité – Sécurité
- Accessibilité – Services
- Évolution de l’organisation

MISSION, VISION ET VALEURS DU CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE

Mission

Promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle en orchestrant les soins de santé et de services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Vision

D'ici 2013, être reconnu dans le réseau comme une organisation centrée sur les besoins émergents de sa population et un établissement de proximité qui repose sur des partenariats solides et qui se distingue par l'excellence de ses soins et services dans le continuum de la vie, son expertise régionale en périnatalité et la qualité de son milieu de travail.

Valeurs externes alliant la mission et la vision du CSSS DLL

Engagement

Une promesse explicite à l'utilisateur et à la population de l'accessibilité de nos services, de la qualité de nos interventions, de la compétence de nos équipes clinico-administratives et de la sécurité de notre établissement.

Respect

Une relation avec l'utilisateur et la population guidée par le respect inconditionnel des individus et par la valorisation d'échanges courtois témoignant ainsi de l'importance et de la valeur des personnes.

Responsabilisation

Une implication de l'utilisateur et de la population dans la prise en charge de leur bien-être et de leur santé encouragée par les équipes de soins et de services sociaux.

Valeurs internes alliant la mission et la vision du CSSS DLL

Respect mutuel

Une collaboration entre les différents intervenants guidée par le respect inconditionnel des individus et des relations humaines basées sur des échanges courtois témoignant ainsi de l'importance et de la valeur des personnes.

Transparence

Une communication franche et ouverte favorisant le dialogue, la confiance et le partage d'un discours cohérent et uniforme au sein de l'établissement.

Travail d'équipe

Une convergence des efforts individuels et collectifs assurée par la collaboration entre les différentes équipes au sein de l'établissement et par la mise en commun de l'interdisciplinarité.

Équilibre travail-vie privée

Un souci de concilier le travail et les autres sphères de la vie en faisant preuve de flexibilité, d'ouverture et de créativité dans les solutions proposées.

Reconnaissance

Une appréciation constructive et personnalisée de la contribution individuelle et collective pour

l'accomplissement du travail et l'adoption des comportements valorisés au sein de l'établissement.

Adhésion

Un engagement commun à l'établissement soutenant le développement d'un esprit de solidarité et s'appuyant sur l'implication de l'ensemble du personnel et des médecins.

Source : CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle



SECTION 4. ENJEUX ACTUELS ET FUTURS DU CSSSDLL

RÉSUMÉ DES ENJEUX PERÇUS PAR LES RESSOURCES CONSULTÉES

Soins et services

Attraction et rétention de la clientèle

- Effet d'attraction d'autres établissements sur la population du CSSSDLL, notamment en raison de la présence d'installations sur le territoire du CSSSDLL (ex. Pavillon Lachine du CUSM) ou pour des raisons linguistiques (population anglophone);
- Mouvements de la population vers d'autres établissements aussi en raison d'une méconnaissance des services offerts au CSSSDLL (ex. suivis de grossesse au CHU Sainte-Justine) et de l'absence de certaines spécialités et surspécialités à l'Hôpital LaSalle (hôpital communautaire);
- Réduction de l'affluence à l'urgence du CSSSDLL, entre autres, en raison des règles de répartition des transports ambulanciers.

Transformation, développement et consolidation des services de première ligne

- Délais d'attente au niveau du soutien à domicile – pression à la hausse avec le vieillissement de la population et l'orientation ministérielle visant le maintien des usagers dans leur milieu naturel;
- Soins palliatifs nécessaires pour soutenir le soutien à domicile (lits situés au Pavillon Lachine du CUSM) – nécessité de développer des maisons de soins palliatifs dans la communauté;
- Organisation et disponibilité des services et des ressources non optimales dans le RLS (accès aux omnipraticiens, organismes communautaires pour le soutien à domicile, etc.);
- Enjeu au niveau de la santé mentale – défis d'une équipe en développement, mais perception positive de la part des instances externes en ce qui a trait à l'évolution de la situation.

Clarification et consolidation des continuums de services à la clientèle

- Services de première et deuxième ligne à structurer, entre autres au niveau de la prise en charge des maladies chroniques, en intégration avec les partenaires régionaux;
- Méconnaissances à l'interne des soins et services offerts par le CSSSDLL ;
- Enjeux de continuité de services dans plusieurs secteurs, dont le continuum PALV (disponibilité des ressources, trajectoire en cas de recours aux transports ambulanciers, cheminement post-chirurgie et réadaptation, etc.) et les continuums interprogrammes (ex. Enfance-jeunesse-famille et obstétrique, santé mentale et gérontologie);
- Directives du MSSS pour le rapatriement des patients vers hôpital référant, donc approche par épisode de soins réseau à renforcer, particulièrement avec les centres hospitaliers universitaires.

Adéquation entre l'offre et la demande de services

- Vieillissement de la population – impacts sur les soins et services d'urgence, de courte durée, de soutien à domicile, d'hébergement, de prise en charge des maladies chroniques, etc.;
- Hausse des volumes d'activités pour certaines clientèles (jeunes en difficulté, santé mentale, etc.).

Programmation clinique et offre de service

- Présence d'activités chirurgicales au CSSSDLL est un impératif afin d'assurer la présence de médecins anesthésistes au sein de l'établissement, un incontournable pour le maintien du créneau en obstétrique;
- Vulnérabilité actuelle en raison de volumes d'activités propres au CSSSDLL insuffisants en chirurgie – recours à des ententes avec d'autres établissements afin de maintenir les activités opératoires

(prêt du plateau technique);

- Accroissement de la demande pour la clinique GARE dans un contexte d'augmentation du nombre de suivis et de naissances dans l'hôpital – impact à évaluer également sur la médecine interne, la pédiatrie, les services diagnostiques et les services de soutien clinique et administratif;
- Étant un hôpital communautaire, plusieurs spécialités sont absentes localement en ce moment.

Impact des transformations au niveau de l'environnement

- Impacts des transformations des activités du CUSM dans le cadre de l'actualisation du nouveau site de la cours Glen:
 - Hausse des volumes d'activités du CSSSDLL, pour les activités de niveau 1 et 2 en médecine et chirurgie et pour l'obstétrique (accouchements);
 - Prise en charge par le CSSSDLL de prématurés de niveau 2A – rapatriement du réseau tertiaire;
 - Transformation de l'offre de service en hébergement régulier sur le territoire du CSSSDLL, en raison de la transformation de 20 lits d'hébergement du pavillon Camille-Lefebvre afin d'accueillir des patients de l'Institut thoracique de Montréal;
 - Réduction de l'offre de service du CUSM pour la dialyse;
 - Augmentation du nombre de lits de soins aigus, de gériatrie et de soins palliatifs à l'Hôpital Lachine – impact possible sur la demande de services au CSSSDLL?
- Développement immobilier sur le territoire du CSSSDLL, avec hausse de la population attendue;
- Délestage des activités selon le découpage 514 et 450 – impact sur la demande de service au CSSSDLL.

Ressources humaines

- Enjeux d'attraction et de rétention des ressources humaines;
- Enjeux au niveau des effectifs médicaux :
 - Renouvellement de certains départements;
 - Recrutement et rétention de jeunes chirurgiens;
 - Absence de couverture médicale, notamment dans les RI et aux services de santé courants;
 - Nombre de médecins omnipraticiens et leur mode d'organisation (ressources dispersées) au sein du réseau local;
 - Difficultés à trouver un pédiatre et un médecin pour les accouchements, ce qui est un enjeu important dans un contexte de développement du créneau de l'obstétrique au CSSSDLL;
 - Défis au niveau de la planification des effectifs médicaux, notamment en lien avec les mouvements clientèles (514 et 450);
- Développement du créneau en obstétrique (projet 4 000 naissances, prise en charge des prématurés de niveau 2A) amène un besoin plus grand en ressources spécialisées;
- Le développement des activités (soutien à domicile, santé mentale, lits de courte durée, etc.) exerce une pression à la hausse sur le niveau de ressources requises;
- Taux de roulement élevé au niveau de certains professionnels (ex. psychosocial) et pénurie également pour certaines catégories d'intervenants (ex. infirmières en obstétrique);
- Les enjeux au niveau des soins infirmiers demeurent importants malgré le fait que la répartition équilibrée des différents groupes d'âge de la main-d'œuvre infirmière réduise la vulnérabilité retraite du CSSSDLL

Aménagements physiques et leur utilisation ainsi que ressources matérielles

- Contraintes dans le développement des lits de courte durée requis selon les projections d'activités, en raison des lits d'hébergement toujours présents au sein de l'Hôpital LaSalle (manque d'espace pour atteindre les objectifs);
- Difficultés également pour le réaménagement des installations physiques (ex. médecine de jour);
- Enjeu de disponibilité du bloc opératoire dans un contexte de hausse des accouchements et par conséquent des césariennes (note: en voie de résolution prochaine avec la création d'une salle pour les césariennes), et de son utilisation pour des activités chirurgicales tant internes qu'en prêt de plateau technique;
- Présence de 115 lits d'hébergement dans un contexte hospitalier – capacité au niveau de l'infrastructure pour le développement de services de courte durée, à condition qu'un transfert préalable de la clientèle hébergée soit possible;
- Cliniques externes déficientes au niveau des structures et des locaux (confidentialité réduite, manque de locaux);
- Hausse des chirurgies et des naissances implique plus d'accompagnateurs et de visiteurs dans l'hôpital – enjeu au niveau de l'adéquation entre les lieux physiques et l'achalandage (ex. aménagement de la cafétéria);
- Augmentation des besoins pour des équipements nécessaires au soutien à domicile.

Ressources informationnelles et techniques

- Utilisation des technologies de l'information et de communication
- Beaucoup de projets en cours au niveau informationnel (fusion des bases I-CLSC, numérisation des dossiers, OACIS) en lien avec le développement du CSSDLL – enjeu de priorisation et de réalisation;
- Besoin de soutien et facilitation du travail des professionnels et l'accès aux informations pour l'ensemble du RLS (visioconférence, dictées, dossier clinique)
- Services techniques
- Augmentation du nombre d'accouchements et de chirurgies – pression à la hausse sur les services techniques, notamment en lien avec les admissions et les congés (ex. entretien, désinfection, etc.).

Fonctionnement du RLS

- Enjeux de disponibilité des ressources et de continuité des soins et services
- Avec les partenaires régionaux dans la clarification des rôles face aux services de première et deuxième ligne et dans les modalités requises pour favoriser la continuité des services;
- Avec les partenaires communautaires au niveau des liens, du développement de services et de leur intégration dans la prise en charge des clientèles;
- Avec le réseau médical de première ligne pour la clientèle orpheline, notamment chez les personnes âgées (organisation des services à revoir, GMF et cliniques réseaux à développer, etc.);
- Avec les partenaires privés en termes d'offre et de continuité de services (ex. UTRF, résidences privées, etc.).

Performance organisationnelle

- Accent mis par le MSSS sur l'optimisation à tous les niveaux dans les prochaines années – la mise en place d'une culture de la performance au sein des établissements devient un incontournable;
- Importance de définir un portefeuille de projets en lien avec les orientations de l'établissement, et de prioriser les projets en fonction des objectifs et des résultats ciblés;
- Besoin de soutien adéquat aux gestionnaires et aux cliniciens afin qu'ils soient les moteurs des transformations;

- Tendances émergentes au niveau de la notion de performance organisationnelle, impliquant des éléments comme le développement durable;
- Excellence clinique au cœur de la performance organisationnelle – besoin de rehausser la hiérarchisation des services, l’organisation du travail et le développement des pratiques.

PRINCIPAUX ENJEUX RELEVÉS POUR LE CSSSDLL

Soins et services

- Capacité de consolider le volet hospitalier (santé physique)
- Consolidation des services de chirurgie
- Maintien des services d’anesthésie essentiels au mandat sous-régional en obstétrique
- Maintien de l’équilibre entre les programmes afin de répondre adéquatement aux besoins de la population locale desservie par le CSSS
- Capacité de consolider les services de santé publique, particulièrement la prévention-promotion
- Accès aux services de 1^{re} ligne et hiérarchisation des services entre la 1^{re} et la 2^e ligne
- Continuité et accès à certains services pour les personnes en perte d’autonomie malgré le niveau de services élevé en soutien à domicile
- Continuité de services au sein du CSSS et avec le RLS, notamment pour les maladies chroniques (services hospitaliers, médecine de jour, services courants, cabinets privés et GMF), les dépendances, la santé mentale et les soins palliatifs
- Capacité de consolider des liens avec les partenaires communautaires
- Rétention de la population locale, notamment pour les services d’urgence, et meilleure utilisation des disponibilités des plateaux techniques (ex. imagerie médicale) par une sensibilisation de la population à la gamme de services offerts au CSSSDLL
- Adaptation des installations, notamment au niveau de l’hébergement
- Capacité de développer le RLS, particulièrement pour l’organisation des services médicaux

Ressources humaines et effectifs médicaux

- Capacité d’avoir la main-d’œuvre en nombre suffisant pour assurer l’offre de service
- Capacité de développer les compétences et le degré de spécialisation requis par l’offre de services, particulièrement en médecine interne
- Renouvellement des effectifs, particulièrement pour les chirurgiens – dépendance aux ententes interétablissements pour le maintien d’activités chirurgicales
- Capacité d’obtenir le PEM du CSSSDLL, entre autres dans le contexte d’évolution des besoins de la population et de compétition régionale pour l’obtention d’effectifs

Ressources de soutien à la prestation de services

- Capacité de consolider et de développer les services dans le cadre du ralentissement de la croissance des dépenses en santé et services sociaux, particulièrement dans le contexte de richesse relative de la région de Montréal
- Capacité de poursuivre la modernisation des technologies de l’information, pour suivre les avancées technologiques

FORCES ET OPPORTUNITÉS

- Image positive du CSSSDLL dans le réseau;
- Établissements de la région désireux de travailler en partenariat avec le CSSSDLL
- Environnement favorable au développement
- Créneaux d'excellence déjà présents (obstétrique, périnatalité et petite enfance, santé mentale)
- Zone de vulnérabilité en chirurgie, mais agilité et « résilience » du CSSSDLL
- Réalisation récente d'un plan directeur clinique et immobilier et projets à actualiser bien définis
- Dynamisme des équipes internes et plusieurs projets de développement réalisés ou en cours

SECTION 5. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

ORIENTATION 1

Consolider les créneaux d'excellence et confirmer une gamme de services en fonction des besoins de la population locale, du contexte régional d'organisation de service et des partenariats possibles.

