



Centre de santé et de services sociaux
de la Pointe-de-l'Île



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2007-2008

30 juin 2008



Direction des communications

Note : dans ce rapport annuel de gestion publique, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec : 2008, ISBN 978-2-9810248-1-7.

Table des matières



Le message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général.....	1
La déclaration de fiabilité.....	3
La mission du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île.....	4
Le Projet clinique : une démarche axée sur le réseautage.....	6
Le portrait de la population de la Pointe-de-l'Île.....	9
La structure organisationnelle du CSSS.....	11
La prévention et la promotion : une priorité pour le CSSS.....	12
Les services généraux	16
Les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille.....	21
Les services aux personnes en perte d'autonomie.....	25
Les services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale.....	33
Les services aux personnes présentant des déficiences.....	35
Les services aux personnes anglophones de l'est de Montréal.....	37
Les services à l'école, au travail et dans la communauté.....	38
Les services de soutien.....	43
Les mesures d'urgence.....	44
L'enseignement et la recherche.....	45
Les comités de résidents et le comité des usagers - bénévolat.....	48
Les conseils professionnels.....	51
L'amélioration continue de la qualité.....	53
Le traitement des plaintes.....	57
Le personnel du CSSS.....	59
Les communications.....	63
Les ressources financières, matérielles, techniques et informatiques.....	65
Les états financiers.....	67
Annexe - Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	

Le message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général



Quatre années ont passé depuis la création du Centre de santé et des services sociaux de la Pointe-de-l'Île et les morceaux du casse-tête initial sont maintenant unifiés en un ensemble cohérent et sur lequel il est possible de bâtir pour aller plus loin. L'année 2007-2008 aura donc permis d'amorcer de nouveaux changements visant encore l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité des services, les trois objectifs poursuivis par la création des CSSS.

Tout d'abord, un grand merci au personnel !

Il est important de rendre hommage aux principaux artisans de tous ces changements et de cette poursuite de l'amélioration : les employés, les médecins, les bénévoles et les cadres de l'établissement. Sans leur implication, leur souci de veiller à la qualité des services et au mieux-être de la clientèle, tous les projets mis de l'avant pour s'améliorer ne pourraient s'actualiser. Afin de souligner ce professionnalisme et cet engagement, une journée de reconnaissance du personnel a été instituée cette année. Ainsi à tous les mois de septembre, le personnel sera invité à venir « célébrer » la rentrée et à prendre du temps entre collègues autour d'activités spécialement conçues pour les remercier. La « Fête de la rentrée » a aussi permis de rendre un hommage bien mérité à plus de 160 personnes qui avaient consacré 25 ans et plus à prendre soin de la clientèle.

Qualité : encore mieux !

Les directions sont toutes passées à l'heure « CSSS » et ont travaillé à l'harmonisation des pratiques et à la centralisation des équipes lorsqu'une synergie peut en être dégagée. Ainsi par exemple, le secteur de la Petite enfance a créé une équipe unique de services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) pour le CSSS et a centralisé en un seul lieu certaines tâches administratives afin d'en libérer les infirmières des trois CLSC.

Les services à domicile ont aussi connu une réorganisation majeure : les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (long terme) et les services à domicile offerts dans le cadre d'une maladie réversible (court terme) ont été séparés et confiés à deux directions distinctes. Ce changement permettra, à l'avenir, aux deux clientèles de bénéficier davantage de services adéquats et adaptés à leurs besoins respectifs.

En centre d'hébergement, l'approche Milieu de vie a pris son véritable envol et dix volets de la vie ou du travail en centre d'hébergement, tels que l'alimentation, la communication, le partenariat avec les familles..., font l'objet d'objectifs et d'activités d'amélioration de la qualité.

Enfin, dans le but d'évaluer la qualité des services offerts et d'identifier les pistes d'amélioration, le CSSS a démarré une démarche d'agrément qui se poursuivra jusqu'en juin 2009.

Accessibilité : encore plus !

Rendre nos services plus accessibles est un objectif essentiel que nous partageons avec nos partenaires. En effet, l'accessibilité aux services ne doit plus jamais être pensée et organisée de manière isolée mais bien de manière globale, avec tous les dispensateurs de services, sur l'ensemble du territoire.

En matière d'accès, les services médicaux demeurent une préoccupation pour la Pointe-de-l'Île. Le faible nombre de cliniques médicales et de médecins faisant du territoire un des moins bien

lotis à Montréal, il est primordial de trouver des solutions pour aider la population à obtenir un médecin de famille et à accéder à des services médicaux lorsque nécessaire. Dans ce sens, le CSSS a participé à la création de deux cliniques-réseau sur le territoire. Celles-ci ont entre autres pour objectifs d'offrir des services médicaux sur des plages horaires étendues et d'aider les personnes les plus vulnérables à avoir accès à un médecin de famille. Le CSSS a aussi soutenu la Table locale du DRMG (Direction régionale de médecine générale) qui a pour mandat d'améliorer l'organisation des services médicaux sur le territoire.

Par ailleurs, la réorganisation de l'accès aux services de santé mentale, en collaboration avec les hôpitaux Rivière-des-Prairies, Louis-H.-Lafontaine et Maisonneuve-Rosemont ainsi que les CSSS de l'Est, St-Michel et St Léonard, d'Ahuntsic et Montréal-Nord et Lucille-Teasdale, s'est poursuivie tout au long de l'année. Des équipes de santé mentale de première ligne se mettent progressivement en place dans les CSSS et, dès l'année prochaine, les personnes pourront bénéficier d'un accès accru aux services professionnels, à proximité de chez elles.

La continuité : encore davantage !

Nos collaborations avec les partenaires institutionnels, communautaires et privés, dans le cadre de la phase II du projet clinique, se sont poursuivies cette année. L'accent a été mis sur les services aux jeunes en difficulté et aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendances. Une soixantaine de personnes se sont impliquées dans l'élaboration d'un plan d'action pour ces deux clientèles. Ce plan a été adopté par le conseil d'administration du CSSS cet hiver. Par ailleurs, la réalisation du plan d'action de la phase I du projet clinique va bon train et une quinzaine de projets issus de ce plan d'action sont en cours de réalisation sur le territoire.

Nous profitons de ce rapport annuel pour remercier nos partenaires institutionnels, communautaires et privés pour leur engagement, chaque année renouvelé, à travailler avec nous à l'édification du réseau local de services.



Cécile Légaré
Présidente



André Gagnière
Directeur général

Composition du conseil d'administration au 31 mars 2008

Mme Cécile Légaré, présidente
M. Pierre Parent, 1^{er} vice-président
M. Bruno Lewis, 2^e vice-président
M. Jean-Claude Blanchard, 3^e vice-président
M. André Gagnière, secrétaire
Mme Lucie Bernier
M. Roch Bérubé
Mme Nicole Bourgeois
Mme Nicole Daniel
M. Nicola Marcogliese
Mme Nathalie Gravel
Dr André-Brisson Joseph
Mme Viviane Montinard
Mme Josephine Primiani

Démissions en cours d'année

M. André Boyer, le 18 septembre 2007
Dr Michel Bracka, le 20 novembre 2007
M. Rémi Arsenault, le 26 février 2008
M. André Bonin, le 26 février 2008

Déclaration de fiabilité des données



Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2007-2008 du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

André Gagnière
Directeur général



« CHAPITRE I ¹

80. La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2, 1991, c. 42, a. 80; 1998, c. 39, a. 36; 2001, c. 60, a. 162).

83. La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

CHAPITRE I.1

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET INSTANCE LOCALE

- 99.4. La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

Seule une instance locale visée au premier alinéa peut faire usage, dans son nom, des mots « centre de santé et de services sociaux » (2005, c. 32, a. 48).

¹ Extraits de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, partie II, titre I, chapitre I, mise à jour le 1^{er} mai 2006.

99.6. Dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, une instance locale doit offrir:

- 1° des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement;
- 2° certains services spécialisés et surspécialisés, lorsque ceux-ci sont disponibles (2005, c. 32, a. 48).

99.7. Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l'instance locale doit:

- 1° définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux;
- 2° instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées;
- 3° prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état;
- 4° créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'agence, le département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité:
 - a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;
 - b) à l'information clinique, entre autres, le résultat d'examen diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers;
 - c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services lorsqu'approprié (2005, c. 32, a. 48).

99.8. Une instance locale doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus (2005, c. 32, a. 48).»



Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²,

«99,5

L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

- 1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- 3° l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
- 4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.

Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation (2005, c. 32, a. 48).»

L.R.Q., chapitre S-4.2, partie II, titre 1, mise à jour le 1^{er} mai 2006.

Le Projet clinique

Le projet clinique se déroule en trois phases, chacune permettant d'élaborer, en collaboration avec nos partenaires, un plan d'action pour certaines clientèles de notre territoire.

Le plan d'action de la 1^{re} phase, qui concernait les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, les services en santé mentale, les services posthospitaliers et les services de santé publique, a été adopté en 2006. Une quinzaine de projets issus de ce plan d'action sont en cours de réalisation sur le territoire.

Les travaux de la phase 2

À l'hiver et au printemps 2007, trois comités composés d'une soixantaine de personnes (employés du CSSS et partenaires) se sont réunis à quatre reprises pour élaborer un plan d'action à l'intention des jeunes en difficulté et des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance.

Mandat des comités de travail:

- prendre connaissance du profil populationnel, de l'offre de services et de l'analyse des écarts;
- étayer les priorités définies lors de forum;
- assurer l'interface entre la réflexion émanant du CSSS et les attentes exprimées par les partenaires;
- énoncer les priorités, les objectifs et le plan d'action en matière de santé et de services;
- soumettre les propositions au comité aviséur.

En juin 2007, un Forum jeunesse, réunissant l'ensemble de nos partenaires et le personnel du CSSS impliqué dans le projet clinique, a permis de présenter une proposition de plan d'action et de la bonifier grâce aux commentaires des participants. Ce plan d'action a ensuite été adopté par le conseil d'administration du CSSS.

Parmi les 28 projets spécifiques figurant au plan d'action de cette deuxième phase, 10 projets prioritaires ont été ciblés pour les jeunes et les personnes dépendantes et ils devraient se mettre en place sous peu. Il s'agit des projets suivants :

COMITÉS DE TRAVAIL	OBJECTIFS GÉNÉRAUX	PROJETS SPÉCIFIQUES PRIORITAIRES
Petite enfance 0-5 ans	Faciliter la référence entre les différents acteurs sur le territoire en accentuant une plus grande collaboration.	Favoriser l'accès aux services de 1 ^{re} ligne entre le CSSS, les milieux de garde et les organismes communautaires pour la famille, par le biais de protocoles d'entente ou tout autre mécanisme de collaboration.
	Accompagner les familles vivant en contexte de pauvreté dans leur démarche pour acquérir une plus grande autonomie et augmenter leur pouvoir d'agir.	Rejoindre et proposer aux familles avec enfants de moins de 5 ans, qui vivent des situations difficiles, des services d'accompagnement, de support et leur rendre accessible un éventail de ressources communautaires et institutionnelles.
	Assurer des services spécifiques pour aider les familles en situation de crise.	Améliorer les mécanismes d'échanges d'information et d'intervention inter-réseaux afin de faciliter l'accompagnement des familles en situation de crise.
	Fournir aux familles du territoire l'information nécessaire à une meilleure connaissance des rouages du système de santé et des services sociaux et s'assurer d'une utilisation efficace des ressources disponibles.	<p>Informer et rechercher des solutions avec nos principaux partenaires de la réalité que vivent les femmes enceintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui n'ont pas de médecin traitant • qui sont d'immigration récente
Petite enfance 0-5 ans et Jeunes 6-18 ans	S'assurer d'une offre de services adéquate en santé et services sociaux dans tous les quartiers pour la population jeunesse.	S'associer avec les partenaires du territoire (cliniques médicales, écoles primaires et secondaires, collégiales maisons de jeunes, centre hospitalier, CSSS, etc.) pour offrir aux jeunes un accès à des services de santé adaptés à leur réalité.
Jeunes 6-18 ans	Prévenir le décrochage scolaire et social des jeunes pour augmenter la scolarisation des adolescents.	Réaliser, avec la collaboration des institutions et des organismes concernés de la communauté, des programmes d'information, d'éducation, d'accompagnement pour soutenir les jeunes visant à favoriser la persévérance scolaire et la diplomation, entre autres par la réalisation des actions menées dans le cadre de « École et milieu en santé » et de l'entente de complémentarité MELS et le MSSS.
Personnes ayant des problèmes de dépendances	Agir précocement auprès de la population (femmes enceintes, jeunes, adolescents, adultes et personnes âgées) quant aux impacts de la consommation des drogues, d'alcool et du jeu.	Réaliser des activités de promotion, d'information et de sensibilisation auprès des populations à risque notamment auprès des femmes enceintes, des jeunes, de leur famille et des personnes âgées.

COMITÉS DE TRAVAIL	OBJECTIFS GÉNÉRAUX	PROJETS SPÉCIFIQUES PRIORITAIRES
Personnes ayant des problèmes de dépendances	Offrir aux personnes à risque de développer des problèmes de dépendances des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation disponibles sur le territoire en assurant le lien entre la 1re, la 2e et la 3e ligne.	Établir des liens de partenariat (organismes communautaires, milieu de l'éducation, CSSS et centres de réadaptation) par le biais d'entente, des protocoles ou toute autre modalité favorisant des références rapides.
	Assurer un mécanisme d'arrimage entre la 1re et la 2e ligne pour faciliter une continuité de services.	Permettre un transfert d'expertise entre la 1re et la 2e ligne pour faciliter l'arrimage et s'assurer que le client reçoit le bon service au bon moment.
	Favoriser les liens de partenariat sur le territoire et optimiser l'utilisation des ressources en « dépendances ».	Développer la concertation des ressources institutionnelles et communautaires (hôpitaux, CSSS, milieu de l'éducation, organismes communautaires) préoccupées par les problématiques liées aux dépendances sur le territoire du CSSS (par exemples : étude de cas, PSI).

Comité aviseur

La démarche du projet clinique est encadrée par un comité aviseur qui s'est réuni à deux reprises. Il est formé de 39 personnes : partenaires communautaires et institutionnels du réseau local ainsi que des représentants de notre établissement.

Son mandat :

- orienter et piloter la deuxième phase de l'élaboration du projet clinique;
- informer le directeur général des orientations relatives au déploiement des plans d'action issus des phases du Projet clinique, des questions associées à la réalisation du réseau local de services intégrés, ainsi que des avenues optimales de réalisation.



DONNÉES GLOBALES DE POPULATION ²

Population de la Pointe-de-l'Île

Situé à l'extrémité est de Montréal, le territoire du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île correspond à l'arrondissement municipal de Mercier—Hochelaga-Maisonneuve pour son quartier Mercier-Est (district de Tétreaultville), de l'arrondissement d'Anjou, de l'arrondissement de Rivière-des-Prairies—Pointe-aux-Trembles et de la ville de Montréal-Est.

Mercier-Est— Anjou	Pointe-aux- Trembles— Montréal-Est	Rivière-des- Prairies
81 115	54 260	51 990

Évolution démographique

Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, d'ici 2011, la croissance de la population de la Pointe-de-l'Île devrait être nulle.

Par contre, une forte augmentation de personnes âgées de 65 ans et plus est attendue, de même qu'une diminution de celle des personnes de moins de 15 ans.

ÂGE	Nombre	%
Moins de 5 ans	8 585	4,6
5-19 ans	33 560	17,9
20-24 ans	11 965	6,4
25-44 ans	49 985	26,7
45-64 ans	55 020	29,4
65 ans et plus :	28 250	15
65-74 ans	15 740	8,4
75-84 ans	10 320	5,5
85 ans et plus	2 190	1,2
Total	187 365	100

Population immigrante

Selon le recensement de 2006, la population du territoire du CSSS est majoritairement francophone (70 %). Par ailleurs, entre 1996 et 2001, 16 % des résidents du territoire étaient des personnes immigrantes et, de ce nombre, seulement 1 % ont immigré récemment, pour la plupart sur le territoire de Rivière-des-Prairies. L'Italie, Haïti et le Portugal sont les trois principaux pays d'origine de cette population.

² Site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Statistiques interactives, caractéristiques de la population.

Ménages et familles

	Mercier-Est—Anjou	Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est	Rivière-des-Prairies	Territoire de la Pointe-de-l'Île
Familles	22 955	15 220	15 170	53 345
Familles sans enfants	9 540	5 875	4 445	19 860
Familles monoparentales	4 995	3 285	2 825	11 105
Couples avec enfants	8 420	6 060	7 900	22 380

Données socio-économiques

Le taux de personnes vivant sous le seuil de faible revenu s'élève à 21,6 %. À Montréal, le taux est de 29 %. Selon la Direction de santé publique, il y a moins de personnes nanties sur le territoire (11 %), mais aussi moins de personnes défavorisées que sur le reste du territoire de Montréal (12 %).

Familles

Les familles monoparentales représentent 20,8 % de l'ensemble des familles. Il s'agit de :

- 21,8 % pour Mercier-Est—Anjou;
- 21,6 % pour Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est;
- 18,6 % pour Rivière-des-Prairies.

Également, c'est une famille sur quatre ayant des enfants de moins de 18 ans qui vit sous le seuil de faible revenu sur le territoire du CSSS, comparativement au tiers à Montréal. Les familles monoparentales sont particulièrement touchées par cette situation de faible revenu.

La population de 20 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires s'élève à 32,4 % comparativement à 26,5 % à Montréal.

Selon Statistique Canada au recensement de 2001, le tiers des jeunes ayant entre 15 et 25 ans ne fréquentaient pas l'école en 2001. Mercier-Est—Anjou a une concentration un peu plus élevée de jeunes dans cette situation.

