



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



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2008-2009

30 juin 2009



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 : 2009, ISBN 978-2-9810248-4-8.

Table des matières



Le message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général.....	1
La déclaration de fiabilité.....	4
La mission du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île.....	5
Le Projet clinique : une démarche axée sur le réseautage.....	7
Le portrait de la population de la Pointe-de-l'Île.....	9
La structure organisationnelle du CSSS.....	14
La prévention et la promotion : une priorité pour le CSSS.....	15
Les services généraux.....	20
Les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille.....	26
Les services aux personnes en perte d'autonomie.....	31
Les services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale.....	42
Les services aux personnes présentant des déficiences.....	44
Les services aux personnes anglophones de l'est de Montréal.....	46
Les services à l'école, au travail et dans la communauté.....	47
Les services de soutien.....	54
Les mesures d'urgence.....	55
L'enseignement et la recherche.....	56
Les comités de résidents et le comité des usagers - Bénévolat et Fondation du CSSS.....	59
Les conseils professionnels.....	63
L'amélioration continue de la qualité.....	67
Le traitement des plaintes.....	76
Le personnel du CSSS.....	79
Les communications.....	84
Les ressources financières, matérielles et informatiques.....	86
Les ressources techniques et les immobilisations.....	88
Les états financiers.....	90
Annexe - Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	95

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



Les CSSS sont des organisations jeunes, dynamiques et en pleine croissance. Afin de capitaliser sur ce dynamisme, tout en s'assurant de rester centré sur les besoins de la population, le CSSS de la Pointe-de-l'Île a entrepris, cette année, deux démarches qui marqueront de manière importante ses priorités futures. Tout d'abord, le conseil d'administration a adopté les orientations stratégiques de l'établissement qui guideront les décisions et les actions pour les quatre prochaines années. Le CSSS s'est aussi engagé dans un exercice d'agrément qui lui a permis de cibler ses forces et les actions d'amélioration à apporter aux services et aux pratiques, à la fois cliniques et de gestion.

Des services et une gestion s'appuyant sur sept orientations stratégiques

Arrivée à ce stade de développement, la Direction générale du CSSS se devait de faire un bilan des défis qui attendaient l'organisation afin de répondre adéquatement aux besoins de la population actuels et futurs. De ce bilan, ont découlé sept orientations stratégiques qui vont canaliser les énergies et les développements futurs de l'établissement.

- ❶ Implanter des services médicaux accessibles, basés sur une pratique novatrice et s'appuyant sur différentes catégories de professionnels.
- ❷ Développer l'offre de services à la population et propulser le CSSS à l'avant-garde des services de santé et des services sociaux. Associer les milieux communautaires, privés et publics à l'organisation et au financement de ces services.
- ❸ Mobiliser le personnel, grâce au dynamisme et à la crédibilité du CSSS, afin d'attirer suffisamment de nouveaux candidats pour soutenir l'offre de services.
- ❹ Être reconnu parmi les établissements d'enseignement comme un milieu de stage accueillant et stimulant.
- ❺ Soutenir et développer le potentiel des cadres de l'établissement afin qu'ils soient en mesure de gérer efficacement leur équipe et de développer un climat de travail stimulant et enrichissant.
- ❻ Développer et enraciner la réputation du CSSS auprès de la population, des partenaires, du milieu des affaires et des pouvoirs publics.
- ❼ Établir la notoriété de la Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île.

Afin d'être connu de tout le personnel et des principaux partenaires, le directeur général a entrepris une tournée de présentation de ces orientations stratégiques. Toutes les directions ont par la suite intégré ces orientations dans leur plan d'action respectif.

L'agrément, une démarche structurante!

En mars 2008, Agrément Canada attribuait au CSSS un agrément conditionnel, c'est-à-dire un agrément à la condition que certaines mesures jugées prioritaires soient prises par l'établissement. C'est avec beaucoup de fierté que le CSSS a reçu cette évaluation puisque sur 806 normes de qualité évaluées par les visiteurs d'Agrément Canada, 765 se sont révélées conformes aux exigences de l'organisme accréditeur, et seulement 41 normes devront faire l'objet de mesures d'amélioration.

Parmi les bons coups soulignés par les évaluateurs d'Agrément Canada, la prévention des infections, la centralisation de l'accueil santé, l'implantation de l'approche Milieu de vie et le mode de gestion de l'équipe de Santé au travail se sont mérités des félicitations. Le dévouement, le dynamisme et le professionnalisme des employés ont aussi particulièrement impressionné les évaluateurs.

Même si les résultats globaux de la démarche démontrent de manière claire que la qualité figure au cœur des pratiques au CSSS, plusieurs volets, tels que la mobilisation du personnel et certains processus liés à la sécurité des usagers, devront toutefois faire l'objet d'une amélioration. Un plan d'action spécifique est en élaboration et sera suivi rigoureusement par le conseil d'administration.

Le réseautage, toujours au cœur de l'organisation des services

Depuis sa création, le CSSS s'est orienté fermement vers la constitution d'un réseau local de services axé sur le partenariat des secteurs publics, communautaires et privés. Cette année, de nouvelles initiatives porteuses de partenariats ont été réalisées. Pour n'en citer que quelques unes, mentionnons : la tournée des cliniques médicales du territoire par la Direction des services médicaux afin de tisser des liens et l'élaboration d'un bottin de ressources, conçu spécialement pour les médecins et diffusé, en collaboration avec la Table locale du DRMG, auprès des cliniques médicales du territoire. Dans un tout autre domaine, un sommet local sur la maturité scolaire visant la mobilisation des partenaires institutionnels et communautaires en petite enfance autour de l'amélioration des services aux tout-petits a été organisé à la fin de l'année. Enfin, le CSSS a tenu son 3^e forum du Projet clinique au cours duquel un bilan des projets réalisés et en cours de réalisation et a été présenté à une assemblée de 135 partenaires impliqués dans les services à la population de la Pointe-de-l'Île.

Merci à tous les artisans d'un CSSS centré sur la qualité!

Le conseil d'administration ainsi que la Direction générale souhaitent remercier chaleureusement les employés, les médecins, les bénévoles de l'établissement. Leur implication constante, leur compétence et leur ouverture à intégrer les pratiques novatrices à leurs interventions permettent de garantir aux usagers des services humains, accessibles et de qualité. Ils saluent aussi officiellement tous les employés qui ont accepté de s'investir dans la démarche d'agrément, de donner leur point de vue sur les améliorations possibles et ainsi de faire évoluer le CSSS.



Cécile Légaré
Présidente



André Gagnière
Directeur général

**Composition du conseil d'administration
au 31 mars 2009**

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
M. André Brunelle
Mme Nicole Daniel
Mme Mireille Doré
Mme Nathalie Gravel
Dr André-Brisson Joseph
M. Michel Milot
Mme Viviane Montinard
Mme Josephine Primiani
Dr Pierre Shebib

Démission en cours d'année
M. Nicola Marcogliese, le 20 janvier 2009

Comité d'éthique, de déontologie et de formation des administrateurs

Cette année, aucun problème n'a été porté à l'attention des membres du comité d'éthique, de déontologie et de formation des administrateurs.

En 2008-2009, le comité s'est rencontré à deux occasions afin de :

- discuter des besoins de formation des membres du conseil d'administration. Au cours de l'année, ceux-ci ont participé à la formation «Vers une gouvernance créatrice de valeurs», le 10 mars 2009, offerte par M. Léonard Vincent.
- répondre au sondage de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, adressé à tous les administrateurs des conseils d'administration de CSSS.

**COMPOSITION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE, DE
DÉONTOLOGIE ET DE FORMATION DES
ADMINISTRATEURS**

M. Bruno Lewis, président
M. Jean-Claude Blanchard
Mme Nathalie Gravel
M. André Gagnière, secrétaire
Mme Cécile Légaré

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 2008-2009 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 2009.

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*¹,

«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).»

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

Dès l'automne 2005, le Projet clinique du CSSS de la Pointe-de-l'Île prenait son envol. Jusqu'à présent, le projet clinique s'est déroulé 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.

À l'hiver et au printemps 2007, trois comités composés d'une soixantaine de personnes ont élaboré un plan d'action à l'intention des jeunes en difficulté et des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance. Un forum réunissant les partenaires œuvrant auprès des personnes aux prises avec des dépendances a permis de bonifier le plan de la phase 2 qui a ensuite été adopté par le conseil d'administration du CSSS.

Bilan des réalisations

Plusieurs projets spécifiques découlant des plans d'actions des phases 1 et 2, produits en 2006-2007 et 2007-2008, sont présentement en cours de réalisation. En mars 2009, la tenue d'un Forum «bilan» des phases 1 et 2 a permis de rassembler l'ensemble de nos partenaires et du personnel du CSSS impliqués dans le projet clinique.

Cet événement se voulait un lieu de partage sur les principaux projets réalisés et d'échanges sur les perspectives d'avenir. Il a permis de rassembler plus de 135 partenaires de la communauté.

Résultats

En novembre 2006 et en juin 2007, les partenaires du Projet clinique ont élaboré deux plans d'action qui, au global, identifiaient 34 objectifs et 70 projets à mener pour maintenir ou améliorer la santé de notre population.

Depuis, les partenaires de la Pointe-de-l'Île ont commencé à s'investir dans les projets et, aujourd'hui, nous sommes déjà en mesure de faire le bilan suivant :

Projets réalisés	Projet en cours de réalisation	Projets à débiter	Nombre de partenaires impliqués
17	37	16	83

C'est donc plus d'une cinquantaine d'initiatives qui sont déjà en cours sur notre territoire en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population !

Le portrait de la population de la Pointe-de-l'Île



DONNÉES GLOBALES DE POPULATION

Population de la Pointe-de-l'Île²

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
82 785	53 745	55 450

La population globale sur le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île se chiffre à 191 980 personnes.

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	%
0-4 ans	8 695	4,5
5-19 ans	33 880	17,6
20-44 ans	62 770	32,7
45-64 ans	56 035	29,2
65 ans et plus :	30 600	15,9
Total	191 980	100

Langue d'usage

Sur le territoire de la Pointe-de-l'Île³, 78,1 % de la population parle le plus souvent en français à la maison, tandis que 10,5 % parle anglais et 11,4 % parle une autre langue.

Population	Nombre	%
Dont la langue maternelle est le français	131 250	71,2
Dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais	43 925	23,8
Dont la langue maternelle est l'anglais	9 119	4,9

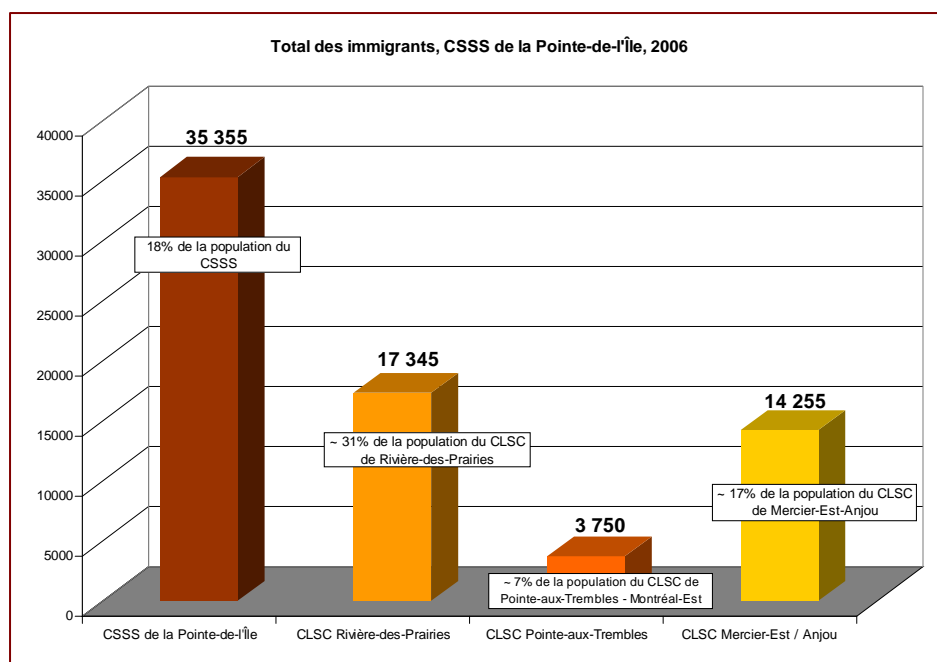
² Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Principales caractéristiques de la population du CSSS de la Pointe-de-l'Île*, 2009, p. 6, issues de Statistique Canada.

³ Site Internet de la Direction de santé publique. *Statistiques et surveillance, Panorama Santé Montréal - Statistiques détaillées par thème*, Recensements canadiens, Statistique Canada.

Population immigrante

Lors du dernier recensement en 2006, 18,8 % des résidents du territoire étaient des personnes immigrantes⁴ et, de ce nombre, seulement 3,1 % d'entre eux ont immigré au cours des cinq dernières années sur le territoire de la Pointe-de-l'Île, principalement à Mercier-Est–Anjou.

Un pourcentage de 47 % des immigrants⁵ du territoire proviennent de l'Italie (25,6 %) et d'Haïti (21,3 %). Ceux-ci se concentrent davantage sur le territoire de Rivière-des-Prairies.



Ménages et familles⁶

Tableau 4
RÉPARTITION DES MÉNAGES ET DES FAMILLES
SELON LE RECENSEMENT DE 2006

Population	Mercier-Est–Anjou	Pointe-aux-Trembles–Montréal-Est	Rivière-des-Prairies	Territoire de la Pointe-de-l'Île
Vivant seule	13 810	6 615	4 535	24 960
De 65 ans et plus vivant seule	4 720	2 105	1 985	8 810
Familles avec enfants	13 435	9 345	10 720	33 500
Familles monoparentales parmi les familles avec enfants	5 005	3 285	2 825	11 115
Familles monoparentales avec 2 enfants et plus parmi les familles avec enfants	1 695	1 040	1 315	4 050

⁴ Direction de santé publique. *Op. cit.* p. 6.

⁵ CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Portrait des maladies chroniques sur le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île*, avril 2009, p. 6.

⁶ Direction de santé publique. *Op. cit.* p. 6.

Données socio-économiques

Sur le territoire, le pourcentage de la population vivant sous le seuil de faible revenu après impôt s'élève à 15,1 %, comparativement à 22,8 % à Montréal. La population de 15 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires s'élève à 27,1 % comparativement à 21,5 % à Montréal.⁷

Sous le seuil de faible revenu⁸ sur le territoire de la Pointe-de-l'Île, 38 575 personnes étaient dénombrées en 2006. Signalons qu'elles sont davantage concentrées dans les secteurs ouest de Rivière-des-Prairies (7 620 personnes) et de Pointe-aux-Trembles (7 390 personnes) ainsi que dans le sud et sud-est de Mercier-Est (7 595 personnes).