Axes de réalisation

1. Renforcer et élargir la portée des créneaux d'excellence déjà en place :
 - Santé de la femme, à toutes les étapes de sa vie
 - Santé mentale, au niveau des services de première ligne, tant au sein du CSSS qu'avec les partenaires du réseau local (organismes communautaires, cabinets privés, etc.) et les partenaires institutionnels (instituts psychiatriques et centres de réadaptation)
 - Périnatalité et petite enfance
2. Consolider et renforcer l'ensemble des soins et services de prise en charge de la clientèle aux prises avec des maladies chroniques (diabète, MPOC, cardio-vasculaire) et les services de prévention de ces maladies auprès de la population locale :
 - Hiérarchisation des services et coordination des continuums (1re et 2e ligne au CSSS et services dans la communauté);
 - Approche de gestion de cas et interdisciplinarité;
 - Consolidation des services médicaux (médecine interne, médecine générale, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie)
3. Poursuivre le renforcement des services de chirurgie du CSSS pour mieux répondre localement aux besoins de la population du territoire et soutenir le créneau d'excellence en santé de la femme.
4. Promouvoir les services du CSSS par une sensibilisation de la population locale, des professionnels du territoire et des partenaires du RLS aux créneaux d'excellence et à la gamme de services offerts (accessibilité à l'urgence, disponibilité des plateaux techniques, etc.).
5. Axer l'organisation de l'ensemble des services sur le maintien des personnes dans leur milieu de vie, quel qu'il soit.

ORIENTATION 2

Assurer le leadership dans le déploiement d'une approche par « épisode de soins et services réseau ».

Axes de réalisation

1. Déterminer des objectifs conjoints avec les partenaires impliqués pour l'amélioration des services à la population.
2. Formaliser la structure de collaboration et de liaison du CSSS avec l'ensemble des partenaires du réseau local impliqués.
3. Définir et soutenir le développement des corridors de services, des approches de collaboration et des modalités de cheminement des clientèles :
 - Hiérarchisation des services;
 - Équipes interdisciplinaires;
 - Pratiques collaboratives.

ORIENTATION 3

Être une organisation performante offrant des services pertinents, de qualité et sécuritaires.

Axes de réalisation

1. Développer une culture forte de performance, de mobilisation organisationnelle et d'amélioration continue :
 - Reflétée dans les valeurs organisationnelles;
 - Véhiculée à travers une philosophie d'organisation apprenante;
 - Maîtrisée par les cadres;
 - Adoptée par le personnel.
2. Agir comme citoyen-responsable en misant sur des pratiques organisationnelles orientées vers le développement durable :
 - Promotion de la santé;
 - Protection de l'environnement.
3. Développer une culture forte de participation à la formation des différents professionnels de la santé.
4. Transformer les pratiques cliniques en les appuyant sur les meilleures pratiques et sur des critères de pertinence, de qualité et de sécurité.
5. Assurer la disponibilité de ressources nécessaires à l'atteinte de la performance :
 - Ressources humaines;
 - Outils et technologie de l'information;
 - Infrastructure immobilière.

ORIENTATION 4

Recruter et fidéliser une main-d'œuvre qualifiée et miser sur une organisation solide en offrant un environnement de travail stimulant et attractif.

Axes de réalisation

1. Déployer des actions proactives favorisant l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre :
 - Climat de travail stimulant et gestion humaine des ressources;
 - Plan de développement et de soutien au cheminement de carrière pour les professionnels et le personnel;
 - Valorisation des pratiques collaboratives et de l'interdisciplinarité;
 - Rayonnement du CSSS et des accomplissements de ses ressources.
2. Rehausser le rôle du CSSS dans sa vocation académique comme levier de recrutement de ressources humaines :
 - Diversité des disciplines d'accueil et hausse du nombre de stagiaires;
 - Stratégies de partenariats avec les maisons d'enseignement.
1. S'assurer d'un nombre approprié de ressources humaines possédant les compétences adéquates afin de répondre aux besoins de la population locale et du volet sous-régional du CSSS :
 - Plan d'effectifs médicaux consolidé et cohérent avec les orientations;
 - Rehaussement des compétences et utilisation des ressources en lien avec les orientations, dans une perspective de hiérarchisation des services.

SECTION 6. INDICATEURS DE SUIVI

ORIENTATION 1

Consolider les créneaux d'excellence et confirmer une gamme de services en fonction des besoins de la population locale, du contexte régional d'organisation de service et des partenariats possibles.

Axes	Indicateurs de suivi	Cibles 2015
<p>Renforcer et élargir la portée des créneaux d'excellence déjà en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Santé de la femme, à toutes les étapes de sa vie; • Santé mentale, au niveau des services de première ligne, tant au sein du CSSS qu'avec les partenaires du réseau local (organismes communautaires, cabinets privés, etc.) et les partenaires institutionnels (instituts psychiatriques et centres de réadaptation); • Périnatalité et petite enfance. 	Santé de la femme	
	•Nombre de naissances	•4 000 d'ici 2015
	•Mise en place de corridors de services pour le PQDCS	•Signature d'une entente formelle avec au moins un établissement
	•Mise en place de corridors de services pour d'autres services liés à la santé de la femme	•Signature d'une entente formelle avec au moins un établissement
	Santé mentale	
	•Actualisation du plan montréalais en santé mentale	•Transfert réalisé à 100 %
	Périnatalité et petite enfance	
	•Actualisation du plan de néonatalogie	•Mise en place de 12 berceaux en néonatalogie, prématurés 2A •Mise en place d'une clinique pédiatrique
	•Mise en place du programme Négligence 0-12 ans	•Mise en place réalisée d'ici 2015

Axes	Indicateurs de suivi	Cibles 2015
<p>Consolider et renforcer l'ensemble des soins et services de prise en charge de la clientèle aux prises avec des maladies chroniques (diabète, MPOC, cardiovasculaire) et les services de prévention de ces maladies auprès de la population locale :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hiérarchisation des services et coordination des continuums (1^e et 2^e ligne au CSSS et services dans la communauté); •Approche de gestion de cas et interdisciplinarité; •Consolidation des services médicaux (médecine interne, médecine générale, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie). 	<ul style="list-style-type: none"> •Actualisation d'un guichet d'accès pour la clientèle orpheline (sans médecin de famille) (GACO) •Mise en place de cliniques intégrées multidisciplinaires pour les maladies chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> •Suivi de la clientèle •Mise en place réalisée
<p>Poursuivre le renforcement des services de chirurgie du CSSS pour mieux répondre localement aux besoins de la population du territoire et soutenir le créneau d'excellence en santé de la femme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Nombre de chirurgies et % de rétention sur la consommation chirurgicale de la population du RLS •% des chirurgies réalisées à l'intérieur des délais prescrits 	<ul style="list-style-type: none"> •Augmentation du nombre de chirurgies pour la clientèle du territoire •100 %
<p>Promouvoir les services du CSSS par une sensibilisation de la population locale, des professionnels du territoire et des partenaires du RLS aux créneaux d'excellence et à la gamme de services offerts (accessibilité à l'urgence, disponibilité des plateaux techniques, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Nombre de communications à l'externe (à la population et aux partenaires) 	<ul style="list-style-type: none"> •Augmentation

Axes	Indicateurs de suivi	Cibles 2015
Axer l'organisation de l'ensemble des services sur le maintien des personnes dans leur milieu de vie, quel qu'il soit.	•Au soutien à domicile (SAD)	•Respect de l'entente de gestion
	•Délais de prise en charge par les services à domicile à la suite d'une hospitalisation	•Diminution
	•En soins palliatifs à domicile, nombre d'utilisateurs	•Respect de l'entente de gestion
	•En centres d'hébergement, heures de soins et d'assistance par jour-présence	•Respect de l'entente de gestion

ORIENTATION 2

Assurer le leadership dans le déploiement d'une approche par « épisode de soins et services réseau ».

Axes	Indicateurs de suivi	Cibles 2015
Déterminer des objectifs conjoints avec les partenaires impliqués pour l'amélioration des services à la population.		<ul style="list-style-type: none">• Accès à tous les services à la population du RLS, via des corridors de services, dont au moins une clinique réseau, si les services ne sont pas offerts par le CSSS.
Formaliser la structure de collaboration et de liaison du CSSS avec l'ensemble des partenaires du réseau local impliqués.		<ul style="list-style-type: none">• Signature d'ententes formelles avec les établissements référents pour la clientèle redirigée vers le CSSS DLL :
Définir et soutenir le développement des corridors de services, des approches de collaboration et des modalités de cheminement des clientèles : <ul style="list-style-type: none">• Hiérarchisation des services;• Équipes interdisciplinaires;• Pratiques collaboratives.	<ul style="list-style-type: none">• Types et nombre de partenariats (ententes formelles)	<ul style="list-style-type: none">• Avoir des ententes conclues pour chacun de nos postes réseaux du plan d'effectifs médicaux (PEM)• Élaborer et mettre en place les mécanismes de continuité de services « PPALV » pour la desserte de services « Zone 3 »

ORIENTATION 3

Être une organisation performante offrant des services pertinents, de qualité et sécuritaires.

Axes	Indicateurs de suivi	Cibles 2015
Développer une culture forte de performance, de mobilisation organisationnelle et d'amélioration continue : <ul style="list-style-type: none">•Reflétée dans les valeurs organisationnelles;•Véhiculée à travers une philosophie d'organisation apprenante;•Maîtrisée par les cadres;•Adoptée par le personnel.	•Mise en place du cadre de gestion intégrée de la qualité	•Mise en place réalisée et atteinte des cibles déterminées dans le cadre
	•Nombre de projets d'amélioration continue et d'optimisation de l'utilisation des ressources	•Trois projets d'optimisation de l'utilisation des ressources en cours, en tout temps
	•Résultats des projets d'amélioration et d'optimisation	•Atteinte des cibles déterminées dans chacun des projets
	•Certifications obtenues à la suite des visites d'agrément et des audits des ordres professionnels	•Conforme
Agir comme citoyen-responsable en misant sur des pratiques organisationnelles orientées vers le développement durable : <ul style="list-style-type: none">•Promotion de la santé;•Protection de l'environnement.	•Mise en place d'un programme de développement durable •Mise en place d'un programme « Employeur de choix »	•Mise en place réalisée •Mise en place réalisée
Développer une culture forte de participation à la formation des différents professionnels de la santé.	•% de la formation en lien avec les axes stratégiques	•90 %

Axes	Indicateurs de suivi	Cibles 2015
Transformer les pratiques cliniques en les appuyant sur les meilleures pratiques et sur des critères de pertinence, de qualité et de sécurité.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du programme de gestion intégrée de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place réalisée et atteinte de cibles du programme
	<ul style="list-style-type: none"> • Faire les choix des pratiques à implanter dans les différents programmes en lien avec les données probantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles basés sur les données probantes et les meilleures pratiques • Suivi des protocoles • Audit d'implantation
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients admis ayant un plan d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % lorsque requis
Assurer la disponibilité de ressources nécessaires à l'atteinte de la performance : <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines; • Outils et technologie de l'information; • Infrastructure immobilière. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mis à jour annuelle du plan de main-d'œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour réalisée chaque année
	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de roulement du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution
	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de satisfaction des employés 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation
	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio des heures en assurance-salaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des cibles de l'entente de gestion
	<ul style="list-style-type: none"> • % des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante (MOI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des cibles de l'entente de gestion
	<ul style="list-style-type: none"> • % des heures travaillées en heures supplémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des cibles de l'entente de gestion
	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir les façons de faire afin de réviser l'organisation du travail 	<ul style="list-style-type: none"> • En continu
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de présentations sur tribune par des représentants du CSSS (conférences, salons, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de prix/reconnaisances attribués (à l'interne et à l'externe) à des représentants du CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation

ORIENTATION 4

Recruter et fidéliser une main-d'œuvre qualifiée et miser sur une organisation solide en offrant un environnement de travail stimulant et attractif.

Axes	Indicateurs de suivi	Cibles 2015
<p>Déployer des actions proactives favorisant l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none">• Climat de travail stimulant et gestion humaine des ressources;• Plan de développement et de soutien au cheminement de carrière pour les professionnels et le personnel;• Valorisation des pratiques collaboratives et de l'interdisciplinarité;• Rayonnement du CSSS et des accomplissements de ses ressources.	• Mis à jour annuelle du plan de main-d'œuvre	• Mise à jour réalisée chaque année
	• Taux de roulement du personnel	• Diminution
	• Niveau de satisfaction des employés	• Augmentation
	• Ratio des heures en assurance-salaire	• Respect des cibles de l'entente de gestion
	• % des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante (MOI)	• Respect des cibles de l'entente de gestion
	• % des heures travaillées en heures supplémentaires	• Respect des cibles de l'entente de gestion
	• Revoir les façons de faire afin de réviser l'organisation du travail	• En continue
	• Nombre de présentations sur tribune par des représentants du CSSS (conférences, salons, etc.)	• Augmentation
	• Nombre de prix/reconnaisances attribués (à l'interne et à l'externe) à des représentants du CSSS	• Augmentation

ANNEXES

ANNEXE A.