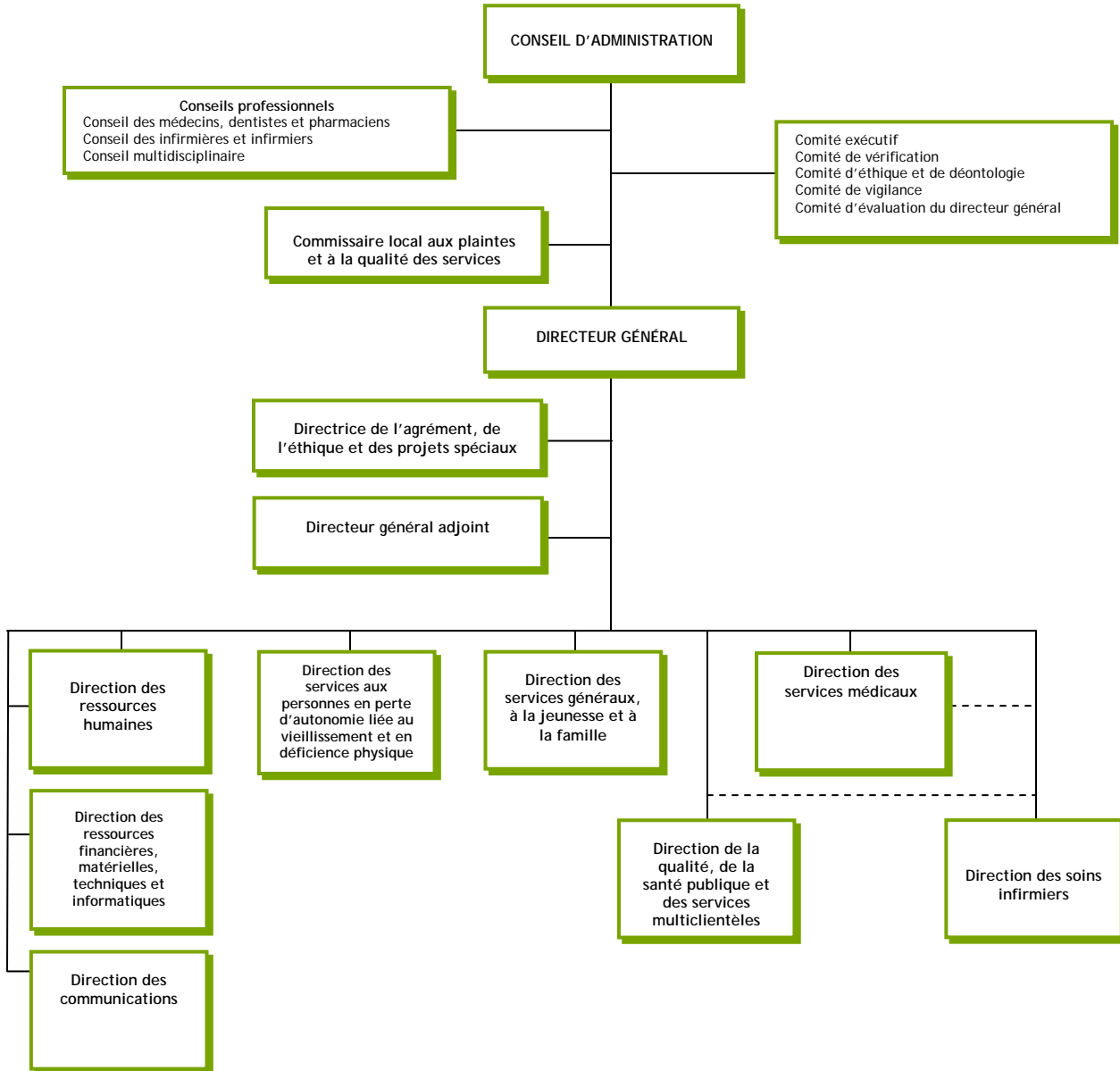
Chômage

Le taux de chômage est à 7,4 % comparativement à 9,2 % à Montréal. Le taux de prestataires de l'assurance-emploi est 12,8 % à Montréal. Sur le territoire du CSSS, il est à 9,5 %, soit à :

- 11,1 % pour Mercier-Est—Anjou;
- 9,3 % pour Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est;
- 7,8 % pour Rivière-des-Prairies.

Selon Statistique Canada, au dernier recensement de 2001, la moitié des ménages (51 %) résidant sur le territoire du CSSS est propriétaire, comparativement à 35,8 % des ménages résidant à Montréal.

La structure organisationnelle du CSSS



La prévention et la promotion : une priorité pour le CSSS



La prévention et la promotion de la santé constituent l'une des responsabilités majeures du CSSS. Responsable du programme de santé publique sur son territoire, le CSSS doit offrir les services de santé publique pour la population. La prévention est une approche déterminante qui est intégrée à l'ensemble des services offerts par le CSSS.

VACCINATION

L'immunisation est le moyen le plus facile et le plus reconnu pour endiguer et éliminer les maladies infectieuses. L'immunisation devient donc nécessaire pour protéger les individus et la collectivité contre les maladies qui se propagent d'une personne à une autre. Les CLSC doivent donc rejoindre le plus grand nombre de personnes, dans leurs locaux, dans les écoles et à domicile.

Vaccination infantile

Les programmes d'immunisation des enfants se sont révélés un moyen très efficace de prévention contre 14 maladies infectieuses, telles la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rubéole, l'hépatite B, etc.

En 2007-2008, les CLSC ont vacciné 4 135 enfants dans le cadre du programme d'immunisation des enfants et ont administré 10 715 doses.

Vaccination à l'école

Les infirmières scolaires du CSSS vaccinent les élèves contre l'hépatite B, la coqueluche et la varicelle. L'infirmière scolaire a pour mandat de vérifier le carnet de vaccination des élèves pour s'assurer que les élèves sont à jour dans leur vaccination.

Tableau 4
VACCINATION À L'ÉCOLE

Hépatite B		Coqueluche		Varicelle		Autres vaccins		Total	
Nombre d'usagers différents	Nombre de doses	Nombre d'usagers	Nombre de doses	Nombre d'usagers	Nombre de doses	Nombre d'usagers	Nombre de doses	Nombre d'usagers	Nombre de doses
3 893	4 155	78	78	250	250	585	673	3 383	5 156

Vaccination antigrippale

La campagne annuelle de vaccination antigrippale est une mesure sanitaire dont l'objectif est de protéger les individus les plus vulnérables. Les personnes affaiblies ou âgées, les personnes hébergées, les jeunes enfants de 6 mois à 2 ans et leur famille ainsi que les employés des établissements de santé sont ciblés en priorité par cette mesure de prévention en santé publique.

Dans le tableau suivant, la différence entre le nombre de doses et d'usagers pour la vaccination antigrippale s'explique par le fait que les enfants de moins de 7 ans doivent recevoir deux doses la première année d'immunisation.

Antigrippale			Pneumocoque
Lieux de vaccination	Nombre d'usagers	Nombre de doses	Vaccins administrés
Centre de jour, centres d'hébergement et CLSC	13 874	14 263	849

Un exercice de vaccination antigrippale massive en un seul endroit a eu lieu en novembre dernier au Centre communautaire Roussin pour l'ensemble de la population de notre territoire. Un nombre de 3 869 personnes ont été vaccinées durant les trois jours consacrés à cet exercice. Dans le dossier de plan de lutte contre la pandémie d'influenza, les équipes de travail ont finalisé la planification des services essentiels en cas de pandémie.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Tout au long de l'année, l'équipe de prévention et contrôle des infections s'est assurée d'intervenir dans toutes les sphères d'activités cliniques afin de garantir des normes de qualité. Certaines activités ont touché l'ensemble de l'établissement, d'autres uniquement nos centres d'hébergement. En 2007-2008, l'équipe s'est investie dans les activités suivantes :

- L'utilisation de la solution hydro alcoolisée Microsan dans tout le CSSS;
- L'achat et l'installation de stations de lavage des mains dans les entrées principales des sept installations du CSSS;
- La semaine du lavage des mains;
- L'organisation de 57 séances de formation en hébergement sur les pratiques de base et les précautions additionnelles. Ces séances ont permis de rencontrer 418 employés;
- L'harmonisation de trois règles de soins concernant le *C.difficile*, la gastro-entérite d'origine virale et l'influenza;
- La gestion de quatre éclosions de gastro-entérite en centre d'hébergement;
- L'utilisation de contenants à aiguilles pour le CSSS;
- Le suivi quotidien des rapports des chefs d'activités en hébergement afin d'être au fait des risques potentiels d'infection;
- La collaboration et la participation à la vaccination antigrippale de masse, au Centre communautaire Roussin.
- La production périodique de statistiques sur les infections en centre d'hébergement;
- La réponse à plus de 100 demandes, quelles soient ponctuelles ou requérant des suivis.
- Une séance d'affichage au congrès de l'OIIQ portant sur la surveillance des infections.

Cible	2,51
Résultat	2,25
Écart	-0,26

Infections nosocomiales

Au cours de l'année 2007-2008, le CSSS a connu 14 épisodes d'infections survenues en centre d'hébergement, dont 4 sont considérées comme nosocomiales, c'est-à-dire lorsque les infections sont contractées dans nos murs.

Toutes les mesures mises en place pour prévenir et contrôler les infections portent fruit puisque nous pouvons considérer que 4 infections nosocomiales est un nombre peu élevé pour un établissement comme le nôtre.

Infection	Nombre total de cas d'infection	Nombre de cas d'infections nosocomiales
C.difficile	5	1
SARM	8	3
Plaie infectée	1	1

UN SYSTÈME DE PRÉVENTION CLINIQUE POUR LA PARTICIPATION ACTIVE DE LA POPULATION AU MAINTIEN DE SA SANTÉ

Centre d'éducation pour la santé

Le Centre d'éducation pour la santé est un lieu dédié à la promotion de saines habitudes de vie. Il offre une continuité aux pratiques cliniques préventives des médecins et des professionnels de première ligne. Les suivis y sont donnés sous forme d'entrevues individualisées par un éducateur spécialisé dans l'approche motivationnelle.

Une visite au CES permet de :

- faire le point sur son alimentation, son niveau d'activité physique et ses habitudes de fumeurs;
- fixer des objectifs d'amélioration dans ces trois volets;
- identifier des stratégies pour contourner les obstacles au changement;
- consulter différentes sources d'information.

Au CSSS de la Pointe-de-l'Île, un centre d'éducation pour la santé a été aménagé au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et au CLSC de Mercier-Est—Anjou. L'aménagement d'un autre centre au CLSC de Rivière-des-Prairies est en planification.

Pour la période d'août 2007 au 31 mars 2008, le centre d'éducation pour la santé a accueilli 38 usagers, dont 74 % se sont inscrits à la suite d'une consultation médicale, 10 % ont été référés par un autre professionnel et 16 % s'y sont présentés de leur propre initiative.

Centre d'abandon du tabagisme

Intégré au centre d'éducation pour la santé, le centre d'abandon du tabagisme dispense des services pour cesser de fumer, tels que de l'information sur le tabagisme, de la pharmacothérapie, une évaluation de la consommation, du soutien intensif et des conseils. Ces services sont accessibles en rencontres individuelles et de groupe. L'équipe a ainsi accueilli 99 nouveaux clients et organisé la tenue de deux cohortes d'interventions en groupe.

De plus, en janvier et février 2008, la population et les employés du CSSS ont relevé le « Défi Santé 5/30 », « J'arrête j'y gagne » et « Famille sans fumée », proposés par la Direction de santé publique. Lors d'une tournée, organisée dans les sept installations du CSSS avec des kiosques de présentation des défis, pas moins de 290 participants ont décidé de bien débuter l'année en prenant de bonnes résolutions santé. Enfin, deux groupes pour cesser de fumer, un à l'automne 2007 et l'autre à l'hiver 2008, ont eu lieu au CLSC de Mercier-Est—Anjou et au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est.

Tableau 7 DÉFIS	Participants inscrits
J'arrête, j'y Gagne	24
Défi-Santé 5/30	156
Famille sans fumée	110

Tableau 8 CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME				
CLSC	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Nombre de demandes de services inter- établissements (DSIE) reçues et traitées	Nombre d'interventions brèves (sans suivi) incluant les DSIE sans suivi
Total	82	163	113	48



ACCUEIL CENTRALISÉ

L'accueil centralisé est constitué d'une équipe d'infirmières qui reçoit les demandes de services en provenance des partenaires externes ainsi que de la clientèle et leurs proches, de façon à les évaluer et à les orienter vers le bon service au CSSS. Cette année, l'équipe de l'accueil centralisé a reçu 7 757 demandes.

Services ambulatoires	Soutien à domicile court terme	Soutien à domicile long terme	Périnatalité	Services intégrés en périnatalité et petite enfance	Ressource non institutionnelle de convalescence	Services intensifs de soutien à domicile	Total
1 522	2 420	2 993	209	370	215	28	7 757

Depuis cette année, dans le cadre de la réorganisation régionale des services posthospitaliers de réadaptation, les demandes d'admission au Centre de réadaptation Marie-Clarac, pour les usagers de notre territoire à la suite d'une hospitalisation, doivent obligatoirement être évaluées et orientées par l'accueil centralisé du CSSS qui a pour mandat d'en vérifier l'admissibilité. Depuis la mise en place de cette réorganisation, en octobre 2007, 256 demandes d'admission pour le Centre Marie-Clarac ont été traitées par l'accueil centralisé, soit en moyenne une dizaine de demandes par semaine.

Les services généraux à domicile court terme

Afin d'améliorer la prestation des services à la clientèle âgée en perte d'autonomie, il a été décidé de séparer les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement qui nécessitent un suivi long terme de ceux des clientèles en perte d'autonomie court terme, c'est-à-dire dont les problèmes de santé sont ponctuels et réversibles.

En effet, la pratique nous a démontré que les services dispensés aux personnes âgées étaient trop souvent tributaires de l'affluence des services court terme, qui ont pris une grande expansion depuis le virage ambulatoire. La séparation des clientèles long terme et court terme est donc une façon de protéger les budgets consacrés aux services des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

La planification de ce départage de clientèles s'est effectué durant l'année 2007-2008 et a impliqué les activités suivantes :

- l'organisation physique, technique et informationnelle de l'équipe;
- la création d'un poste d'assistante au supérieur immédiat et d'un poste d'agente administrative;
- l'organisation du travail de l'équipe (horaires, gestion des demandes, routes, etc.);
- le transfert des ressources humaines
- la participation aux réflexions sur les critères de départage et sur la résolution de situations litigieuses.

À compter d'avril 2008, la nouvelle équipe des services généraux à domicile court terme sera implantée.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Centres de prélèvements

En 2007-2008, 81 625 personnes ont eu un prélèvement dans un des trois centres de prélèvements sans rendez-vous du CSSS, ouverts du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 11 h. L'ouverture des portes a lieu à 7 heures et certaines clientèles, comme celle des très jeunes enfants, sont priorisées.

Radiologie

Le CSSS a conclu une entente concernant les services de radiologie sur le territoire. Cette entente a pour but d'offrir à toute la clientèle de la Polyclinique-réseau Pointe-aux-Trembles des services

Nombre d'utilisateurs 2006-2007	Nombre d'interventions 2006-2007	Nombre d'utilisateurs 2007-2008	Nombre d'interventions 2007-2008
3 685	4 995	3 170	4 136

d'imagerie médicale de base, accessibles au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, selon un horaire compatible avec celui des activités de l'accueil sans rendez-vous de la Polyclinique-réseau. La lecture des films est faite par les radiologistes de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

SERVICES MÉDICAUX

En septembre 2007, la Direction des services médicaux voit son visage se modifier avec l'arrivée d'une toute nouvelle équipe.

À l'interne

Le recrutement des médecins a été un des premiers dossiers à préoccuper la Direction des services médicaux. En 2007, trois médecins ont démissionné et, malgré tous les efforts déployés pour en recruter de nouveaux, ce n'est qu'à l'été 2008 que trois nouveaux médecins se joindront aux équipes suivantes :

- un médecin en médecine générale et en périnatalité au CLSC de Rivière-des-Prairies;
- un médecin en médecine générale au CLSC de Mercier-Est—Anjou;
- un médecin avec l'équipe de santé mentale jeunesse du CSSS, au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est.

À l'externe

La Direction des services médicaux a collaboré activement à la création de deux cliniques-réseau sur notre territoire, soit :

- le Centre médical Hochelaga
- la Polyclinique-réseau Pointe-aux-Trembles

Elle a également poursuivi sa participation au fonctionnement de la Table locale du DRMG, constituée de médecins provenant de culture et de pratiques différentes au sein du territoire de la Pointe-de-l'Île. Un plan de communication ayant pour objectif la promotion de cette table auprès des médecins du territoire a été élaboré avec le soutien de la Direction des communications du CSSS.

Services médicaux au CSSS

Avec ses 50 médecins omnipraticiens actifs, soit l'équivalent de 34 médecins à temps complet, le CSSS de la Pointe-de-l'Île offre des services médicaux courants avec et sans rendez-vous, des services dans les différents programmes des CLSC, auprès des familles, à domicile et dans les centres d'hébergement.

Installations	Nombre de médecins	Nombre de postes équivalent en temps complet (ETC)
CLSC de Mercier-Est—Anjou	7	5,3
CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est	15	12,4
CLSC de Rivière-des-Prairies	14	10,5
Centres d'hébergement (Biermans, François-Séguenot, Judith-Jasmin et Pierre-Joseph-Triest)	9	2,2
Programme Santé au travail	5	3,6
Total	50	34

Services médicaux avec et sans rendez-vous

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île offre des services médicaux sans rendez-vous dans deux de ses installations, soit au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et au CLSC de Rivière-des-Prairies. Les usagers du CSSS peuvent consulter les médecins avec rendez-vous pour la résolution de leurs problèmes de santé ou pour des activités préventives.

CLSC	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
Sans rendez-vous	11 862	18 890
Avec rendez-vous *	8 691	18 447

* Il s'agit d'un résultat incomplet car les données d'un CLSC n'ont pas été compilées tout au long de l'année.

SOINS INFIRMIERS

Triage infirmier et services de soins sans rendez-vous

En CLSC, des infirmières accueillent la clientèle, évaluent son état de santé et déterminent le niveau d'urgence afin de l'orienter adéquatement vers les médecins.

Soins infirmiers avec rendez-vous

Les cliniques de soins du CSSS effectuent avec rendez-vous les suivis de santé, les tests diagnostiques, les soins de plaies, les traitements intraveineux, les interruptions volontaires de grossesse, les prophylaxies post-exposition, etc. Les infirmières prodiguent des soins à l'utilisateur et planifient des activités de prévention et de promotion de la santé.

CLSC	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions
Sans rendez-vous	15 209	22 467
Avec rendez-vous	7 645	31 857

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Dans les cas d'interruption volontaire de grossesse, le CSSS a offert ce service à 389 femmes. En général, chaque intervention volontaire de grossesse nécessite quatre interventions : une intervention du médecin et de l'infirmière avant l'interruption de grossesse, l'intervention elle-même, réalisée par le médecin, et un suivi avec l'infirmière après l'intervention.

Des services psychosociaux ont aussi été dispensés à 46 femmes.

Durant les 4 dernières périodes de l'année 2007-2008, une étude a démontré que 76,22 % des demandes initiales se sont traduites en services rendus, ce qui est supérieur aux prévisions.

Cette année a été marquée par la mise sur pied du centre de coordination des demandes afin d'éviter les délais d'obtention du service.

Nombre d'interventions médicales avant IVG	Nombre d'interventions infirmières avant IVG	Nombre d'IVG faites par le médecin	Nombre d'interventions infirmières après IVG
359	454	386	340
1 539 interventions reliées aux IVG			

ENTENTE DE GESTION INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)		
Nombre d'IVG		
Cible	Résultat	Écart
396	386	-2,5 %

SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Les équipes travaillant à l'accueil psychosocial évaluent et orientent toute demande en provenance de la population et des organismes communautaires ou institutionnels.

Ces professionnels interviennent lors de crise psychosociale personnelle, familiale ou de couple en proposant soutien, information, évaluation et suivi à court terme.

Parmi leurs responsabilités d'accueil, d'évaluation et d'orientation de la clientèle, les intervenants psychosociaux ont reçu cette année 5 544 demandes provenant de la population ou des établissements du réseau. Si elles nécessitent un suivi à long terme, les personnes sont référées à un intervenant qui assure les services psychosociaux nécessaires.

	Total d'utilisateurs	Nombre d'interventions
2006-2007	1 112	4 268
2007-2008	1 120	4 657

ENTENTE DE GESTION SERVICES PSYCHOSOCIAUX COURANTS					
Nombre d'utilisateurs			Moyenne d'interventions		
Cible	Résultat	Écart	Cible	Résultat	Écart
1 192	1 180	-1 %	4,50	4,39	-2,4 %



Avec plus de 1 700 naissances cette année sur le territoire, le CSSS s'intéresse à toutes les familles et à chacun de ses membres :

- familles qui accueillent un nouvel enfant;
- familles avec de jeunes enfants ou adolescents;
- familles en difficulté;
- familles éclatées, monoparentales, recomposées ou traditionnelles.

Les services s'adressent donc aux femmes enceintes, aux nourrissons, aux enfants et adolescents ainsi qu'à leurs parents dans le but de soutenir chacune de ces clientèles dans le développement optimal d'un état d'équilibre et de bien-être.

PÉRINATALITÉ

Avant l'accouchement

Les femmes enceintes du territoire du CSSS peuvent bénéficier de rencontres prénatales individuelles ou de groupe en préparation à l'accouchement et aux soins à prodiguer au nourrisson. La programmation des cours prénatals a été revue et harmonisée pour l'ensemble des CLSC du CSSS.