SEUIL DE FAIBLE REVENU SELON LA TAILLE DU MÉNAGE PRIVÉ (EN 2000)	
1 personne	18 371 \$
2 personnes	22 964 \$
3 personnes	28 560 \$
4 personnes	34 572 \$
5 personnes	38 646 \$
6 personnes	42 719 \$
7 personnes ou plus	46 793 \$

État de santé de la population⁹

Depuis 1995, la population du territoire est significativement plus touchée par les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et celles de l'appareil respiratoire que la moyenne montréalaise. Pour 2000-2004, l'incidence des cancers, celui du cancer du poumon et du cancer du sein chez la femme, est plus élevée que la moyenne montréalaise.

⁷ Direction de santé publique. *Op. cit.* p. 7.

⁸ CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Op. cit.* p. 13.

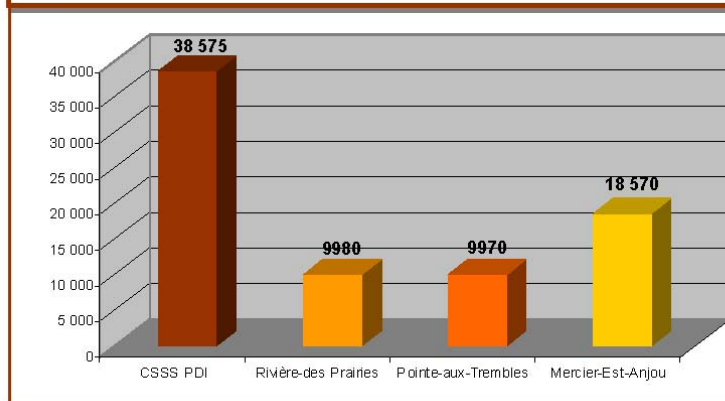
⁹ *Ibid.*, p. 7.

Familles monoparentales⁷

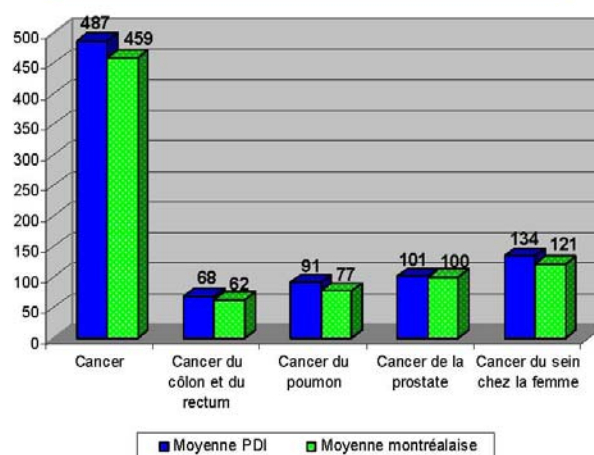
Les familles monoparentales avec parent féminin vivant sous le seuil de faible revenu après impôt représentent 26,5 % de l'ensemble des familles. Il s'agit de :

- 26,6 % pour Mercier-Est—Anjou;
- 25,9 % pour Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est;
- 27,2 % pour Rivière-des-Prairies.

Nombre de personnes vivant sous le seuil de faible revenu avant impôt, territoire PDI, 2006



Incidence des maladies, territoire PDI, 2000-2004



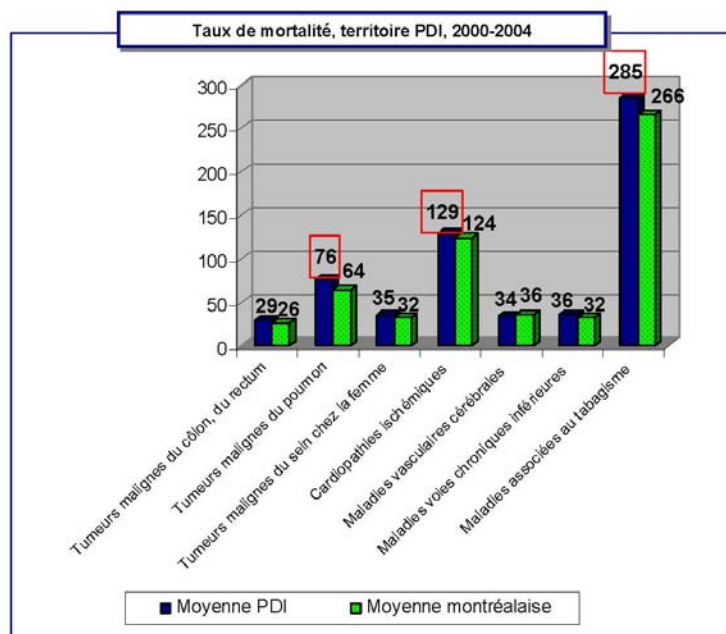
Taux ajusté des cancers pour 100 000 habitants.

Grandes causes de décès¹⁰

Quatre maladies chroniques sont responsables de près de trois quarts des décès. Ce sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète.

Sur le territoire de la Pointe-de-l'Île, de 1995 à 1999, les taux de mortalité par cancer, par maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire étaient plus élevés que ceux de l'île de Montréal.

Par contre, en 2000-2004, les taux de mortalité reliés aux maladies cardiaques, cancer du poumon et aux maladies associées au tabagisme sont davantage élevés que ceux de la moyenne montréalaise.



En 2003-2004, on dénombre 9 102 diabétiques diagnostiqués sur notre territoire et 374 décès reliés au diabète.

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et l'asthme¹¹

Les MPOC sont des maladies à long terme, habituellement causées par le tabagisme. Elles englobent quelques maladies pulmonaires dont les plus courantes sont la bronchite chronique et l'emphysème.

Plusieurs personnes atteintes de MPOC ont ces deux maladies. Les MPOC s'accompagnent de symptômes comme l'essoufflement, un mucus abondant et la toux. Certaines personnes atteintes de MPOC disent qu'elles ont l'impression de respirer dans une paille.

La prévalence des MPOC chez les 40 ans et plus¹²

Constats :

En 2003-2004,

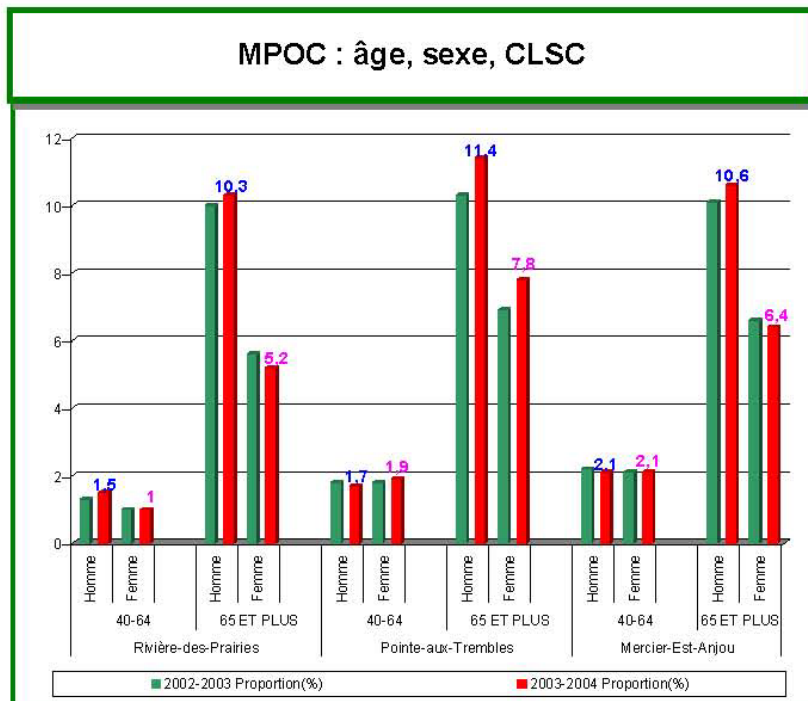
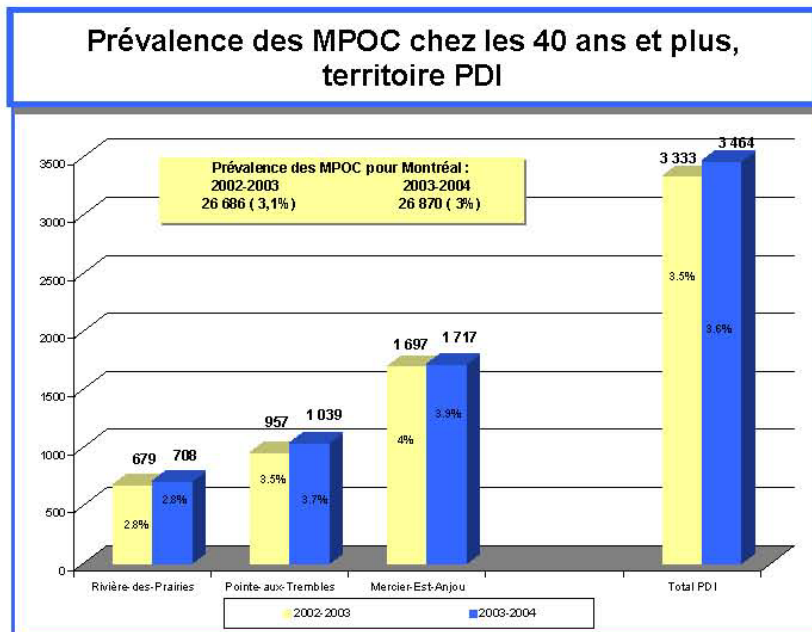
- La prévalence des MPOC est supérieure sur le territoire de la Pointe-de-l'Île (3,6 %) à celle de Montréal (3 %);

¹⁰ *Ibid.*, p. 8.

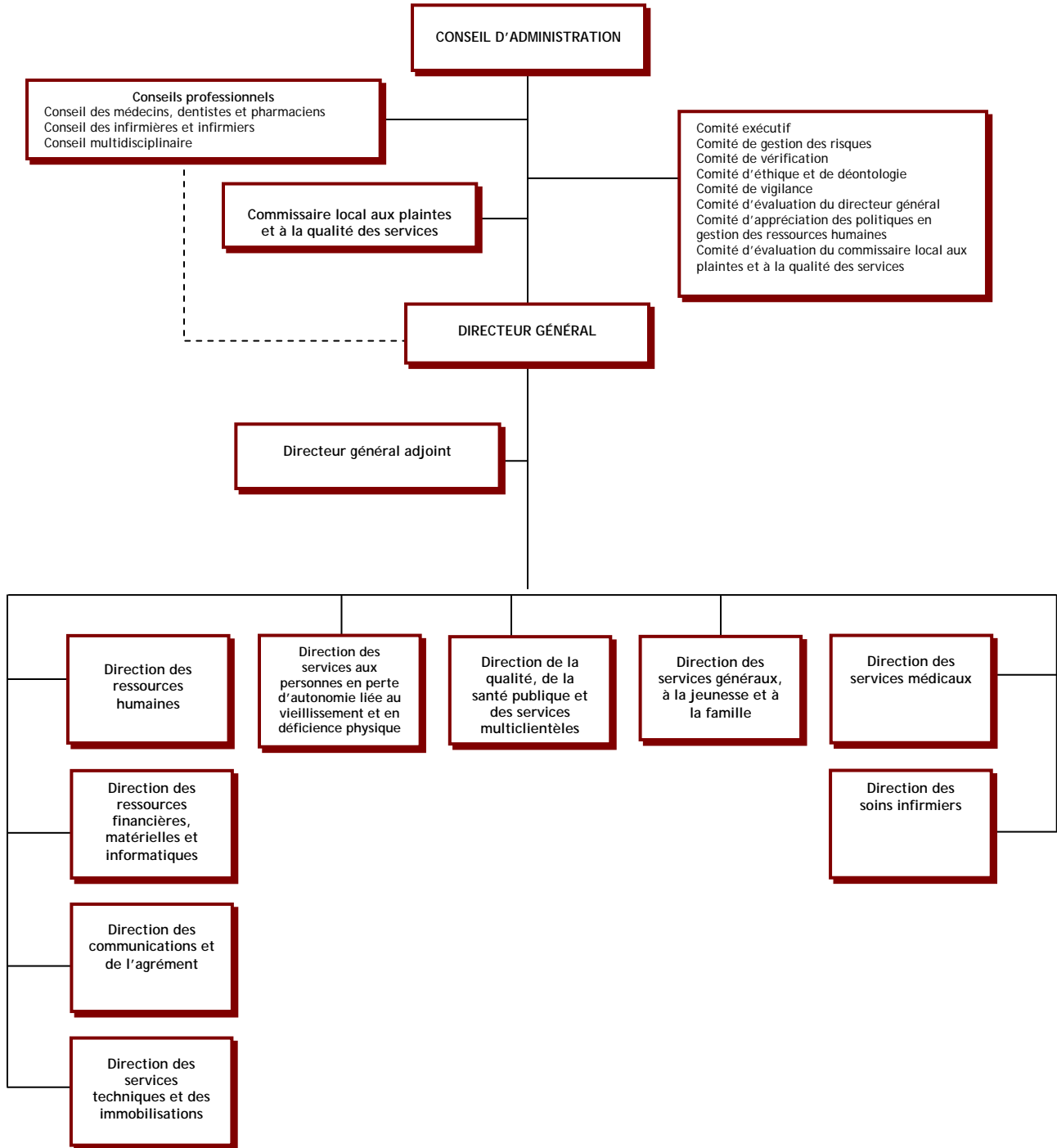
¹¹ *Ibid.*, p. 17.

¹² *Ibid.*, p. 17.

- 49,5 % des MPOC se retrouvent sur le territoire de Mercier-Est-Anjou;
- Les hommes de 65 ans et plus sont les plus touchés par les MPOC, et ce, sur les trois territoires de CLSC dans des proportions semblables.



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 2008-2009, les CLSC ont vacciné 3 744 enfants dans le cadre du programme d'immunisation des enfants et ont administré 13 724 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.

Cette année, le vaccin contre le virus du papillome humain (le VPH) a été ajouté au calendrier de vaccination, constituant une tâche importante parmi celles réalisées par les infirmières, surtout en milieu scolaire secondaire.

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.

Hépatite B		Coqueluche		Varicelle		Autres vaccins		Virus du papillome humain (VPH)	
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
1 630	2 878	2 128	1 199	320	412	1 929	2 177	1 425	7 519

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.