EXAMEN DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

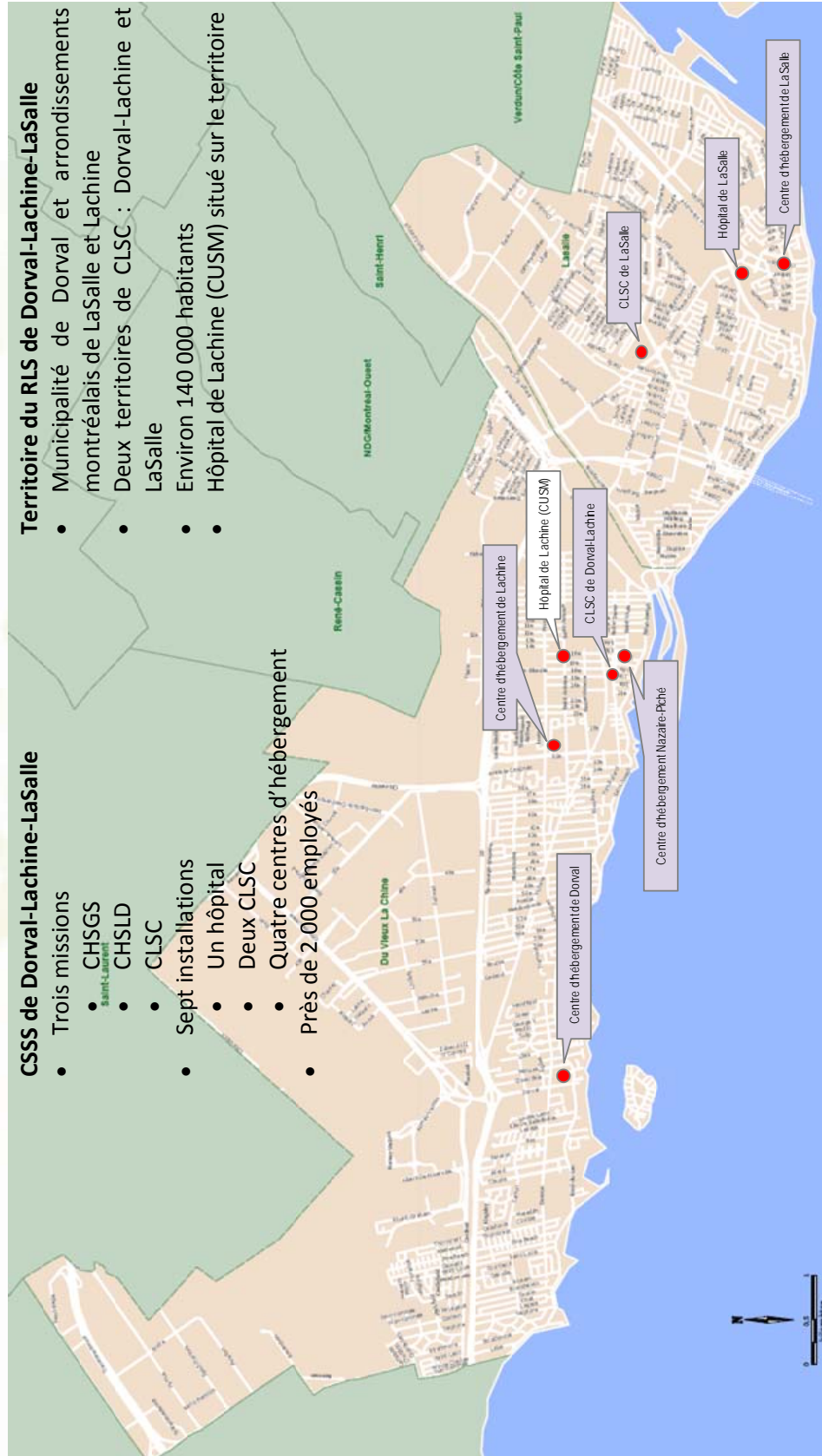
TERRITOIRE ET CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE EN BREF

CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

- Trois missions
 - CHSGS
 - CHSLD
 - CLSC
- Sept installations
 - Un hôpital
 - Deux CLSC
 - Quatre centres d'hébergement
- Près de 2 000 employés

Territoire du RLS de Dorval-Lachine-LaSalle

- Municipalité de Dorval et arrondissements montréalais de LaSalle et Lachine
- Deux territoires de CLSC : Dorval-Lachine et LaSalle
- Environ 140 000 habitants
- Hôpital de Lachine (CUSM) situé sur le territoire

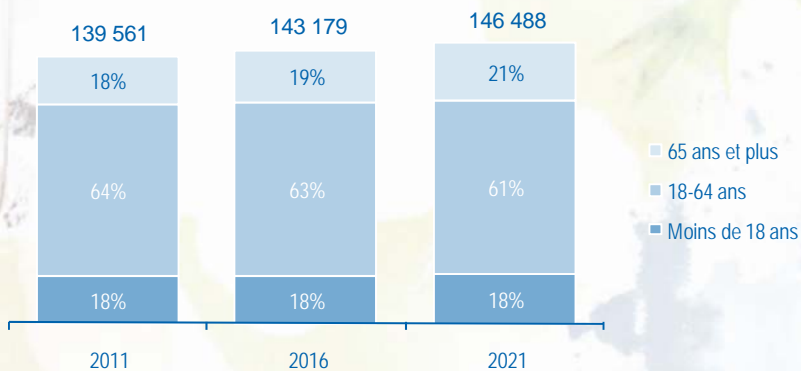


POPULATION DE DORVAL-LACHINE-LASALLE

Population

- 139 561 personnes en 2011 (7 % de la population de la région de Montréal)
- Population répartie dans deux territoires de CLSC (Dorval-Lachine : 45 %; LaSalle: 55 %)
- Population plus âgée que la moyenne régionale et provinciale
 - Poids démographique des personnes de 65 ans et plus de 18 % (16 % à Montréal et dans la province)
- D'ici 2021, population en légère croissance et vieillissante
 - Ensemble de la population : +5 % (+5 % à Montréal et +7 % au Québec)
 - 65 ans et plus : +23 % (+22 % à Montréal et +39 % au Québec)

Évolution de la structure d'âge de la population de Dorval-Lachine-LaSalle



Population – 2011 et 2021

	RLS de Donval-Lachine-LaSalle				Région de Montréal				Province de Québec						
	Nombre 2011	Poids relatif 2011	Nombre 2021	Poids relatif 2021	Variation 2011 à 2021	Nombre 2011	Poids relatif 2011	Nombre 2021	Poids relatif 2021	Variation 2011 à 2021	Nombre 2011	Poids relatif 2011	Nombre 2021	Poids relatif 2021	Variation 2011 à 2021
Moins d'un an	1 511	1%	1 477	1%	-2%	22 078	1%	21 499	1%	-3%	1 000 000	1%	1 000 000	1%	-1%
1-5 ans	7 310	5%	7 278	5%	0%	105 514	5%	105 312	5%	0%	1 000 000	5%	1 000 000	5%	2%
6-11 ans	7 609	5%	8 769	6%	15%	107 982	6%	124 117	6%	15%	1 000 000	6%	1 000 000	6%	17%
12-17 ans	8 650	6%	8 654	6%	0%	116 194	6%	119 840	6%	3%	1 000 000	6%	1 000 000	6%	-1%
18-29 ans	21 617	15%	21 207	14%	-2%	334 309	17%	324 875	16%	-3%	1 000 000	17%	1 000 000	16%	-7%
30-49 ans	39 956	29%	39 852	27%	0%	583 138	30%	590 904	29%	1%	1 000 000	30%	1 000 000	29%	0%
50-64 ans	28 167	20%	28 937	20%	3%	356 453	19%	369 567	18%	4%	1 000 000	19%	1 000 000	18%	2%
65-74 ans	12 235	9%	15 633	11%	28%	147 230	8%	189 871	9%	29%	1 000 000	8%	1 000 000	9%	42%
75-84 ans	8 773	6%	9 833	7%	12%	105 500	5%	116 400	6%	10%	1 000 000	5%	1 000 000	6%	35%
85 ans ou plus	3 733	3%	4 848	3%	30%	47 078	2%	60 146	3%	28%	1 000 000	2%	1 000 000	3%	40%
Total	139 561	100%	146 488	100%	5%	1 925 476	100%	2 022 531	100%	5%	10 000 000	100%	10 000 000	100%	7%

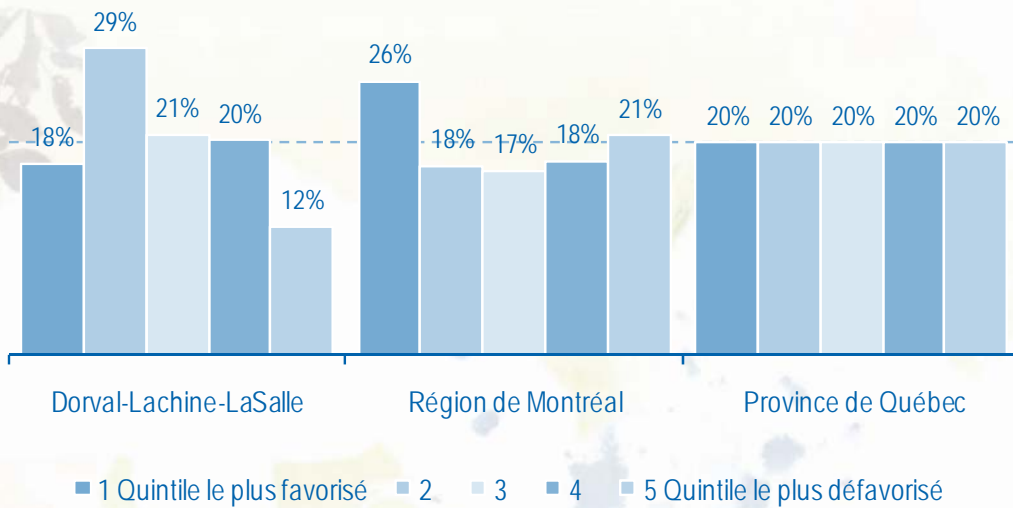
Source : MSSS, La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire de RLS et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010

Défavorisation

- Sur le plan matériel, population légèrement plus favorisée que la moyenne régionale et provinciale
- Sur le plan social, population relativement défavorisée
 - Proportion importante de la population située dans les quintiles les plus défavorisés (63 % de la population dans les quintiles 4 et 5)

Défavorisation matérielle – 2006

Distribution de la population par quintile

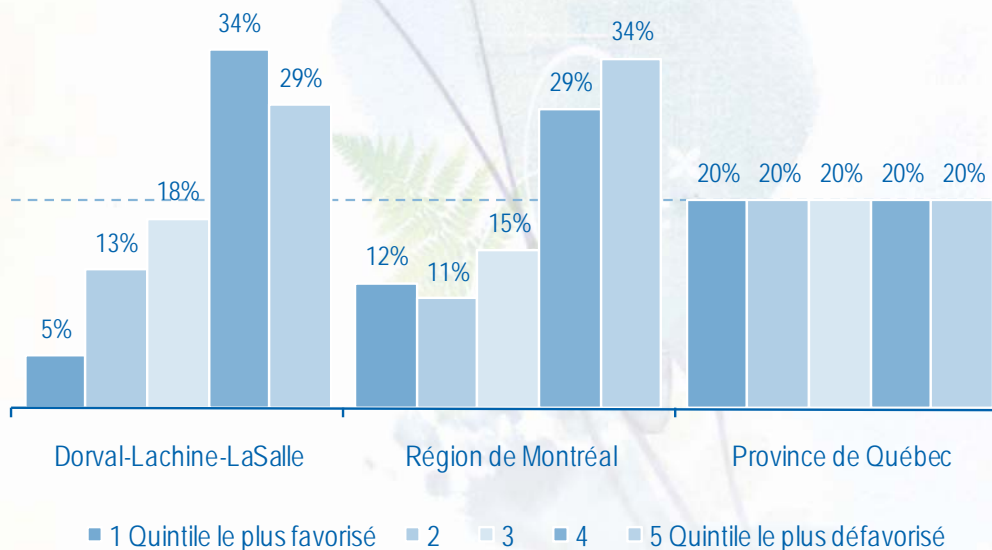


Indice de défavorisation – Définition

- Indicateurs considérés dans l'indice de défavorisation matérielle : proportion des personnes sans diplôme d'études secondaires, proportion de personnes occupant un emploi et revenu moyen
- Indicateurs considérés dans l'indice de défavorisation sociale : proportion de personnes veuves, séparées ou divorcées, proportion de familles monoparentales et proportion de personnes vivant seules
- Pour chaque type de défavorisation, population de l'ensemble du Québec répartie en cinq quintiles regroupant chacun 20 % de la population

Défavorisation matérielle – 2006

Distribution de la population par quintile

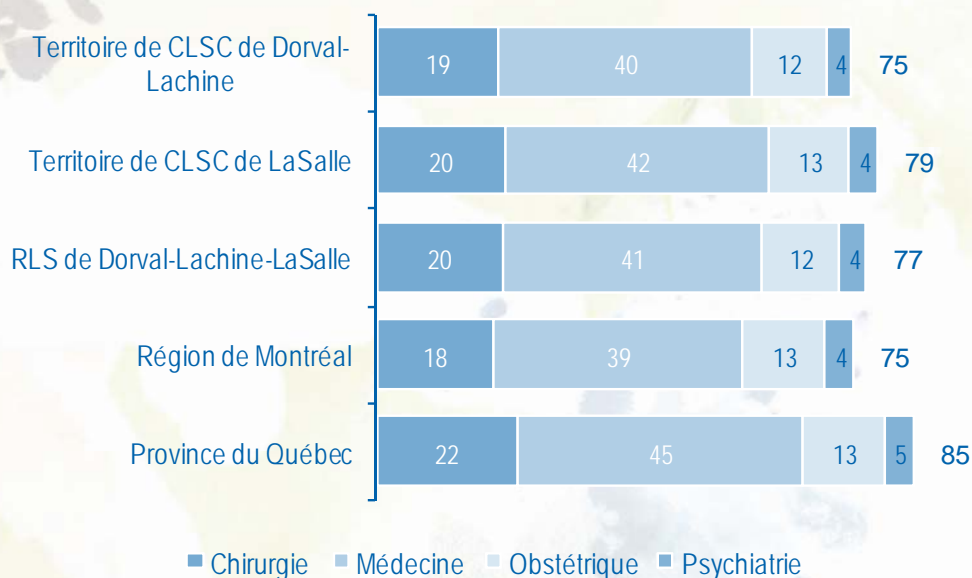


CONSOMMATION HOSPITALIÈRE DE LA POPULATION DE DORVAL-LACHINE-LASALLE

Taux d'hospitalisation

- En 2008-2009, 4 972 CDJ et 11 361 hospitalisations (excluant les nouveau-nés) consommées par la population de Dorval-Lachine-LaSalle, et ce, peu importe l'établissement de destination
- Taux standardisé d'hospitalisation comparable à la moyenne régionale (77 hospitalisations pour 1 000 personnes contre 75 pour l'ensemble de la région et 85 pour la province)
 - Les populations des régions éloignées montrent généralement des taux d'hospitalisation plus élevés que celles des centres urbains