CLSC	Nombre de groupes	Nombre de rencontres	Total de participants	Moyenne de participants
2006-07	37	156	2 672	17,13
2007-08	34	132	2 632	19,94

Après l'accouchement

Parce que les jeunes mères sortent de l'hôpital plus rapidement qu'avant, les infirmières des CLSC communiquent avec elles dans les premiers jours suivant leur retour à la maison pour un premier contact téléphonique. Par la suite, les infirmières visitent la mère et le nouveau-né, pour une évaluation de leur état de santé, dans les 24 à 48 heures dès leur arrivée à domicile. Elles recueillent aussi des informations sur la famille, son environnement, sa capacité d'adaptation et ses besoins d'aide. Elles prodiguent les soins requis et planifient les activités de suivi; à ce stade, une équipe de professionnels du CLSC est parfois sollicitée.

	Nombre de visites 3 premiers jours suivant le congé de l'hôpital	Nombre de visites après 3 premiers jours suivant le congé de l'hôpital	Nombre de visites lors d'accouchement à domicile ou dans une maison de naissance	Nombre de visites suivant un séjour prolongé de l'hôpital	Total
2006-07	931	501	1	279	1 712
2007-08	1 329	157	4	195	1 685

Après l'accouchement, les nouvelles mères et leur bébé peuvent participer à des groupes de stimulation du nourrisson. Elles ont aussi la possibilité d'assister à des cliniques d'allaitement qui ont pour but de répondre à leurs difficultés et de briser leur isolement en partageant leur expérience. Des cliniques de mesure du poids et de la taille des bébés sont aussi offertes aux mamans.

Jusqu'à présent, chaque CLSC recevait et traitait ses avis de naissance de manière indépendante. Or, depuis mai 2008, et afin de dégager les infirmières de certaines tâches administratives, les avis de naissance sont tous acheminés à une agente administrative qui les traite et les redirige aux infirmières.

PETITE ENFANCE ET JEUNESSE

Durant la petite enfance, le CSSS offre des services professionnels de dépistage des principales problématiques reliées aux enfants : orthophonie, éducation spécialisée, nutrition et psychologie. Le CSSS intervient dans les centres de la petite enfance du territoire et travaille en collaboration avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies et les centres jeunesse.

Services intégrés en périnatalité et en petite enfance à l'intention des familles vulnérables (SIPPE)

Le programme intégré en périnatalité et en petite enfance comprend deux volets :

1. le soutien aux jeunes parents dont la mère a moins de 20 ans au moment de la naissance du bébé;
2. le soutien aux familles vivant sous le seuil de faible revenu et dont la mère n'a pas obtenu un diplôme de V^e secondaire ou encore le soutien aux mères immigrantes récentes ayant un parcours migratoire difficile.

CLSC	Nombre d'usagers (mères)	Nombre d'interventions
Extrême pauvreté	118	1 907
Jeunes familles	64	783
Total	182	2 690

Le programme intégré vise à favoriser le développement optimal des enfants et à renforcer les compétences parentales. Il cherche aussi à prévenir l'abus et la négligence afin de diminuer la transmission d'une génération à l'autre de problèmes sociaux et de santé.

Afin de répondre au mandat qui lui était confié, durant l'hiver 2006, l'équipe Petite enfance s'est penchée sur la possibilité de créer une équipe dédiée à la clientèle SIPPE. Son défi : changer ses pratiques et accepter de revoir ses façons de faire en adoptant une vision CSSS. En septembre 2007, l'équipe dédiée SIPPE a été constituée. Depuis avril dernier, les intervenantes sont regroupées dans la même installation, soit au CLSC de Mercier-Est—Anjou. Cette centralisation de l'équipe a permis de favoriser les échanges, de développer le sentiment d'appartenance et de créer des modalités de soutien entre les intervenantes oeuvrant auprès d'une clientèle vulnérable. Leur regroupement a aussi éliminé l'isolement

qu'elles auraient pu vivre. Le changement s'est donc inscrit dans une perspective d'amélioration continue.

Cliniques jeunesse

Des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux sont à l'écoute des besoins particuliers des adolescents. Ils les soutiennent dans les moments difficiles, les aident à faire des choix, les informent et prodiguent enseignement et suivis selon les problèmes qu'ils présentent : sexualité, contraception, infections transmises sexuellement, drogues, obésité, acné, communication avec les parents et les amis, etc.

Jeunes	14-17 ans		18-24	
	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
État mal défini	956	2 287	1 822	6 775
Demande d'examen	677	960	1 418	2 327
Contraception et reproduction	701	1 510	914	1 968
Vaccination et immunisation préventive	1 002	1 108	557	783
Empoisonnement et lésion traumatique	266	706	499	1 645
Problèmes de vie familiale	217	709	168	821
Toutes autres raisons	---	2 950	---	6 748
Total	---	10 230	---	21 067

Services psychosociaux aux jeunes et à leurs familles

Les CLSC offrent des services psychosociaux et des services d'éducation spécialisée aux jeunes et à leurs parents. Des services d'aide à domicile peuvent aussi être dispensés pour de l'aide aux devoirs, des conseils d'éducation ou du répit, à l'occasion.

CLSC	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions individuelles
Petite enfance	612	4 287
Jeunesse	1 120	4 272

CLSC	Nombre de groupes	Nombre de rencontres	Nombre de participants
2006-07	16	124	834
2007-08	25	186	1 689

ENTENTE DE GESTION JEUNES EN DIFFICULTÉ (INCLUANT LES SERVICES EN MILIEU SCOLAIRE)		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions
Cible	3 490	6,50
résultat	3 178	6,9
Écart	-8,9 %	5,5 %
Le CLSC de Rivière-des-Prairies présente une baisse des résultats justifiée par la petite taille de l'équipe où il y aurait eu plusieurs intervenants malades et non remplacés depuis le début de l'année. De plus, les équipes de ce secteur ont suivies plusieurs formations relatives à la Loi de la protection de la jeunesse, au code d'éthique et au système de paie.		

Programme CAFE (CRISE-ADO-FAMILLE-ENFANCE)

En décembre 2007, l'Agence a mandaté le CSSS de la Pointe-de-l'Île afin qu'il soit le coordonnateur régional du programme CAFE. Ce programme est un service d'intervention immédiate et intensive offert aux jeunes de 5 à 17 ans et aux familles en crise, en dehors des heures régulières de service des CSSS.

La mise en œuvre du programme CAFE découle directement des orientations ministérielles du programme-service *Jeunes en difficulté* et des récentes modifications de la Loi de la protection de la jeunesse.

Au cours de l'année 2007-2008, des activités consacrées à la conception de l'équipe, composée de travailleurs sociaux et de psychoéducateurs, au démarrage du projet et à la formation ont eu lieu.



SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Les services de soutien à domicile visent à promouvoir la santé et le bien-être de la clientèle ayant une autonomie fonctionnelle limitée, ainsi que le milieu qui la soutient, en offrant des services en continuité et en complémentarité avec des partenaires du réseau et de la communauté. Prodigés par une équipe de professionnels, ces services consistent à soutenir la personne en perte d'autonomie temporaire ou permanente afin qu'elle puisse demeurer dans son milieu de vie, y retourner à la suite d'une hospitalisation ou y mourir si sa situation physique ou psychosociale le lui permet. Toute demande est évaluée par une équipe qui met en place le plan de services. Il peut s'agir de services médicaux, infirmiers, psychosociaux, de réadaptation ou d'aide à domicile.

Services	Nombre d'utilisateurs 2006-2007	Nombre d'interventions 2006-2007	Nombre d'utilisateurs 2007-2008	Nombre d'interventions 2007-2008
Soins infirmiers	6 445	61 217	6 333	65 554
Aide à domicile	2 032	127 505	2 149	133 839
Services psychosociaux	2 213	18 201	2 302	17 751
Ergothérapie	984	6 410	802	5 562
Physiothérapie	947	6 165	914	5 702
Nombre d'utilisateurs différents et total d'interventions	8 128	219 498	7 645	202 507

	Cible	Résultat	Écart
Nombre d'utilisateurs	4 600	4 835	5,1 %
Nombre moyen d'interventions	27 41	26,92	-1,8 %

Arthroplastie du genou et de la hanche

Le CSSS participe au continuum de services en arthroplastie de la hanche ou du genou. Ces services permettent de réduire les listes d'attente, d'augmenter le nombre de chirurgies et de diminuer la durée moyenne des hospitalisations et des séjours en centre de réadaptation. Cette clientèle reçoit ainsi à domicile des services de rééducation en fonction des protocoles standardisés qui ont été établis.

Nombre d'utilisateurs 2006-2007	Nombre d'utilisateurs 2007-2008
215	199

Mesures de désengorgement des salles d'urgence

Les mesures de désengorgement des urgences, un projet régional financé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, s'adressent majoritairement aux personnes âgées en perte d'autonomie. Elles visent à réduire l'engorgement des salles d'urgence et à libérer des lits de courte durée occupés par des personnes âgées n'ayant plus besoin de soins aigus. Les hôpitaux, par un lien direct avec le CSSS, ont créé un corridor de services qui permet de mettre en place la gamme de soins intensifs nécessaires au retour à domicile. Par rapport à l'an dernier, on remarque une augmentation de 9 % d'utilisateurs desservis.

Profil	Nombre d'utilisateurs 2006-2007	Nombre d'utilisateurs 2007-2008
Convalescence	225	233
Soins palliatifs	30	29
Hébergement	28	47
Total	283	309

Programme de prévention des chutes

En soutien à domicile, le CSSS a mis sur pied un programme de prévention des chutes à l'intention des personnes âgées de 50 ans et plus vivant dans la communauté afin de réduire le nombre de fractures potentielles. En suivant ce programme, les participants améliorent leur équilibre et la force de leurs jambes, ce qui contribue à maintenir leurs os en santé. Ils reçoivent aussi des conseils sur l'aménagement de leur domicile et sur les comportements à éviter.

Avec un objectif constant de prévention et de promotion de la santé, cet enseignement met également l'accent sur les moyens pour demeurer en forme. Cette année, neuf groupes ont été formés, rejoignant 98 personnes. Ces groupes ont été offerts en CLSC, en résidences privées de personnes âgées, en centre de jour et dans un organisme communautaire. Également, un comité de prévention des chutes a été mis sur pied en centre d'hébergement et un projet pilote a offert un suivi personnalisé de prévention des chutes aux résidents.

Nombre de groupes	Nombre de participants
Total	98

Soins palliatifs à domicile

Les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale, indépendamment de l'âge, ainsi que leurs proches peuvent bénéficier de services de soins palliatifs à domicile pour soulager la souffrance, améliorer la qualité de fin de vie et se préparer à la mort et au deuil.

Ces services peuvent varier en fonction de l'évolution de la maladie et des besoins de la personne, qu'ils soient physiques, psychologiques, sociaux ou d'assistance.

En collaboration avec l'Association d'entraide Ville-Marie, les intervenants des services en soins palliatifs accompagnent et soutiennent la personne et ses proches tout au cours de cette étape de fin de vie, par le biais des services suivants :

- services de santé;
- services sociaux;
- aide à domicile;
- nutrition;
- ergothérapie;
- physiothérapie.

ENTENTE DE GESTION SOINS PALLIATIFS		
	Nombre d'usagers	Moyenne d'interventions
Cible	395	8,25 %
Résultat	402	10,47 %
Écart	1,8 %	26,9 %

Groupes de soutien et groupes d'entraide pour les aidants naturels

Le CSSS offre des activités de groupe visant à soutenir les aidants qui exercent leur rôle de soignant auprès des proches en perte d'autonomie avec un handicap physique, un déficit cognitif ou une maladie dégénérative. S'étalant sur plusieurs semaines, le groupe aborde différents thèmes, tels la culpabilité, les besoins, les droits, la protection de la santé et le changement.

En 2007-2008, le CSSS a tenu six groupes de soutien et d'entraide pour les aidants naturels avec une moyenne de 8 participants par groupe. Parallèlement au groupe de soutien, le groupe d'entraide pour les aidants naturels offre une occasion aux participants du groupe de soutien de venir partager leur expérience avec un animateur sur une foule de sujets, tels : les abus faits aux aînés, la motivation, les besoins et les droits des personnes aidées et des aidants, la protection de la santé, le changement, et bien d'autres.

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

Un nouveau système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO SMAF) a été mis en place. Il permet de mieux cibler les profils des usagers qui reçoivent des services et, ainsi, d'ajuster le niveau des interventions requises en fonction de ce profil. Ce système offre un portrait plus juste de la clientèle suivie au Soutien à domicile.

Continuum de services

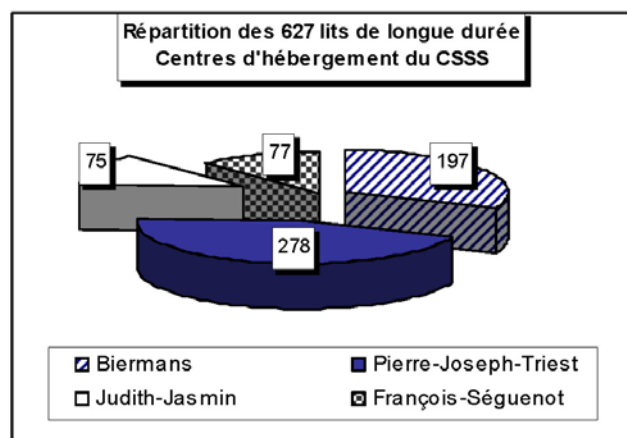
Le projet de collaboration avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le CSSS Lucille-Teasdale, mis en place l'an dernier, s'est poursuivi cette année. Ce projet vise le dépistage à l'urgence de personnes :

- à risque de perte d'autonomie, âgées de 75 ans et plus ;
- vulnérables, de tous âges, en perte d'autonomie liée à des maladies chroniques, dégénératives ou en fin de vie.

Une travailleuse sociale de notre CSSS et une infirmière du CSSS Lucille-Teasdale interviennent principalement à l'urgence auprès de ces clientèles avec un outil de dépistage reconnu (PRISMA-7) et les réfèrent, s'il y a lieu, au CSSS de leur lieu de résidence ou aux services existant dans la communauté. Ce projet nous a permis de dépister cette année 1 535 usagers résidant notre territoire.

HÉBERGEMENT

Les centres d'hébergement Biermans, François-Séguenot, Judith-Jasmin et Pierre-Joseph-Triest ont pour mission d'offrir un milieu de vie substitut, de même que des services d'hébergement et de soins adaptés à des personnes âgées ou à des adultes en perte d'autonomie. Les quatre centres d'hébergement du CSSS de la Pointe-de-l'Île hébergent 627 personnes.



Les services offerts sont les suivants :

- services médicaux;
- services de soins et d'assistance;
- services de réadaptation;
- services sociaux;
- services de loisirs;
- services de pastorale;
- services alimentaires.

Le Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest offre 2 programmes particuliers :

- Une unité spécifique de type 1 dotée d'une programmation adaptée aux personnes qui, en plus d'être en perte d'autonomie, présentent des troubles de comportement. Cette unité est pourvue d'un lit d'hébergement temporaire;
- Une unité prothétique regroupant une clientèle qui présente un diagnostic de type Alzheimer.

Tableau 26
NOMBRE D'HEURES/SOINS PAR CENTRE D'HÉBERGEMENT

Centre d'hébergement	Nombre de personnes hébergées	Nombre d'heures/soins par jour
Biermans	97	Entre 0,5 h et 1,49 h/jour
	100	Moins de 2,5 h/jour
François-Séguenot	77	Plus de 2,5 h/jour
Judith-Jasmin	75	Entre 1,5 h et 2,5 h/jour
Pierre-Joseph-Triest	102	Entre 1,5 h et 2,5 h/jour
	140	Plus de 2,5 h/jour
	35	Lits unité spécifique
	1	Hébergement temporaire

Tableau 27
TAUX D'OCCUPATION - JOURS PRÉSENCE

Centre d'hébergement	Taux d'occupation	Jours présence
Biermans	99,74	71 912
François-Séguenot	99,52	28 048
Judith-Jasmin	99,37	27 278
Pierre-Joseph-Triest	99,47	100 293
Total	99,53	227 531

ENTENTE DE GESTION

	Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence soins infirmiers et soins d'assistance	Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en services professionnels autres qu'infirmiers
Cible	2,68	0,20
Résultat	2,67	0,18
Écart	-0,01 %	-0,02 %

Approche Milieu de vie dans les centres d'hébergement du CSSS

En 2007-2008, plusieurs actions ont été entreprises pour consolider l'approche Milieu de vie en centre d'hébergement qui consiste à améliorer la qualité de vie des résidents hébergés. Ainsi, une révision de la composition du comité milieu de vie a été entreprise afin d'améliorer la mobilisation et l'harmonisation des travaux. Ce comité a tenu cinq réunions dans l'année avec ses 35 membres et voici ses principales réalisations qui ont eu lieu en cours d'année :

- Révision du cadre de référence Milieu de vie ;
- Identification des quatre partenaires responsables de l'implantation de l'approche Milieu de vie, soit : les résidents, les familles, les bénévoles et les employés;
- Identification des dix thèmes de l'approche Milieu de vie pour le plan d'action ;
- Depuis novembre 2007, implantation des causeries avec les résidents dans les quatre centres d'hébergement ;
- Implantation du Plan d'interventions interdisciplinaires et de l'intervenant-accompagnateur pour chacun des résidents des quatre centres d'hébergement.
- Production d'un court métrage promotionnel de 45 minutes sur le milieu de vie ;
- Implantation d'un outil d'information pour les équipes de travail jour-soir-nuit «Les nouvelles du chef de programmes à diffuser aux équipes».

LES DIX THÈMES DE L'APPROCHE MILIEU DE VIE

1. **Les causeries** : chaque mois, les résidents participent à la gestion et au développement de leur milieu de vie en échangeant avec le chef de programmes sur ce qui va bien et ce qui devrait être amélioré.
2. **Le savoir-être** : la qualité des relations est l'élément le plus important pour les résidents. Leur bien-être et leur sécurité dépendent beaucoup du respect et de la qualité de l'accompagnement offert par l'intervenant.
3. **Le cycle circadien** : le respect du cycle de sommeil et de repos de chaque personne sur une période de 24 heures, est un thème essentiel de l'approche Milieu de vie.
4. **L'alimentation** : se nourrir constitue une activité basée sur nos goûts et nos préférences, ainsi qu'une activité de partage et d'échange qui évite l'isolement social. L'organisation des repas doit être souple et adaptée afin de respecter les habitudes des résidents dans un environnement agréable.
5. **L'environnement** : le défi est d'aménager un environnement chaleureux et sécuritaire permettant d'accomplir les soins auprès des résidents. La chambre demeure l'espace privé et intime du résident. L'aspect des salles à manger, des salons, des salles de bain... doivent faire en sorte que le résident se sente chez lui.
6. **Le plan d'interventions interdisciplinaires** : un plan s'élabore avec le résident et un de ses proches à chaque année avec des intervenants de l'unité pour s'assurer que les services qu'il reçoit sont adaptés en regard de ses besoins. Ce plan peut être actualisé selon les besoins changeant du résident.
7. **La formation** : en plus d'être formés sur les techniques et les soins requis par les tâches, les employés doivent s'approprier la mission d'accompagnement où, à la base de leur travail, il y a la relation interpersonnelle empreinte d'humanisme avec le résident qui est prioritaire.
8. **Le partenariat avec les familles** : la famille, souvent, permet le continuum du milieu naturel au milieu de vie de l'hébergement. Elle doit s'approprier ses nouvelles responsabilités pour être un partenaire efficace.
9. **Les sous-comités Milieu de vie** : les résidents, les familles, les bénévoles et les employés se réunissent pour développer des projets visant à améliorer la qualité de vie des résidents.
10. **La communication** : l'information doit être pertinente, transparente, continue et vraie. La communication doit être constructive entre tous les partenaires et permettre que les résidents soient les premiers à avoir la parole.