Tableau 6 VACCINATION			
Antigrippale			Pneumocoque
Lieux de vaccination	Nombre d'usagers	Nombre de doses	Vaccins administrés
Centres de jour, centres d'hébergement et CLSC	13 194	13 676	867

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 2008-2009, l'équipe s'est investie dans les activités suivantes :

- L'information et la formation reliées aux pratiques de base et aux précautions additionnelles de prévention et contrôle des infections;
- L'accueil des demandes de 101 personnes provenant d'organismes communautaires, de ressources privées et intermédiaires sur la prévention et le contrôle des infections;
- La Semaine du lavage des mains, en collaboration avec la Direction des communications, sous le thème de « Halte aux infections, je me lave les mains »;
- Le projet de surveillance des infections urinaires au Centre d'hébergement Judith-Jasmin;
- La rencontre d'information dans une résidence privée du territoire;
- La création de dépliants sur la prévention et le contrôle des infections, à l'intention des résidents et leur famille, des usagers en CLSC, employés et des bénévoles;
- L'élaboration et l'implantation des règles de soins reliées à la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque;
- La réponse à plus de 111 demandes ponctuelles ou requérant un suivi. Cette activité représente une augmentation de 10 % par rapport à l'année passée;
- L'augmentation de 62 % de l'utilisation de la solution hydroalcoolisée;
- L'élaboration du programme de prévention et contrôle des infections.

Tableau 7 FORMATION SUR LES PRATIQUES DE BASE ET LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES	
Participants	Nombre
Membres des comités de résidents et des usagers	66
Bénévoles en centres d'hébergement	75
Employés et bénévoles en ressources intermédiaires et non institutionnelles	55
Total	196

ENTENTE DE GESTION INFIRMIÈRES DÉDIÉES À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS PAR NOMBRE DE LITS DE SOINS DE LONGUE DURÉE	
Cible	2,51
Résultat	2,25
Écart	-0,26

Infections nosocomiales

Le comité exécutif de prévention et contrôle des infections du CSSS exerce une surveillance systématique des infections qui peuvent survenir dans ses centres d'hébergement. Il a tenu deux rencontres en 2008-2009. Aucune recommandation n'a été formulée.

Les infections à bactéries multirésistantes ainsi que les infections à *Clostridium difficile* sont surveillées tout au long de l'année. Nous n'avons pas eu ce type d'infections nosocomiales. Toutefois, nous avons eu des résidents porteurs de bactéries multirésistantes et la plupart provenaient de centres hospitaliers.

Voici le résultat de la surveillance effectuée en 2008-2009 auprès des cas d'infections considérées comme nosocomiales, c'est-à-dire lorsque les infections sont contractées dans nos murs.

- Les infections urinaires sur sonde et sans sonde ont particulièrement été l'objet d'une surveillance. En 2008-2009, nous avons répertorié dans les quatre centres d'hébergement du CSSS un total de 164 infections urinaires sans sonde et 19 infections urinaires sur sonde. De ce nombre, 17 infections urinaires sans sonde et 8 infections urinaires sur sonde correspondaient à la définition retenue de surveillance des infections urinaires nosocomiales.

Infection	Nombre total de cas d'infection	Nombre de cas d'infections nosocomiales
Urinaire (avec sonde)	19	8
Urinaire	164	17

- Les éclosions (gastro-entérite, influenza, virus respiratoire syncytial, etc.) font également partie de notre surveillance de façon rigoureuse. Nous avons eu 4 éclosions de gastro-entérite d'origine virale, 1 éclosion d'influenza et 1 éclosion de virus respiratoire syncytial.

Centre d'éducation pour la santé

Le Centre d'éducation pour la santé (CES) 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 en 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.



Le CES s'applique à modifier les habitudes de vie, pierre angulaire de la prévention et du traitement de l'hypertension artérielle, des maladies cardiovasculaires, du diabète et des autres maladies chroniques. Il s'adresse à toute personne adulte décidée ou préoccupé par l'amélioration de ses habitudes de vie.

En 2008-2009, le Centre d'éducation pour la santé a accueilli 120 usagers, dont 83 % se sont inscrits à la suite d'une consultation médicale, 2 % ont été référés par un autre professionnel et 15 % s'y sont présentés de leur propre initiative.

Cette année, en plus d'avoir traité 150 demandes de services et être intervenues à 204 occasions auprès de la clientèle, les intervenantes du CES ont organisé :

- l'inauguration d'un CES avec tenue d'un kiosque, en présence de médecins du territoire, le 16 septembre 2008;
- une porte ouverte dans chaque CLSC qui a accueilli plus de 70 employés et permis de planifier plusieurs présentations dans les équipes des différents programmes;
- l'ouverture d'un 3^e CES au CLSC de Rivière-des-Prairies, en novembre 2008, afin d'offrir un service de proximité sur ce territoire.

Centre d'abandon du tabagisme

Intégré au centre d'éducation pour la santé, le centre d'abandon du tabagisme dispense des services spécialisés d'accompagnement, taillés sur mesure pour les personnes qui désirent cesser de fumer : un suivi personnalisé de durée variable, selon les besoins, de l'information sur le tabagisme, de la pharmacothérapie, une évaluation de la consommation, du soutien intensif, des conseils et des stratégies efficaces pour composer avec le sevrage de la nicotine. Ces services sont accessibles dans les trois CLSC en rencontres individuelles et de groupe.

Cette année, l'équipe a accueilli 61 nouveaux clients avec une moyenne de 2,2 interventions par personne, pour un total de 134 interventions.

CLSC	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
Total	61	134

De plus, elle a organisé une tournée avec un kiosque d'information et de sensibilisation, à l'aide d'une cigarette géante et fumante, lors :

- des campagnes «J'arrête, j'y gagne» et «Famille sans Fumée», en janvier et février 2009, dans les trois CLSC et les quatre centres d'hébergement du CSSS, de même qu'au cégep Marie-Victorin;
- du dîner des infirmières 2008, où plus de 150 infirmières étaient présentes;
- d'activités et de comités avec les partenaires communautaires.



Enfin, l'équipe, avec la collaboration de la Direction de santé publique et de son équipe «Mieux vivre sans Fumée» a tenue deux groupes de cessation tabagique. En avril 2008, un processus régional d'accueil de demandes de participants à ces groupes a été implanté par la Direction de santé publique par le biais de la Ligne téléphonique J'ARRÊTE, spécialement dédiée aux personnes qui désirent cesser de fumer.

Projet pilote en collaboration avec la Direction de santé publique et l'Institut national de santé publique du Québec

Un projet d'étude d'intervention sur les facteurs environnementaux à Montréal a pris naissance dans le but d'améliorer la santé respiratoire des enfants asthmatiques par des interventions durables, touchant l'environnement immédiat de l'enfant et les habitudes de vies des personnes de leur entourage. Les principaux collaborateurs à ce projet d'étude sont la ville centre, les arrondissements et les organismes communautaires intervenant en matière de logement.

Ateliers de formation sur le Programme éducatif canadien sur l'hypertension artérielle (PECH 2008)

Le CSSS a tenu deux ateliers de formation sur les nouveautés en hypertension artérielle, animés par le D^r Pierre Larochelle, directeur de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, auxquels ont participé près de 150 professionnels de la santé du territoire de la Pointe-de-l'Île.

HLM Séguin

Le HLM Séguin : depuis 2008, l'Office municipal d'habitation de Montréal a identifié la présence de moisissures au HLM des Habitations Séguin, construit en 1974 et situé au 13687, rue Forsyth à Pointe-aux-trembles. Une infirmière clinicienne des Services généraux du CSSS a été mandatée afin d'évaluer l'état de santé des 124 personnes réparties dans les 86 logements à l'aide d'un questionnaire élaboré par la Direction de santé publique et de trouver un corridor de services pour tout locataire n'ayant pas de médecin de famille.

Les services généraux



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 8 985 demandes.

Depuis septembre 2008, afin de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle sans rendez-vous et de gérer les demandes pour l'accueil centralisé, une réorganisation des effectifs infirmiers a eu lieu.

Au cours de l'année, le nombre de demandes traitées par l'accueil centralisé a augmenté de 15 %, notamment en provenance des secteurs de la réadaptation fonctionnelle intensive en soins subaigus (RFI) et du service ambulatoire de réadaptation de la clientèle âgée (SARCA). Afin de faire face à cette augmentation et de répondre aux besoins de la clientèle, les services d'accueil centralisé ont élargi leur plage-horaire, 7 jours sur 7, avec la présence continue d'infirmières. À cet effet, le CSSS a embauché une infirmière de 13 h à 16 h, cinq jours par semaine.

Services généraux	Services généraux à domicile	Soutien à domicile	Périnatalité	Services intégrés en périnatalité et petite enfance	Ressource non institutionnelle de convalescence	Services intensifs de soutien à domicile	RFI subaigus	SARCA	Total
1 797	2 622	3 402	194	319	247	5	388	11	8 985

Les services généraux à domicile

L'équipe de soins infirmiers des services généraux à domicile a débuté ses activités en avril 2008. Elle est composée de 10 postes d'infirmières équivalents à temps complet, d'une assistante au supérieur immédiat et d'une agente administrative, issues du transfert des services de soutien à domicile long terme de nos trois CLSC. L'équipe compte intégrer ultérieurement des intervenants offrant des services de physiothérapie.

Le mandat principal de l'équipe est d'offrir des soins infirmiers à une clientèle de tous âges, résidant sur le territoire, avec des problèmes de santé ponctuels, de nature aiguë et réversible, durant une période maximale de trois mois. Les demandes de services proviennent de la communauté ou des institutions du réseau. La clientèle post-opérée et posthospitalisée se retrouve donc majoritairement dans ce programme, tandis que la clientèle déjà suivie par les équipes du Soutien à domicile et nécessitant des services à court terme demeure toujours sous leur responsabilité.

Des soins infirmiers sont principalement offerts à la clientèle, à sa sortie de l'hôpital ou à la suite d'une opération, d'une fracture, ou encore lorsque des tests de laboratoires ponctuels

ou des soins d'hygiène avec composante *nursing* sont requis, en période de convalescence ou après un accouchement, par exemples.

Pour d'autres services, tels les aides techniques, l'aide au bain ou la nutrition, les services à domicile long terme ou encore les ressources communautaires ou privées sur le territoire prennent le relais. L'équipe des services généraux à domicile est située au CLSC de Mercier-Est—Anjou.

Nombre de demandes	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
2 622	2 443	14 482

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Centres de prélèvements

En 2008-2009, 80 416 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 se prépare à l'implantation d'un nouveau système de lecture numérique de radiologie, le système intégré d'imagerie diagnostique (SIID) pour le service de radiologie du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est.

Nombre d'usagers 2007-2008	Nombre d'interventions 2007-2008	Nombre d'usagers 2008-2009	Nombre d'interventions 2008-2009
3 170	4 136	4 316	5 781

Cette implantation s'effectue dans le cadre du nouveau «dossier santé Québec» qui sera entièrement numérisé et qui inclura, en plus du dossier médical, les analyses de laboratoires et les images de radiologies.

SERVICES PHARMACEUTIQUES

La pharmacie

La centralisation de la pharmacie au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest a été complétée et deux nouveaux pharmaciens ont été embauchés. Avec la nomination d'un nouveau pharmacien-chef, une réorganisation du travail de la pharmacie est en cours actuellement. Grâce à un financement de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, une nouvelle pharmacie est en construction et le système d'information pourra être remplacé.

Le service de pharmacie a débuté son soutien clinique aux équipes de soins infirmiers et aux services médicaux des centres d'hébergement.

Le pharmacien-chef ainsi que la conseillère cadre à la Direction des services médicaux participent au comité opérationnel pharma-soins dans le but de contrer les erreurs de médicaments et de pharmacartes.

Au CSSS, il y a cinq pharmaciens : M. Jean-Marc Poliquin, pharmacien-chef, M. Jacques-Yves Desautels, M. Pierre Lemieux, M^{me} Nycole Crépin et M. Mario Gaudet.

SERVICES MÉDICAUX

Effectifs médicaux

Avec ses 49 médecins omnipraticiens actifs, soit l'équivalent de 32 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.

À l'été 2008, deux nouveaux médecins se sont joints à nos équipes en place :

- un médecin au CLSC de Rivière-des-Prairies, en médecine générale et au programme de périnatalité;
- un médecin au CLSC de Mercier-Est—Anjou, en médecine générale.

En 2008-2009, quatre médecins ont quitté le CSSS :

- un médecin en santé mentale jeunesse du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est;
- un médecin du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest;
- un médecin du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, en médecine générale;
- un médecin au CLSC de Rivière-des-Prairies, en médecine générale a pris sa retraite.

Installations	Nombre de médecins	Nombre de postes équivalent en temps complet (ETC)
CLSC de Mercier-Est—Anjou	8	6,07
CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est	14	10,87
CLSC de Rivière-des-Prairies	15	9,57
Centres d'hébergement (Biermans, François-Séguenot, Judith-Jasmin et Pierre-Joseph-Triest)	7	2,43
Programme Santé au travail	5	3,82
Total	49	32,76

Le recrutement de médecins représente un enjeu stratégique majeur pour le CSSS. Afin d'attirer de nouveaux médecins, un DVD promotionnel sur la pratique médicale au CSSS a été conçu et envoyé à plus de 300 trois médecins en région. De plus, la Direction des services médicaux ainsi que plusieurs médecins du CSSS se sont impliqués dans le recrutement lors de la Journée carrière Québec 2008. Une relance téléphonique a été faite auprès de tous les candidats rencontrés, à la suite de cette journée.

À l'externe

Nous avons poursuivi notre 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 soutien a aussi été apporté par la Direction des communications à cette Table pour la production d'un répertoire des ressources du territoire qui a été ensuite diffusé aux cliniques médicales de la Pointe-de-l'Île.

La Direction des services médicaux a rencontré les médecins du territoire dans le but de présenter les services du CSSS.

Une démarche de réaccréditation est entreprise avec les deux cliniques-réseau mises sur pied sur notre territoire, soit le Centre médical Hochelaga et la Polyclinique-réseau Pointe-aux-Trembles.

Services médicaux au CSSS 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	10 895	17 756
Avec rendez-vous *	8 452	19 616

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

Guichet unique pour clientèle sans médecin

Depuis janvier 2009, le CSSS a mis en place un guichet pour permettre aux femmes enceintes d'avoir accès à un médecin qui effectuera leur suivi de grossesse. Une infirmière clinicienne fait la recherche et s'assure que chaque femme s'adressant à ce service ait un médecin à cet effet. À ce jour, un nombre de 208 femmes ont bénéficié de ce service.