Taux standardisé d'hospitalisation (hospitalisations pour 1 000 personnes) – 2008-2009



Note : Standardisation directe selon la structure d'âge de la population de l'ensemble du Québec

Sources : MSSS, base de données APR-DRG et La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire de RLS et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010

Hôpitaux de destination

- En 2008-2009, 22 % de la consommation en hospitalisations de la population de Dorval-Lachine-LaSalle se fait à l'Hôpital de LaSalle (21 % en 2006-2007)
 - Taux de rétention élevé en obstétrique (56 %)
 - Taux de rétention relativement faible en chirurgie (11 %) et en médecine (19 %)
 - Taux de rétention de 30 % sur la consommation en hospitalisations de la population du territoire de CLSC de LaSalle et de 11 % sur la consommation de celle du territoire de CLSC de Dorval-Lachine
 - Taux de rétention comparable à celui d'autres hôpitaux locaux à Montréal
- Le CUSM (incluant l'Hôpital de Lachine) est le premier établissement de destination pour l'hospitalisation (31 %) et la CDJ (42 %)
- En 2008-2009, 14 % de la consommation en CDJ de la population de Dorval-Lachine-LaSalle se fait à l'Hôpital de LaSalle (16 % en 2006-2007)

Rétention de l'Hôpital de LaSalle et de l'Hôpital de Lachine – 2008-2009

Provenance de la clientèle hospitalière	Destination	
	Hôpital de LaSalle	Hôpital de Lachine
Hospitalisations		
•Territoire de LaSalle	30 %	2 %
•Territoire de Dorval-Lachine	11 %	22 %
Total – Dorval-Lachine-LaSalle	22 %	10 %
CDJ		
•Territoire de LaSalle	8 %	19 %
•Territoire de Dorval-Lachine	7 %	44 %
Total – Dorval-Lachine-LaSalle	14 %	30 %

Source : MSSS, base de données APR-DRG

Hospitalisations consommées par la population de Dorval-Lachine-LaSalle par établissement de destination – 2008-2009

	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CUSM (Hôpital de Lachine)	CUSM (excluant Hôpital Lachine)	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	CHUM	Hôpital Général Jufir Str Mortimer B. Davis	CSSS de l'Ouest-de-Tille	CH de St. Mary	Hôpital Douglas	Autres hôpitaux	Total
1. Niveau local											
Chirurgie	285	141	179	147	43	58	97	61	91	91	1 102
Médecine	1 122	943	780	754	226	196	216	136	589	589	4 979
Obstétrique	918		150		22	144	84	168	119	119	1 605
Psychiatrie	24	18	14	17	6	21	35	12	372	26	545
Total	2 349	1 102	1 123	918	297	419	432	377	389	825	8 231
2. Niveau régional											
Chirurgie	27	28	372	349	168	132	67	78	141	141	1 362
Médecine	83	38	385	99	105	58	23	12	14	158	975
Obstétrique	11		9			6			5	19	51
Psychiatrie			25							7	41
Total	121	66	791	448	274	198	93	94	19	325	2 429
3. Niveau suprarégional											
Chirurgie			269		72	24			67	67	435
Médecine			170		37	20			33	33	263
Total			440		109	44			101	101	701
Total											
Chirurgie	312	169	820	498	283	214	165	139	299	299	2 899
Médecine	1 206	982	1 335	854	368	274	239	148	780	780	6 217
Obstétrique	929		159		22	150	86	172	138	138	1 656
Psychiatrie	24	18	40	17	7	23	36	12	378	34	589
Total	2 471	1 169	2 354	1 369	680	661	526	471	409	1 251	11 361

Notes :

- Exclusion de la CMD 15 (nouveau-nés)
 - Valeurs inférieures à cinq camouflées
- Source : MSSS, base de données APR-DRG

Hospitalisations consommées par la population du territoire de CLSC de LaSalle par établissement de destination – 2008-2009

	CSSS de Dorval- Lachine-Lasalle	CUSM (Hôpital de Lachine)	CUSM (excluant Hôpital Lachine)	CSSS du Sud-Ouest- Verdun	CHUM	Hôpital Général Juffé Sir Mortimer B. Davis	CSSS de l'Ouest-de- l'Île	CH de St. Mary	Hôpital Douglas	Autres hôpitaux	Total
1. Niveau local											
Chirurgie	234	25	104	105	24	32	14	35	49	49	622
Médecine	1 006	92	462	612	133	132	8	78	10	348	2 876
Obstétrique	588		72		10	81	8	86	59	59	904
Psychiatrie	21		10	15		12		6	241	8	318
Total	1 849	117	648	732	171	257	26	205	251	464	4 720
2. Niveau régional											
Chirurgie	22	8	218	239	102	66	6	41	74	74	776
Médecine	74		213	77	68	35		5	6	98	579
Obstétrique	8		5						14	14	28
Psychiatrie			15								22
Total	104	10	451	316	171	104	7	46	8	188	1 405
3. Niveau suprarégional											
Chirurgie			165		44	15			39	39	264
Médecine			93		23	13			13	13	144
Total			259		67	28			53	53	411
Total											
Chirurgie	256	33	487	345	170	113	20	76	162	162	1 662
Médecine	1 081	95	768	689	224	180	8	83	16	459	3 599
Obstétrique	596		77		10	82	8	86	73	73	932
Psychiatrie	21		26	15	5	14		6	244	11	343
Total	1 954	128	1 358	1 049	409	389	33	251	260	705	6 536

Notes :

- Exclusion de la CMD 15 (nouveau-nés)
 - Valeurs inférieures à cinq camouflées
- Source : MSSS, base de données APR-DRG

Hospitalisations consommées par la population du territoire de CLSC de Dorval-Lachine par établissement de destination – 2008-2009

	CLSC de Dorval-Lachine	CUSM (Hôpital de Lachine)	CUSM (excluant Hôpital Lachine)	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	CHUM	Hôpital Général Juvif Str Mortimer B. Davis	CSSS de l'Ouest-de-l'Île	CH de St. Mary	Hôpital Douglas	Autres hôpitaux	Total
1. Niveau local											
Chirurgie	51	116	75	42	19	26	83	26	42	42	480
Médecine	116	851	318	142	93	64	213	58	7	241	2 103
Obstétrique	330		78		12	63	76	82	60	60	701
Psychiatrie		18				9	34	6	131	18	227
Total	500	985	475	186	126	162	406	172	138	361	3 511
2. Niveau régional											
Chirurgie	5	20	154	110	66	66	61	37	67	67	586
Médecine	9	36	172	22	37	23	22	7	8	60	396
Obstétrique						5			5	5	23
Psychiatrie			10						5	5	19
Total	17	56	340	132	103	94	86	48	11	137	1 024
3. Niveau suprarégional											
Chirurgie			104		28	9			28	28	171
Médecine			77		14	7			20	20	119
Total			181		42	16			48	48	290
Total											
Chirurgie	56	136	333	153	113	101	145	63	137	137	1 237
Médecine	125	887	567	165	144	94	235	65	15	321	2 618
Obstétrique	333		82		12	68	78	86	65	65	724
Psychiatrie		18	14			9	35	6	134	23	246
Total	517	1 041	996	320	271	272	493	220	149	546	4 825

Notes :

- Exclusion de la CMD 15 (nouveau-nés)
 - Valeurs inférieures à cinq camouflées
- Source : MSSS, base de données APR-DRG

Hospitalisations des nouveau-nés normaux (DRG 640) en provenance de Dorval-Lachine-LaSalle et Verdun-Côte-Saint-Paul-Saint-Henri-Pointe Saint-Charles par établissement de destination – 2008-2009

Provenance	En nombre	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle		Hôpital Général Juiif Sir Mortimer B. Davis		CHU Sainte-Jusline	CHUM	CSSS de l'Ouest-de-Ille	Autres hôpitaux	Total
		CH de St. Mary	CUSM	CUSM	Davis					
Dorval-Lachine	291	68	63	53	18	9	62	20	584	
Lasalle	490	65	64	65	21	11	5	12	733	
Verdun	428	107	91	63	47	28		47	813	
Saint-Paul	241	21	26	23	10	12		11	344	
Saint-Henri	85	77	67	45	22	27		17	341	
Pointe-Saint-Charles	53	49	28	11	7	9		5	163	
Total	1 588	387	339	260	125	96	71	112	2 978	
En %										
Dorval-Lachine	50%	12%	11%	9%	3%	2%	11%	3%	100%	
Lasalle	67%	9%	9%	9%	3%	2%	1%	2%	100%	
Verdun	53%	13%	11%	8%	6%	3%	0%	6%	100%	
Saint-Paul	70%	6%	8%	7%	3%	3%	0%	3%	100%	
Saint-Henri	25%	23%	20%	13%	6%	8%	0%	5%	100%	
Pointe-Saint-Charles	33%	30%	17%	7%	4%	6%	1%	3%	100%	
Total	53%	13%	11%	9%	4%	3%	2%	4%	100%	

Notes :

-DRG 640 - Nouveau-né, poids à la naissance > 2 499 g, normal ou avec autre problème

-Valeurs inférieures à cinq camouflées

Source : MSSS, base de données APR-DRG

Rétention des hôpitaux inclus dans un CSSS sur la consommation en hospitalisations de leur RLS – 2008-2009

Note : Exclusion de la CMD 15 (nouveau-nés)

RLS de provenance	CSSS de Donval-Lachine- Lasalle	CUSM (Hôpital de Lachine)	CSSS du Sud-Ouest- Verdun	CSSS du Cœur-de-Île	CSSS d'Aumontic-et-Montréal- Nord	CSSS de l'Ouest-de-Île	CHUM	CUSM (adultes) de Montréal	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Hôpital Rosemont	Autres hôpitaux de Montréal	Autres hôpitaux	Total
Nombre d'hospitalisations													
Donval-Lachine-LaSalle	2 471	1 169	1 369	22	15	526	680	1 857	103	89	2 853	207	11 361
Verdun - Côte Saint-Paul - Saint-Henri - Pointe Saint-Charles	1 149	29	4 269	27	16	33	1 198	1 813	112	118	3 307	296	12 367
Pierrefonds - Lac Saint-Louis	241	102	74	26	19	5 278	327	2 127	827	66	4 112	225	13 424
Ahuntsic - Montréal-Nord	43	6	14	563	2 896	20	1 590	709	2 198	1 834	4 498	786	15 157
Petite-Patrie - Villeray	96	7	12	1 668	89	15	1 847	556	260	617	1 968	279	7 414
Distribution en %													
Donval-Lachine-LaSalle	22%	10%	12%	0%	0%	5%	6%	16%	1%	1%	25%	2%	100%
Verdun - Côte Saint-Paul - Saint-Henri - Pointe Saint-Charles	9%	0%	35%	0%	0%	0%	10%	15%	1%	1%	27%	2%	100%
Petite-Patrie - Villeray	1%	0%	0%	22%	1%	0%	25%	7%	4%	8%	27%	4%	100%
Ahuntsic - Montréal-Nord	0%	0%	0%	4%	19%	0%	10%	5%	15%	12%	30%	5%	100%
Pierrefonds - Lac Saint-Louis	2%	1%	1%	0%	0%	39%	2%	16%	6%	0%	31%	2%	100%

Source : MSSS, base de données APR-DRG

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

Population du RLS de Dorval-Lachine-LaSalle : environ 140 000 personnes

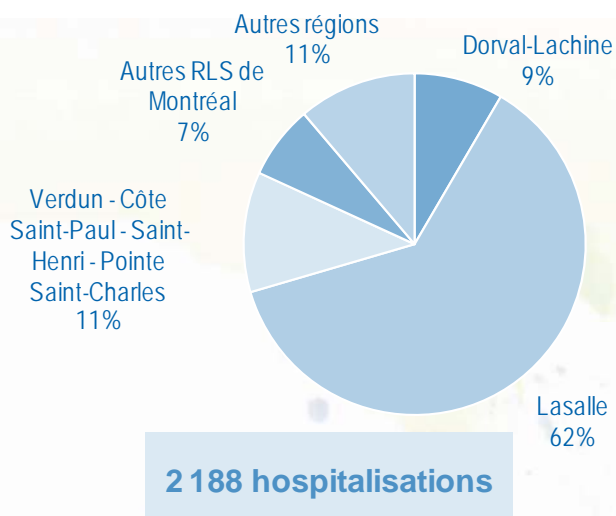


Source : CSSS du Nord de Lanaudière

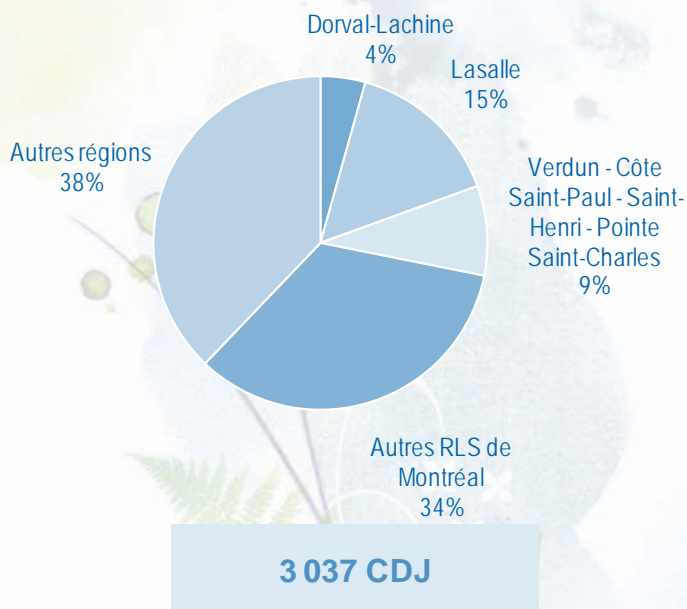
ANNEXE B. EXAMEN DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE

PROVENANCE DE LA CLIENTÈLE – CHIRURGIE ET MÉDECINE

Provenance de la clientèle hospitalisée – 2008-2009



Provenance de la clientèle traitée en CDJ—2008-2009

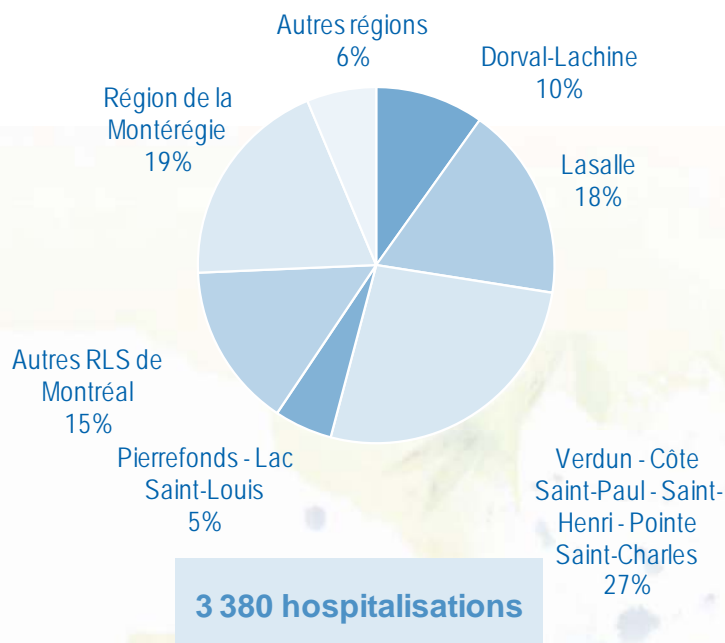


Notes :

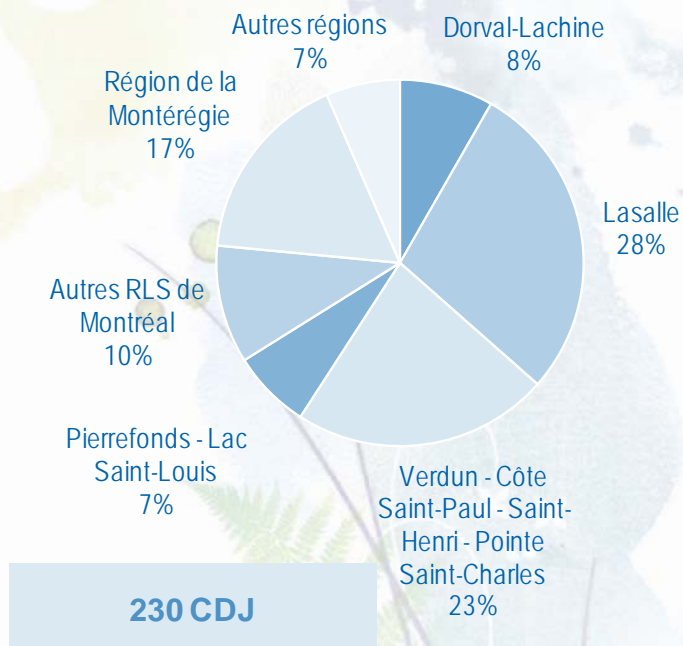
- Exclusion de la CMD 15 (nouveau-nés)
 - CDJ : cas de type 27 avec DRG chirurgicale
- Source : MSSS, Base de données APR-DRG

PROVENANCE DE LA CLIENTÈLE – OBSTÉTRIQUE

Provenance de la clientèle hospitalisée – 2008-2009



Provenance de la clientèle traitée en CDJ—2008-2009



Notes :

- CDJ en obstétrique principalement constituée du DRG 544 - Dilatation et curetage ou hystérotomie avec un diagnostic d'obstétrique

- CDJ : cas de type 27 avec DRG chirurgicale

Source : MSSS, Base de données APR-DRG

PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN



Source : MSSS, L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes-services et les programmes-soutien, janvier 2004

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Service de première ligne

- Croissance importante des interventions en 2008-2009
- Taux de pénétration et fréquence des interventions plus élevés que les moyennes régionale et provinciale et que les cibles ministérielles (pour les usagers desservis directement par le CSSS)
- Par contre, recours peu important aux allocations directes pour les services d'aide à domicile

Clientèle en première ligne (CLSC) – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
Usagers	4 231	4 714	4 421	4%
Interventions	153 214	182 184	186 537	22%

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille, de groupe et communautaires. Chaque intervention compte pour une seule, peu importe le type d'intervention.

Source : MSSS, I-CLSC

Clientèle en première ligne (CLSC) – 2009-2010

	Dorval-Lachine-Lasalle	Région de Montréal	Province de Québec	Cible MSSS
Usagers	4 421	49 971	178 962	
Interventions	186 558	1 891 273	5 226 901	
Taux de pénétration (pour 1 000 personnes de 65 ans et plus)	185,5	172,1	152,9	160,0
Fréquence (interventions/usagers)	42,2	37,8	29,2	24,0

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille. Pour le calcul de la fréquence, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'usagers ayant reçu le service.

Sources : MSSS, I-CLSC et perspectives démographiques

Aide à domicile – Proportion des dépenses en allocations directes et services achetés – 2009-2010

CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	13%
Région de Montréal	18%
Province de Québec	33%

Source : MSSS, base de données M30-Rapports financiers

Seuil des plus gros utilisateurs de services à domicile – Profil 710-PALV – 2009-2010

Proportion des plus gros consommateurs utilisateurs	6173 - Soins infirmiers à domicile réguliers		6351 - Inhalothérapie à domicile		6531 - Aide à domicile régulière		6561 - Services psychosociaux à domicile		7111 - Nutrition à domicile		7162 - Physiothérapie à domicile		Total				
	40	1	2	10	25	37	44	34	2	11	20	31		49	57	666	413
1 % des plus gros consommateurs	199	368	710	1 394	1 978	2 895	57	1 041	852	608	4 305	44	216	432	871	1 735	2 631
5 % des plus gros consommateurs	1	2	10	25	37	57	44	34	2	11	20	31	49	57	666	413	2 631
10 % des plus gros consommateurs	2	10	25	37	57	85	66	102	102	179	314	290	413	608	1 735	2 631	4 305
20 % des plus gros consommateurs	10	25	37	57	85	132	102	179	179	314	290	413	608	1 735	2 631	4 305	8 710
40 % des plus gros consommateurs	25	37	57	85	132	179	102	179	179	314	290	413	608	1 735	2 631	4 305	10 927
60 % des plus gros consommateurs	37	57	85	132	179	242	132	242	242	314	290	413	608	1 735	2 631	4 305	13 558
100 % des consommateurs	2 895	57	1 041	852	608	4 305	44	34	2	11	20	31	49	57	666	413	2 631
Proportion des usagers totaux																	
1 % des plus gros consommateurs	90,9%	0,0%	100,0%	77,3%	4,5%	100,0%	77,3%	4,5%	100,0%	9,1%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
5 % des plus gros consommateurs	92,1%	0,5%	96,3%	69,9%	5,1%	96,3%	69,9%	5,1%	96,3%	10,2%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
10 % des plus gros consommateurs	85,2%	0,5%	92,4%	66,2%	4,6%	92,4%	66,2%	4,6%	92,4%	11,1%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
20 % des plus gros consommateurs	81,5%	1,1%	86,2%	61,0%	3,6%	86,2%	61,0%	3,6%	86,2%	11,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
40 % des plus gros consommateurs	80,3%	1,4%	84,8%	51,9%	2,8%	84,8%	51,9%	2,8%	84,8%	16,7%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
60 % des plus gros consommateurs	75,2%	1,4%	78,6%	48,3%	2,2%	78,6%	48,3%	2,2%	78,6%	15,7%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
100 % des consommateurs	67,2%	1,3%	74,2%	41,8%	1,7%	74,2%	41,8%	1,7%	74,2%	14,1%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Seuil des plus gros utilisateurs de services à domicile – Profil 710-PALV

Proportion des plus gros consommateurs utilisateurs	6173 - Soins infirmiers à domicile réguliers		6351 - Inhalothérapie à domicile		6531 - Aide à domicile régulière		6561 - Services psychosociaux à domicile		7111 - Nutrition à domicile		7162 - Physiothérapie à domicile		Total
	1 952	-	1	4	103 798	4 573	7 650	11 697	209	231	278	12	
1 % des plus gros consommateurs	1 952	-	1	4	103 798	4 573	7 650	11 697	209	231	278	12	38 432
5 % des plus gros consommateurs	11 419	1	86 179	4	103 798	4 573	7 650	11 697	209	231	1 162	150	101 719
10 % des plus gros consommateurs	17 132	4	103 798	4	103 798	4 573	7 650	11 697	209	231	1 811	244	127 669
20 % des plus gros consommateurs	24 369	44	117 574	44	117 574	7 650	11 697	11 697	209	231	2 635	595	153 007
40 % des plus gros consommateurs	33 352	87	120 366	87	120 366	11 697	11 697	11 697	209	231	3 691	2 533	171 935
60 % des plus gros consommateurs	37 323	114	120 714	114	120 714	14 159	14 159	14 159	231	231	4 303	3 237	180 081
100 % des consommateurs	39 230	151	120 772	151	120 772	15 421	15 421	15 421	256	256	4 649	3 646	184 125
Interventions													
Proportion des interventions													
1 % des plus gros consommateurs	5,1%	0,0%	92,3%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	100,0%
5 % des plus gros consommateurs	11,2%	0,0%	84,7%	0,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,1%	100,0%
10 % des plus gros consommateurs	13,4%	0,0%	81,3%	0,0%	3,6%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	1,4%	0,2%	100,0%
20 % des plus gros consommateurs	15,9%	0,0%	76,8%	0,0%	5,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	1,7%	0,4%	100,0%
40 % des plus gros consommateurs	19,4%	0,1%	70,0%	0,1%	6,8%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	2,1%	1,5%	100,0%
60 % des plus gros consommateurs	20,7%	0,1%	67,0%	0,1%	7,9%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	2,4%	1,8%	100,0%
100 % des consommateurs	21,3%	0,1%	65,6%	0,1%	8,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	2,5%	2,0%	100,0%
Fréquence des interventions (interventions du CA/usagers totaux)													
1 % des plus gros consommateurs	44,4	0,0	806,4	0,0	15,9	0,2	6,3	0,3	0,2	0,2	6,3	0,3	873,5
5 % des plus gros consommateurs	52,9	0,0	399,0	0,0	12,8	0,2	5,4	0,7	0,2	0,2	5,4	0,7	470,9
10 % des plus gros consommateurs	39,7	0,0	240,3	0,0	10,6	0,2	4,2	0,6	0,2	0,2	4,2	0,6	295,5
20 % des plus gros consommateurs	28,0	0,1	135,0	0,1	8,8	0,2	3,0	0,7	0,2	0,2	3,0	0,7	175,7
40 % des plus gros consommateurs	19,2	0,1	69,4	0,1	6,7	0,1	2,1	1,5	0,1	0,1	2,1	1,5	99,1
60 % des plus gros consommateurs	14,2	0,0	45,9	0,0	5,4	0,1	1,6	1,2	0,1	0,1	1,6	1,2	68,4
100 % des consommateurs	9,1	0,0	28,1	0,0	3,6	0,1	1,1	0,8	0,1	0,1	1,1	0,8	42,8

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Hébergement

- 912 lits d'hébergement au permis dans des établissements publics et privés conventionnés sur le territoire de Dorval-Lachine-LaSalle, dont 736 au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
- En 2009-2010, en moyenne, 876 lits occupés en CHSLD (selon les jours-présence) excluant les lits occupés dans les CHSLD privés conventionnés et 90 places occupées en RNI par la clientèle PALV (selon les jours rétribués)
- Actuellement, nombre de lits en CHSLD disponibles sur le territoire supérieur à la nouvelle norme ministérielle, mais manque de places en RNI (établissements privés non conventionnés exclus du calcul du ratio lits/100 personnes de 65 ans et plus)
 - Déficit actuel de 135 places en RNI
- Nombre actuel de lits CHSLD qui répond aux besoins jusqu'en 2015

Lits d'hébergement au permis sur le territoire de Dorval-Lachine-LaSalle

	Hébergement permanent	Hébergement transitoire	Hébergement temporaire
Établissements publics et privés conventionnés			
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	709	8	19
Centre d'hébergement Camille-Lefebvre (CUSM)	134		
CHSLD Bussey (privé conventionné)	42		
Total	885	8	19
Établissements privés non conventionnés			
CHSLD des Florallies de Lachine	45		
CHSLD des Florallies de LaSalle	50		
Centre d'hébergement Chatwell - Maison Herron	80		
Total	175		

Source : MSSS, Répertoire des établissements (site Web consulté le 15 mars 2011)