De nouvelles pratiques en soins infirmiers

- De nouvelles méthodes de soins ont été déployées dans nos centres d'hébergement concernant l'irrigation des plaies avec canules mousses.
- Certaines politiques et procédures de soins ont été révisées, entre autres lors d'arrêt respiratoire ou d'urgence médicale, ainsi que lors des transferts des résidents, en moins de 24 heures, provenant des urgences d'hôpitaux.
- Pour tous les cas de plaies au retour d'une hospitalisation ou de plaies problématiques, la conseillère cadre aux activités cliniques est contactée afin qu'elle fasse les suivis nécessaires avec les hôpitaux concernés. Cette nouvelle organisation vise essentiellement à trouver des pistes communes d'amélioration continue de la qualité des soins dans le réseau de la santé et est vue positivement par nos partenaires.

Pharmacie

En 2007-2008, le CSSS de la Pointe-de-l'Île a eu le plaisir d'embaucher une pharmacienne-chef. Il y a maintenant trois pharmaciens travaillant dans nos centres d'hébergement.

Afin de contrer la pénurie de main-d'œuvre en pharmacie et en soins infirmiers, le CSSS de la Pointe-de-l'Île, comme tous les CSSS du Québec, doit mettre en place un projet de Systèmes automatisés et robotisés de distribution de médicaments (SARDM). Ce projet consiste, entre autres, à l'automatisation et la robotisation de la distribution des médicaments en centre d'hébergement.

Dans le but de financer la première phase de ce projet qui prévoit l'acquisition d'équipements et du système d'information pour la pharmacie, un financement de 143 775 \$ a été accordé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Participation au désengorgement des urgences du territoire

Depuis février 2008, afin de participer au désengorgement des urgences d'hôpitaux, les quatre centres d'hébergement du CSSS ont débuté un programme d'admission de personnes en 48 heures, sept jours sur sept, accessible dès le départ ou le décès de l'un de ses résidents.

Un comité a été créé pour travailler à la diminution des transferts de un jour et moins à l'urgence. Ce comité s'est rencontré à six occasions durant l'année et grâce à ses travaux une diminution de 19 % des transferts à l'urgence dans la deuxième moitié de l'année a été observée.

Démarche KAISEN aux services alimentaires

Avec la participation d'un consultant, les chefs des services alimentaires des quatre centres d'hébergement et le coordonnateur du milieu de vie ont appliqué la philosophie KAISEN afin de planifier des économies de 100 000 \$. La démarche visait à revoir les processus de production afin d'éliminer les pertes, dont la rentabilité des services de traiteurs. L'actualisation d'un plan d'action est en cours.

Consolidation des services et des soins au Centre d'hébergement Judith-Jasmin

Les soins et les services dispensés au Centre d'hébergement Judith-Jasmin ont été consolidés grâce à l'ajout de 16 postes dans les équipes de soins et d'assistance. L'ensemble des tâches et des plans d'intervention ont été révisés. La salle à manger a été climatisée pour contrer les chaleurs accablantes et les heures de services ont été ajustées afin de mieux répondre aux habitudes de la clientèle. Un plan de rénovations a été élaboré pour la réfection complète des salles de bain et pour rehausser les capacités électriques du centre.

Réalisation du plan d'action suite à la visite ministérielle du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest

Les équipes du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest ont poursuivi leurs travaux dans le cadre du plan d'action à la suite de la visite ministérielle. Deux rapports ont été déposés à l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal pendant l'année.

CENTRES DE JOUR

Les programmes en centre de jour offrent des activités individuelles et de groupe de nature préventive et thérapeutique. Ces programmes s'inscrivent parmi la gamme de services disponibles aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement vivant à domicile sur notre territoire. Les proches aidants bénéficient également de ces services, notamment du répit.

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île offre des services en centre de jour dans trois installations, soit au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest, et aux CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et de Rivière-des-Prairies.

En 2007-2008, ces trois centres de jour ont desservi 512 personnes et, tous les jours, une moyenne de 81 personnes les fréquentait. Au 31 mars 2008, 73 % des usagers avaient 75 ans et plus et 47 % avaient plus de 80 ans. L'augmentation de l'utilisation du transport adapté de la STM permet à plus d'usagers de fréquenter le centre de jour. Enfin, une étude a démontré l'importance de maintenir ouverts les trois centres de jour pour en faciliter l'accès aux usagers âgés en perte d'autonomie.

SERVICES OFFERTS EN CENTRE DE JOUR

- soins infirmiers;
- services sociaux;
- services de réadaptation;
- services d'accueil et de soutien.

	Pierre-Joseph-Triest		CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est		CLSC de Rivière-des-Prairies	
	2006-07	2007-08	2006-07	2007-08	2006-07	2007-08
Nouvelles admissions	64	69	50	45	35	37
Usagers desservis	199	203	159	156	150	153
Usagers inscrits au 31 mars	134	132	111	92	113	119
Nombre de jours/présence	6 098	6 001	5 138	4 238	5 348	5 578
Nombres de jours d'activités par année	250	247	246	245	163	171

Le Centre de jour de Rivière-des-Prairies

Le Centre de jour de Rivière-des-Prairies étant maintenant ouvert 4 jours par semaine, des services ont été offerts 18 jours de plus cette année. Le Centre d'action bénévole de Rivière-des-Prairies, par le biais de la popote roulante attachée au centre de jour, a préparé et livré 4 180 repas à 36 usagers, soit 95 repas par semaine.

Le Centre de jour du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est

Une porte ouverte et une foire communautaire pour les aînés ont eu lieu à l'automne 2007. Plus de 100 personnes ont visité les lieux, dont des usagers, des ressources communautaires et des intervenants. La popote roulante de François-Séguenot a livré 1 414 repas cette année auprès de 34 personnes différentes.

Le Centre de jour Pierre-Joseph-Triest

Depuis plus de 10 ans, le Centre de jour Pierre-Joseph-Triest publiait un journal 11 fois par année à tous ses usagers. Depuis février 2008, ce journal porte désormais le nom de *Entre nous* et s'adresse à tous les usagers des trois centres de jour ainsi qu'à leur famille. Des collaborateurs, proches aidants, usagers et intervenants en provenance des trois centres de jours y participent activement.

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Le CSSS dispose d'une ressource de convalescence de 15 lits de soins posthospitaliers en partenariat avec le Manoir Claudette Barré et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge rapide des personnes hospitalisées ou inscrites à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui ne requièrent plus de soins aigus dispensés dans un centre hospitalier et dont le retour à domicile est temporairement compromis. Le Manoir assure l'hébergement, les services de soutien et d'assistance. Le CSSS offre à cette clientèle tous les services professionnels (réadaptation, physiothérapie, soins infirmiers, nutrition, services psychosociaux, etc.).

USAGERS	SEXE		ÂGE		SUIVI DU CSSS			PROVENANCE			
					CONNU		NON CONNU	Urgence	Étage	Domicile	Autre hôpital
	CSSS	Autre CSSS	H	F	75 ans et +	- de 75 ans					
215	50	165	151	64	72	44	99	54	161	3	1

À l'automne, le CSSS a obtenu l'autorisation d'ouvrir une ressource intermédiaire de 29 lits pour une clientèle présentant des déficits cognitifs. Depuis, l'élaboration de plans avec le promoteur et des rencontres de suivi ont lieu chaque mois. L'ouverture de cette nouvelle ressource est prévue pour septembre 2008 et sera située dans Mercier-Est. D'ici 2010, 143 places en ressource intermédiaire devraient être développées sur notre territoire. En mars 2008, trois nouveaux projets ont été déposés, dont un pourrait se concrétiser à l'été 2008.

Les services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale



Le CSSS offre à sa clientèle des services d'évaluation et de suivi thérapeutique individuel ou de groupe, de durée variable. Ces suivis sont proposés aux personnes en difficulté, aux personnes ayant des problèmes psychiatriques ou à celles présentant des problèmes transitoires, sévères et persistants dans plusieurs sphères de la vie.

CLSC	Total d'usagers	Nombre d'interventions
Total	676	5 403

	Nombre de groupes	Nombre de rencontres	Total de participants
Total	6	60	421

ENTENTE DE GESTION SANTÉ MENTALE			
Usagers	Cible	Résultat	Écart
Nombre d'usagers	652	567	-13 %
Nombre moyen d'adultes ayant reçu des services de soutien d'intensité variable	25	0	---

L'indicateur de l'entente de gestion tient compte des personnes présentant un trouble de santé mentale accompagné d'un diagnostic de santé mentale, et ce, peu importe le secteur d'activités. Par contre, les données compilées par le CSSS ne tiennent compte que des interventions réalisées dans le programme de santé mentale. Par ailleurs, les services de soutien d'intensité variable ne sont pas encore offerts au CSSS. Ils le seront en 2008-2009 avec la mise en place des équipes de santé mentale de première ligne.

Réorganisation de l'accès aux soins et services de santé mentale dans l'est de Montréal

Cette année, dans le cadre du plan d'action ministériel en santé mentale, le CSSS de la Pointe-de-l'Île s'est consacré à la mise en place des équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes et les adultes. Ces équipes ont pour mandat d'offrir aux usagers des services en santé mentale de 1^{re} ligne sur chacun des territoires de CSSS, en laissant ceux de la 2^e et la 3^e ligne aux hôpitaux partenaires.

Des travaux permettant le transfert de personnel, de budgets et de clientèles en provenance des hôpitaux vers les CSSS sont en cours et devraient se terminer au cours de l'année 2008-2009.

PARTENAIRES DU PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN SANTÉ MENTALE

LES CSSS DE L'EST DE MONTRÉAL :

- d'Ahuntsic et Montréal-Nord
- de la Pointe-de-l'Île
- de Saint-Léonard et Saint-Michel
- Lucille-Teasdale

LES HÔPITAUX :

- Louis-H.-Lafontaine
- Maisonneuve-Rosemont
- Rivière-des-Prairies

Également, la planification de la mise en place des guichets d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne a aussi eu lieu en cours d'année. Les guichets d'accès ont pour objectif d'évaluer les besoins de toute personne aux prises avec un problème de santé mentale se présentant dans un CLSC. Les intervenants des guichets d'accès auront pour tâches principales l'évaluation des services requis par les personnes, leur orientation rapide vers les ressources du CLSC ou de la communauté et la liaison avec les partenaires impliqués.

Des rencontres ont débuté avec les équipes d'intervenants des hôpitaux partenaires afin de favoriser le partage des connaissances, de l'expertise, des approches privilégiées et des outils d'évaluation.

Les services aux personnes

présentant des déficiences



Les CLSC ont le mandat d'évaluer et de répondre aux besoins d'une clientèle handicapée, enfant ou adulte, qui vit à domicile avec une déficience intellectuelle, physique, un trouble envahissant du développement (TED), incluant l'autisme. Des services de soins infirmiers, d'ergothérapie, de physiothérapie et des services psychosociaux et de psychoéducation sont offerts à ces personnes.

Programme	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Nombre moyen d'interventions
Déficience Physique	1 298	58 330	44,9
Déficience intellectuelle	574	3 709	6,5
Troubles envahissants du développement	199	990	5,0

En plus des personnes handicapées, les autres membres de la famille reçoivent des services s'ils présentent des problématiques familiales ou s'ils ont besoin de soutien en tant qu'aïdants. Ces services ne peuvent s'offrir sans l'aide de partenaires d'organismes institutionnels ou communautaires comme le Centre de réadaptation Gabrielle-Major, avec lequel les CLSC ont signé une entente de collaboration, les hôpitaux Rivière-des-Prairies et Louis-H.-Lafontaine, les centres jeunesse, la DPJ, les centres de la petite enfance, les écoles, et d'autres encore... Enfin, les familles peuvent aussi bénéficier du programme de soutien à la famille qui permet de financer des services de répit et de gardiennage. En 2007-2008, 596 familles ont reçu une subvention.

	Cible	Résultat	Écart
Nombre de personnes recevant des services (DI-TED)	100	83	-17 %
Nombre moyen d'interventions par usager (DI-TED)	12,35	10,20	-17,4 %
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services	1 350	1 111	-17,7 %
Nombre moyen d'interventions par usager ayant une déficience physique	42,65	51,87	21,6 %

Les clientèles de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement (TED) ne sont pas toutes suivies aux services de soutien à domicile. Une grande partie est suivie et codée dans nos statistiques jeunesse, adultes, déficience intellectuelle et TED. Pour avoir une vision complète de ce qui est offert aux personnes présentant des déficiences, il est préférable de consulter les données du tableau des déficiences multiples ci-dessus. À la lumière de ces données, le CSSS rencontre quasiment les cibles fixées par l'Agence.

ENTENTE DE GESTION PROGRAMME DE SOUTIEN À LA FAMILLE USAGERS RECEVANT DE L'ALLOCATION DIRECTE			
	Cible	Résultat	Écart
Nombre d'usagers (DI-TED) recevant des services	443	434	-2 %
Nombre d'usagers ayant une déficience physique recevant des services	190	162	-14,7 %
Au cours des deux dernières années, le CSSS a harmonisé les critères d'allocation au Soutien à la famille afin d'assurer une équité dans le partage des fonds disponibles pour les familles de tout le territoire de la Pointe-de-l'Île.			

Cette année, l'équipe dédiée aux déficiences s'est particulièrement penchée sur :

- L'offre de services à l'École Irénée-Lussier Annexe École le Caron, école spécialisée à vocation régionale en déficience intellectuelle : en collaboration avec la Commission Scolaire de Montréal, et à la suite d'une analyse de besoins des élèves transférés dans cette annexe, une demande de subvention récurrente à l'Agence de santé et des services sociaux a permis d'offrir des services en soins infirmiers et des services sociaux.
- Projet éducateur : mise en œuvre du projet de collaboration avec le Centre de réadaptation Gabrielle-Major. Ce projet a permis l'appropriation de nos rôles respectifs et conjoints dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Concrètement, le prêt de services d'un éducateur, a permis de :

- offrir le soutien spécialisé au partenaire dans la mise en place des services spécifiques requis par la clientèle DI-TED et dans les références aux services de 2^e ligne;
- offrir le soutien requis par la personne en transition vers les services spécifiques du CSSS.
- faciliter la transition de la prise en charge vers la première ligne pour ce qui touche les services spécifiques.
- lors de besoins de services spécialisés pour les personnes visées par le projet, évaluer la situation et, lorsque requis, intervenir ponctuellement et s'assurer que la personne obtient le service.

Les services aux personnes anglophones

de l'est de Montréal



Le CLSC de Mercier-Est—Anjou a le mandat sous-régional d'assurer le suivi psychosocial de la clientèle anglophone référée par les huit autres CLSC de l'Est. Les CLSC d'où la provenance des usagers est la plus importante sont Rivière-des-Prairies et Saint-Léonard.

Rappelons que les données du tableau concernent les neuf CLSC desservis par les intervenants du CLSC de Mercier-Est—Anjou, dispensant les services psychosociaux à la clientèle anglophone de l'est de Montréal.

	Nombre d'usagers	Total d'interventions
Famille 0-17 ans	151	544
Scolaire	245	1 928
Déficiance 0-17 ans	153	481
Déficiance 18 ans et+	69	391
Adulte 18 ans et +	56	345
Soutien à domicile	64	554
Total	654	4 243

Nombre de groupes différents rencontrés	Nombre de participants
14	96



LES SERVICES EN MILIEU SCOLAIRE

Les équipes multidisciplinaires en milieu scolaire sont présentes dans les écoles du territoire. Elles réalisent des consultations auprès du personnel en milieu scolaire et participent aussi à des projets spéciaux choisis avec les directions d'école. Ces équipes offrent également des services de suivi individuel aux jeunes et à leur famille.

Cette année, nous avons porté une attention particulière aux enfants de 4 ans qui vont commencer l'école en septembre prochain. Un projet spécial visant à mieux préparer l'enfant à son entrée à l'école a été amorcé dans certaines écoles. Ce projet s'étendra davantage dans les autres écoles l'an prochain.

Services infirmiers en milieu scolaire

L'objectif du travail de l'infirmière scolaire est d'amener l'élève à se préoccuper de son état de santé et à développer un sens critique face à ses habitudes de vie. L'infirmière :

- dépiste les troubles auditifs et visuels;
- informe les élèves sur les maladies contagieuses et les allergies graves;
- vaccine les élèves de la 4^e année du primaire contre l'hépatite B;
- vérifie le carnet de vaccination;
- fait de la consultation individuelle et/ou réfère les élèves aux ressources appropriées.

Dans les écoles secondaires, des infirmières du CLSC offrent des services de consultation aux adolescents de type clinique jeunesse, soit de l'information, de l'éducation à la sexualité ainsi que de l'évaluation sur la contraception régulière et d'urgence.

CLSC	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
2006-07	5 426	7 337
2007-08	4 335	6 290

	Nombre de rencontres groupe	Nombre de participants
2006-07	206	5 550
2007-08	242	6 221

Hygiène dentaire en milieu scolaire

L'équipe d'hygiénistes en santé dentaire applique le programme de santé publique dans toutes les écoles primaires afin de réduire de 50 % les problèmes de carie chez les enfants de 6 à 12 ans. Lors du dépistage dentaire chez les élèves de maternelle et de 3^e année, les hygiénistes identifient les enfants vulnérables à la carie, déterminent les besoins de référence et observent le taux de consultation chez le dentiste. À ce titre, l'équipe a rejoint 2 704 jeunes de maternelle et de 3^e année.

De plus, 1 171 jeunes ont fait l'objet d'un suivi relié aux problèmes rencontrés, pour un total de 2 020 interventions. Enfin, 174 activités de groupes ont permis de diffuser à 3 507 jeunes une information de qualité sur la prévention en santé dentaire.

Services psychosociaux en milieu scolaire

Le CSSS offre des services psychosociaux aux jeunes des écoles du territoire ainsi qu'à leur famille. Impliqué dans les maisons de jeunes, aux tables de concertation locales et dans les projets d'écoles, le CSSS a pour objectif de développer des services adaptés aux différents milieux et de travailler en priorité avec les familles à risque élevé de détérioration psychosociale.

CLSC	Nombre d'usagers	Interventions individuelles
Total	728	2 702

Il offre des activités d'éducation, de prévention, de consultation et de suivi individuel, familial et de groupe.

En outre, le CSSS a organisé 69 rencontres avec un contenu éducatif auxquelles ont participé 1 555 élèves. Le CSSS a aussi réalisé 117 interventions auprès de 30 élèves du Cégep Marie-Victorin.

CLSC	Nombre de groupes différents rencontrés	Nombre de rencontres	Nombre de participants
Total	25	186	1 689

Enfin, l'équipe Jeunesse scolaire des trois CLSC a harmonisé ses pratiques. Un document de référence a été produit et servira de base pour les services offerts aux familles, aux écoles et dans la communauté.

SERVICES OFFERTS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE

L'équipe Petite enfance offre un soutien aux centres de la petite enfance (CPE) signataires du protocole d'entente CLSC-CPE. Pour l'année 2007-2008, 23 protocoles d'entente ont été signés parmi les 25 partenaires CPE du territoire. L'entente consiste à réserver des places pour les enfants de 0 à 5 ans, dont la famille est suivie par un intervenant du CSSS. En échange, le CSSS facilite l'accès à ses services aux directions de CPE ainsi qu'à leur personnel.

ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Le CSSS est un partenaire solidaire des forces du milieu auxquelles il s'associe en travaillant en collaboration avec des groupes, des organismes et des institutions, afin d'améliorer la santé des personnes et les conditions de vie de la communauté.

Pour répondre aux besoins collectifs de la population, l'équipe d'organisation communautaire contribue à des projets sur des problématiques particulièrement présentes sur le territoire.

L'organisation communautaire est une forme de soutien organisationnel et professionnel offert au service des communautés. Ce soutien prend racine dans des valeurs visant à encourager le développement d'un milieu, afin de favoriser sa prise en charge individuelle et collective. L'équipe d'organisation communautaire construit des partenariats dans l'action, par la concertation des milieux et la mobilisation des forces autour d'objectifs et de projets communs. Ses habiletés professionnelles sont un support important pour l'actualisation de la mission du CSSS, de ses projets cliniques et de son plan d'action en développement durable.

Concrètement, en 2007-2008, l'équipe d'organisation communautaire s'est consacrée aux dossiers suivants :

- La réalisation d'un dépliant d'information à l'intention des partenaires sur l'organisation communautaire, ses mandats et ses actions intitulé *Une communauté de pratique qui fait histoire...*;
- La visite du territoire de la Pointe-de-l'Île sous le thème des enjeux environnementaux, avec des partenaires de la Direction de santé publique ainsi que des représentants des quartiers et des arrondissements de Montréal ainsi que de la Ville de Montréal-Est;
- Le soutien à la mise en place de la Table de concertation «Environnement et Aménagement» de la Pointe-de-l'Île et membre du comité restreint chargé, par le comité ZIP, de la mise en place de cette concertation.
- À Pointe-aux-Trembles, du soutien au développement de milieux de vie pour les personnes en perte d'autonomie a été donné à la Corporation Mainbourg. Également, de l'aide a été fournie à la maison des jeunes «Jeunes en mouvement», située au HLM Séguin, pour la mise sur pied du projet «Familles en action», visant l'amélioration de la qualité de vie des résidents du HLM Séguin. Enfin, au Carrefour les Pitchou, les interventions ont été consacrées à un programme d'aide au logement nommé «Passerelle» pour les jeunes familles avec enfants de moins de 2 ans.
- À Anjou, de l'aide a été apportée à la préparation du premier Forum de développement social. Du support au comité d'intervention HLM pour personnes âgées a aussi été offert ainsi que la mise à jour d'un bottin de ressources alimentaires pour les aînés.
- À Rivière-des-Prairies, du soutien a été apporté au plan d'action local en sécurité alimentaire ainsi qu'à l'implantation d'une maison de la famille.
- À Mercier-Est, des efforts ont été fournis à la démarche de revitalisation urbaine intégrée (RUI) dans la partie sud du quartier (2006-2016), dont l'objectif est de dynamiser le secteur tant sur le plan urbain que social, par la planification et la réalisation de projets structurants et durables. Également, des interventions ont été réalisées dans le projet d'intervention de milieu en HLM « La toile d'araignée » pour les Habitations Thomas-Chapais et Dupéré.

CLSC	Nombre d'usagers communautaires	Nombre d'interventions
Total	55	737

SANTÉ AU TRAVAIL

Le programme de santé au travail du CSSS soutient les employeurs et les travailleurs pour qu'ils puissent assumer leurs obligations en matière de prévention des lésions professionnelles, de concert avec ses partenaires, et conformément aux mandats légaux que lui confient la Loi sur la santé et la sécurité du travail et la Loi sur la santé publique.

Les services offerts par l'équipe de santé au travail du CSSS permettent principalement de caractériser les risques, d'informer sur les effets à la santé et sur les mesures de contrôle disponibles, de mettre en place les activités de surveillance médicales et environnementales pertinentes et d'assurer le maintien d'un service adéquat de premiers secours et de premiers soins.

Cette année, notre équipe est intervenue auprès de 208 entreprises et a rejoint 10 475 travailleurs au travers des différentes activités prévues au programme, notamment la surveillance environnementale et médicale, les séances d'information sur les risques, l'organisation des premiers secours et des premiers soins et la rédaction des programmes de santé ou les mises à jour prévues.

Par ailleurs, cette année a été marquée par une réorganisation régionale au sein de la santé au travail à Montréal. Notamment, la fermeture d'un des cinq points de services, soit celui du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, ce qui a entraîné une redistribution des ressources et des établissements ainsi qu'une reconfiguration des territoires.

Également, le Programme pour une maternité sans danger, mieux connu sous l'appellation de Retrait préventif de la travailleuse enceinte, a été centralisé au CSSS Jeanne-Mance. Ce CSSS a pris graduellement en charge les demandes en cours d'année. La centralisation complète devrait être réalisée en juin 2008. L'équipe de santé au travail du CSSS a tout de même étudié 1 099 demandes pour ce programme.

Une démarche pour prioriser les travailleurs les plus à risques a été élaborée, ce qui permet d'expliquer la diminution du nombre de travailleurs rejoints cette année.

Des ententes de gestion ont été signées avec la CSST sur les priorités retenues par cet organisme. Dans le volet des priorités nationales, concernant l'amiante en secteur industriel, nous vérifions dans les établissements ciblés s'il y a présence d'amiante et si son utilisation est faite de façon sécuritaire. Nous offrons aussi des activités d'évaluation environnementale et d'information. Quant au béryllium, en plus des activités déjà citées, nous vérifions dans les établissements ciblés s'il y a des risques biologiques en lien avec l'hépatite A et B. Des travailleurs de nos arrondissements ayant été ciblés, des sessions d'information axées sur les moyens de prévention ainsi que de la vaccination ont eu lieu.

La démarche «Hors-Normes», enclenchée en 2006, s'est poursuivie avec des résultats très concluants. Cette démarche consiste à visiter les milieux de travail et à signaler toute situation à risque en fonction des normes reconnues conformément à la Loi sur la santé et la sécurité du travail (article 123) et à la Loi sur la santé publique (article 93). Cette manière de faire contribue de façon importante à la prévention des maladies professionnelles. Nous avisons d'abord l'employeur de cette situation, puis la CSST et le directeur de santé publique.

Trois situations peuvent alors se présenter:

- La norme est respectée et aucun risque ne nécessite de mesures de contrôle. Dans ce cas, la vigilance est de mise pour maintenir cette situation.
- La norme est respectée mais un risque à la santé des travailleurs est identifié. Cette fois, des actions doivent être mises en place pour éliminer le risque à la santé. L'équipe de santé au travail peut soutenir l'entreprise dans l'application des mesures correctives.
- La norme est dépassée : l'équipe de santé au travail procède à un signalement à la CSST et l'entreprise doit prendre des actions pour corriger la situation.

Depuis la mise en vigueur de cette démarche, nous avons remarqué des changements très positifs dans les milieux de travail que nous desservons, dont voici quelques exemples :

- l'ajout de tables aspirantes, d'unités d'aspiration filtrantes portatives et d'un nouveau système d'aspiration à différents postes de travail dans une entreprise où les travailleurs étaient exposés aux poussières métalliques, de bois et aux fumées de soudage;
- la substitution de produits dangereux;
- la mise en place d'un programme de protection respiratoire avec masques adaptés aux contaminants présents dans plusieurs entreprises.

Toutes ces mesures contribuent à l'assainissement des milieux de travail et, par conséquent, à la diminution de l'exposition des travailleurs aux différents facteurs de risque. Une partie de la mission de l'équipe de santé au travail est ainsi réalisée.

Enfin, l'arrivée de deux nouveaux médecins à temps complet dans l'équipe de santé au travail porte à 3,4 le nombre de médecins équivalent à temps complet.

Les services de soutien



Accueil de la clientèle

Dans chacune des installations du CSSS, l'accueil de la clientèle est important. Que la demande arrive par téléphone ou que les gens se présentent directement à nos locaux, l'information reçue est claire et les gens sont dirigés vers la bonne personne et le bon service. Les services d'accueil sont arrimés aux autres programmes afin de maintenir un niveau élevé de qualité dans la réponse à la clientèle. Les services d'accueil en CLSC incluent l'authentification de la carte d'assurance maladie.

Archives

Le service des archives a pour mandat de conserver les dossiers de la clientèle, de les rendre disponibles aux intervenants concernés et surtout d'en assurer la confidentialité. Le personnel des archives est responsable également de la validité des données clinico-administratives, une responsabilité qu'il exerce en collaboration avec les cadres des installations.

Les mesures d'urgence



Lors de sinistres survenant à l'extérieur de ses installations, le CSSS de la Pointe-de-l'Île intervient avec la sécurité civile pour protéger la santé de la population de tout le territoire. Lors de ces événements, le conseiller cadre aux mesures d'urgence de l'établissement se joint au comité de coordination qui prend en charge l'événement pour répondre aux besoins reliés à la santé.

Plans de mesures d'urgence externes

Quelques événements externes ont retenu l'attention du CSSS et exigé des interventions de sa part. L'incendie du Canadian Tire en juillet et la baisse d'approvisionnement en eau potable à Rivière-des-Prairies en septembre ont nécessité la mise en place de plans d'action en concertation avec la santé publique et la sécurité civile. Dans le cas du bris de la conduite d'eau à Rivière-des-Prairies, le CSSS s'est assuré que les personnes à mobilité réduite dans ce secteur soient approvisionnées en eau potable.

Plans locaux de mesures d'urgence

En respect avec la mission dont le CSSS de la Pointe-de-l'Île s'est dotée soit la sécurité de la population, des résidents, de leurs familles, des usagers et de ses employés, nous avons bonifié les plans de mesures d'urgence existants, adapté à la réalité de chacune des installations et harmonisé en fonction de leur mission.

Toutes les installations du CSSS sont munies d'un plan de mesures d'urgence constamment à jour. L'ensemble des employés a reçu la formation en lien avec ces plans de mesures d'urgence. Des simulations ont été tenues sur certaines installations.

Enfin, tous les volets de notre plan d'action en cas de pandémie ont été révisés. Le choix de nos installations non-traditionnelles en soins ambulatoires a été accepté par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.



Enseignement

Provenant du milieu universitaire, collégial ou secondaire, des étudiants poursuivent leurs études dans l'une ou l'autre des nombreuses sphères de la santé et des services sociaux. Si ce tableau illustre l'étendue des domaines d'apprentissage et la richesse de notre partenariat avec les maisons d'enseignement, il nous permet également de mesurer l'implication du personnel du CSSS dans l'accompagnement de ces étudiants en stage.

Tableau 40 STAGES ET ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION	Nombre de stages
Cégep Marie-Victorin	9
Cégep de Sorel-Tracy	1
Cégep du Vieux-Montréal	1
Centre de formation professionnelle des Patriotes	3
Centre Daniel-Johnson	1
Collège Ahuntsic	2
Collège CDI-Delta	18
Collège de Maisonneuve	14
École des métiers des Faubourgs	267
ÉMICA	4
Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec	1
Institut régional du travail social, Lille, France	1
Université de Montréal	18
Université de Sherbrooke	2
Université du Québec à Montréal	4
Université McGill	2
Total	348

Tableau 41 STAGES ET DISCIPLINES DE FORMATION	Nombre de stages	Nombre de jours de stage
Assistance aux bénéficiaires en établissement	62 *	676
Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile	20	284
Assistance technique en pharmacie	4	57
Environnement, hygiène et sécurité au travail	1	15
Ergothérapie	1	30
Gestion de service alimentaire et restauration	1	30
Santé, assistance et soins infirmiers	201 *	2 299
Sciences infirmières	17	530
Secrétariat	5	75
Service social	9	821
Soins infirmiers	10	45
Techniques d'archives médicales	2	10
Techniques d'éducation spécialisée	2	60
Techniques d'hygiène dentaire	5	35
Techniques de réadaptation physique	7	177
Techniques de travail social	1	90
Total	348	5 234
Nombre d'étudiants : 328		

* Stages de groupe, chacun généralement formé de six étudiants.

Recherche

Notre contribution au développement de la recherche en première ligne s'est maintenue durant la dernière année. Comme l'indique le tableau suivant, nous avons collaboré avec des chercheurs et des étudiants à des projets portant sur différentes problématiques sociales et de santé. Notre participation à certaines recherches dure plus d'une année. Dans ces cas, l'énoncé des projets est repris d'une année à l'autre, jusqu'à la fin de notre collaboration.

Tableau 42 - INVENTAIRE DES RECHERCHES EN COURS ENTRE LE 1 ^{ER} AVRIL 2007 ET LE 31 MARS 2008		
CHERCHEUR	TITRE	OBJECTIFS
Louise Fournier, Institut national de santé publique du Québec Raynald Pineault Denise Aubé	Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : accompagnement et suivi (Projet Dialogue).	- Suivre la transformation des services de première ligne en lien avec le plan d'action en santé mentale.
Geneviève Baril-Gingras, professeure, Relations industrielles, Université Laval; Marie Bellemare.	Conditions et processus de changement lors d'interventions externes en SST : élaboration d'outils pour les praticiens.	- Élaborer des outils pour les praticiens en SST ; - Les soutenir dans l'analyse de leur propre intervention et dans la recherche de moyens pour favoriser les changements visant la SST.
Jean Beauchemin, étudiant au doctorat en santé publique, Université de Montréal et agent de planification, programmation et recherche à la Direction de santé publique de Montréal	Les dynamiques de renouvellement des pratiques professionnelles en prévention et en promotion de la santé dans les systèmes locaux de santé : le cas des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).	Décrire et comprendre les processus de renouvellement des pratiques professionnelles en prévention et promotion de la santé, en prenant pour cas-type les SIPPE.
Jacqueline Rousseau, Institut universitaire de gériatrie de Montréal Daniel Bourbonnais Jacques Gresset Bernadette Ska	Prétest de la version cognitive de l'évaluation à domicile de l'interaction personne-environnement (ÉDIPE).	- Développer une batterie d'évaluation de la relation personne-environnement pour cibler les enjeux du maintien à domicile des personnes ayant des incapacités permanentes; - Poursuivre le processus de validation d'un instrument d'évaluation de la relation personne-environnement dans le contexte du domicile.
Jacqueline Rousseau, Institut universitaire de gériatrie de Montréal Francine Ducharme Jean Meunier Jocelyne St-Arnaud	Perception de l'environnement humain eu égard à l'introduction de la télésurveillance intelligente pour le soutien à domicile des personnes âgées.	Recueillir la perception des usagers et des acteurs du système de santé (professionnels, gestionnaires) concernant l'introduction d'une technologie à domicile de télésurveillance <i>intelligente</i> .

CHERCHEUR	TITRE	OBJECTIFS
Lyse Montminy, professeure, École de service social, Université de Montréal et directrice du CRI-VIFF	La violence en contexte conjugal chez les personnes âgées : une réalité particulière.	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter la violence conjugale vécue par les femmes de 60 ans et plus ; - Identifier leurs besoins ; - Proposer des pistes d'intervention pour leur venir en aide.
Jo-Anne Wemmers, École de criminologie, Université de Montréal	L'impact de l'intervention judiciaire sur le bien-être psychologique des victimes d'acte criminel.	<p>Mieux comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les expériences des victimes dans le système pénal ; - l'impact des expériences des victimes sur leur processus de guérison ; - les jugements d'équité portés par les victimes et les facteurs qui les influencent ; - la relation entre le sentiment d'équité et la guérison de la victime ; - la relation entre les jugements d'équité portés par les victimes et leur attitude envers le système pénal et les autorités qui travaillent au sein du système.
Sylvie Miaux et coll., équipe environnement urbain et santé - Direction de santé publique de Montréal	La méthode des itinéraires : outil d'analyse des déplacements et révélateurs des indicateurs d'inégalités sociale de santé.	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser les potentialités de l'espace favorisant le déplacement à pied, et ce, à partir d'une réflexion autour de la morphologie urbaine ; - Identifier les conséquences de cette dernière sur le développement d'inégalités sociales.
Sandra Moretti, étudiante de maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal	Le programme Hors-Normes en santé au travail : représentations d'infirmières du secteur public.	Explorer et décrire les représentations du PHN d'infirmières oeuvrant en santé au travail dans le secteur public.
Andrée Fortin, Département de psychologie, Université de Montréal Dominique Damant Geneviève Lessard Chantal Lavergne	L'impact de la violence conjugale pour l'enfant : analyse des effets médiateurs.	Mieux comprendre ce qui influence les réactions et les comportements des enfants exposés à la violence conjugale, afin de les aider davantage à affronter leurs difficultés.



COMITÉS DE RÉSIDENTS ET COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers s'est réuni huit fois et a tenu une assemblée générale extraordinaire afin d'apporter des changements au Règlement relatif à la régie interne du CSSS de la Pointe-de-l'Île concernant le comité des usagers et les comités de résidents.

Ces changements ont été adoptés par le conseil d'administration du CSSS, le 20 novembre 2007, à la suite de leur adoption par les usagers lors d'une assemblée générale extraordinaire tenue le 30 octobre 2007.

Voici les changements adoptés :

- **Modification de l'article 2.4 sur la durée du mandat :** Afin d'établir une concordance entre la durée du mandat des membres du comité des usagers et des comités de résidents avec celle du conseil d'administration, puisque deux membres du comité des usagers sont nommés pour siéger au conseil d'administration, la durée du mandat de deux ans a été prolongée à trois ans.
- **Ajout au point 2.13 sur le respect de la confidentialité :** ce point avait été omis lors de la création du Règlement et, afin de le rendre conforme à la loi, a donc été ajouté.

En 2007-2008, le comité des usagers s'est penché sur les principaux dossiers suivants :

- la réfection de la laverie du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest, à la suite de la découverte de moisissure;
- les changements organisationnels;
- le plan d'amélioration élaboré à la suite de la visite d'appréciation du Ministère au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest;
- le sondage de l'Agence de la santé et des services sociaux concernant la qualité des services, mené au printemps 2007, au niveau du soutien à domicile et des centres d'hébergement.

Également, en cours d'année, le comité des usagers a :

- été consulté sur le code d'éthique de l'établissement.
- fait des représentations concernant l'ouverture des fenêtres au Centre d'hébergement Judith-Jasmin et afin que des exemplaires des journaux locaux soient reçus dans chacun des centres d'hébergement.

Mandat du comité des usagers

Le comité des usagers veille à ce que les usagers du CSSS de la Pointe-de-l'Île soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés.

Aussi, il s'engage auprès des usagers à :

- les renseigner sur leurs droits et leurs obligations;
- promouvoir l'amélioration de la qualité de leurs conditions de vie;
- assurer l'évaluation de leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus dans les CLSC et les centres d'hébergement;
- défendre leurs droits et leurs intérêts;
- les accompagner et les assister, sur demande, dans leurs démarches auprès du CSSS, y compris lorsqu'ils désirent porter une plainte.

Coordonnées

Comité des usagers
du CSSS de la Pointe-de-l'Île
7905, Sherbrooke Est, local 0076
Montréal (Québec) H1L 1A4
Téléphone : 514 351-9891, poste 4010

- adressé une demande à la direction afin que l'ensemble des centres d'hébergement de l'organisation soit câblé.
- installé une mosaïque dans chacune des installations du CSSS afin de se faire connaître.
- Le comité a aussi élaboré les règles de fonctionnement du comité des usagers et des comités de résidents.

COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSS
Claire Yeon, présidente
Lise Dagenais, vice-présidente (CH Pierre-Joseph-Triest)
Anne-Marie Millaire, trésorière (démission en cours d'année)
Marie-Carole Champagne, secrétaire
Rémi Arsenault (démission en cours d'année)
Pierrette Laplante (CH Judith-Jasmin)
Johanne Laterreur (CH François-Séguenot)
Pierre Parent (CH Biermans)
Gilles Trudel

<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT BIERMANS</p> <p>Pierre Parent, président Mireille Lauzon, vice-présidente Julien Blain, trésorier Monique Cournoyer, secrétaire Blanche Régnier, membre</p>	<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT JUDITH-JASMIN</p> <p>Ginette Simard, présidente Diane Journault, vice-présidente Maurice Roy, secrétaire Réjeanne Carle (démission en cours d'année) Pierrette Laplante, conseillère</p>
<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT FRANÇOIS-SÉGUENOT</p> <p>Johanne Laterreur, présidente Marie-Rose Lavallée, secrétaire Micheline Comtois (démission en cours d'année) Laurianne Beaulieu, conseillère Pauline Nader, conseillère Richard Pedneault, conseiller Céline Renaud (démission en cours d'année)</p>	<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT PIERRE-JOSEPH-TRIEST</p> <p>Jocelyne McNicoll, présidente Roland Fortin, vice-président Léonie Demers, trésorière Jeannine Chénier, conseillère Lise Dagenais, conseillère Marie-Pierre Nolène, conseillère</p>

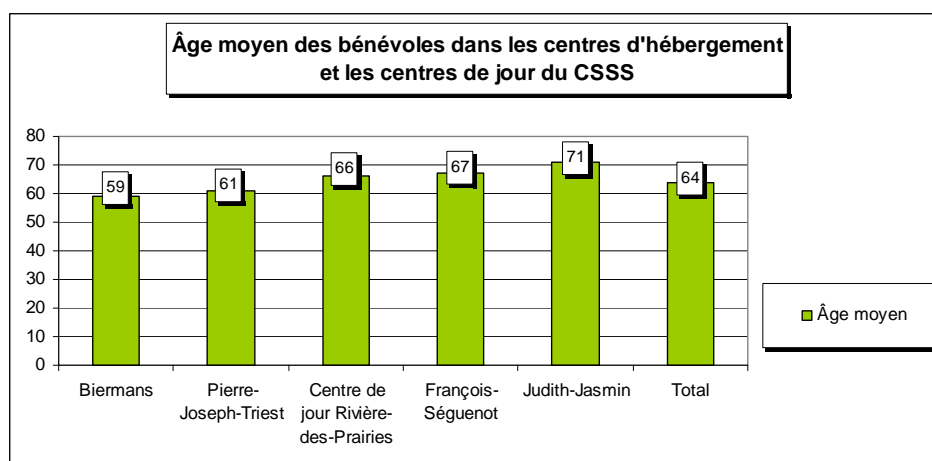
LE BÉNÉVOLAT

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île compte 285 personnes qui s'impliquent bénévolement dans plusieurs secteurs du CSSS, notamment dans les quatre centres d'hébergement, dans les trois centres de jour et dans les CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et de Rivière-des-Prairies. Au terme de l'année financière 2007-2008, nous estimons que le bénévolat représente 39 773 heures.

La majorité de ces personnes offre de leur temps selon la répartition suivante :

- 74 % en centre d'hébergement, en CLSC ou en centre de jour;
- 17 % au sein d'un comité ou d'un conseil tels : les comités de résidents en centre d'hébergement, le comité des usagers du CSSS, le conseil d'administration du CSSS ou celui de la Fondation du CSSS.
- 9 % à l'intérieur d'activités ponctuelles (par exemple, la vaccination antigrippale).

Les bénévoles impliqués en centre d'hébergement et en centre de jour du CSSS sont répartis dans une proportion de 71 % par des femmes et de 29 % par des hommes, dont la moyenne d'âge se situe à 64 ans. L'âge moyen de nos bénévoles se situe entre 59 ans et 71 ans, ce qui préoccupant pour l'établissement, car il s'avère difficile d'assurer une relève.



Au cours de la dernière année, le CSSS a créé un poste de chef des services bénévoles, rattaché à la Direction générale. Son mandat consiste à :

- Mettre en œuvre des stratégies et des programmes de recrutement, de formation, de sensibilisation et de valorisation du travail bénévole;
- Conseiller le directeur général, les directeurs, les cadres intermédiaires et les responsables des bénévoles de chaque installation, quant à l'organisation, à l'utilisation des bénévoles et des programmes à mettre en place favorisant la rétention des bénévoles;
- Entretenir des liens organisationnels avec les associations bénévoles présentes dans nos installations et les soutenir, s'il y a lieu, dans leur processus de solutions de problème.

Nous tenons sincèrement à remercier toutes ces personnes qui donnent gracieusement de leur temps et de leur énergie, et qui savent nous faire bénéficier de leurs compétences. Leur engagement rehausse la réalisation de la mission de l'ensemble de notre établissement.

Les conseils professionnels



Le CSSS de la Pointe-de-l'Île compte trois conseils professionnels et deux comités, soit :

- le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- le conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- le conseil multidisciplinaire (CM);
- le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA);
- le comité des déposés aux bénéficiaires (CPAB)

Constitution des comités exécutifs des conseils professionnels et des comités

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Dre Francine Bastien, présidente, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Dr Michel Bracka, vice-président, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Dre Evelyn Morin, secrétaire et chef de médecine, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Dre Danièle Lemieux, trésorière, CLSC de Rivière-des-Prairies
Dr Jacques Archambault, chef de médecine, CLSC de Rivière-des-Prairies
Dre Manon Blais, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Dr François-Yves Prévost, directeur des Services médicaux du CSSS de la Pointe-de-l'Île
Dr Pierre Shebib, chef de médecine, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Dr Doan Trang Do, centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Dr André Valade, chef de médecine des centres d'hébergement du CSSS
André Gagnière, directeur général du CSSS de la Pointe-de-l'Île
Avec la participation de Mme Nathalie Loiselle, conseillère cadre

- Dans un souci de bien comprendre leurs pratiques dans le CSSS, les membres de l'exécutif du CMDP ont tenu une journée de réflexion en février dernier, afin de réévaluer les orientations en terme de pratique médicale.
- En octobre 2007, une formation sur la gestion efficace d'un CMDP a été donnée aux membres de l'exécutif par le président de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec.
- Le Règlement de régie interne du CMDP a été révisé et présenté au conseil d'administration du CSSS, en janvier 2008.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Lucie Bernier, présidente, éducatrice, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Yvan Tremblay, vice-président, organisateur communautaire, CLSC de Rivière-des-Prairies
Carolle Bureau, secrétaire, technicienne en loisirs, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Dolorès Brice, travailleuse sociale, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Karine Imbeault, thérapeute en réadaptation, Centre d'hébergement Biermans (démission en cours d'année)
André Majeau, directeur de la Qualité, de la Santé publique et des Services multidisciplinaires
André Gagnière, directeur général du CSSS de la Pointe-de-l'Île

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Guylaine Arbour, présidente, Centre d'hébergement Biermans
Lucie Benoit, vice-présidente, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Nathalie Rochon, secrétaire, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Linda Doré, CLSC de Rivière-des-Prairies
Nathalie Gravel, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Monique Habel, présidente du CIIA, Centre d'hébergement Triest
Geneviève Lavallée, Centre d'hébergement Biermans
Hélène Mailloux, Centre d'hébergement Judith-Jasmin
Hélène Ricci, Centre d'hébergement François-Séguenot
Danielle L.-Sasseville, directrice des Soins infirmiers
Pierre Levac, directeur général adjoint du CSSS de la Pointe-de-l'Île

COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES (CIIA)

Monique Habel, présidente du CIIA, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Carole Trudel, vice-présidente, Centre d'hébergement Biermans
Lorraine Bordeleau, secrétaire, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Gisella Casati, Centre d'hébergement Biermans
Marie-Astrude Guerrier, Centre d'hébergement Judith-Jasmin
Patricia Loudort, Centre d'hébergement François-Séguenot
Guylaine Arbour, présidente du CII, Centre d'hébergement Biermans
Danielle L.-Sasseville, directrice des Soins infirmiers

COMITÉ DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES (CPAB)

Chantal Bourdeau, Centre d'hébergement Biermans
Danielle Dionne, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Caroline Hardy, Centre d'hébergement François-Séguenot
Marc Lalonde, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Sylvie Méthot, Centre d'hébergement François-Séguenot
Jean-Phillipe Pelletier, Centre d'hébergement Judith-Jasmin
Raymonde Poulin, Centre d'hébergement Judith-Jasmin
Claude Robillard, Centre d'hébergement Biermans
Lauris Bérubé, chef d'administration de programmes, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Martine Brière, chef d'administration de programmes, Centre d'hébergement François-Séguenot
Sylvie Picard, chef d'administration de programmes, Centre d'hébergement Judith-Jasmin
Claude Riendeau, chef d'administration de programmes, Centre d'hébergement Biermans

COMITÉ DES AUXILIAIRES AUX SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX (CASSS)

Viviane Montignard, présidente, Soutien à domicile, CLSC de Rivière-des-Prairies
Linda Moreau, vice-présidente, Soutien à domicile, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Josiane Froville, secrétaire, Soutien à domicile, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Pascale Bazin, Petite enfance, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Sylvie Cardinal, Soutien à domicile, CLSC de Rivière-des-Prairies
Denise Gagnon, Soutien à domicile, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Gilles Vallières, Soutien à domicile, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Diane Lalumière, coordonnatrice du soutien à domicile



LES SOINS INFIRMIERS

Changements à la pratique infirmière

- **Les ordonnances collectives**

La loi 90, modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, a entraîné des changements majeurs dans la pratique infirmière, notamment la transformation des ordonnances permanentes et des actes délégués médicaux en ordonnances collectives, dont plusieurs deviennent maintenant des actes partagés entre différents intervenants de la santé.

Cette année, l'implantation et l'harmonisation des pratiques et du matériel en lien avec de nouvelles ordonnances collectives ont été réalisées pour les CLSC et les centres d'hébergement du CSSS. Ce processus s'est effectué en collaboration avec la Direction des services médicaux et la Direction des soins infirmiers ainsi qu'avec les conseils professionnels impliqués. Toutes les infirmières, les infirmières auxiliaires ainsi que les cadres infirmiers ont reçu de la formation concernant les neuf premières ordonnances collectives, soit un total de 35 groupes. D'autres rédactions d'ordonnances collectives avec différents comités de travail sont en voie d'être adoptées et déployées.

- **Le plan thérapeutique infirmier**

Dès le 1^{er} avril 2009, le plan thérapeutique infirmier (PTI), nouvelle norme de documentation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), deviendra obligatoire dans tous les dossiers de résidents et d'usagers du CSSS nécessitant un suivi infirmier. Afin d'harmoniser la nouvelle pratique et les outils de documentation pour toutes les installations du CSSS, de la formation sur le modèle conceptuel McGill et sur le PTI a été offerte aux cadres et aux agents multiplicateurs de l'établissement. Le comité de direction et les conseils professionnels du CII et du CIIA, ont aussi bénéficié d'une sensibilisation à l'application du plan thérapeutique infirmier (PTI). Cette démarche d'envergure vise à assurer la visibilité du jugement clinique de l'infirmière afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des services et à la continuité des soins dispensés.

- **Projet PRIISME diabète (programmes régionaux intégrés d'information, de suivi médical et d'enseignement)**

En collaboration avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Diabète Québec et le CSSS Lucille-Teasdale, le projet PRIISME diabète s'est étendu au CSSS de la Pointe-de-l'Île. Ce projet vise une approche globale de la gestion du diabète de type II par la prévention, les soins thérapeutiques et l'utilisation optimale des médicaments, afin que les personnes atteintes puissent devenir les acteurs principaux de la gestion de leur maladie chronique. Des conseils sur l'alimentation, les activités physiques, les rendez-vous médicaux ainsi que de l'enseignement sur les médicaments, la lecture des résultats de glucomètre, etc., sont fournis par des infirmières en CLSC. Il s'agit des infirmières des services généraux et du soutien à domicile, concernées par la clientèle diabétique de type II, qui ont reçu une formation PRIISME et qui assurent le suivi de ces personnes sur demande des médecins traitants.

GESTION DES RISQUES

Prestation sécuritaire de services

Pour assurer la sécurité des services, les incidents et les accidents de la clientèle font l'objet d'une analyse qui en identifie les causes ainsi que les mesures correctives et préventives à instaurer pour en éviter la récurrence. En 2007-2008, 2 826 incidents et accidents ont été compilés et les chutes et les erreurs de médication en sont les principales sources. Deux programmes de gestion des risques ont été implantés pour améliorer nos facteurs de risques majeurs, il s'agit du programme de prévention des chutes et du programme de pharmacie en lien avec la médication.

Tableau 43
INCIDENTS ET ACCIDENTS COMPILÉS

	Avr.	Mai.	Jui.	Juil.	Aoû.	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mar.	Total
Chutes imprévisibles	77	84	73	72	67	61	70	51	58	58	53	49	773
Chutes gérées	49	42	33	36	43	21	33	35	23	28	9	15	367
Médications	47	19	62	37	22	32	33	34	24	32	31	31	404
Pharmacartes	24	30	25	27	12	12	29	19	14	23	21	4	240
Blessures d'origine incon.	19	26	22	23	27	27	31	20	17	27	18	19	276
Blessures connues	12	27	24	13	22	17	28	14	18	13	14	11	213
Agressions	15	15	22	14	17	7	18	12	27	11	15	11	184
Vaccinations	1	2	1	3	1	1	2	2	4	2	0	2	21
Infections	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plaies de pression	0	0	1	2	1	1	0	0	1	1	4	0	11
Fugues	2	7	9	1	4	2	5	2	0	0	0	0	32
Prélèvements	0	2	0	3	5	1	0	4	7	1	5	2	30
Dossiers doublons	3	3	3	5	5	4	12	4	6	6	5	4	60
Disparitions	1	6	2	1	1	5	2	3	1	1	5	4	32
Equipt&Mat	2	3	5	3	8	2	5	4	16	7	7	8	70
Bns de confidentialité	0	0	0	0	2	0	4	0	0	3	3	0	12
Serv. Alimentaire	2	2	1	2	1	2	0	1	1	1	1	3	17
Autres	2	6	8	9	6	4	7	8	9	9	2	14	84
Total	256	274	291	251	244	199	279	213	226	223	193	177	2826

Formation du personnel

Depuis deux ans, la conseillère cadre à la qualité des services a entrepris des sessions de formation auprès du personnel de l'établissement pour les sensibiliser à leur responsabilité de déclarer les incidents et les accidents dont ils sont les auteurs ou les témoins. Cette formation se poursuivra encore durant la prochaine année 2008-2009 puisqu'il y aura à mettre en place le nouveau formulaire de déclaration AH-223.

Des outils ont également été développés afin de permettre aux équipes de suivre l'évolution de la gestion des risques dans chacun de leurs secteurs. De plus, les gestionnaires de services ont été à nouveau rencontrés afin de les former sur le processus de divulgation des accidents avec conséquence.

Comité de gestion des risques

L'année 2007-2008 a permis au comité de gestion des risques de consolider ses responsabilités et d'approprier ses connaissances avec les outils de gestion des risques mis à sa disposition afin de cerner les principaux facteurs de risques dans notre établissement. Le comité de gestion des risques s'est rencontré à 9 occasions cette année.

En mars 2008, un sous-comité opérationnel sur les pharmacartes, constitué de 10 membres, a été créé afin d'appliquer un programme d'amélioration sur les erreurs de pharmacartes (les cartes-dosettes de médicaments faites au nom de chaque résident pour chaque médicament). Le comité analyse, entre autres, les erreurs qui génèrent un nombre important d'incidents et d'accidents et formule des recommandations pour améliorer la sécurité des patients. Avec le soutien de la Direction des soins infirmiers et de la Direction des communications, des macarons et des autocollants sur les « 5 BONS » (les 5 bonnes façons d'administrer un médicament) ont été conçus et distribués à tout le personnel infirmier du CSSS, afin de diminuer les risques d'erreurs associés à l'administration des médicaments.

Un deuxième sous-comité opérationnel, constitué de 11 membres, a vu le jour en décembre 2007, à la demande du comité de gestion des risques pour appliquer un programme de mesure de prévention et de contrôle des chutes dans nos 4 centres d'hébergement, qui sont la cause la plus fréquente d'incidents et d'accidents. En plus de formuler des recommandations, ce comité proposera des instruments de dépistage de personnes à risque, des plans de soins pour prévenir les chutes, des outils d'analyse de l'environnement et des accidents, afin de diminuer le nombre de chutes et de risques de blessure pour les résidents. Ce comité se réunit tous les deux mois.

Comme le démontre le tableau ci-joint, les principaux motifs d'incidents et d'accidents sont d'abord les chutes et les erreurs de médication.

Le défi de développer une culture où tous se sentent concernés et responsables de la gestion des risques, de haut en bas de notre organisation, demeure très présent. Outre la formation du personnel, il serait nécessaire, pour implanter une telle culture, que chaque direction en fasse un objectif dans son plan d'action annuel. L'amélioration de la sécurité des patients passe évidemment par les cliniciens et les gestionnaires, par tous les individus et les organisations. Tous sont responsables de la mise à jour de leurs connaissances et des habiletés requises pour accomplir leurs tâches. Notre organisation doit maintenant passer à l'étape supérieure et véhiculer les valeurs et la culture de la sécurité.

COMPOSITION DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- André Majeau, directeur de la Qualité, de la Santé publique et des Services multidisciplinaires
- Mary-Ève Loux, conseillère cadre à la qualité des services et gestionnaire de risques
- Cécile Légaré, membre désignée par le conseil d'administration
- Dre Elizabeth Daviault, membre désignée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Lucie Benoit, membre désignée par le conseil des infirmières et infirmiers
- Gisella Casati, membre désignée par le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
- Gina Dufour, membre désignée par le conseil multidisciplinaire
- Josiane Froville, membre du personnel para-technique désignée par la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
- Lauris Bérubé, cadre à la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
- Hélène Foisy, chef du service de santé et sécurité au travail
- Gilles Trudel, membre désigné par le comité des usagers
- Marcel Jean, représentant désigné par la Direction des ressources financières, matérielles, techniques et informatiques

Comité d'éthique clinique

Le comité d'éthique clinique a vécu sa première année de façon à la fois productive et riche d'enseignement. Le comité a tenu huit réunions, a donné des avis sur divers sujets présentés par des intervenants tels que l'arrêt de traitement, le refus d'hébergement d'un usager totalement dépendant pour ses besoins physiques, le refus du représentant d'un usager inapte à modifier le niveau de soins requis par l'utilisateur, la conciliation entre les exigences administratives et la responsabilité professionnelle face à l'insatisfaction d'un usager, entre le respect de l'autonomie de l'utilisateur et la sécurité des autres usagers, entre le respect de l'autonomie de l'utilisateur et la sécurité des employés.

Une fiche éthique portant sur l'arrêt de traitement en cas de maladie dégénérative a été élaborée et diffusée à l'ensemble du personnel clinique.

Code d'éthique

Après avoir été adopté par le conseil d'administration du CSSS, en juin 2007, le Code d'éthique a été présenté lors d'une tournée auprès de tout le personnel. Cette tournée a duré trois mois et a permis non seulement de sensibiliser directement les employés mais aussi de recueillir leurs commentaires et suggestions pour améliorer leur code d'éthique. Une nouvelle version intégrant les modifications apportées et adoptées par le conseil d'administration sera diffusée au cours de l'été 2008.

Le Code d'éthique permet de s'assurer que tout le personnel œuvrant auprès des usagers du CSSS respecte les valeurs préconisées par l'établissement ainsi que les droits des usagers, tels que reconnus par la loi. Il précise entre autres les valeurs fondamentales attendues du personnel, les valeurs relatives à la prestation des services et les valeurs relatives à l'organisation des services. Il énonce aussi les droits et responsabilités des usagers ainsi que les pratiques et conduites attendues du personnel en regard des droits des usagers.