Par ailleurs, une infirmière clinicienne est dédiée à l'élargissement de ce service de recherche de médecins de famille, afin de répondre aux besoins de clientèles particulièrement vulnérables sur le territoire, telles les personnes qui nécessitent un suivi médical par un médecin omnipraticien dès leur sortie de l'hôpital ou les personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente, par exemples.

SOINS INFIRMIERS

Triage et soins infirmiers 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 2007-2008	Nombre d'interventions 2007-2008	Nombre d'utilisateurs 2008-2009	Nombre d'interventions 2008-2009
Sans rendez-vous	15 209	22 467	13 320	19 467
Avec rendez-vous	7 645	31 857	8 690	35 288

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Dans les cas d'interruption volontaire de grossesse, le CSSS a offert ce service à 330 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 33 femmes. De plus, un centre de coordination des demandes est en fonction afin d'éviter les délais d'obtention du service. En 2008-2009, 66 % des femmes ont obtenu leur intervention dans un délai de moins d'une semaine.

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
1	405	342	306
1 054 interventions reliées aux IVG			

* Dans quelques cas, la consultation avant IVG n'aurait pas été notée, ce qui expliquerait l'écart entre le nombre de consultations avant IVG faites par les médecins et les IVG réellement effectuées.

Troubles cognitifs

Depuis janvier 2009, une clinique des troubles cognitifs, située au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, permet d'évaluer des personnes atteintes de troubles cognitifs, nécessitant une prise en charge des services de 1^{re} ligne ou des services spécialisés. Une infirmière clinicienne, à raison de 4 heures par semaine, y travaille en partenariat avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le CSSS Lucille-Teasdale et la Polyclinique de Pointe-aux-Trembles.

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 5 829 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
2007-2008	1 120	4 657
2008-2009	1 056	4 329

Nombre d'utilisateurs			Moyenne d'interventions		
Cible	Résultat	Écart	Cible	Résultat	Écart
1 217	1 229	1 %	4,39	4,26	-3 %



Avec 1 965 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
2007-2008	34	132	2 632	19,94
2008-2009	33	112	2 326	20,77

En plus de ces cours, plusieurs rencontres ponctuelles de groupe ont eu lieu en périnatalité et en nutrition. Les sujets traités portaient sur l'éducation et la prévention, la nutrition, les rôles familiaux, les rôles parentaux, les activités physiques. Un cahier *Bien-être* est maintenant remis à tous les couples qui participent aux cours prénatals offerts dans les 3 CLSC du territoire CSSS.

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.

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.

Des cliniques postnatales avec rendez-vous pour la clientèle des bébés à partir de la naissance jusqu'à 6 mois ont été développées dans chaque CLSC afin d'offrir un service harmonisé au CSSS.

	Nombre de rencontres pour clientèle régulière		Nombre de rencontres pour clientèle de jeunes parents		Nombre de rencontres pour clientèle en extrême pauvreté	
	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
2008-2009	1 834	4 223	166	1 082	247	2 228

Clinique de Santé Petite enfance

Une clinique de santé Petite enfance a été créée avec la participation de 5 médecins du CSSS exerçant auprès de la clientèle 0-5 ans. Cette clinique vise à faciliter la prise en charge des enfants âgés de 0 à 5 ans qui n'ont pas de médecins de famille, en partageant leur suivi de santé avec une infirmière clinicienne. La clinique a pour but de réduire le recours aux urgences de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital Ste-Justine pour les causes évitables. De plus, cette prise en charge devrait permettre aux enfants âgés entre 0-5 ans de recevoir des soins et des services d'une façon continue afin d'assurer une détection précoce des problèmes de santé et des troubles de développement.

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	109	1 016
Jeunes familles	62	460
Total	171	1 476

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.

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
Vaccination et immunisation préventive	2 543	3 859	661	916
Contraception et reproduction	735	1 463	918	1 841
État mal défini	682	1 381	1 393	3 453
Demande d'examen	586	900	1 320	2 251
Problèmes de comportement	141	581	---	---
Empoisonnement et lésion traumatique	25	534	467	1 275
Suivis postnatal (mère)	---	---	294	788
Toutes autres raisons	---	2 958	---	5 868
Total	---	11 676	---	16 392

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.

Des suivis auprès des familles peuvent avoir lieu à domicile selon le besoin. Les suivis des familles en grande difficulté sont plus fréquents depuis les modifications apportées à la loi de la DPJ. Les services de première ligne sont de plus en plus présents auprès de ces enfants dans la famille, à l'école et dans la communauté.

Un groupe d'intervention auprès des parents d'adolescents appelé « Sac ado » est offert à l'ensemble de la clientèle du territoire. Un éducateur spécialisé les accompagne et les guide en leur proposant des outils de communication et de l'information pour passer au travers de la période parfois ardue de l'adolescence. Ainsi, différents thèmes sont abordés en groupe, tels les changements liés à l'adolescence, l'amour, l'amitié, la sexualité, le rôle des parents, l'estime de soi des ados, la discipline et les lois au Québec, les drogues, l'alcool, le décrochage scolaire, la délinquance et la résolution de problèmes.

Également, deux éducateurs spécialisés offrent des suivis éducatifs en lien avec les interventions familiales des intervenants sociaux. Ces éducateurs mettent actuellement la touche finale à un cadre de référence sur les services éducatifs pour le CSSS de la Pointe-de-l'Île.

De plus, avec le retrait des intervenants des centres jeunesse de Montréal, un changement de pratique est à prévoir et doit faire partie d'un questionnement des orientations des services éducatifs offerts actuellement aux jeunes et aux familles.

CLSC	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions individuelles
Petite enfance	656	4 724
Jeunesse	1 726	9 310

CLSC	Nombre de groupes	Nombre de rencontres	Nombre de participants
2007-2008	25	186	1 689
2008-2009	14	92	622

ENTENTE DE GESTION JEUNES EN DIFFICULTÉ (INCLUANT LES SERVICES EN MILIEU SCOLAIRE)		
	Nombre d'utilisateurs	Nombre moyen d'interventions
Cible	3 496	6,5
résultat	3 403	7,3
Écart	-2,7 %	12,3 %

Programme CAFE régional (CRISE-ADO-FAMILLE-ENFANCE)

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île est 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 régional

Depuis juin 2008, une structure régionale est confirmée : un comité de direction CAFE et un comité de programmation clinique CAFE sont en action. Les douze CSSS ainsi que les deux centres jeunesse sont représentés au niveau stratégique et opérationnel dans ces comités.

Plusieurs ententes sont maintenant officielles. Un protocole d'entente administratif et clinique a été signé par les douze directeurs généraux des CSSS de Montréal. De plus, une entente de partenariat entre les CSSS et les deux centres jeunesse a été approuvée par le comité de direction CAFE. Enfin, un contrat a été signé avec l'Université de Sherbrooke pour l'utilisation et la formation sur les outils du protocole évaluatif du GRISE.

Sur le terrain, quatre intervenants sont recrutés par chaque CSSS pour assurer une couverture de service de 15 h à 22 h, 7 jours sur 7 et 365 jours par année. Les intervenants sont formés dans une démarche régionale, ce qui facilite une implantation harmonisée. Le service est en place dans plus de la moitié des territoires. L'embauche et la formation des derniers intervenants devraient se compléter en juin 2009. Un bilan détaillé des activités régionales est remis annuellement.

Au CSSS

L'équipe CAFE de la Pointe-de-l'Île est en fonction depuis le 17 novembre 2008. Quatre intervenants sont assignés à ce programme, dont deux travailleurs sociaux et deux psychoéducateurs, pour un équivalent temps plein de 2,8 postes. Chacun a reçu la formation adéquate par le programme régional et, depuis cette date, 54 familles ont bénéficié des services de cette équipe de crise. Les intervenants participent aussi aux formations régionales et aux jumelages sur le territoire de Montréal, afin de partager leur savoir-faire avec les autres intervenants des CSSS.

	Nombre d'utilisateurs	Nombre moyen d'interventions
2008-2009	70	302

Les services aux personnes en perte d'autonomie



En 2008-2009, la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique s'est particulièrement engagée dans plusieurs projets.

Projet de fermeture des lits de longue durée dans les hôpitaux (Programme 68)

Dans le cadre du plan d'action des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement à Montréal, il est prévu que les CSSS prennent en charge rapidement la clientèle hospitalisée en perte d'autonomie liée au vieillissement et dont le retour à domicile est compromis. Le projet a débuté en janvier 2009 et le CSSS est impliqué dans deux de ses missions.

Le Soutien à domicile s'engage à évaluer, au centre hospitalier, tout client identifié par l'hôpital. Ainsi, les travailleurs sociaux du Soutien à domicile doivent, dans un délai de 72 heures suivant la réception de la demande au CSSS, aller à l'hôpital et évaluer le congé du client.

Régionalement, plusieurs centres d'hébergement ont des lits dédiés à l'accueil de ces clientèles en provenance des hôpitaux. Le Centre d'hébergement Biermans en a dix dédiés à ce programme. Cette année, 15 usagers répondant aux critères ont été référés au CSSS et 17 usagers ont été admis au Centre d'hébergement Biermans.

De plus, afin d'assurer la gestion de ce programme, un comité de travail a été créé. Ce comité, composé de gestionnaires et d'intervenants des deux missions (CLSC et centre d'hébergement), a permis de développer des outils pour l'évaluation des particularités et aussi des documents pour le suivi requis à l'admission. Il a également permis un rapprochement et un échange des connaissances mutuelles entre CLSC et centres d'hébergement.

Ce programme se poursuit jusqu'à la fermeture de l'ensemble des lits des unités de soins de longue durée dans tous les hôpitaux de Montréal et le CSSS sera impliqué tout au long de ce processus. Par la suite, il assumera la prise en charge de cette clientèle de façon permanente.

Offre de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Dans le cadre de la révision de l'offre de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique (PPALV et DP) propose un plan d'action répondant le mieux possible aux besoins présents et futurs de cette population.

Ce plan d'action a été présenté à l'ensemble du personnel cadre, des conseils professionnels et des intervenants concernés par celui-ci.

Certification des résidences privées

De nouvelles dispositions à la Loi sur les services de santé et les services sociaux obligent dorénavant tout exploitant d'une résidence pour personnes âgées d'être titulaire d'un certificat de conformité délivré par l'agence du territoire où se trouve la résidence.

Dans le cadre de ces nouvelles dispositions, les équipes de Soutien à domicile des CSSS se sont vues confier la responsabilité de former des employés en résidences privées ne détenant pas de diplôme professionnel et d'encadrer le processus de prestation de soins invasifs ou l'administration de médicaments par des personnes autorisées de la Résidence.

C'est dans ce contexte qu'un plan d'action a été élaboré au Soutien à domicile. Entre autres activités réalisées cette année, notons l'élaboration d'un état de situation sur les 27 résidences de notre territoire, la tenue d'une séance d'information à leur intention, la désignation d'infirmières attitrées aux résidences ainsi que l'évaluation et l'élaboration de plans thérapeutiques pour les usagers concernés dans les résidences.

Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle âgée (SARCA)

En juin 2008, une entente de collaboration entre le CSSS et Villa Médica Inc. a été conclue afin de permettre à des personnes âgées hospitalisées ou en provenance de l'urgence de bénéficier de services de réadaptation ambulatoires et de réintégrer leur domicile plus rapidement et en toute sécurité. Ainsi, du lundi au vendredi, un physiothérapeute de Villa Médica Inc. offre des services de réadaptation dans les locaux du Centre de jour Triest. Du 1^{er} juillet au 31 mars 2009, 57 références ont été faites à Villa Médica Inc. En date du 31 mars 2009, 23 usagers sont encore en traitement une à deux fois par semaine, pour une durée maximale de 12 semaines, et trois sont en attente de service.

Programme de prévention des chutes

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. Les groupes de prévention des chutes sont animés par des thérapeutes en réadaptation physique et sont offerts en résidences privées, en centres de jour et dans les organismes communautaires. Un dépliant contenant des conseils de prévention des chutes à l'intention des usagers, intitulé *L'hiver est à vos portes* a été conçu et diffusé à la clientèle.

Nombre de groupes		Nombre de participants
Total	9	103

Enfin, sous la responsabilité du comité de gestion des risques, le comité de prévention des chutes en hébergement a élaboré un programme de prévention pour les quatre centres

d'hébergement. Le comité, composé de professionnels et d'infirmières des quatre centres d'hébergement, d'un représentant de la Direction des soins infirmiers et de la gestionnaire de risques, a terminé ses travaux. Le programme prévoit un dépistage systématique des 627 résidents en hébergement en plus d'un programme de prévention à haute intensité pour les résidents avec des risques de chutes élevés. Ce programme sera déployé à l'automne 2009 auprès de l'ensemble des intervenants de l'hébergement.

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 2007-2008	Nombre d'interventions 2007-2008	Nombre d'utilisateurs 2008-2009	Nombre d'interventions 2008-2009
Soins infirmiers	6 333	65 554	6 654	67 598
Aide à domicile	2 149	133 839	2 395	149 610
Services psychosociaux	2 302	17 751	2 535	17 870
Ergothérapie	802	5 562	816	5 144
Physiothérapie	914	5 702	926	6 103
Nombre d'utilisateurs différents et total d'interventions	7 645	228 408	8 463	246 325

	Cible	Résultat	Écart
Nombre d'utilisateurs	4 844	5 526	14,1 %
Nombre moyen d'interventions	27,41	27,96	2,0 %

En 2008-2009, le CSSS a connu une augmentation de près de 8 % de la totalité des interventions faites en services à domicile.

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'usagers 2007-2008	Nombre d'usagers 2008-2009
199	251

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 32 % d'usagers desservis.

Profil	Nombre d'usagers 2007-2008	Nombre d'usagers 2008-2009
Convalescence	233	308
Soins palliatifs	29	35
Hébergement	47	65
Total	309	408

Projet pilote dans le cadre du continuum des soins et des services pour la clientèle ayant des troubles cognitifs

Le continuum de soins et de services pour la clientèle ayant des troubles cognitifs est issu des travaux de partenariat entre l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, notre CSSS et celui de Lucille-Teasdale. C'est dans ce contexte qu'un projet pilote a démarré à l'automne 2008, pour une durée de 18 mois, dont les objectifs sont les suivants :

- valider le continuum des soins et des services;
- amener les omnipraticiens de la première ligne à assurer une prise en charge de la clientèle atteinte de démence;
- développer et consolider les liens entre les cliniques réseaux, les CSSS et l'hôpital;
- assurer une meilleure accessibilité aux services dans les CSSS et à l'hôpital;
- assurer une meilleure continuité et une coordination des services entre les cliniques-réseau, les CSSS et l'hôpital.