Lits en CHSLD et places en RNI-PALV – 2009-2010

	Réel 2009-2010	Requis selon normes	Requis selon normes pondérées
Lits CHSLD (excluant privés non conventionnés) et places RNI-PALV			
Lits CHSLD (selon jours-présence en 2009-2010)	876	680	775
Places en RNI-PALV (selon jours rétribués en 2009-2010)	90	194	221
Ratios pour 100 personnes de 65 ans et plus			
Lits CHSLD	3,6	2,8	3,2
Places RNI-PALV	0,4	0,8	0,9

Projection de besoins en lits CHSLD et en places RNI – 2011 à 2021

	Réel 2009-2010	Lits et places requis - Application des normes ministérielles			Lits et places requis - Application des ratios pondérés selon la structure d'âge de la population de 65 ans et plus		
		Simulation 2011	Projection 2016	Projection 2021	Simulation 2011	Projection 2016	Projection 2021
Population							
65 ans et plus	24 300	24 741	27 350	30 314	24 741	27 350	30 314
Ratios pour 100 personnes de 65 ans et plus							
Lits CHSLD	3,6	2,8	2,8	2,8	3,2	3,3	3,3
Places RNI-PALV	0,4	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9
Lits CHSLD et places RNI-PALV							
Lits CHSLD	876	693	766	849	789	901	1 004
Places en RNI-PALV	90	198	219	243	225	257	287

Sources : MSSS, La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire de RLS et par région socio-sanitaire, édition 2010, et base de données M30 – Rapports financiers AS-471

Âge des usagers hébergés

- Clientèle hébergée au CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle plus âgée que la moyenne des CSSS de Montréal

Structure de postes

- Ratio d'heures travaillées par jour-présence inférieur à la moyenne des CSSS de Montréal, particulièrement pour les soins d'assistance (1,71 HT/JP contre 2,00)
- Proportion d'infirmières parmi les infirmières et les préposés plus importante que la moyenne des CSSS de Montréal

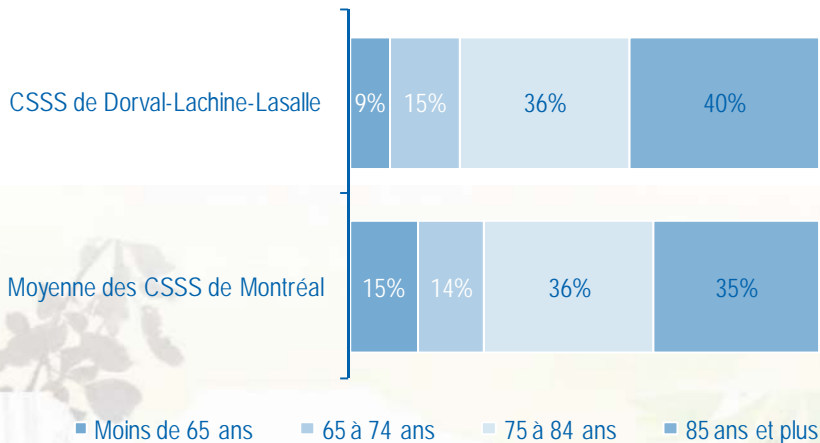
Heures travaillées par jour-présence en CHSLD – 2009-2010

	Heures travaillées (HT) en services professionnels* / Jour-présence	HT en soins infirmiers et d'assistance / Jour-présence	HT soins infirmiers / (HT soins infirmiers + HT soins d'assistance)
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	0,22	2,79	39%
Moyenne des CSSS de la région de Montréal	0,24	3,06	35%

* Services professionnels : inhalothérapie, psychologie, services sociaux, pharmacie, audiologie-orthophonie, physiothérapie, ergothérapie, animation-loisirs et nutrition clinique

Source : MSSS, bases de données M30-Rapports financiers

Distribution des usagers hébergés en CHSLD par groupe d'âge – 31 mars 2010



Source : MSSS, base de données C07 – Rapports statistiques AS-478

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Service de première ligne

- Nombre d'usagers et d'interventions en décroissance entre 2007-2008 et 2009-2010
- Taux de pénétration comparable aux moyennes régionale et provinciale
- Fréquence des interventions qui se situe entre la moyenne régionale et la moyenne provinciale

Clientèle en première ligne (CLSC) – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
Usagers	832	842	767	-8%
Interventions	30 409	25 761	24 352	-20%

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille, de groupe et communautaires. Chaque intervention compte pour une seule, peu importe le type d'intervention.

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Clientèle en première ligne (CLSC) – 2009-2010

	CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	Région de Montréal	Province de Québec
Usagers	767	10 158	43 655
Interventions	24 354	423 223	1 251 233
Taux de pénétration (pour 1 000 personnes)	5,6	5,3	5,6
Fréquence (interventions/usagers)	31,8	41,7	28,7

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille. Pour le calcul de la fréquence, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'usagers ayant reçu le service.

Sources : MSSS, base de données I-CLSC et perspectives démographiques

SANTÉ PUBLIQUE

Service de première ligne

- Entre 2007-2008 et 2009-2010, diminution du nombre d'usagers différents rejoints, mais nombre d'interventions relativement stable
- Taux de pénétration qui se situe entre la moyenne régionale et la moyenne provinciale
- Fréquence des services comparable aux moyennes

Participation au PQDCS

- Taux de participation au PQDCS en croissance et plus élevé que la moyenne régionale (46,6 % contre 42,5 % en 2008)
- Toutefois, taux de participation encore largement sous la cible établie par le MSSS (70 %)

Source : Le portrait de la participation des Montréalaises au PQDCS 1998-2008 – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle.

Clientèle en première ligne (CLSC) – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
Usagers	17 812	18 352	15 840	-11%
Interventions	28 170	31 500	28 564	1%
Interventions par profil				
560 - Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet extrême pauvreté	2 209	3 907	3 997	81%
590 - Autres services de santé publique	23 222	26 030	22 217	-4%
591 - Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE)	2 739	1 563	2 350	-14%

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille, de groupe et communautaires. Chaque intervention compte pour une seule, peu importe le type d'intervention.

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Clientèle en première ligne (CLSC) – 2009-2010

	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	Région de Montréal	Province de Québec
Usagers	15 840	193 792	986 697
Interventions	27 970	311 702	1 580 029
Taux de pénétration (pour 1 000 personnes)	114,7	102,0	126,3
Fréquence (interventions/usagers)	1,8	1,6	1,6

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille. Pour le calcul de la fréquence, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'usagers ayant reçu le service.

Sources : MSSS, base de données I-CLSC et perspectives démographiques

SERVICES GÉNÉRAUX

Service de première ligne

- Croissance des activités entre 2007-2008 et 2009-2010
- Taux de pénétration inférieur à la moyenne régionale et provinciale
- Fréquence des interventions légèrement plus élevée que les moyennes

Clientèle en première ligne (CLSC) – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
Usagers	9 268	10 152	10 430	13%
Interventions	42 440	41 800	44 737	5%
Interventions par profil				
110 - Services de santé physique en phase postopératoire	17 805	14 643	17 004	-4%
191 - Autres services de santé physique court terme	16 429	18 734	19 393	18%
420 - Services psychosociaux généraux	3 163	2 931	3 118	-1%
511 - Services aux femmes enceintes, clientèle régulière	492	224	224	-54%
525 - Suivi postnatal ou activité de dépistage postnatal, clientèle régulière	4 551	5 268	4 998	10%

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille, de groupe et communautaires. Chaque intervention compte pour une seule, peu importe le type d'intervention.

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Clientèle en première ligne (CLSC) – 2009-2010

	CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	Région de Montréal	Province de Québec
Usagers	10 430	224 821	979 205
Interventions	44 664	807 995	3 641 135
Taux de pénétration (pour 1 000 personnes)	75,5	118,3	125,3
Fréquence (interventions/usagers)	4,3	3,6	3,7

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille. Pour le calcul de la fréquence, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'usagers ayant reçu le service.

Sources : MSSS, base de données I-CLSC et perspectives démographiques

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Service de première ligne

- Croissance importante des usagers et des interventions entre 2007-2008 et 2009-2010
- Taux de pénétration légèrement supérieur aux moyennes régionale et provinciale
- Fréquence des interventions semblable aux moyennes

Clientèle en première ligne (CLSC) – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
Usagers	456	525	554	21%
Interventions	4 266	5 162	6 489	52%
Interventions par profil				
311 - Services liés à une déficience intellectuelle	2 547	2 875	4 483	76%
312 - Services liés aux TED	1 719	2 287	2 006	17%

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille, de groupe et communautaires. Chaque intervention compte pour une seule, peu importe le type d'intervention.

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Clientèle en première ligne (CLSC) – 2009-2010

	CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	Région de Montréal	Province de Québec
Usagers	554	6 920	23 766
Interventions	6 541	76 544	248 473
Taux de pénétration (pour 1 000 personnes)	4,0	3,6	3,0
Fréquence (interventions/usagers)	11,8	11,1	10,5

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille. Pour le calcul de la fréquence, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'usagers ayant reçu le service.

Sources : MSSS, base de données I-CLSC et perspectives démographiques

JEUNES EN DIFFICULTÉ

Service de première ligne

- Croissance des usagers et d'interventions entre 2007-2008 et 2009-2010
- Taux de pénétration proche de la cible ministérielle
- Fréquence plus élevée que les moyennes

Clientèle en première ligne (CLSC) – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
Usagers	1 603	1 887	1 824	14%
Interventions	11 758	13 357	12 821	9%
Interventions par profil				
570 - Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, volet soutien aux jeunes parents	1 942	2 101	2 173	12%
810 - Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables	9 816	11 198	10 299	5%
811 - Services pour les enfants, les jeunes et les familles en situation de crise		58	349	

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille, de groupe et communautaires. Chaque intervention compte pour une seule, peu importe le type d'intervention.

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Clientèle en première ligne (CLSC) – 2009-2010

	Dorval-Lachine-Lasalle	Région de Montréal	Province de Québec	Cible MSSS
Usagers	1 824	24 324	123 243	
Interventions	15 405	167 207	815 568	
Taux de pénétration (pour 1 000 personnes de 0-17 ans)	72,8	69,9	80,6	75,0
Fréquence (interventions/usagers)	8,4	6,9	6,6	7,0

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille. Pour le calcul de la fréquence, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'usagers ayant reçu le service.

Sources : MSSS, base de données I-CLSC et perspectives démographiques

DÉPENDANCES

Service de première ligne

- Selon les données disponibles, il y a un très faible volume d'activités en dépendances (15 usagers différents et 75 interventions en 2009-2010);
- Toutefois, l'interprétation de ces données demeure difficile en raison du fait que certaines clientèles présentant des troubles de dépendances se situent au niveau du programme de santé mentale et que les données (ex. usagers, interventions) sont saisies dans les centres d'activités en lien avec ce programme.

SANTÉ MENTALE

Services de première ligne

- Croissance importante des activités en 2009-2010
- Taux de pénétration semblable aux moyennes régionale et provinciale, mais en deçà de la cible ministérielle
- Fréquence des interventions semblable aux moyennes

Services de deuxième et troisième ligne

- Pas de services de deuxième et troisième ligne ni de lits d'hospitalisation en psychiatrie à l'Hôpital de LaSalle
 - Population du territoire principalement desservie par l'Hôpital Douglas

Clientèle en première ligne (CLSC) – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
Usagers	698	827	1 326	90%
Interventions	6 154	6 413	12 841	109%

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille, de groupe et communautaires. Chaque intervention compte pour une seule, peu importe le type d'intervention.

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Clientèle en première ligne (CLSC) – 2009-2010

	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	Région de Montréal	Province de Québec	Cible MSSS
Usagers	1 326	16 658	92 828	
Interventions	12 829	155 079	868 564	
Taux de pénétration (pour 1 000 personnes)	9,6	8,8	11,9	20,0
Fréquence (interventions/usagers)	9,7	9,3	9,4	

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille. Pour le calcul de la fréquence, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'usagers ayant reçu le service.