Une Charte des droits et responsabilités des usagers a également été conçue ; cette charte reprend les principaux éléments du Code d'éthique en mettant l'accent sur les droits des usagers et leurs devoirs. Ce document est remis aux usagers dès l'ouverture de leur dossier et lors de l'admission des résidents en centre d'hébergement.

L'Agrément

L'établissement a entrepris une démarche d'agrément en janvier 2008. Cette démarche consiste à impliquer à la fois le personnel et nos usagers dans l'évaluation de la qualité de nos services selon des normes établies par les deux conseils d'agrément officiellement reconnus.

Ce sont ces deux conseils qui détermineront si nous serons « agréés », reconnus pour la qualité de nos services, en juin 2009, après nous avoir observés durant un an, dans notre processus d'analyse des résultats et dans la mise en place des correctifs prioritaires requis.

Le traitement des plaintes



En 2007-2008, le commissaire local a conclu 172 dossiers de différents types de plaintes, comparativement à 184 l'année précédente. La **plainte** réfère à une insatisfaction sur les services, l'**assistance** réfère à une demande pour obtenir un service et le commissaire local initie une **intervention** si des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire au non-respect des droits.

	Nombre 2006-07	Nombre 2007-08
Plaintes	100	95
Assistances	75	67
Interventions	9	10

Mission	2006-2007	2007-2008
Centres d'hébergement	28	87
CLSC	186	139
Hors CSSS	14	5
Total	228	231

Les plaintes représentent environ 55 % des dossiers conclus depuis trois ans. Ces 172 dossiers ont généré l'examen de 231 objets ainsi répartis entre les missions de l'établissement.

L'augmentation d'objets provenant de l'hébergement peut s'expliquer par le fait que le commissaire local a instauré une présence mensuelle dans chaque centre d'hébergement. En CLSC, par rapport à l'année dernière, trois secteurs ont subi une baisse significative d'objets, soit les Services techniques, les Services médicaux et l'Accueil à la clientèle.

Voici la répartition par motif des 231 objets de tous types de plaintes.

Motifs des objets	Plaintes	Assistances	Interventions
Accessibilité	16 %	45 %	8 %
Soins et services	37 %	34 %	50 %
Relations	17 %	---	8 %
Organisation	28 %	10 %	34 %
Aspect financier	---	---	---
Droits particuliers	2 %	3 %	---
Autres motifs	---	8 %	---
Total	100 %	100 %	100 %

Mesures d'amélioration

Les plaintes sont souvent conclues avec l'application de mesures visant à améliorer la situation invoquée par le client. Ces mesures émergent de la conciliation effectuée avec les parties concernées. Ainsi, 143 mesures d'amélioration ont été apportées en 2007-2008. Depuis trois ans, il y a maintien de la proportion (68 %) des objets de plaintes conclus avec mesures.

Promotion du régime et respect des droits

2007-2008 est l'année de démarrage du comité de vigilance et de la qualité, comité pivot pour le commissaire local, puisqu'il y fait notamment le suivi de ses dossiers. De même, il a débuté une présence mensuelle dans chaque Centre d'hébergement, afin d'augmenter la visibilité et l'accessibilité du commissaire local aux résidents et à leurs proches. Il a poursuivi sa participation aux réunions du comité des usagers et du comité des résidents. Il a été impliqué dans les travaux relatifs à l'adoption du code d'éthique et de la charte des droits et responsabilités de l'utilisateur. Il a aussi répondu aux invitations ou consultations, des équipes de travail ou de la haute direction, sur les sujets pertinents à ses fonctions.

Les engagements du commissaire local

L'année 2007-2008 a permis de consolider la procédure d'examen des plaintes et le processus de suivi des recommandations du commissaire local. L'examen cumulatif des dossiers permet aussi un regard systémique et amène à dégager les perspectives suivantes :

- **Sur l'accessibilité aux services** : que l'établissement maintienne ses efforts pour augmenter ses services directs aux usagers et aux résidents.
- **Sur le « milieu de vie » en hébergement** : que l'établissement systématise, auprès de ses quatre partenaires, soit les résidents, les proches, les employés et les bénévoles, la promotion de l'approche « milieu de vie » et la formation sur ses attentes en ce domaine.
- **Sur le partenariat** : que l'établissement poursuive le développement de réponses adaptées aux proches, à leurs comportements et à leurs attitudes.
- **En concordance avec le code d'éthique** : que l'établissement soit proactif quant à ses obligations en matière de respect et de confidentialité.
- **Sur la satisfaction des usagers et des résidents** : que les directions maximisent leur capacité de gestion des insatisfactions des usagers ou résidents.

Les médecins examinateurs

Les médecins examinateurs traitent les plaintes liées à des insatisfactions exprimées relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin ou d'un pharmacien, ou liées à des insatisfactions quant à la qualité d'un acte relevant de leurs activités professionnelles. Durant l'année 2007-2008, les médecins examinateurs ont conclu treize dossiers de plaintes, tous en CLSC. Ces treize dossiers ont généré l'examen de quinze objets différents ainsi répartis : 7 % sur l'accessibilité, 73 % sur les soins et services et 20 % sur les relations. Deux de ces quinze objets ont été conclus avec mesures d'amélioration, et deux mesures ont été appliquées pour atténuer les conséquences des situations problématiques ou pour en éviter la répétition.

Le personnel du CSSS



Gestion des ressources humaines

En 2007-2008, voici les dossiers majeurs qui ont été traités afin d'améliorer la gestion des ressources humaines au CSSS de la Pointe-de-l'Île.

- Quatre conventions collectives locales ont été signées avec les syndicats représentant les différentes catégories de salariés. Ces conventions collectives sont en vigueur et uniformisent la gestion des relations de travail dans toutes les installations de notre CSSS.
- En mars 2008, l'ensemble des cadres du CSSS se sont mobilisés pour étudier les meilleurs moyens à mettre en place pour assurer la disponibilité du personnel nécessaire à la prestation des services dans un contexte de pénurie de main d'œuvre. Un plan d'action est actuellement en production.
- La gestion de la présence au travail reste prioritaire pour l'organisation et, dans ce contexte, l'établissement a demandé au ministère de la Santé et des Services sociaux d'examiner nos processus de gestion de la présence au travail et de nous faire les recommandations nécessaires à l'amélioration de ce dossier. Un rapport a été déposé en février et la Direction des ressources humaines a déjà commencé à appliquer les recommandations du ministère.
- Pour la première fois depuis sa création, l'établissement a reconnu la contribution des employés qui sont à son emploi depuis plus de 25 ans. Cette activité a été appréciée par le personnel et se répétera à tous les ans.

Portrait du personnel

Au 31 mars 2008, le CSSS de la Pointe-de-l'Île comptait 1 393 employés.

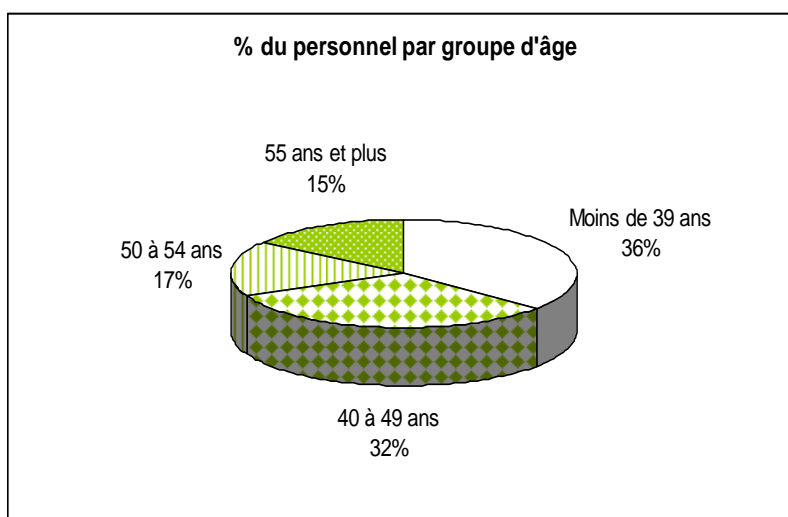
Ci-contre, la répartition du personnel dans les différentes directions du CSSS, au 1^{er} avril 2008.

Directions	Nombre d'employés
Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique	817
Direction des services généraux, à la jeunesse et à la famille	308
Direction de la qualité, de la santé publique et des services multidisciplinaires	47
Direction des ressources financières, matérielles, techniques et informatiques	92
Direction des ressources humaines	24
Direction des services médicaux	11
Direction des soins infirmiers	12
Direction générale	9
Direction des communications	4
Liste de rappel	80

Quatre années ont passé depuis la création du CSSS de la Pointe-de-l'Île avec la fusion de 7 installations. Selon un portrait du personnel effectué en 2007, des 1 399 employés à ce moment, 756 personnes travaillaient alors en centre d'hébergement et 643 en CLSC.

Âge moyen

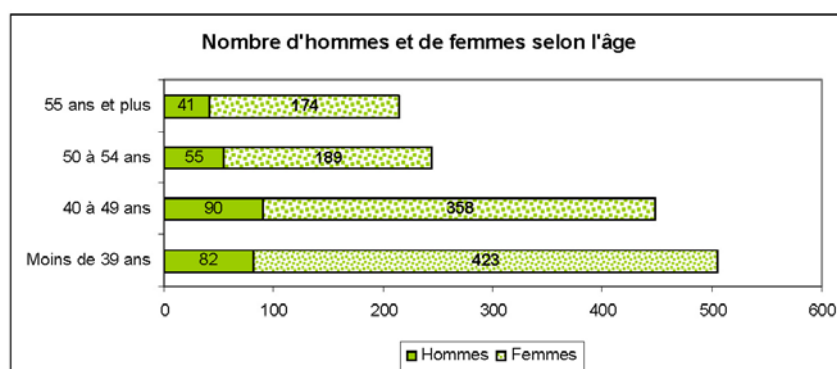
L'âge moyen du personnel est de 48 ans. Notons que 33 % du personnel a 50 ans ou plus, ce qui signifie que ces personnes ont atteint l'âge de la retraite ou l'atteindront dans les prochaines années. Cette importante proportion de personnes en âge de quitter pourrait poser de sérieux défis de remplacement d'ici quelques années. Les infirmières, les préposés aux bénéficiaires et le personnel de bureau sont les catégories les plus touchées par ces départs.



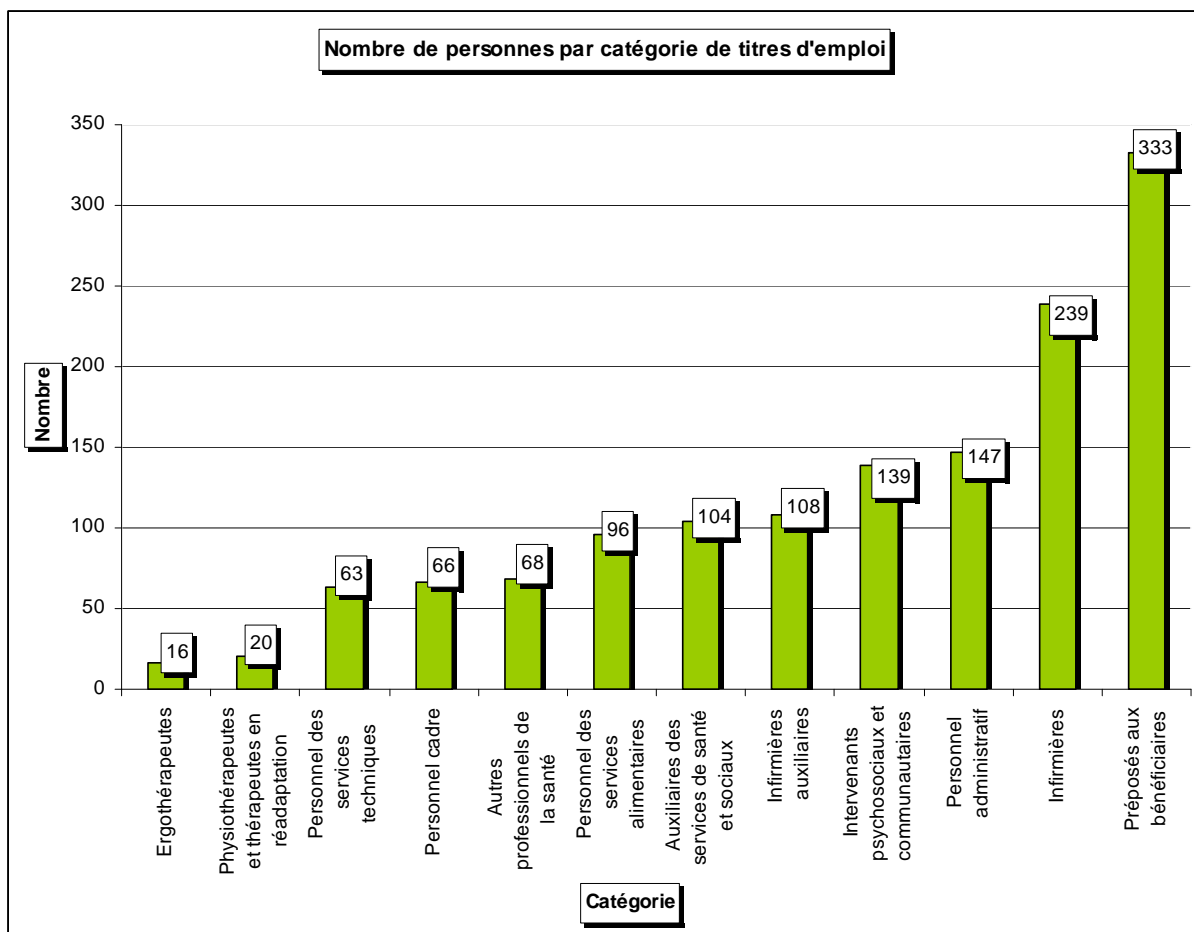
Parmi les employés, 41 % occupent un statut à temps complet, 24 % un statut à temps partiel, 28 % un statut occasionnel et 13 % un statut à temps partiel temporaire ou à temps complet temporaire.

Un milieu très féminin

Avec une proportion de femmes de plus de 80 %, le CSSS est un milieu de travail très féminin.



Toujours selon ce portrait, avec un nombre de 333 personnes, ce sont les préposés aux bénéficiaires qui sont les plus nombreux à travailler au CSSS. Les infirmières suivent avec 239 personnes. Au total, plus d'une vingtaine de titres d'emplois sont exercés auprès de nos usagers ou résidents.



Ancienneté

Selon une enquête réalisée en 2006, l'ancienneté moyenne des employés se situait à 9,5 ans. Toutefois, 43 % des employés avaient une ancienneté de 5 ans et moins, ce qui s'expliquait par le fait que 50 % des employés occupaient un emploi à temps partiel et accumulaient plus lentement leur ancienneté.

Formation

En 2007-2008, le CSSS a contribué grandement au développement de son personnel. En effet, les dépenses de formation pour cette année représentent 1,61 % de la masse salariale et cumulent un total de 26 524 heures de formation. En 2007-2008, plus de 73,97 % des employés du CSSS ont reçu une formation.

Tableau 48 FORMATION DU PERSONNEL			
Catégorie d'employés	Nombre d'employés différents formés	% des employés formés selon le nombre d'employés différents	Coûts *
Personnel cadre	79	91,86 %	68 419 \$
Professionnels	289	91,74 %	52 687 \$
Techniciens et autres	831	68,11 %	67 136 \$
Total	1199	73,97 %	188 242 \$

* Incluent seulement les frais d'inscription et certaines dépenses. Sont exclus les coûts reliés :

- aux salaires des employés pour l'accueil, l'orientation et la formation ;
- aux salaires des formateurs internes ;
- une grande partie des dépenses non déclarées lors de la demande de formation à l'élaboration et la préparation d'un programme ou d'une activité de formation ;
- aux salaires pour la supervision de stagiaires ;
- à la location de salles, d'équipement ou de matériels pédagogiques.

Cependant, selon le système informatique (SAP), le coût réel est de l'ordre de 210 505\$. Toutefois nous ne pouvons associés ces coûts à une catégorie d'employés.

Assurance-salaire

En 2007-2008, 123 478 heures ont été rémunérées en assurance salaire, comparativement à 1 584 835 heures travaillées, équivalent à un ratio de 1 heure d'assurance salaire par 7,8 heures travaillées.

ENTENTE DE GESTION ASSURANCE-SALAIRE	
Cible	7,20
Résultat	7,79
Écart	0,59 %

Les communications



En 2007-2008, la Direction des communications, en collaboration avec toutes les directions, a élaboré des plans de communication, des stratégies et des outils d'information à l'intention du personnel et de la clientèle.

Communication interne

- la Direction des communications a révisé les canaux de communication et les mécanismes de diffusion de l'information à l'interne. Tout le personnel impliqué dans la diffusion de l'information a été identifié et formé de nouveau.
- En plus de produire régulièrement deux bulletins internes, soit *Le Point CSSS* et *le Point CA*, la Direction des communications collabore au journal *À la fine pointe des nouvelles de chez-nous*, diffusé en centres d'hébergement, et à *Entre nous*, diffusé en centres de jour.
- Cette année, les principaux dossiers suivants ont été traités par la Direction des communications : le bottin téléphonique du CSSS, la gestion des risques, la Fête de la rentrée, la reconnaissance du personnel ayant 25 ans et plus de services, la promotion du programme Acti-Menu, la gestion de crises médiatiques, la promotion du plan thérapeutique infirmier et la prévention des infections.

PRINCIPAUX OUTILS DE COMMUNICATION DÉVELOPPÉS EN COURS D'ANNÉE

- Signet de la vaccination antigrippale massive;
- Bottin téléphonique du CSSS;
- Dépliants : Acti-Menu, Fondation, comité d'éthique clinique, activité SAC-ADO;
- Outils de promotion de la semaine du lavage des mains : affiches, note de service, dépliant...;
- Répertoire des ressources médicales;
- Autocollant des services informatiques;
- Aide-mémoire des délais d'attente ;
- Rapport annuel de gestion.

Communication avec les publics externes

Promotion d'événements

En 2007-2008, la Direction des communications s'est principalement impliquée avec les directions à la promotion des événements suivants : l'assemblée annuelle d'information, la vaccination antigrippale massive en un seul lieu, la Semaine du lavage des mains, la campagne de financement de la Fondation du CSSS.

Promotion de nos services

De manière hebdomadaire, des communiqués, des capsules santé ou de la publicité ont été rédigés et diffusés afin de faire la promotion de nos services et de nos activités ou encore afin d'informer nos partenaires et la population des changements survenus ou des nouvelles activités, entre autres : le calendrier de nos activités, la cueillette sécuritaire des seringues et des aiguilles usagées, le nouvel horaire de la clinique du CLSC de Rivière-des-Prairies, les congés fériés de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont affectant les services de nos centres de prélèvements... Cette information a été diffusée par le biais des

journaux locaux, des magazines spécialisés, des babillards de nos partenaires et des messages téléphoniques d'accueil en CLSC.

Enfin, le CSSS organise des rencontres de presse avec les journalistes locaux ou régionaux afin de répondre à leurs questions ou de présenter les activités qui touchent la population du territoire, telles : la vaccination antigrippale, la Semaine du lavage des mains, les punaises, la démarche d'agrément...

Gestion de crises médiatiques

De nos jours, peu de situations de crise demeurent inconnues du public. C'est dans cette optique et dans celle où le CSSS pourrait être impliqué dans des crises externes ou internes qu'un plan de gestion des communications en temps de crise a été élaboré.