En soutien à domicile, des intervenants ont été désignés spécifiquement pour assurer la prise en charge de la clientèle ayant des troubles cognitifs suivie dans le cadre de ce projet pilote.

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	436	14
Résultat	380	12,32
Écart	-12,8 %	-12 %

Une révision des rôles et responsabilités de chacun des partenaires impliqués dans le cadre du continuum de services a été effectuée avec l'Entraide Ville-Marie, le CSSS Lucille-Teasdale et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Cette révision a pu avoir un effet sur la diminution des usagers et des interventions. Il est à noter qu'il n'y a aucune liste d'attente pour les soins palliatifs.

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 2008-2009, le CSSS a tenu quatre groupes de soutien pour aidants naturels, d'environ 10 rencontres chacun, avec une moyenne de 12 participants par groupe. Ce groupe vise à soutenir les personnes qui s'occupent d'un proche en perte d'autonomie, c'est-à-dire vivant avec un handicap, un déficit cognitif comme la maladie d'Alzheimer, ou une maladie dégénérative comme la sclérose en plaques, afin qu'elles puissent le faire sans s'épuiser. Les principaux sujets abordés avec les participants portent sur la culpabilité, l'épuisement, l'importance d'une saine communication, les résistances et les situations de conflits, l'hébergement et les ressources dans la communauté.

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. En cours d'année, quatre groupes, d'environ 10 rencontres chacun, a permis de réunir une moyenne de 12 participants par groupe.

Programme de subvention pour le soutien aux proches aidants

Le programme de subvention pour le soutien aux proches aidants vise à soutenir, par une allocation directe, les proches aidants vivant avec une personne âgée en perte d'autonomie ou encore avec une personne avec une déficience physique. Cette année, des subventions d'une moyenne de 1 500 \$ ont été distribuées de la façon suivante :

Proches aidants	Nombre de subventions
Vivant avec une personne âgée en perte d'autonomie	33
Vivant avec une personne ayant une déficience physique	8
Total	41

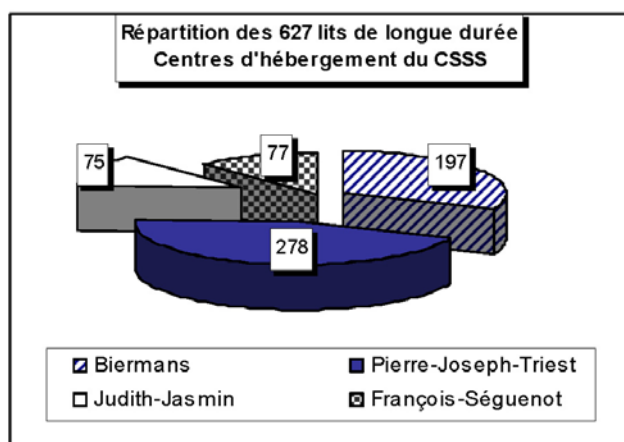
HÉBERGEMENT

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 gère 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.



Centre d'hébergement	Nombre de personnes hébergées	Nombre d'heures/soins par jour
Biermans	87	Entre 0,5 h et 1,49 h/jour
	95	Entre 1,5 h et 2,5 h/jour
	10	Programme 68 : évaluation, orientation
	5	Plus de 2,5 h/jour
François-Séguenot	77	Plus de 2,5 h/jour
Judith-Jasmin	75	Moins de 2,5 h/jour
Pierre-Joseph-Triest	97	Entre 1,5 h et 2,5 h/jour
	146	Plus de 2,5 h/jour
	34	Lits unité spécifique
	1	Hébergement temporaire

Centre d'hébergement	Taux d'occupation	Jours présence
Biermans	98,85 %	71 081
François-Séguenot	99,62 %	27 998
Judith-Jasmin	97,22 %	26 613
Pierre-Joseph-Triest	99,01 %	100 463
Total	98,82 %	222 155

NOTE : le taux d'occupation est affecté par des lits vacants en transformation pour le rehaussement de l'intensité des services et le programme 68 (sauf au Centre d'hébergement François-Séguenot). De plus, le Centre d'hébergement Judith-Jasmin a connu beaucoup de travaux de rénovation durant l'année limitant l'occupation des lits.

	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	2,80	0,19
Résultat	2,65	0,15
Écart	0,15	0,04

Diminution des transferts à l'urgence

Dans le cadre du plan d'action régional de désengorgement des urgences du territoire, un important projet de diminution des transferts à l'urgence pour les résidents des centres d'hébergement a été réalisé en partenariat avec la Direction des soins infirmiers et les médecins de l'hébergement.

Un comité a développé un outil d'évaluation et un partenariat plus étroit entre l'infirmière et le médecin qui permet une meilleure évaluation de l'état de santé des résidents pour éviter les transferts à l'urgence. Une enveloppe de transfert inter-établissement permet également d'améliorer les communications entre le centre hospitalier et le centre d'hébergement. Nous avons noté une diminution de 11 % des transferts à l'urgence depuis octobre 2008.

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

En 2008-2009, 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.

L'équipe de l'hébergement a poursuivi la réalisation de l'implantation de l'approche Milieu de vie, qui consiste à améliorer la qualité de vie des résidents hébergés, dans le cadre de son plan d'action 2007-2010. Les membres du comité Milieu de vie ont tenu sept rencontres de pilotage pour coordonner les activités de développement.

Les travaux ont été réalisés sur l'harmonisation des mécanismes d'accueil des résidents, la promotion du savoir-être et de l'approche relationnelle, l'harmonisation des plans d'interventions interdisciplinaires (révision de 81 % des plans avec la participation des résidents et des familles), de l'implantation de sous-comités Milieu de vie avec la participation des quatre partenaires Milieu de vie (résidents, familles, bénévoles et employés), d'un programme d'accompagnement en fin de vie pour les résidents et leurs proches.

Nous avons formé 389 employés de l'hébergement sur le plan d'action Milieu de vie et présenté la vidéo Milieu de vie *Le milieu de vie, un défi à notre mesure* à 483 personnes. Le comité de publicité a préparé une campagne de promotion de la démarche Milieu de vie qui sera lancée en septembre 2009.

Au total 34 rencontres de *causerie avec les résidents* ont été tenues dans les quatre centres d'hébergement par les chefs de programme pour permettre de demeurer à l'écoute des attentes des résidents et de participer au développement de leur milieu de vie.

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.

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 2008-2009, ces trois centres de jour ont desservi 491 personnes et, tous les jours, une moyenne de 81 personnes les fréquentait. Au 31 mars 2009, 73 % des usagers avaient 75 ans et plus et 47 % avaient plus de 80 ans. Un nombre de 24 usagers ont plus de 90 ans, dont 15 fréquentent le centre de jour de Rivière-des-Prairies. De 30 à 50 % des usagers utilisent le transport adapté, ce qui permet de maximiser la présence aux activités thérapeutiques en centre de jour. Près de 75 % de nos usagers en centre de jour ont une aide technique et plusieurs présentent des déficits cognitifs.

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	
	2007-08	2008-09	2007-08	2008-09	2007-08	2008-09
Nouvelles admissions	69	62	45	50	37	34
Usagers desservis	203	194	156	144	153	153
Usagers inscrits au 31 mars	132	145	92	96	119	123
Nombre de jours/présence	6 001	7 036	4 238	4 596	5 578	6 012
Nombres de jours d'activités par année	247	250	245	246	171	180

En 2008-2009

- Une auxiliaire aux services de santé et sociaux des Services de soutien à domicile a été affectée pendant l'heure du dîner dans chacun des centres de jour, soit l'équivalent de 7 heures par semaine. Elle vient en aide à la clientèle nécessitant plus de surveillance, d'accompagnement et de support (dysphagie, déficit cognitif, etc.);
- Une conférence a été organisée par la Société Parkinson pour les usagers et les proches aidants du centre de jour de Rivière-des-Prairies et de Pierre-Joseph-Triest;
- Des cliniques d'entretien et de vérification de fauteuils roulants ont été organisées dans les centres de jour avec le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau;
- Une formation sur la dysphagie a été offerte par une ergothérapeute du Soutien à domicile aux intervenants des trois centres de jour;
- L'harmonisation des objectifs et de la programmation d'activités pour la clientèle des trois centres de jour a été revue.

Le Centre de jour de Rivière-des-Prairies

Le centre de jour a mis sur pied un groupe d'entraide et de soutien aux proches aidants, animé par une infirmière clinicienne et un travailleur social afin de prévenir l'épuisement. Ainsi, une douzaine de participants se sont rencontrés un fois par mois au cours de l'année. La popote roulante attachée au centre de jour a préparé et livré 4 001 repas à 30 usagers, soit 85 repas par semaine. Un nombre de 30 bénévoles y sont présents sur 4 jours. La thématique au centre de jour cette année s'intitulait « La qualité de vie au quotidien », et intégrait les notions de santé globale suivantes dans les activités offertes à la clientèle, soit : vivre le moment présent, faire 30 minutes d'exercices physiques chaque jour, mieux manger avec le Guide alimentaire canadien, gérer son stress au quotidien, penser positivement pour augmenter l'estime de soi, prévenir les chutes, afin d'être complémentaire au médecin et à la médication.

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

Une journée d'information sur Urgence-santé a été organisée pour la clientèle du centre de jour et leurs aidants naturels ainsi que pour les intervenants du Soutien à domicile du CLSC de Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est. La thématique au centre de jour cette année s'intitulait « L'aventure dans tous les sens » et intégrait des activités sur l'exploration des sens : l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût, le toucher. Dans le cadre de l'harmonisation et de la continuité des services, le Centre de jour a tenu une rencontre avec les intervenants du Soutien à domicile (gestionnaires de cas et auxiliaires) afin de clarifier les services. De plus, l'accueil des usagers de même que le service des repas ont été réorganisés. La popote roulante de François-Séguenot a livré 1 363 repas cette année auprès de 51 personnes différentes.

Le Centre de jour Pierre-Joseph-Triest

Une conférence a été offerte aux usagers et proches aidants du centre de jour sur l'accès à Urgence-Santé. Le prix Phoenix remis lors du Gala reconnaissance du Regroupement des organismes et des citoyens humanitaires d'Anjou (ROCHA) a été remis à une proche aidante d'un usager du centre de jour Pierre-Joseph-Triest.

RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

Le programme de lits de soins posthospitaliers a été créé à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux en 2007 afin de désengorger les salles d'urgence. 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.

Des 231 usagers qui ont utilisé cette ressource de convalescence, en 2008-2009:

- 46 % vivaient seuls;
- 50 % étaient non connus d'un CSSS;
- 47 % provenaient du territoire;
- 79 % sont retournés à domicile avec ou sans services;
- ont séjourné en moyenne pendant 22 jours;

Les trois principales raisons d'admission étaient les lésions traumatiques, les maladies ostéoarticulaires et les prothèses totales de hanche et de genoux.

Le CSSS offre à cette clientèle tous les services professionnels (réadaptation, soins infirmiers, nutrition, services psychosociaux, etc.).

Le 24 novembre 2008, le nombre de places disponibles en soins posthospitaliers est passé de 15 à 22 places. Au 31 mars 2009, le taux d'occupation de ce programme est de 95 %.

Tableau 33 USAGERS DU PROGRAMME DE LITS DE SOINS POSTHOSPITALIERS - MANOIR CLAUDETTE BARRÉ					
ANNÉE	USAGERS	SEXE		ÂGE	
		H	F	75 ans et +	- de 75 ans
2007-08	215	50	165	151	64
2008-09	231	68	163	158	73

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

L'ouverture de la ressource intermédiaire Limoges a eu lieu en juillet 2008. Un nombre de 16 places est disponible pour des usagers dont le domicile n'est plus un endroit sécuritaire mais qui ne nécessitent pas d'aller en centre d'hébergement. Ces usagers présentent des déficits cognitifs et ont besoin de moins de 3 heures de soins par jour.

À l'automne, nous avons eu l'autorisation d'ouvrir une autre ressource intermédiaire de 29 lits pour une clientèle présentant des déficits cognitifs. Celle-ci sera située dans Mercier-Est. Depuis, nous avons participé à l'élaboration des plans de construction avec le promoteur et des rencontres de suivi ont eu lieu chaque mois. L'ouverture est prévue à l'été 2009.

D'ici 2010, le développement de 143 places en ressources intermédiaires est prévu sur notre territoire. En mars 2008, deux nouveaux projets de 32 et de 36 places ont été déposés pour la clientèle présentant des déficiences physiques et des déficits cognitifs.

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'utilisateurs	Nombre d'interventions
2007-08	676	5 403
2008-09	845	6 299

En 2008-2009, cinq groupes ont été organisés et portaient sur les thèmes suivants : la gestion du stress, la créativité, la réinsertion sociale et le soutien aux personnes atteintes de maladies physiques. Ces groupes étaient constitués d'une moyenne de 7,23 participants.

	Nombre de groupes	Nombre de rencontres	Total de participants
2007-08	6	60	421
2008-09	5	75	542

Utilisateurs	Cible	Résultat	Écart
Nombre d'utilisateurs	762	723	-5,1 %
Nombre moyen d'adultes ayant reçu des services de soutien d'intensité variable	40	0	---
La mise en place des services de soutien d'intensité variable du plan d'action en santé mentale est prévue dans une deuxième phase qui n'a pas encore débuté.			

Santé mentale jeunesse

L'équipe de santé mentale dédiée à la jeunesse a été progressivement complétée jusqu'en janvier 2009. Elle est composée des intervenants professionnels suivants :

- une infirmière clinicienne et agente de liaison
- un travailleur social
- une psychoéducatrice
- un psychologue

Entre mai 2008 et mai 2009, l'équipe a reçu 132 demandes de services, dont 109 ont été répondues.

Entente de partenariat avec l'hôpital Rivière-des-Prairies

Dans le cadre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, tous les CSSS de Montréal doivent établir des ententes de services avec les hôpitaux afin d'assurer l'accès et la continuité des services en santé mentale aux enfants, aux jeunes et aux adultes sur leur territoire. L'entente vise à établir, entre le CSSS et l'Hôpital Rivière-des-Prairies, la procédure à suivre pour la prestation des services aux jeunes âgés de 0 à 17 ans ayant des troubles mentaux. Elle précise aussi les modalités de référence ainsi que les services offerts par chaque partenaire.