Sources : MSSS, base de données I-CLSC et perspectives démographiques

UNITÉ FAMILIALE DES NAISSANCES

Hospitalisation

- Au 31 mars 2010, 34 lits dressés en obstétrique (mères seulement)
- Entre 2007-2008 et 2009-2010, nombre d'accouchements relativement stable
- DMS relativement courte
- En 2008-2009, DMS de 2,4 jours (pour les mères) pour l'ensemble des admissions en obstétrique et DMS de 2,3 jours pour les cas typiques (inférieure à la cible de 2,5 jours selon la méthodologie du premier tiers)

Obstétrique – Hôpital de LaSalle

	Unité de mesure	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
6364 - Maternité, soins généraux aux nouveau-nés et bloc obstétrical	JP	16 122	15 317	15 036	-7%
	Accouchement	2 923	2 880	2 949	1%

Source : MSSS, base de données M30

Santé physique – Médecine, chirurgie et soins intensifs

Hospitalisation

- Au 31 mars 2010, 10 lits dressés aux soins intensifs et 40 lits dressés sur les unités de chirurgie et médecine
- Entre 2006-2007 et 2008-2009, croissance des hospitalisations en médecine
- En 2008-2009, en moyenne, 9 lits occupés en chirurgie et 37 lits occupés en médecine (incluant les patients aux soins intensifs, mais excluant les jours des personnes en attente d'hébergement s'il y a lieu)
- En 2008-2009, DMS courte, particulièrement en médecine
 - En chirurgie, DMS de 4,5 jours pour l'ensemble des admissions et DMS de 5,5 jours pour les cas typiques (cible de 5,1 jours selon la méthodologie du premier tiers)
 - En médecine, DMS de 8,0 jours pour l'ensemble des admissions et DMS de 6,6 jours pour les cas typiques (inférieure à la cible de 7,3 jours selon la méthodologie du premier tiers)

Hospitalisations – Hôpital de LaSalle

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	Variation 2006-2007 à 2007-2008	Variation 2007-2008 à 2008-2009
Chirurgie	656	682	642	4%	-6%
Médecine	1 343	1 354	1 519	1%	12%
Total	1 999	2 036	2 161	2%	6%

Hospitalisations et lits occupés – Hôpital de LaSalle – 2008-2009

	Hospitalisations	DMS (en jours)	Équivalents-lits occupés
Chirurgie	642	4,5	9
Médecine	1 519	8,0	37
Total	2 161	7,0	46

Source : MSSS, base de données APR-DRG

Chirurgie

- Proportion importante de CDJ (83 % en 2008-2009) et croissance des CDJ en 2009-2010 (variation annuelle d'environ 600 CDJ)
- Principaux DRG des CDJ (excluant obstétrique)
 - Cure de hernie inguinale, fémorale ou ombilicale (23 % des CDJ en 2008-2009)
 - Opérations sur l'utérus ou les annexes, sans tumeur maligne et sans léiomyome (12 %)
 - Opérations sur le genou ou la partie inférieure de la jambe, sauf le pied (11 %)
- En 2008-2009, 643 chirurgies avec hospitalisation dont 217 substituables en CDJ
- Principaux DRG transférables en CDJ
 - Cholécystectomie par laparoscopie (66 cas transférables en 2008-2009)
 - Dilatation et curetage ou hystérotomie avec un diagnostic d'obstétrique (65 cas transférables)
 - Opérations sur l'utérus ou les annexes, sans tumeur maligne et sans léiomyome (47 cas transférables)

Épisodes en chirurgie – Hôpital de LaSalle

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	Variation 2006-2007 à 2007-2008	Variation 2007-2008 à 2008-2009
CDJ	3 060	2 867	3 037	-6%	6%
Hospitalisations en chirurgie	656	683	643	4%	-6%
Total	3 716	3 550	3 680	-4%	4%

Notes :

- Exclusion de la CMD 14 (obstétrique) et de la CMD 15 (nouveau-nés)
- CDJ : cas de type 27 avec DRG chirurgical

Source : MSSS, base de données APR-DRG

SANTÉ PHYSIQUE – MÉDECINE DE JOUR ET URGENGE

Médecine de jour

- Ratio de jours-soins en médecine de jour (services entièrement rendus à l'unité de médecine de jour) pour 100 jours-présence d'hospitalisation en médecine et en chirurgie relativement élevé
- En 2009-2010, 24 jours-soins en médecine de jour pour 100 jours-hospitalisation contre une moyenne de 16 dans les CSSS de Montréal

Activités de médecine de jour à l'Hôpital de LaSalle – 2009-2010

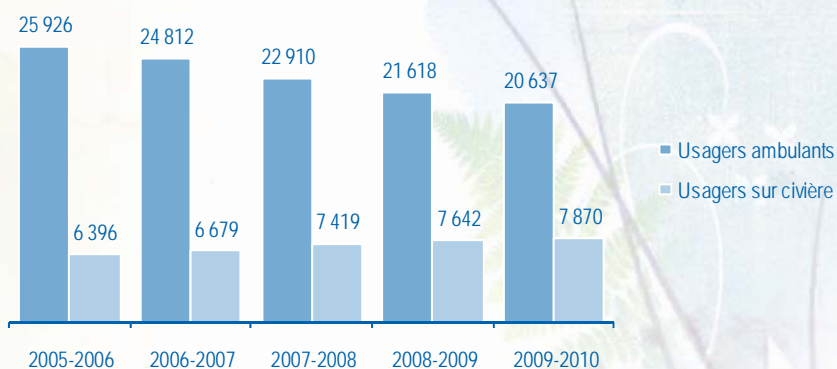
	Usagers	Jours-soins
Coordination ou préparation et/ou surveillance d'interventions réalisées ailleurs qu'à l'unité		
Bilan préopératoire pour préadmission	249	250
Techniques endoscopiques moins de 3 h	1 763	1 773
Autres	2 324	5 714
Sous-total	4 336	7 737
Services entièrement rendus à l'unité de médecine de jour		
Interventions diagnostiques ou thérapeutiques		
Administration de médication I.V. (autres que chimiothérapie) incluant les soins et retraits de cathéters centraux	230	476
Soins et suivi des plaies	231	306
Autres	1 218	2 021
Enseignement et suivi (incluant le soin s'il y a lieu)		
Diabète	167	224
Autres	518	712
Sous-total	2 364	3 739
Total	6 700	11 476

Source : MSSS, base de données C07-Rapports statistiques

Urgence

- Depuis 2005-2006, diminution du nombre de visites à l'urgence des usagers ambulants, mais croissance du nombre d'usagers sur civière
- En 2009-2010, 28 % des visites à l'urgence sur civière (31 % en moyenne dans les hôpitaux des CSSS de Montréal)
- Diminution de la DMS des visites sur civière depuis cinq ans (17,0 heures en 2009-2010 contre 20,6 heures en 2005-2006)
- En 2009-2010, 26 % des usagers sur civière ont 75 ans ou plus (31 % dans l'ensemble des CSSS de Montréal)
- Cette même année, 24 % des usagers sur civière sont hospitalisés par la suite (31 % dans l'ensemble des CSSS de Montréal)

Visites à l'urgence de l'Hôpital de LaSalle – 2005-2006 à 2009-2010



Source : MSSS, Direction nationale des urgences, Portrait quinquennal de la situation dans les unités d'urgence

SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN CLSC

Service de première ligne

- Entre 2007-2008 et 2009-2010, augmentation du nombre d'usagers différents, mais diminution du nombre d'interventions
- Taux de pénétration inférieur aux moyennes régionale et provinciale, mais fréquence légèrement plus élevée

Clientèle en première ligne (CLSC) – CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Variation 2007-2008 à 2009-2010
Usagers	2 750	2 837	2 965	8%
Interventions	27 793	26 184	23 143	-17%
Interventions par profil				
121 - Services en soins palliatifs	11 706	10 877	8 016	-32%
131 - Services liés au SIDA	740	1 484	617	-17%
192 - Autres services de santé physique	15 347	13 823	14 510	-5%

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille, de groupe et communautaires. Chaque intervention compte pour une seule, peu importe le type d'intervention.

Source : MSSS, base de données I-CLSC

Clientèle en première ligne (CLSC) – 2009-2010

	CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	Région de Montréal	Province de Québec
Usagers	2 965	54 829	214 705
Interventions	23 139	351 964	1 445 274
Taux de pénétration (pour 1 000 personnes)	21,5	28,8	27,5
Fréquence (interventions/usagers)	7,8	6,4	6,7

Note : Dans ce tableau, les interventions comprennent les interventions individuelles, de couple et de famille. Pour le calcul du nombre moyen d'interventions, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'usagers ayant reçu le service.

Sources : MSSS, base de données I-CLSC et perspectives démographiques

EFFECTIFS MÉDICAUX

Évolution de l'effectif médical

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Hôpital de LaSalle – Spécialistes	41	35	42
Hôpital de LaSalle – Omnipraticiens	42	44	46
CLSC et centres d'hébergement – Omnipraticiens	Environ une vingtaine		

Source : Rapports annuels du CSSSDLL

PREM

Anesthésie	5 + 1 dérogation
Médecine interne	4
Cardiologie	0 ⁽¹⁾
Chirurgie générale	4
Chirurgie orthopédique	1 RFI
Pédiatrie	3
Radiologie diagnostique	3
Psychiatrie	0 ⁽²⁾
Ophtalmologie	0 ⁽³⁾
Obstétrique-gynécologie	11 + 1 dérogation

Notes :

(1) Corridor de service avec le CUSM pour une journée par semaine

(2) Corridor de service avec l'Hôpital Douglas; présence de psychiatres dans les deux CLSC dans le cadre du plan d'action en santé mentale

(3) Couverture régionale assurée par l'Hôpital de Lachine (CUSM)

Source : CSSSDLL

RESSOURCES HUMAINES

Situation de la main-d'œuvre

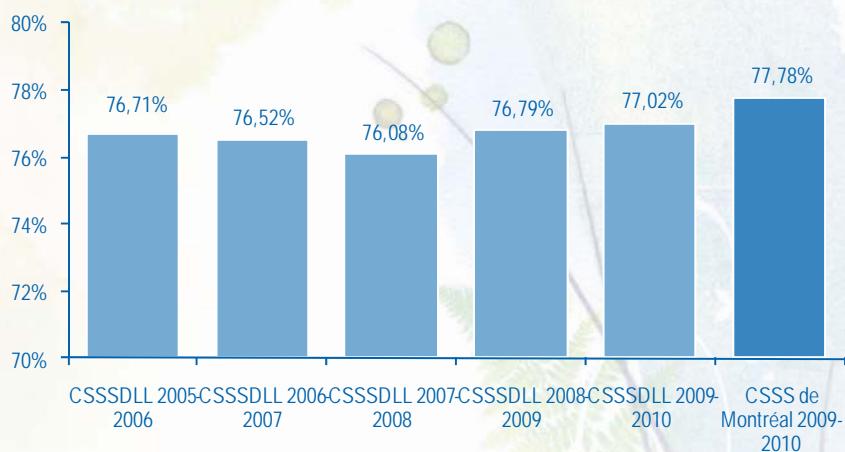
	2008-2009	2009-2010
Cadres à temps complet	84	98
Cadres à temps partiel	27	18
Personnel permanent à temps complet	739	750
Personnel permanent à temps partiel	575	631
Personnel occasionnel à temps partiel	369	437

Source : Rapport annuel 2009-2010 du CSSDILL

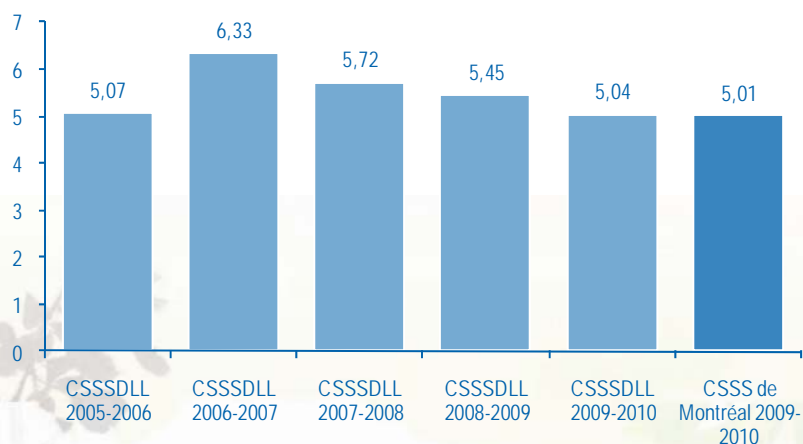
Coût du personnel

- Coût horaire de la masse salariale légèrement plus élevé que la moyenne des CSSS de Montréal (37,97 \$/h contre 37,29 \$/h en 2009-2010)
- Croissance de la proportion des heures travaillées sur les heures rémunérées depuis quelques années, mais proportion moins importante que la moyenne régionale en 2009-2010
- Diminution de l'assurance salaire depuis 2007-2008
 - En 2009-2010, ratio semblable à la moyenne des CSSS de Montréal (5,04 heures d'assurance salaire pour 100 heures travaillées contre une moyenne de 5,01 pour 100 dans le groupe en 2009-2010)

Proportion des heures travaillées sur les heures rémunérées



Ratio des heures d'assurance salaire pour 100 heures travaillées



Source : MSSS, base de données C07 – Rapports statistiques AS-478

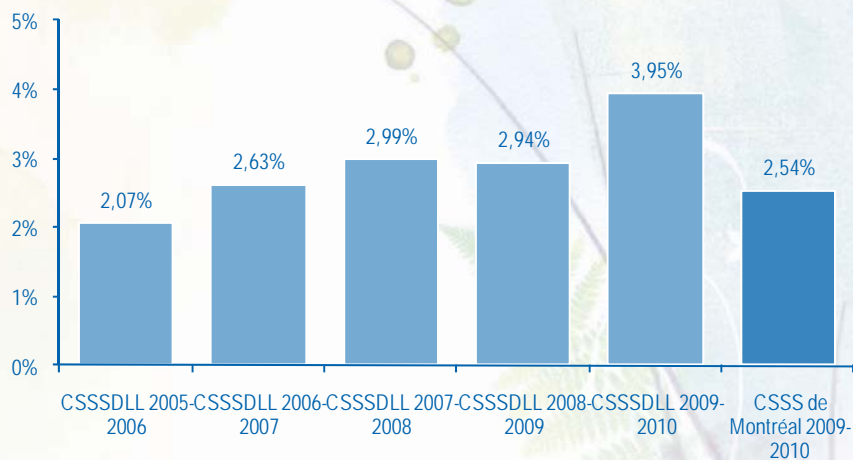
Encadrement

- Croissance du taux d'encadrement depuis 2005-2006
- En 2009-2010, proportion des heures cadres légèrement supérieure à la moyenne régionale (5,60 % contre 5,30 % en 2009-2010)

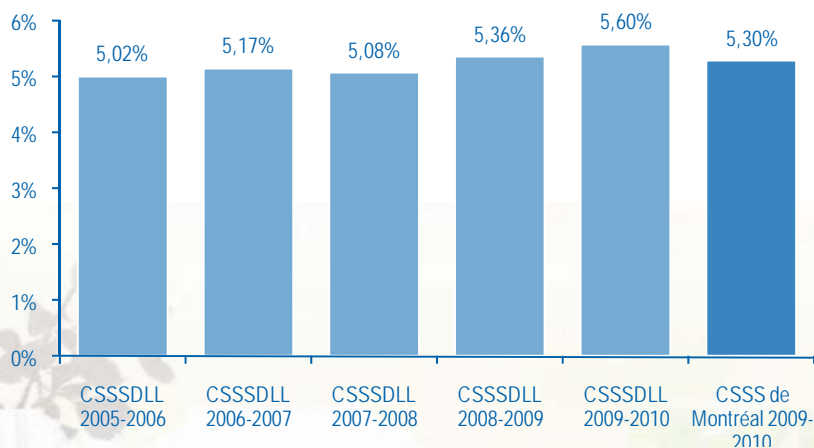
Recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante

- Croissance des heures supplémentaires depuis 2005-2006
- Proportion des heures supplémentaires plus importante que la moyenne régionale (3,95 % contre 2,54 % en 2009-2010)
- Proportion des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante également en croissance, mais moins importante que la moyenne régionale (10,44 % contre 11,87 % en 2009-2010)
- Administration, soutien aux services et gestion des bâtiments et des équipements

Proportion des heures supplémentaires sur les heures travaillées



Proportion des heures des cadres sur les heures travaillées



Proportion des heures de la main-d'œuvre indépendante sur les heures travaillées



ADMINISTRATION, SOUTIEN AUX SERVICES ET GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

Heures travaillées et dépenses – 2008-2009 et 2009-2010

	Heures travaillées ajustées			Coûts directs bruts ajustés		
	2008-2009	2009-2010	Variation	2008-2009	2009-2010	Variation
Administration						
7300 Administration générale	150 949	136 185	-10%	8 539 991 \$	7 706 296 \$	-10%
7320 Administration des services techniques	4 649	8 953	93%	330 043 \$	576 156 \$	75%
7340 Informatique	11 011	10 609	-4%	1 445 545 \$	1 101 001 \$	-24%
Sous-total	166 609	155 747	-7%	10 315 579 \$	9 383 453 \$	-9%
Soutien aux services						
6000 Administration des soins	55 143	56 778	3%	3 243 794 \$	3 496 950 \$	8%
7200 Enseignement	1 283	5	-100%	65 186 \$	44 333 \$	-32%
7530 Réception - Archives - Télécommunications	98 659	108 411	10%	3 387 365 \$	3 838 217 \$	13%
7554 Alimentation - Autres	146 893	146 584	0%	6 514 190 \$	6 620 573 \$	2%
7600 Buanderie et lingerie	6 773	5 130	-24%	1 878 997 \$	1 901 846 \$	1%
Sous-total	308 751	316 908	3%	15 089 532 \$	15 901 919 \$	5%
Gestion des bâtiments et des équipements						
7640 Hygiène et salubrité	62 975	63 635	1%	2 701 897 \$	2 590 009 \$	-4%
7650 Gestion des déchets biomédicaux	194	393	103%	22 248 \$	52 362 \$	135%
7700 Fonctionnement des installations	1 333	0	-100%	4 643 429 \$	4 964 379 \$	7%
7710 Sécurité	31 371	28 938	-8%	617 797 \$	573 126 \$	-7%
7800 Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier / équipement	31 777	27 895	-12%	2 641 317 \$	2 541 843 \$	-4%
Sous-total	127 650	120 861	-5%	10 626 688 \$	10 721 719 \$	1%
Total - Administration, soutien aux services et gestion des bâtiments et des équipements	603 010	593 516	-2%	36 031 799 \$	36 007 091 \$	0%
Proportion de l'ensemble du CSSS	24%	23%		29%	28%	
Ensemble du CSSS	2 493 091	2 526 871	1%	123 785 970 \$	129 663 384 \$	5%

Source : MSSS, base de données M30 et contour financier

- Globalement, diminution du nombre d'heures travaillées dans les services administratifs, les services de soutien et la gestion des bâtiments et des équipements de 2 % en 2009-2010 par rapport à l'année précédente
- 23 % des heures travaillées du CSSS regroupées dans ces services

ANNEXE C. PROJECTIONS

UNITÉS DE MÉDECINE-CHIRURGIE (INCLUANT LES SOINS INTENSIFS)

Rappel des projections présentées dans le PDCI

	Hospitalisations			Équivalents-lits occupés	
	2006-2007	2008-2009	2018	2006-2007	2018
Chirurgie	658	642	1 361	13	18
Médecine (avec approche gériatrique)	1 332	1 519	1 816	28 (réguliers) 8 (soins intensifs)	41 (réguliers) 12 (soins intensifs)
Sous-total	1 990	2 161	3 177	49	71
Lits en attente				5	7
Total				54	78

Rappel des hypothèses de projection du PDCI

- Projections basées sur la croissance démographique
- Variation des taux d'utilisation, par groupe d'âge quinquennal et par territoire de CLSC de provenance, selon la tendance observée au cours des dernières années : - 5 % pour les hospitalisations en chirurgie et - 10 % pour les hospitalisations en médecine
- Potentiel de croissance des volumes d'activité à l'Hôpital de LaSalle
 - En médecine, augmentation du taux de rétention par le rapatriement de la clientèle provenant du territoire de Dorval-Lachine-LaSalle et hospitalisée au CHUM ou au CUSM adultes : rapatriement de 35 % du niveau 1 et de 25 % du niveau 2
 - En chirurgie, ajout de volumes par le transfert d'activités vers l'Hôpital de LaSalle
 - Hôpitaux ciblés : Hôpital général juif, St. Mary's et CUSM adultes
 - Hospitalisations de un à trois jours et CDJ
 - Clientèle provenant de Montréal
 - Spécialités : chirurgie générale, orthopédique, gynécologique et plastique
 - Niveau 1
- DMS
 - En médecine, statu quo de la DMS de l'Hôpital de LaSalle
 - En chirurgie, statu quo de la DMS pour la projection des hospitalisations selon le taux de rétention et d'attraction actuel et DMS des cas transférés (environ deux jours)

UNITÉ FAMILIALE DES NAISSANCES

Rappel des projections présentées dans le PDCI

	Naissances			Lits	
	Réel 2007-2008	Réel 2009-2010	Projection 2010 selon projet	2006-2007	Projection 2010 selon projet
Accouchements vaginaux (incluant césariennes d'urgence)	2 923	2 949	3 627		
Césariennes (itératives)	307		373		
Total des naissances	3 230		4 000	34 lits fonctionnels	42 lits fonctionnels + 1 salle pour césariennes

Rappel des hypothèses de projection du PDCI

- Basé sur le Projet d'augmentation du volume des naissances, janvier 2009
- Comprend une sixième salle d'opération pour les césariennes

BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES PÉRIOPÉRATOIRES

Rappel des projections présentées dans le PDCI

	Chirurgies			Salles et civières	
	Réel 2006-2007	Réel 2009-2010 (selon rapport AS-478)	Projection 2018	2006-2007	Projection 2010 selon projet
Cas au bloc	4 340	5 402	7 500	3 salles 5 civières de salle de réveil 18 civières de CDJ	5 salles 8 civières de salle de réveil 18 civières de CDJ
CDJ		4 037	6 000		

Rappel des hypothèses de projection du PDCI

- 5 salles d'opération et 1 500 cas par salle : cible de 7 500 cas
- 20 % hospitalisations – 80 % CDJ (excluant césariennes)
- Variation des taux d'utilisation pour 1 000 personnes, par groupe d'âge quinquennal et par territoire de CLSC de provenance, selon la tendance observée au cours des dernières années
 - - 5 % pour les hospitalisations en chirurgie et + 5 % pour les CDJ
- Potentiel de croissance des volumes d'activité à l'Hôpital de LaSalle
- En chirurgie, ajout de volumes causé par le transfert d'activités vers l'Hôpital de LaSalle
 - Hôpitaux ciblés : Hôpital général juif, St. Mary's et CUSM adultes
 - Hospitalisations de 1 à 3 jours et chirurgies d'un jour
 - Clientèle provenant de Montréal
 - Spécialités : chirurgie générale, orthopédique, gynécologique et plastique
 - Niveau 1
- Ratio de 1,5 civière de salle de réveil par salle d'opération. Considérant le haut volume de CDJ, on peut utiliser 2 civières par salle ou 10 civières de salle de réveil
- Ratio de 3 civières de CDJ par salle d'opération (1 h par cas) (heures d'ouverture étendues) avec une marge de sécurité

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN CLSC

Mise à jour des projections du PDCI

Résultats des projections 2015 et 2020 – Nombre d'interventions

	Réel		Taux de pénétration et fréquence au Statu quo		Taux de pénétration et fréquence cibles (si disponibles)		Variation avec taux de pénétration et fréquence au Statu quo		Variation avec taux de pénétration et fréquence cibles (si disponibles)	
	Réel 2009-2010	Réel 2009-2010	Projection 2015	Projection 2020	Projection 2015	Projection 2020	2009-2010 à 2015	2009-2010 à 2020	2009-2010 à 2015	2009-2010 à 2020
Santé publique	27 970	28 911	28 246	28 911	28 246	28 911	1%	3%	1%	3%
Services généraux	44 664	48 269	46 628	48 269	46 628	48 269	4%	8%	4%	8%
Jeunes en difficulté	15 405	15 496	15 250	15 496	13 219	13 649	-1%	1%	-14%	-11%
Santé physique	23 139	26 393	24 960	26 393	24 960	26 393	8%	14%	8%	14%
Santé mentale	12 829	13 411	13 207	13 411	27 575	28 218	3%	5%	115%	120%
PALV	186 558	226 710	206 655	226 710	102 981	114 025	11%	22%	-45%	-39%
DI et TED	6 541	6 799	6 653	6 799	6 653	6 799	2%	4%	2%	4%
Déficience physique	24 354	25 891	25 389	25 891	25 389	25 891	4%	6%	4%	6%
Dépendances	75	85	83	85	83	85	11%	14%	11%	14%
Total	341 535	391 966	367 072	391 966	275 734	292 241	7%	15%	-19%	-14%

Note : Les interventions comprennent les interventions individuelles, les interventions de couple et les interventions de famille. Pour le calcul du nombre moyen d'interventions, les interventions de couple et de famille sont multipliées par le nombre d'utilisateurs ayant reçu le service. Ainsi, dans une intervention de couple, le nombre d'interventions est de deux. Dans une intervention de type familial réalisée auprès de trois usagers, le nombre d'interventions est de trois. Les interventions de groupe et les interventions communautaires sont exclues.

Hypothèses

- Projections basées sur les perspectives démographiques diffusées par le MSSS, édition 2010 (scénario de référence de l'ISQ)
- Année de référence 2009-2010
- Deux scénarios :
 - Statu quo du taux de pénétration et des fréquences par programme et groupe d'âge
 - Application des taux de pénétration et des fréquences cibles, lorsqu'ils sont disponibles (pour les programmes Jeunes en difficulté, Santé mentale et PALV)

Résultats

- L'application des taux de pénétration et des fréquences cibles entraîne une diminution des volumes d'interventions d'ici dix ans, car le taux de pénétration et la fréquence actuels dans le programme PALV sont plus élevés que les cibles (cibles à remettre en question dans le contexte de l'orientation visant à développer le soutien à domicile)

HÉBERGEMENT EN CHSLD ET RNI-PALV

Mise à jour des projections du PDCI

Normes ministérielles

- Application des ratios pour 100 personnes de 65 ans et plus ciblés par le MSSS
 - Lits CHSLD : 2,8 lits pour 100 personnes
 - Places RNI-PALV : 0,8 place pour 100 personnes

Pondération des ratios des normes

- Pondération des ratios selon la structure d'âge des personnes de 65 ans et plus du RLS comparativement à la structure d'âge de la population de 65 ans et plus de l'ensemble du Québec en 2010
 - Le taux d'hébergement double (plus ou moins) pour chaque groupe d'âge quinquennal (moins d'une personne pour 100 chez les 65-69 ans et près de 1 sur 4 chez les 90 ans et plus)
 - Dans le RLS de Dorval-Lachine-LaSalle, la proportion des personnes très âgées parmi les personnes de 65 ans et plus est plus importante que dans l'ensemble de la province en 2010, ce qui augmente les ratios

Rappel des ratios utilisés dans le PDCI selon une orientation régionale

1. Lits CHSLD : 3,17 lits pour 100 personnes de 65 ans et plus
2. Places RNI-PALV : 0,52 place pour 100 personnes de 65 ans et plus
3. Nouvelles orientations régionales?

Résultats des projections 2015 et 2020

	Réal 2009-2010	Lits et places requis - Application des ratios du MSSS pondérés		
		Simulation 2010	Projection 2015	Projection 2020
Population				
65 ans et plus	24 300	24 300	26 818	29 694
Ratios pour 100 personnes de 65 ans et plus				
Lits CHSLD	3,6	3,1	3,3	3,3
Places RNI-PALV	0,4	0,9	0,9	0,9
Lits CHSLD et places RNI-PALV				
Lits CHSLD	876	764	884	982
Places en RNI-PALV	90	218	252	281

Résultats

- Nombre de lits en CHSLD qui devrait répondre aux besoins jusqu'en 2015 environ
- Manque important de places en RNI

Nos installations

Hôpital de LaSalle

8585, Terrasse Champlain
LaSalle (Québec) H8P 1C1
Tél. : 514 362-8000
Télé. : 514 367-8624

CLSC de Dorval-Lachine

1900, rue Notre-Dame
Lachine (Québec) H8S 2G2
Tél. : 514 639-0650
Télé. : 514 639-0666

CLSC de LaSalle

8550, boul. Newman
LaSalle (Québec) H8N 1Y5
Tél. : 514 364-2572
Télé. : 514 364-6365

Centre d'hébergement de Dorval

225, avenue de la Présentation
Dorval (Québec) H9S 3L7
Tél. : 514 631-2446
Télé. : 514 631-0095

Centre d'hébergement de Lachine

650, Place d'accueil
Lachine (Québec) H8S 3Z5
Tél. : 514 634-7161
Télé. : 514 634-8751

Centre d'hébergement de LaSalle

8686, rue Centrale
LaSalle (Québec) H8P 3N4
Tél. : 514 364-6700
Télé. : 514 364-0484

Centre d'hébergement Nazaire-Piché

150, 15e Avenue
Lachine (Québec) H8S 3L9
Tél. : 514 637-1780
Télé. : 514 637-1224