Ce plan a pour but que le CSSS puisse être en mesure de se préparer adéquatement en cas de situation qui exigerait une gestion des communications «de crise», particulièrement lorsque la situation est directement sous sa responsabilité.

Les objectifs de ce plan sont donc d'outiller le plus possible le CSSS afin de :

- s'assurer que tous les publics touchés par la crise recevront le plus vite possible et le mieux possible l'information dont ils ont besoin;
- protéger dès les premiers instants, les victimes et l'organisation contre tout débordement médiatique ou autre dérapage qui pourrait survenir d'un point de vue de communication.

Une grande partie des gestionnaires de l'établissement ont été rencontrés pour les sensibiliser à la gestion de crise médiatique et le personnel de la réception de nos sept installations a été formé au plan de gestion des communications en temps de crise.

De plus, lors d'événement qui pourrait susciter une crise médiatique, la directrice des Communications, en collaboration avec la Direction générale et les directions concernées, prépare le dossier de presse (argumentaire, communiqués, questions-réponses, etc.) et prépare les porte-parole du CSSS. Elle assure également une veille médiatique pour recueillir toute information diffusée au sujet du CSSS et de la crise en question. Enfin, elle négocie les entrevues avec les médias et les porte-parole de l'établissement et, lorsque approprié, répond directement aux journalistes au nom de l'établissement.

Collaboration avec les partenaires du CSSS

Enfin, la Direction des communications a travaillé de concert avec les partenaires du CSSS dans les dossiers locaux ou régionaux suivants : la Table du DRMG, les partenaires impliqués dans le Projet clinique et dans la réorganisation des services de santé mentale de 1^{re} ligne.

Les ressources financières, matérielles, techniques et informatiques



Ressources financières et matérielles

Cette année en fut une de consolidation à la suite du déploiement des nouveaux systèmes de comptabilité d'approvisionnements et de paie. Cette consolidation a nécessité plusieurs correctifs pour l'ensemble de l'équipe. L'effort soutenu et le professionnalisme déployés par l'ensemble du personnel a permis de poursuivre les activités courantes de comptabilité, de budgétisation, d'approvisionnements, de préparation de la paie, ainsi que de réaliser les activités suivantes :

- paie
- comptabilité
- budgétisation
- achat de matériel et d'équipement

- informatisation de la gestion des approvisionnements pour les CLSC de Mercier-Est—Anjou et de Rivière-des-Prairies;
- centralisation de la gestion des approvisionnements pour les achats et la distribution des fournitures de ces CLSC au CLSC de Mercier-Est—Anjou;
- réaménagement du magasin du CLSC de Mercier-Est—Anjou;
- révision de tout le processus de paie et arrimage des fonctions entre les ressources humaines et la paie;
- versement de l'équité salariale des professionnels;
- fusion des syndicats FIIQ et CSN;
- production de rapports de gestion;
- formation des gestionnaires aux rapports SAP;
- détermination du taux personnalisé TPS et TVQ;
- processus budgétaire réalisé à partir de quatre (4) systèmes comptables;
- déploiement de la solution budgétaire qui permet d'avoir un budget intégré;
- embauche d'un nouveau chef du service de la comptabilité;
- départ de la directrice des ressources financières, matérielles, techniques et informatiques; dont le poste a été dépourvu de titulaire pendant trois (3) mois.

Ressources techniques

Les ressources techniques regroupent les activités essentielles au bon fonctionnement de l'établissement. Elles garantissent un environnement sain et sécuritaire aux usagers, aux résidents et aux employés.

- entretien des bâtiments;
- entretien sanitaire des lieux;
- signalisation;
- sécurité (vol et incendie);
- buanderie (en centre d'hébergement);

Cette année, en plus d'assurer le fonctionnement de la gestion des opérations courantes, l'équipe a dû procéder à :

- la reconstruction de la laverie du Centre d'hébergement Pierre-Joseph Triest;
- l'installation de portes automatiques au Centre d'hébergement Judith-Jasmin;
- l'installation d'une marquise au Centre d'hébergement Biermans;
- l'appel d'offres pour les professionnels concernant le projet de salle de bain et de rehaussement électrique au Centre d'hébergement Judith-Jasmin;
- la mise à jour des routes de travail pour le service hygiène et salubrité dans les installations.

Ressources informatiques

Les ressources informatiques regroupent les activités de développement et de maintenance des systèmes informatiques, les activités d'intégration des systèmes d'information cliniques et administratifs, la maintenance des systèmes téléphoniques, la production d'outils et d'interfaces permettant l'élaboration de tableaux de bord, l'implantation de technologies cliniques et la formation des intervenants à l'utilisation de ces technologies.

Cette année, les ressources informatiques ont travaillé plus particulièrement à :

- supporter l'implantation des nouvelles applications administratives pour la comptabilité, les approvisionnements, la paie, et les ressources humaines;
- acquérir et implanter le C2 : application qui permet de faire à la fois du service à la clientèle et du soutien interne;
- rehausser des équipements de télécommunication des centres d'hébergement Pierre-Joseph-Triest et Judith-Jasmin;
- faire l'inventaire du parc informatique;
- informatiser les nouvelles équipes déployées dans notre CSSS;
- installer et transférer de l'équipement :
 - 52 postes
 - 2 serveurs
 - 2 télécopieurs
 - 20 imprimantes
 - 150 postes déménagés
 - 40 nouveaux postes téléphoniques et déménagement de 75 postes

Enfin, en cours d'année, ce service a embauché un chef des ressources informationnelles.

Les états financiers



Les états financiers

L'état des revenus et des charges des activités principales et des activités accessoires du fonds d'exploitation, le bilan sommaire condensé des fonds d'exploitation, d'immobilisations et des autres fonds ainsi que les charges brutes par centre d'activité du fonds d'exploitation du CSSS de la Pointe-de-l'Île présentés ci-après ont été établis à partir des états financiers contenus dans le rapport financier annuel de l'établissement pour l'année financière terminée le 31 mars 2008 à l'égard desquels la firme Raymond Chabot Grant Thornton a exprimé une opinion sans réserve dans leur rapport daté du 13 juin 2008.

États financiers condensés

**ÉTATS DES RÉSULTATS CONDENSÉS
DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008
CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE**

<u>ACTIVITÉS PRINCIPALES</u>	<u>\$</u> 2008	<u>\$</u> 2007
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	70 284 213	69 886 478
Autres revenus	10 413 500	9 755 442
Total :	80 697 713	79 641 920
Charges		
Salaires	44 232 364	41 597 438
Avantages sociaux	11 275 961	10 024 820
Charges sociales	6 376 859	6 029 574
Autres charges	18 385 785	17 085 802
Charges non réparties (rétroactivité équité salariale)	424 271	4 904 286
Total :	80 695 240	79 641 920
Surplus	<u>2 473</u>	<u>0</u>
<u>ACTIVITÉS ACCESSOIRES</u>		
Revenus	2 101 869	2 234 168
Charges	2 075 407	2 211 556
Surplus	<u>26 462</u>	<u>22 612</u>

Bilan sommaire condensé au 31 mars 2008						
Années	2008			2007		
	Actif	Passif	Solde de fonds	Actif	Passif	Solde de fonds
Fonds d'exploitation	6 664 036	6 581 982	82 054	9 980 164	9 058 182	921 982
Fonds d'immobilisation	45 905 526	21 318 911	24 586 615	44 899 151	21 847 215	23 051 936
Autres fonds	191 046	172 411	18 635	191 217	179 445	11 772

États financiers condensés (suite)

	2008	2007
	\$	\$
CHARGES BRUTES - CLSC		
SERVICES À DOMICILE		
• Soins infirmiers à domicile	3 984 435	3 742 371
• Aide à domicile	6 105 327	5 487 721
• Services psychosociaux à domicile	1 644 358	1 507 931
• Nutrition à domicile	6 633	2 170
• Intervention communautaire - Soutien à domicile	133 199	100 873
• Gestion et soutien aux programmes - Soutien à domicile	890 750	860 763
• Ergothérapie à domicile	1 090 087	1 000 120
• Physiothérapie à domicile	505 175	463 364
Total :	14 359 964	13 165 313
AUTRES		
• Santé parentale et infantile - CLSC	1 633 358	1 394 489
• Santé scolaire	1 063 856	904 945
• Pharmacie en CLSC	9 749	13 093
• Nutrition-autres	102 900	99 738
• Gestion et soutien aux autres programmes	2 128 093	2 182 041
Total :	4 937 956	4 594 306
PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE		
• Services dentaires préventifs	377 342	361 208
• Prévention et protection de la santé publique (non réparti)	369 682	343 163
• Intervention communautaire-autres	669 040	709 300
Total :	1 416 064	1 413 671
PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDES		
• Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille (GMF)	131 753	113 244
• Info-Santé	28 893	447 874
• Services de santé courants	2 408 949	1 948 539
• Services psychosociaux - autres que Soutien à domicile	1 200 630	1 224 301
• Services psychosociaux (hors territoire)	264 146	193 502
• Centre de prélèvements	568 661	564 340
Total :	4 603 032	4 491 800
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE		
• Centre de stérilisation	37 771	37 402
• Inhalothérapie - autres	1 283	1 732
• Radiologie générale	194 094	140 688
• Support à l'imagerie médicale	0	6 254
• Orthophonie pour enfants en CLSC	103 400	107 680
Total :	336 548	293 756
PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT		
• Supervision et suivi des usagers en RNI	263 816	
• Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	319 937	283 306
• Gestion et soutien au centre de jour	90 746	84 217
Total :	674 499	367 523
AUTRES PROGRAMMES		
• SANTÉ MENTALE - Services ambulatoires en première ligne	780 519	926 676
• JEUNES EN DIFFICULTÉ - Serv. psychosociaux pour jeunes et leur famille	3 109 590	2 701 542
• DEFICIENCE PHYSIQUE - Soutien aux familles-allocations	277 925	286 545
Total :	4 168 034	3 914 763
PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED		
• Soutien aux familles des personnes D.I.-allocations	432 920	396 371
• Soutien aux familles des personnes TED-allocations	245 918	233 680
Total :	678 838	630 051

États financiers condensés (suite)

	2008	2007
	\$	\$
CHARGES BRUTES - CENTRES D'HÉBERGEMENT NON EXCLUSIFS À UN PROGRAMME		
• Services de pastorale	93 529	89 952
• Services sociaux	153 825	133 022
• Pharmacie-usagers hébergés	1 719 287	1 687 382
• Physiothérapie	206 887	199 585
• Ergothérapie	203 487	208 845
• Animation-loisirs	449 647	443 114
• Transport externe des usagers	172 041	173 474
• Besoins spéciaux	35 178	35 118
Total :	3 033 881	2 986 691
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE		
• Inhalothérapie	289	1 339
• Déplacements des usagers entre établissements	103 498	106 057
• Nutrition clinique	265 511	228 320
Total :	369 298	335 716
PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT		
• Ressources pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	539 490	31 220
• Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	9 710 563	9 051 180
• Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	10 273 526	9 598 454
• Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	545 687	519 421
Total :	21 069 266	19 200 275
ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES		
• Administration des soins	1 826 319	1 687 227
• Coordination et soutien	67 471	12 978
• Direction générale	1 260 756	1 223 271
• Administration financière et du personnel	3 283 173	3 551 793
• Administration des services professionnels	180 126	232 838
• Approvisionnement et services	470 606	352 728
• Administration des services techniques	347 453	337 809
• Informatique	665 601	649 229
• Réception-archives et télécommunications	2 113 790	1 915 649
• Alimentation	4 475 278	4 246 370
• Buanderie	649 022	654 563
• Entretien des vêtements des usagers	150 973	127 808
• Cueillette, distribution et autres charges	396 683	381 779
• Personnel en prêt de service	47 989	
• Frais généraux	-34 022	-31 282
Total :	15 901 218	15 342 760
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS		
• Hygiène et salubrité	1 761 526	1 729 019
• Gestion des déchets biomédicaux	7 324	3 379
• Fonctionnement des installations	4 666 206	4 614 737
• Sécurité	255 025	247 393
• Entretien et réparation parc immobilier-mobilier-équipement	1 860 002	1 492 920
• Frais généraux	-106 272	-101 564
Total :	8 443 811	7 985 883
PERSONNEL BÉNÉFICIAIRE DE MESURES DE SÉCURITÉ D'EMPLOI	278 560	15 126
CHARGES NON RÉPARTIES (rétroactivité équité salariale)	424 271	4 904 286
TOTAL DES CHARGES BRUTES	<u>80 695 240</u>	<u>79 641 920</u>



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS ¹

TABLE DES MATIÈRES

Préambule.....	1
A. Objectif général et champ d'application.....	1
B. Définitions.....	2
C. Devoirs et obligations de l'administrateur.....	2
D. Mécanismes d'application du Code.....	5
E. Engagements.....	6

ANNEXES

- I Déclaration des intérêts
- II Serment ou affirmation de l'administrateur
- III Serment ou affirmation du responsable de l'application du Code

PRÉAMBULE

Considérant que l'administration d'un établissement public présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui lui sont propres;

Considérant que l'administration d'un établissement public impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens;

Considérant qu'une conduite conforme à l'éthique demeure une préoccupation constante de l'établissement pour garantir une gestion intègre et efficiente des fonds publics;

les administrateurs jugent opportun de dresser les lignes directrices d'éthique et déontologiques qui doivent gouverner le fonctionnement du conseil d'administration et guider ses décisions dans le respect des valeurs d'honnêteté, d'intégrité, de désintéressement et d'engagement auquel chacun d'eux adhère au bénéfice des usagers et de la population à desservir et ce, dans un souci d'équité.

A) OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur. Notamment, il :
 - traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
 - traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
 - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
 - prévoit des mécanismes d'application du Code.
2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code.

¹ Adopté par le conseil d'administration, le 23 novembre 2004, résolution R 2004-67-1.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

B) DÉFINITIONS

3. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
 - a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement qu'il soit élu ou nommé;
 - b) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
 - c) « **entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
 - d) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

C) DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

- L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions :

Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

À cette fin, l'administrateur :

4. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
5. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
6. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

7. Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

8. S'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

Neutralité

9. Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discrétion

10. Fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles, dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement,

- constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
11. Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

12. Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi.
13. Sauf s'il a été mandaté pour représenter l'établissement, oriente tout citoyen, groupe ou organisme en quête d'informations vers le service approprié de l'établissement.
14. Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions susceptibles de causer préjudice à l'établissement.

Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

15. S'il est officier de l'établissement, s'abstient de siéger à toute instance décisionnelle d'un parti politique à quelque palier de gouvernement que ce soit.
16. Quel que soit le collège électoral qui l'a élu ou, s'il est nommé, son mode de nomination, agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans privilégier les intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.
17. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir.

Conflits de rôle ou d'intérêts

18. Évite des situations de conflits de rôle ou d'intérêts.

L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts

19. L'administrateur autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'établissement qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

Avantages ou bénéfices indus

20. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
21. Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

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

22. Ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

Transparence

23. Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

24. S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.
25. S'abstient de s'immiscer dans la gestion courante des activités de l'établissement.
26. S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

Concernant le directeur général

27. Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

28. Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
29. Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

Le directeur général et les activités politiques partisans

30. Doit, comme directeur général, s'abstenir de participer à toutes activités dans des contextes clairement partisans sauf lors de circonstances exceptionnelles sur approbation du président.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

31. Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction prévus à la loi, pour lequel une rémunération lui est versée, il doit en aviser les instances prévues.

Biens de l'établissement

32. Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

33. Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

➤ L'administrateur, après la fin de son mandat :

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

34. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
35. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
36. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
37. Ne fait usage, en aucun temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
38. Évite de ternir la réputation de l'établissement et de personnes qui y œuvrent.

D) MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Comité d'éthique et de déontologie

39. Le conseil d'administration forme un comité d'éthique et de déontologie composé de trois (3) membre élus par le conseil pour la durée du mandat et ayant la responsabilité de veiller au respect du présent Code.
40. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise par écrit au président du Comité d'éthique et de déontologie ou, s'il s'agit du président, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Examen sommaire

41. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

42. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière diligente et confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

43. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer par écrit l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être

entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au Conseil

44. Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet sans délai au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

45. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Sanctions

46. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

E) ENGAGEMENTS

47. Dans les soixante (60) jours de l'adoption ou de la révision du présent Code par le Conseil ou dans les soixante (60) jours de l'entrée en fonction d'un nouveau conseil d'administration, chaque administrateur doit produire sa déclaration des intérêts contenue à l'annexe I du présent Code.
48. Dans les soixante (60) jours de l'adoption ou de la révision du présent Code par le Conseil ou dans les soixante (60) de son entrée en fonction, l'administrateur produit l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.



ANNEXE I
DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Déclaration des intérêts
d'un administrateur autre que le directeur général

Je, _____
administrateur du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île,

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement (ou les établissements) mentionné(s) ci-haut ou qui sont susceptibles de le faire.

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉES.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec le Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île ou qui est susceptible de le devenir.

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS, ENTREPRISES OU ORGANISMES CONCERNÉS.

3. J'occupe les emplois suivants :

EMPLOI

EMPLOYEUR

préciser l'emploi et nommer l'employeur

4. Je me déclare lié(e) par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____
LE _____

Signature de l'administrateur



ANNEXE I
DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Déclaration des intérêts
du directeur général

Je, _____
administrateur du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île,

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉS.

2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS, ENTREPRISES OU ORGANISMES CONCERNÉS.

3. J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

EMPLOI

EMPLOYEUR

préciser l'emploi et nommer l'employeur

4. Je me déclare lié(e) par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____

LE _____

Signature du directeur général



ANNEXE II
AFFIRMATION DE L'ADMINISTRATEUR

**Affirmation d'office et de discrétion
de l'administrateur**

Je, soussigné, _____
membre du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs adopté par le conseil d'administration le 23 novembre 2004, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement administré. Il en est de même lorsque j'exerce, à la demande de l'établissement, des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en suis membre.

Dans cet esprit, je m'engage à remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, je m'engage à n'accepter aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la loi et à ne révéler ni laisser connaître, sans y être dûment autorisé, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance dans l'exercice de ma fonction.

Signé à _____

le _____

Signature



ANNEXE III
AFFIRMATION DU RESPONSABLE DE L'APPLICATION DU CODE

Affirmation d'office et de discrétion
du président du comité d'éthique et de déontologie

Je, soussigné, _____
responsable de l'application du Code d'éthique et de déontologie, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs adopté par le conseil d'administration le 23 novembre 2004, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement administré.

Dans cet esprit, je m'engage à remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, j'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la loi et que je ne révélerai ni ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance dans l'exercice de ma fonction.

Signé à _____

le _____

Signature

Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île

Le centre administratif du CSSS de la Pointe-de-l'Île est situé au :

9503, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1L 6P2
Téléphone : 514 356-2572

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île regroupe les sept installations suivantes :

- **CLSC de Mercier-Est—Anjou**
9503, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1L 6P2
Téléphone : 514 356-2572
- **CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est**
13926, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec) H1A 1T5
Téléphone : 514 642-4050
- **CLSC de Rivière-des-Prairies**
8655, boulevard Perras
Montréal (Québec) H1E 4M7
Téléphone : 514 494-4924
- **Centre d'hébergement Biermans**
7905, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1L 1A4
Téléphone : 514 351-9891
- **Centre d'hébergement Judith-Jasmin**
8850, rue Bisailon
Montréal (Québec) H1K 4N2
Téléphone : 514 354-5990
- **Centre d'hébergement François-Séguenot**
13950, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec) H1A 1T5
Téléphone : 514 642-4050
- **Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest**
4900, boulevard Lapointe
Montréal (Québec) H1K 4W9
Téléphone : 514 353-1227