De cette entente découle la mise en place d'un comité-conjoint clinique pour discuter de nos mécanismes de référence et de dossiers ainsi que la participation d'un agent de liaison ou du pédopsychiatre de l'hôpital aux discussions cliniques de l'équipe, aux six semaines.

De plus, chaque intervenant a reçu une formation pour être en mesure de mieux desservir cette clientèle.

Enfin, un rapport présentant la synthèse de l'ensemble des interventions réalisées par l'équipe a été élaboré afin d'être intégré au dossier de l'utilisateur. Il a pour but, entre autres, de faciliter la référence avec nos partenaires et d'assurer la continuité de l'intervention.

Santé mentale adultes

En février 2008, un comité de coordination a été créé pour la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale adultes.

Des comités constitués de partenaires afin de favoriser le partage des connaissances, de l'expertise, des approches privilégiées et des outils d'évaluation ont été constitués afin de développer les outils de pré-évaluation, les critères d'orientation et la formation.

La mise en place des guichets d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne a été réalisée en novembre 2008. 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, soit deux infirmières, un psychologue et un travailleur social, ont 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.

Une équipe, composée de 12 professionnels, assure les suivis dans les trois CLSC de l'établissement. Comme pour la santé mentale jeunesse, les intervenants ont suivi des formations afin de mettre à jour leur connaissance et de desservir cette clientèle.

PARTENAIRES DU PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN SANTÉ MENTALE ADULTE

LES CSSS DE L'EST DE MONTRÉAL :

- de la Pointe-de-l'Île
- de Saint-Léonard et Saint-Michel
- Lucille-Teasdale

LES HÔPITAUX :

- Louis-H.-Lafontaine
- Maisonneuve-Rosemont

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.

Tableau 36
DÉFICIENCES MULTIPLES

Programme	Nombre d'utilisateurs 2007-08	Nombre d'interventions 2007-08	Nombre moyen d'interventions 2007-08	Nombre d'utilisateurs 2008-09	Nombre d'interventions 2008-09	Nombre moyen d'interventions 2008-09
Déficience Physique	1 298	58 330	44,9	1 363	56 937	41,8
Déficience intellectuelle	574	3 709	6,5	547	3 634	6,6
Troubles envahissants du développement	199	990	5,0	220	969	4,4

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 sont offerts avec l'aide de partenaires 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 2008-2009, 598 familles ont reçu une subvention.

ENTENTE DE GESTION DÉFICIENCES (SERVICES À DOMICILE SEULEMENT)

	Cible	Résultat	Écart
Nombre de personnes recevant des services (DI-TED)	85	88	3,5 %
Nombre moyen d'interventions par usager (DI-TED)	12,34	10,41	-15,7 %
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services	1 362	1 182	-13,2 %
Nombre moyen d'interventions par usager ayant une déficience physique	42,65	46,35	8,7 %

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 famille-jeunesse et adultes, selon l'âge. Seuls les usagers dont le maintien à domicile est compromis à cause de leur handicap sont suivis par les services à domicile, principalement en déficience physique. 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'utilisateurs (DI-TED) recevant des services	439	441	0,5 %
Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique recevant des services	193	157	-18,7 %

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

- Le maintien des services à l'école Irénée-Lussier Annexe École le Caron, école spécialisée en déficience intellectuelle;
- Le Projet éducateur entrepris avec le Centre de réadaptation Gabrielle-Major a permis un repositionnement de l'offre de services auprès de la clientèle adulte. Un soutien est maintenant offert à la clientèle en transition du centre de réadaptation vers l'équipe dédiée en déficiences multiples de notre CSSS. À la suite du projet, le CSSS a procédé à l'embauche d'un éducateur spécialisé qui répond maintenant à cette nouvelle offre de services en 1^{re} ligne.

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
Jeunesse, familles et scolaire	487	2 595
Adultes	127	660
Soutien à domicile	55	532
Total	---	3 787

Nombre de groupes différents rencontrés	Nombre de participants
16	130



LES SERVICES EN MILIEU SCOLAIRE

Les équipes multidisciplinaires en milieu scolaire sont présentes dans les écoles du territoire et offrent des services de suivi individuel aux jeunes et à leurs familles. Nos équipes multidisciplinaires réalisent des consultations auprès du personnel et aussi des projets spéciaux choisis avec les directions d'écoles et la communauté.

Sur le chemin de l'école

Ce projet vise à soutenir les parents et les enfants de 4 ans pour une meilleure entrée à l'école. Il a été conceptualisé en partenariat avec le CSSS et les commissions scolaires de la Pointe-de-l'Île et de Montréal et sera implanté progressivement dans les écoles ciblées du territoire. De plus, il a fait l'objet d'une formation conjointe d'intervenants du CSSS et du personnel scolaire.

Écoles et milieux en santé

Les intervenants pivots du CSSS soutiennent les écoles primaires et secondaires du territoire dans l'implantation de l'approche Écoles et milieu en santé. Cette approche propose des outils et des actions concertées qui visent la réussite scolaire, la santé et le bien-être des jeunes par la promotion et la prévention. Ce programme actualise l'Entente de complémentarité de services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.

Les intervenants pivots du CSSS intègrent leurs interventions dans les écoles à l'intérieur du projet éducatif, du plan de réussite de l'école et du Programme de formation de l'école québécoise. Par le biais des services éducatifs complémentaires, du Projet clinique, des plans d'action des partenaires ou de l'agenda des parents, ils mobilisent le milieu et s'adaptent à la réalité, aux enjeux et au rythme de chacun d'eux, en agissant sur l'ensemble des facteurs-clés qui influencent les choix des jeunes et les affectent.

APPROCHE ÉCOLES ET MILIEU EN SANTÉ **Facteurs-clés du développement des jeunes**

Facteurs individuels :

- estime de soi (perception de soi, satisfaction personnelle, compétences diverses) ;
- compétence sociale (résolution de problèmes, identification de buts, relations...) ;
- habitudes de vie (activités physiques, alimentation, comportements responsables...) ;
- comportements sains et sécuritaires (sexualité, loisirs et sports, déplacements).

Facteurs environnementaux :

- environnements favorables (école, famille, communauté) ;
- services préventifs (services éducatifs, services de santé et de services sociaux...).

En 2008-2009, dans le cadre de ce programme, les intervenants du CSSS ont :

en milieu scolaire

- sensibilisé et mobilisé 25 écoles primaires et 5 écoles secondaires et confié la responsabilité de la démarche à un comité;
- mis à jour l'état de situation dans 4 écoles primaires;
- révisé les actions de promotion et de prévention inscrites au plan de réussite de 4 écoles primaires;
- révisé les pratiques des services préventifs offerts par le CSSS dans 9 écoles primaires et 2 écoles secondaires, en 4 ateliers d'une durée d'une demi-journée chacune, intitulés : «Ateliers sur les meilleures pratiques».

dans la communauté

- sensibilisé, mobilisé le milieu et confié à des comités la responsabilité de la démarche : à Pointe-aux-Trembles, auprès de la Table de concertation jeunesse; à Mercier-Est au comité des saines habitudes de vie; à Anjou au comité jeunesse et dans des organismes de concertation du Haut-Anjou;
- mis à jour l'état de situation dans deux tables de concertation locale;
- révisé les actions de promotion et de prévention d'une table de concertation locale à Pointe-aux-Trembles : concertation jeunesse et projet gangs de rue;
- mis sur pied des mécanismes pour assurer la liaison entre le CSSS, les tables de concertation locale et les écoles et participé, avec les organisateurs communautaires du CSSS, aux tables de concertation jeunesse du territoire pour suivi des dossiers.

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. La vaccination réalisée à l'école pour les jeunes d'âge scolaire occupe une grande part de l'activité de l'infirmière.

CLSC	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions
2007-08	4 335	6 290
2008-09	5 883	7 695

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 ou réfère les élèves aux ressources appropriées.

Dans les écoles, des infirmières du CLSC offrent des services de consultation aux adolescents sous forme de clinique jeunesse. Elles informent, évaluent et font de l'éducation à la sexualité, notamment sur la contraception régulière et d'urgence.

	Nombre de rencontres groupe	Nombre de participants
2007-08	242	6 221
2008-09	379	10 167

L'harmonisation des ordonnances collectives, en particulier celles concernant le plan B (contraception), va permettre d'uniformiser les services en santé sexuelle secondaire et d'offrir une plus grande efficacité de services préventifs auprès des jeunes, tout en prévenant les grossesses à l'adolescence.

Hygiène dentaire en milieu scolaire

L'équipe d'hygiénistes dentaires 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 3 415 jeunes de maternelle et de 3^e année.

Les hygiénistes dentaires appliquent aussi du fluor à des enfants vulnérables à la carie. La technique de fluorisation est maintenant harmonisée dans tous les CLSC. En 2008-2009, un projet d'application d'agent de scellement a eu lieu dans une école du territoire et, l'an prochain, nous projetons d'implanter cette activité dans d'autres écoles du territoire.

De plus, 1 141 jeunes ont fait l'objet d'un suivi relié aux problèmes rencontrés, pour un total de 1 895 interventions. Enfin, 199 activités de groupe ont permis de diffuser à 4 174 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. Les intervenants sociaux suivent des enfants en difficulté scolaire ou familiale, avec l'autorisation des parents.

CLSC	Nombre d'usagers	Interventions individuelles
Total	1 726	9 310

En outre, le CSSS a organisé 58 rencontres avec un contenu éducatif auxquelles ont participé 2 085 élèves. Le CSSS a aussi réalisé 540 interventions auprès de 137 élèves du Cégep Marie-Victorin.

CLSC	Nombre de groupes différents rencontrés	Nombre de rencontres	Nombre de participants
Éducation	58	---	2 085
Autres	14	92	622

Enfin, l'équipe Jeunesse scolaire des trois CLSC a harmonisé ses pratiques. Un document de référence a été produit et sert de base pour les services offerts aux familles, aux écoles et dans la communauté. Cette année, cette démarche a été enrichie par une réflexion en quatre

ateliers sur les meilleures pratiques à intégrer dans nos milieux, entre autres, la jeunesse, la famille, à l'école 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 2008-2009, 24 protocoles d'entente ont été signés avec les 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

La mission du CSSS est indissociable de l'amélioration des conditions de vie des gens, de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion qui touche les groupes les plus vulnérables. Agir sur les facteurs collectifs qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des individus, voilà justement la raison d'être de l'organisation communautaire.

L'organisation communautaire s'inscrit en complémentarité aux autres services offerts par le CSSS. Elle s'appuie sur les forces vives du milieu et joue essentiellement un rôle de mobilisation et de soutien en vue de la réalisation de projets concrets avec et pour la communauté. Elle soutient le développement des communautés par une stratégie de renforcement du pouvoir d'agir ainsi que l'autonomie des individus et des communautés.

Moyens privilégiés :

- Travailler en concertation et en complémentarité avec les autres intervenants du CSSS de même qu'avec les groupes communautaires;
- Soutenir le développement de rapports de confiance avec les collègues et les partenaires;
- Employer une communication stratégique et transparente.

Durant l'année, l'équipe d'organisation communautaire s'est impliquée dans :

- L'élaboration d'un cadre de référence en organisation communautaire visant l'harmonisation de la pratique en fonction de la nouvelle réalité organisationnelle et territoriale.
- La visite du territoire de la Pointe-de-l'Île : notre territoire est composé d'une ville et de quatre quartiers bien définis avec des particularités spécifiques concernant leur population, leur environnement et leur désir d'amélioration pour une meilleure qualité de vie. Afin de mieux les découvrir, deux visites du territoire ont été organisées pour les membres du conseil d'administration du CSSS et ceux de la Table régionale en aménagement et environnement.
- Participation à la mise sur pied de la Table régionale de concertation en Aménagement et environnement de la Pointe-de-l'Île visant à :
 - favoriser une meilleure desserte de transport en commun et un meilleur aménagement du territoire;

- faire la promotion d'un environnement sain et d'une meilleure qualité de l'air;
- favoriser une meilleure accessibilité alimentaire (fruits et légumes frais);
- soutenir et conseiller les organismes communautaires qui ont des missions environnementales tels la Zone d'Intervention Prioritaire Jacques Cartier et le Collectif en environnement de Mercier-Est.

CLSC	Nombre d'usagers communautaires	Nombre d'interventions
Total	50	799

Contributions dans les milieux, par secteur

En soutenant le développement des communautés dans les arrondissements du territoire, l'équipe d'organisation communautaire s'est investie dans les projets suivants :

Mercier-Est

- Le soutien à la démarche de revitalisation urbaine intégrée (RUI) dans la partie sud du quartier, dans les secteurs suivants:
 - agriculture urbaine et verdissement
 - sécurité alimentaire
 - aménagement et environnement
 - animation de milieu
 - transport durable / transport en commun et transport actif
 - sécurité urbaine
- Le soutien à la mise en place d'un projet pilote *Quartiers verts, actifs et en santé* dans la zone de revitalisation urbaine intégrée de Mercier-Est (RUI). Le projet vise l'amélioration de l'environnement bâti afin de favoriser les modes de transport durables, particulièrement les transports actifs;
- La participation à l'initiative du milieu pour la mise en place d'une démarche en *Saines habitudes de vie* pour la population 0-100 ans de Mercier-Est;
- Le soutien à la démarche *Forum 2010* en développement social de Solidarité Mercier-Est.

Rivière-des-Prairies

- La participation aux concertations sectorielles, multisectorielles et en multiréseaux, ainsi que la mobilisation d'acteurs autour de grands enjeux collectifs tels que: la sécurité alimentaire, le logement social, le transport, etc.;
- La sensibilisation du milieu quant à des situations d'exclusion et d'inégalités sociales.

Anjou

- Le soutien à la mise en place de nouvelles concertations locales portant sur : la pauvreté et la sécurité alimentaire, le transport, les aînés, la jeunesse et le Haut-Anjou, de même que la prévention des abus envers les aînés;
- Le soutien à la réalisation du 1^{er} Forum de développement social et à ses activités telles que: la consultation des citoyens, la réalisation de portraits thématiques et globaux, les activités pré-forum, et post-forum, le soutien à l'identification de stratégies de mobilisation et de participation citoyenne;
- La sensibilisation et la conscientisation à différents enjeux et problématiques en lien avec les déterminants de la santé.

Pointe-Aux-Trembles et Montréal-Est

- Le soutien et la participation aux comités en sécurité alimentaire : magasin partage de Noël et de la rentrée scolaire, implantation du marché public;
- Le soutien à la réalisation de projets pour les personnes âgées en perte d'autonomie : Habitations Mainbourg et le site Sainte-Germaine-Cousin;
- La participation à la réalisation du Projet « Ma sexualité m'appartient »;
- Le soutien à la concertation des aînés et la participation à la réalisation du Bal des aînés.

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 sur la santé et sur les mesures de contrôle disponibles, de mettre en place les activités de surveillance médicale et environnementale 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 186 entreprises et a rejoint 8 052 travailleurs par 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.

Cette année, nous constatons une diminution des travailleurs rejoints et des entreprises visitées. Cette situation est principalement due au problème chronique de recrutement et de rétention de techniciens en hygiène du travail dans notre réseau. En effet, l'équipe a dû composer avec deux techniciens en hygiène en moins durant presque toute l'année 2008.

D'ailleurs, un comité régional et un comité provincial se sont formés en vue de trouver des solutions à ce problème qui nous empêche de remplir complètement nos mandats et notre mission en santé au travail.

La démarche hors-normes, enclenchée en 2006, a occupé une grande partie du temps de l'équipe. 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). Les faits saillants couvrant la période 2006 à 2008 font état des résultats suivants pour notre CSSS.

- 58 signalements à la CSST
- Environ 275 travailleurs concernés
- 6 contaminants les plus souvent mis en cause :
 - silice cristalline quartz
 - bois dur ou mou, sauf cèdre rouge
 - certaines poussières non classées
 - monoxyde de carbone
 - fumées de soudage
 - plomb et ses composés inorganiques
- 33 situations corrigées ou constats d'une exposition contrôlée
- 25 situations en cours de traitement

Un autre facteur de risque a nécessité des interventions de la part de notre équipe : les troubles musculosquelettiques (TMS). En effet, ces troubles représentent plus de 40 % des coûts d'indemnisation pour lésions professionnelles. Les TMS causent des problèmes aux muscles, aux articulations et aux tendons, le plus souvent au dos, aux jambes et aux bras. Pour ces raisons, les équipes de santé au travail ont reçu comme mandat de sensibiliser les milieux de travail par diverses activités d'information, et ce, lors de l'élaboration ou la mise à jour du programme de santé. Au cours de l'année 2008, 38 entreprises ont reçu divers outils d'intervention.

Nous ne pouvons passer sous silence le risque d'intoxication aux cyanures et/ou à l'acide fluorhydrique. Ce risque est présent dans certaines de nos entreprises. Un document régional est à venir afin de mieux soutenir les milieux de travail dans l'organisation des premiers secours et des premiers soins en lien avec ce risque. Douze établissements sont concernés et annuellement, nous devons nous assurer entre autres de la formation des secouristes et du maintien de la conformité des éléments exigés.

Finalement, des intervenants de l'équipe ont participé à la réalisation d'un document vidéo portant sur le travail réalisé dans les équipes de santé au travail, disponible sur Internet au <http://www.santepub-mtl.qc.ca/public/espacevideo.html> Garder notre monde en santé... au travail et le titre est « Des milieux de travail exempts de menaces à la santé ».

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. Au printemps 2008, la crue des eaux de la rivière des Prairies nous a tenus en alerte pendant une semaine. Nous étions en contact constant avec la sécurité civile et l'arrondissement afin d'assurer la sécurité des riverains. Deux incidents importants causant des décès dans des usines sur notre territoire et deux incendies majeurs ont nécessité une mobilisation de notre part, par contre sans intervention spécifique.

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.

Le plan de mesures d'urgence de chacune des installations du CSSS a été validé par la tenue d'exercices bien spécifiques en lien avec les risques possibles. Le personnel a été mis à contribution lors de ces exercices et la mobilisation et le souci d'intervention ont été significatifs et rassurants pour notre clientèle et nos résidents. L'ensemble des employés a reçu une formation sur ces plans de mesures d'urgence et des rappels semestriels ont été mis en place.

Dans le dossier de plan de lutte contre la pandémie d'influenza, quelques équipes de travail ont mis en place la structure opérationnelle de nos sites de soins non traditionnels (SNT) et ont planifié le volet vaccination des travailleurs de la santé. Nous avons rencontré les organismes communautaires du territoire pour les sensibiliser à préparer un plan d'action pour leur organisme et avons apporté du soutien à quelques-uns. Finalement une mise à jour complète de notre plan de lutte contre la pandémie a été confirmée à l'Agence de santé à la fin de l'année financière.



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 44 STAGES ET ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION	Nombre de stages
Cégep de Maisonneuve	17
Cégep de Sorel-Tracy	1
Cégep du Vieux-Montréal	3
Cégep Marie-Victorin	7
Centre Daniel-Johnson	5
Centre de formation professionnelle Calixa-Lavallée	2
Centre de formation professionnelle Lac-Abitibi	2
Centre de formation professionnelle des Patriotes	2
Collège Ahuntsic	22
Collège de Rosemont	2
Collège Édouard-Montpetit	1
École des Hautes Études en santé publique, Rennes	1
École des métiers des Faubourgs	243
École secondaire Jean-Grou	1
Université de Limoges	1
Université de Montréal	20
Université du Québec à Montréal	7
Université du Québec à Trois- Rivières	1
Université McGill	4
Université de Paris 13	1
Total	343

TABLEAU 45 STAGES ET DISCIPLINES DE FORMATION	Nombre de stages	Nombre de jours de stage
Administration	3	134
Assistance aux bénéficiaires en établissement	24 *	264
Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile	8	120
Assistance technique en pharmacie	5	59
Communication-relations humaines	1	30
Comptabilité	1	20
Cuisine d'établissement	4	70
Environnement, hygiène et sécurité au travail	1	60
Ergothérapie	1	1
Gérontologie	1	19
Gestion de réseaux Linux et Windows	1	45
Gestion et prévention environnementale	1	50
Médecine	2	2
Multi-disciplines (observation)	1	5
Psychologie	1	60
Psychologie et sociologie	1	2
Santé, assistance et soins infirmiers	205 *	2 224
Sciences infirmières	20	568
Secrétariat	4	60
Service social	6	540
Sexologie	1	60
Soins infirmiers	13	48
Techniques d'archives médicales	22	177
Techniques d'éducation spécialisée	1	60
Techniques d'hygiène dentaire	5	32
Techniques de diététique	4	160
Techniques de réadaptation physique	5	171
Techniques de travail social	1	60
Total (nombre d'étudiants : 338)	343	5 101

* 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 46 - INVENTAIRE DES RECHERCHES EN COURS ENTRE LE 1 ^{ER} AVRIL 2008 ET LE 31 MARS 2009		
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.
Louise Fournier, Institut national de santé publique du Québec	Pour une meilleure qualité des soins et services de première ligne en santé mentale	- Outiller et soutenir les acteurs impliqués dans les soins et services de première ligne en santé mentale; - Étudier les facteurs contextuels et organisationnels facilitant ou entravant l'implantation de telles stratégies
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.
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 œuvrant 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.
Dr André Dascal, Département de médecine, microbiologie et immunologie, Université McGill	La capacité et la volonté des travailleurs de la santé à se présenter au travail en période de pandémie d'influenza.	Estimer le nombre de travailleurs prêts à se présenter au travail dans l'éventualité d'une pandémie et identifier les meilleurs moyens de garantir une présence adéquate au travail pour toutes les clientèles du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau montréalais.

CHERCHEUR	TITRE	OBJECTIFS
Madame Josiane Le Gall, CSSS de la Montagne	Le point de vue des intervenants sur les défis et enjeux posés par la diversité religieuse dans les pratiques professionnelles en CSSS.	Dégager : - les manifestations de la religion dans l'intervention ; - les différentes questions soulevées par ces situations ; - les stratégies et solutions proposées ou adoptées par les intervenants.
Suzanne Dessureault, étudiante à la maîtrise en travail social, UQAM et organisatrice communautaire au CSSS Jeanne-Mance.	Des pratiques gestionnaires pluralistes dans un programme étatique de prévention en périnatalité et petite enfance	Analyser les repères normatifs qui guident les pratiques de gestionnaires responsables des SIPPE face aux problèmes spécifiques rattachés aux aspects contradictoires pouvant exister entre des objectifs d'application standardisée et des objectifs d'accompagnement vers l' <i>empowerment</i> (pouvoirs d'agir) individuel et collectif des jeunes parents pauvres.
Guylaine Chabot, étudiante Université Laval Thèse de doctorat	Étude sur les déterminants individuels et organisationnels concernant l'intention d'adopter un rôle infirmier en milieu scolaire primaire dans le contexte d' <i>Écoles et milieux en santé</i>	Identifier les facteurs individuels et l'intention d'adopter un rôle infirmier en milieu scolaire primaire dans le contexte d'Écoles et milieux en santé
Mark Goldberg	Effets des émissions industrielles sur l'exacerbation des problèmes cardio-respiratoires chez les enfants asthmatiques	Découvrir les polluants de l'air extérieur auxquels sont exposés les enfants asthmatiques de l'Est de Montréal et leurs effets sur la santé pulmonaire. Sujets visés : enfants asthmatiques de 9-12 ans



COMITÉS DES USAGERS

En 2008-2009, le comité des usagers s'est réuni sept fois. Le directeur général ou son représentant participe régulièrement aux rencontres et entretient le comité sur les différents dossiers en cours dans l'organisation. Le commissaire local aux plaintes participe aussi régulièrement aux rencontres du comité. En plus de présenter un sommaire de ses activités, il répond aux préoccupations qui lui sont soumises et qui concernent les droits et responsabilités des usagers et de l'établissement.

Composé de neuf membres qui s'impliquent bénévolement, le comité des usagers représente toutes les personnes qui reçoivent des services de santé et des services sociaux dispensés par les trois CLSC et les quatre centres d'hébergement du CSSS de la Pointe-de-l'Île. Constitué le 1er mai 2006, il est formé de cinq membres élus par la population, représentant divers groupes d'usagers, et d'un membre provenant de chacun des quatre comités de résidents des centres d'hébergement du CSSS.

En début d'année, le comité des usagers a dû remplacer les membres démissionnaires. Mesdames Céline Dubé, Mireille Doré et Lucie Morissette se sont jointes au comité des usagers et monsieur Maurice Roy a accepté de remplacer madame Pierrette Laplante, représentante du Centre d'hébergement Judith-Jasmin, décédée au début du mois de juin 2008.

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 et défendre leurs intérêts;
- 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;
- 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
Courriel :
comitedesusagers.pdi@ssss.gouv.qc.ca

COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE AU 31 MARS 2009

Claire Yeon, présidente
Lise Dagenais, vice-présidente
Gilles Trudel, trésorier
Mireille Doré
Céline Dubé
Johanne Laterreur
Lucie Morissette
Pierre Parent
Maurice Roy

Cette année, le comité s'est penché sur les principaux dossiers suivants :

- L'élaboration d'un dépliant pour faire connaître le comité des usagers et les comités de résidents, en collaboration avec la Direction des communications.
- La démarche d'agrément.
- La nomination d'un membre du comité des usagers au comité Milieu de vie du CSSS.
- La politique concernant les dons qui peuvent être octroyés lors du décès d'un proche des membres du comité.
- Le « Plan de révision de l'offre de services » et les inquiétudes concernant la fermeture du centre de jour de Rivière-des-Prairies.

De plus, les membres ont participé au Congrès provincial des comités des usagers. Un membre a été nommé pour représenter le comité des usagers au colloque du Comité pour la protection des malades.

COMITÉS DES RÉSIDENTS

Il y a quatre comités de résidents, soit un par centre d'hébergement du CSSS.

<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT BIERMANS 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 Ginette Simard, présidente Diane Journault, vice-présidente Maurice Roy, secrétaire Pierrette Laplante, conseillère (démission en cours d'année) Andréa Coutu, conseillère Denise Matte, conseillère</p>
<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT FRANÇOIS-SÉGUENOT Johanne Laterreur, présidente Marie-Rose Lavallée, secrétaire Laurianne Beaulieu, conseillère (démission en cours d'année) Rollande Jodoin, conseillère Pauline Nader, conseillère Richard Pedneault, conseiller</p>	<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT PIERRE-JOSEPH-TRIEST * Jocelyne McNicoll, présidente Roland Fortin, vice-président (démission en cours d'année) Léonie Demers, trésorière Jeannine Chénier, conseillère (démission en cours d'année) Lise Dagenais, conseillère Lionel Martineau, conseiller Marie-Pierre Nolène, conseillère Hélène Quesnel</p>

* Au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest, en janvier 2007, une erreur a été constatée dans la composition du comité : il y avait trois membres de famille au lieu de deux. Il a été convenu de maintenir le nombre de membres à six plutôt qu'à cinq membres, comme les autres centres, et ce, jusqu'à la fin de ce mandat.

BÉNÉVOLAT

Au cours de la dernière année, 260 personnes se sont investies bénévolement au CSSS. La majorité des personnes s'impliquent auprès des résidents vivant en centre d'hébergement. Les autres bénévoles consacrent leur temps en centre de jour, dans les cliniques de vaccination antigrippale, en siégeant au conseil d'administration du CSSS ou à celui de la Fondation du CSSS, ou encore à un des comités de résidents et au comité des usagers.

En 2008-2009, nous avons recensé 38 598 heures de bénévolat réparties de la façon suivante :

Répartition	Heures de bénévolat	%
Centres d'hébergement	28 346	73,5
Centres de jour	8 115	21
Activités administratives et de vaccination	2 137	5,5

Au cours de l'année, les outils de gestion des bénévoles ont été revus par la révision et l'uniformisation des outils de promotion, des fiches d'inscription, des grilles d'entrevue et de référence de l'ensemble de nos installations. Également, afin de favoriser le recrutement des bénévoles, un numéro de téléphone unique permet de joindre le chef des services bénévoles. L'année 2008-2009, marque le début d'un programme de formation pour l'ensemble des bénévoles impliqués au CSSS. Une quarantaine de personnes ont participé à une formation sur l'accompagnement en fin de vie. Cette formation d'une durée de deux jours était animée par les professionnels siégeant au comité Milieu de vie en centre d'hébergement. De plus, en novembre 2008, quelque 29 personnes ont reçu la formation « Démystifions les infections en centre d'hébergement et en centre du jour ».

Enfin, lors de la *Semaine de l'action bénévole 2008*, afin de reconnaître les gestes inestimables que les bénévoles accomplissent envers la clientèle et les résidents, le CSSS a invité l'ensemble de ses bénévoles à la conférence « La passion selon Marcel », animée par M. Marcel Leboeuf.

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.

FONDATION DU CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

Créée en 2007, la Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île est un organisme de bienfaisance dont la vocation est de recueillir des dons en faveur du CSSS afin de soutenir des activités en lien avec sa mission et de développer des projets majeurs ou des initiatives novatrices en santé.

Cette année, la Fondation a identifié les projets auxquels elle souhaite participer au financement, soit : l'implantation du Projet Télésoins destiné à la clientèle de maintien à domicile, la mise sur pied un programme d'activités pour stimuler l'autonomie des résidents et l'acquisition d'équipement spécialisés pour les personnes immobilisées ne pouvant plus se déplacer pour prendre leur repas.

Une première campagne de financement a été menée auprès des usagers du CSSS et a permis de recueillir 7 500 \$.

Le conseil d'administration de la Fondation, constitué de huit représentants, s'est réuni à cinq reprises au cours de l'année 2008-2009.

Parmi les dossiers qui ont retenu l'attention des administrateurs, citons :

- la réalisation, par une firme externe, d'une étude de planification et de faisabilité en vue d'une campagne majeure de financement;
- la poursuite des représentations pour financer le projet Télésoins au soutien à domicile;



- la production d'un plan d'action pour les activités de cueillette de fonds;
- l'adoption d'un document sur l'éthique et les dons de la Fondation;
- l'élaboration d'une identité corporative (visuel, logo, slogan) et la production d'outils promotionnels (dépliant, papeterie...).

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA FONDATION
DU CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

Me Jacques Lamoureux, président
M. André Gagnière, secrétaire
M. Pierre Parent, trésorier
M. Pierre Frattolillo
M. Roland Laperrière
Mme Cécile Légaré
M. Michel Milot
M. Yan Rivard

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 auxiliaires aux services de santé et sociaux.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Principales activités réalisées par le comité exécutif du CMDP au cours de l'année :

- **Avis ou recommandations déposés au conseil d'administration et suites apportées à ces avis :**

- Une recommandation visant l'augmentation du délai de conservation des dossiers médicaux.
- L'adoption de cinq nouvelles ordonnances collectives.

- **Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique**

- Une recommandation a été formulée à la Direction des soins infirmiers concernant le vaccin Pneumovax. Pour tout le CSSS, le CMDP a recommandé que les infirmières donnent le vaccin Pneumovax (selon les indications déjà reconnues pour ce vaccin) aux patients ne l'ayant pas reçu ou à ceux qui ignorent leur état vaccinal antérieur, lors des cliniques de vaccination antigrippale.
- Travaux sur l'organisation de la section médicale dans le dossier de l'utilisateur afin d'élaborer un dossier unique pour les trois CLSC. Harmonisation de feuilles de travail en lien avec le dossier médical.

- **Comité de pharmacologie**

Présentation de plusieurs procédures en lien avec la centralisation de la pharmacie et la réorganisation du travail au sein des services de la pharmacie, des soins infirmiers et des services médicaux.

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDP

Dre Francine Bastien, présidente
Dre Manon Blais, vice-présidente
Dre Evelyn Morin, secrétaire
Dre Danièle Lemieux, trésorière
Dr Jacques Archambault
Dre Johanne Bruneau
Dr Doan Trang Do
Dr Michael Rubino
Dr Pierre Shebib
M. André Gagnière, directeur général du CSSS
Dr François-Yves Prévost, directeur des Services médicaux
Avec la participation de M^{me} Nathalie Loiseau, conseillère cadre

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Principales activités réalisées par le comité exécutif du CM au cours de l'année :

En 2008-2009, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire s'est réuni six fois. Il a rencontré le directeur général, le directeur général adjoint, le directeur des Ressources humaines et le directeur de la Qualité, de l'Éthique, de la Santé publique et des Services multidisciplinaires sur les objectifs et les orientations de la direction générale.

Il a également rencontré la directrice des Services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique, concernant le plan d'action de sa direction.

Le commissaire aux plaintes a également rencontré le comité exécutif pour lui présenter un sommaire de ses activités et répondre aux préoccupations des membres.

Le comité exécutif du CM est représenté au sein du comité de gestion des risques et au comité de l'enseignement. La conseillère à l'enseignement, à la recherche et au développement de programme a rencontré les membres afin de susciter l'implication d'un membre du CM au comité consultatif. Ce comité a comme mandat de formuler des recommandations et d'élaborer un plan d'action relativement à l'enseignement et les stages.

En ce qui concerne la communication avec ses membres, le comité exécutif a amélioré le processus de distribution du journal. Il utilise l'intranet pour diffuser les comptes rendus, le journal et le rapport annuel aux membres.

Suite au dépôt d'une pétition de l'équipe DI-TED sur leur déménagement, le comité exécutif a convoqué la direction, soit messieurs Stéphane Rousseau et Pierre Levac, pour faire le point sur la situation. Ce dossier demeure une préoccupation majeure pour le comité exécutif.

Lors de la démarche d'agrément, les équipes de travail ont fait ressortir une problématique au niveau du climat de travail. Le comité exécutif demeure préoccupé par la question.

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CM

Lucie Bernier, présidente, éducatrice, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Yvan Tremblay, vice-président, organisateur communautaire, CLSC de Rivière-des-Prairies
Johanne Laventure, secrétaire, technicienne en éducation spécialisée, CLSC de Mercier-Est-Anjou
Dolorès Brice, travailleuse sociale, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Véronica Loffreda, psychologue, CLSC de Mercier-Est-Anjou
André Majeau, directeur de la Qualité, de l'Éthique, de la Santé publique et des Services multidisciplinaires
André Gagnière, directeur général du CSSS

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Principales activités réalisées par le comité exécutif du CII au cours de l'année :

- Création d'une grille sur l'orientation du personnel de soins en hébergement;
- Poursuite des travaux sur l'application de la Loi 90 : la réorganisation des soins infirmiers, IPS.
- Réponse formulée aux infirmières de la santé scolaire concernant l'initiation de la contraception hormonale;
- Recommandation au directeur général sur le rapport du coroner portant sur le rapport d'enquête entourant le décès d'une usagère;
- Recommandation à la directrice des soins infirmiers sur l'acte concernant la glycémie capillaire par bandelettes réactives;
- Présentation du champ de pratique de l'infirmière auxiliaire;
- Présentation par la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, lors de l'assemblée générale annuelle, sur les défis et les effectifs en soins infirmiers au cours des prochaines années;
- Présentation des ordonnances collectives;
- Participation active à la consultation de certains dossiers : infirmière praticienne spécialisée de première ligne, règles de soins infirmiers, formation, recrutement, soins des plaies, éclosions, plan thérapeutique infirmier, nouvelles pratiques, ordonnances collectives;
- Soutien aux travaux de sous-comités : maintien et promotion de la compétence, appréciation de la qualité des actes infirmiers, communications et CECIIA;
- Production d'une liste d'acronymes administratifs utilisés dans le réseau de la santé;
- Révision du guide d'accueil des stagiaires et recommandations formulées à la responsable de la recherche, de l'enseignement et du développement de programme;
- Production du journal Le Point CII;
- Représentation à divers comités au sein de l'établissement : éthique clinique, milieu de vie, gestion des risques, de stages, comité aviseur du Projet clinique.

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CII

Lucie Benoit, présidente, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Linda Doré, vice-présidente, CLSC de Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est
Nathalie Rochon, secrétaire, CLSC de Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est
Nathalie Gravel, CLSC de Mercier-Est—Anjou, ressources intermédiaires et non-institutionnelles
Monique Habel, présidente du CIIA (jusqu'en novembre 2008),
Geneviève Lavallée, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Nathalie Loiselle, CLSC de Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est
Hélène Mailloux, Centre d'hébergement Judith-Jasmin
Josée Ricard, présidente du CIIA, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Hélène Ricci, Centre d'hébergement François-Séguenot
Danielle L.-Sasseville, directrice des Soins infirmiers
Pierre Levac, directeur général adjoint du CSSS

COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES (CIIA)

Principales activités réalisées par le comité exécutif du CIIA cours de l'année:

- Poursuite des travaux sur le rôle de l'infirmière auxiliaire (Loi 90);
- Poursuite des travaux sur l'harmonisation des pratiques dans nos quatre centres d'hébergement;
- Participation à la production d'une liste sur les acronymes administratifs utilisés dans le réseau de la santé;
- Participation active à la consultation de certains dossiers : infirmière praticienne spécialisée de première ligne, plan thérapeutique infirmier, nouvelles pratiques en soins infirmiers, formation;
- Représentation à divers comités au sein de l'établissement : milieu de vie, gestion des risques, de stages, comité aviseur du Projet clinique.

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CIIA

Josée Ricard, présidente, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Marie Nirva Joseph, vice-présidente, Centre d'hébergement Judith-Jasmin
Monique Habel, présidente, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest (démission 3 décembre 2008)
Carole Trudel, vice-présidente, Centre d'hébergement Biermans (démission 8 octobre 2008)
Lorraine Bordeleau, secrétaire, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
Gisella Casati, Centre d'hébergement Biermans (démission 3 décembre 2008)
Marie Mirka Dorisma, Centre d'hébergement Biermans
Patricia Loidort, Centre d'hébergement François-Séguenot (démission 8 octobre 2008)
Lucie Benoit, présidente du CII
Danielle L.-Sasseville, directrice des Soins infirmiers du CSSS

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

Le comité des auxiliaires aux services de santé et sociaux est composé de huit personnes soit la coordonnatrice du Soutien à domicile et sept auxiliaires aux services de santé et sociaux choisies par et parmi celles-ci : deux de chacun des services de Soutien à domicile en CLSC et une provenant du programme Petite enfance famille du CSSS de la Pointe-de-l'Île, sans égard aux CLSC.

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CASSS

Viviane Montignard, présidente, Soutien à domicile, CLSC de Rivière-des-Prairies
Pascale Bazin, Petite enfance, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Sylvie Cardinal, Soutien à domicile, CLSC de Rivière-des-Prairies
Josiane Froville, Soutien à domicile, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Denise Gagnon, Soutien à domicile, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Nancy Smith, Soutien à domicile, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
Gilles Vallières, Soutien à domicile, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Claudine St-Louis, coordonnatrice du soutien à domicile



LES SOINS INFIRMIERS

Cette année, la Direction des soins infirmiers a consacré une large partie de ses activités à dispenser de la formation afin de mettre à niveau les connaissances du personnel en soins infirmiers, de même que certains autres titres d'emploi :

Formation	Catégories de personnel		
	Infirmières et infirmières auxiliaires	Préposés aux bénéficiaires	Autres*
Réanimation cardio-respiratoire (RCR-DEA)	208	---	---
Ordonnances collectives	127	---	---
Plan thérapeutique infirmier (PTI)	256	---	---
Règles de soins infirmiers	20	---	---
Pratiques de base et précautions additionnelles	44	---	11
Priisme diabète	4 (infirmières)	---	---
Heimlich		5	8

* Personnel de la cuisine, de la réception, des loisirs ainsi que le personnel de l'entretien et de la salubrité.

De plus, la Direction des soins infirmiers, par le biais de son personnel dédié à la prévention et au contrôle des infections, a informé et formé le comité des résidents et les bénévoles sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, ainsi que répondu aux demandes des organismes communautaires, des ressources privées et intermédiaires.

Comité de résidents et résidents	Bénévoles	Organismes communautaires et ressources intermédiaires
66 personnes	75	101 personnes

Dans le cadre de la certification des résidences privées, la Direction a produit une règle de soins et un guide qui encadrent la pratique des intervenants non-professionnels en ce qui concerne les activités de soins confiées et l'administration des médicaments telles que le confère la loi 90.

Dans la foulée des nouvelles pratiques professionnelles, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services médicaux ont travaillé le dossier de l'infirmière praticienne spécialisée de 1^{re} ligne. Cette nouvelle ressource soutiendra l'équipe médicale dans la prise en charge des clientèles vulnérables.

La Direction des soins infirmiers a participé aux travaux de l'établissement en ce qui concerne sa responsabilité populationnelle et l'engorgement des urgences des centres hospitaliers en produisant, de concert avec la Direction des services médicaux et la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique, un outil de communication qui renseigne sur la situation clinique du résident hébergé qui doit être transféré vers une urgence d'un centre hospitalier.

Enfin, tout au cours de l'année, la Direction des soins infirmiers s'est penchée sur les dossiers suivants :

- les ordonnances collectives;
- les activités de soins confiées aux non professionnels;
- le champ d'exercice des infirmières cliniciennes, techniciennes et des infirmières auxiliaires;
- le recrutement infirmier;
- l'application de la Loi 90;
- l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne;
- le déploiement et l'application du plan thérapeutique infirmier.

LA GESTION DES RISQUES

Pour assurer la sécurité des services, les incidents et les accidents font l'objet d'une analyse qui identifie les causes ainsi que les mesures correctives et préventives à instaurer pour en éviter la récurrence. En 2008-2009, 3 450 incidents et accidents ont été signalés pour nos sept installations.

Bien que, depuis les trois dernières années, le taux des déclarations ne fait qu'augmenter, il est très important de noter que les accidents avec conséquences majeures sont, eux, en diminution constante.

Comme on peut le constater, les chutes et les erreurs de médication sont les principaux incidents et accidents les plus souvent déclarés depuis ces dernières années.

Incidents et accidents

Un nombre 1 108 sont des incidents, 2 306 sont des accidents sans conséquence et 36 sont des accidents avec conséquences majeures, dont 26 proviennent de chutes.

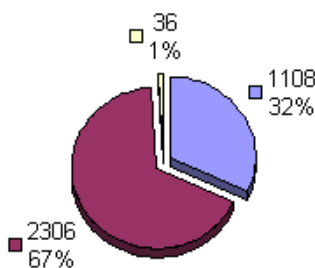


Tableau 50 INCIDENTS ET ACCIDENTS SURVENUS EN 2008-2009 (AH-223)		Nombre
Chutes imprévisibles		979
Médication		614
Blessure d'origine inconnue		388
Chutes répétitive		359
Pharmacarte		224
Blessure connue		165
Agression		152
Prélèvement		72
Équipement et matériel		61
Erreur liée au dossier		59
Non respect d'une procédure		50
Disparition		46
Fugue		46
Vaccination		22
Plaie de pression		17
Service alimentaire		15
Bris de confidentialité		3
Situation à risque		178
Total		3 450

À cet effet, le comité de prévention des chutes et le comité pharma-soins ont poursuivi leurs travaux cette année afin d'apporter des mesures correctives. Ils ont travaillé à la mise en place de moyens visant à améliorer nos processus internes dans le but de prévenir de futurs incidents ou accidents.

Le comité pharma-soins

Le comité pharma-soins a pour mandat de régler les problématiques en lien avec les erreurs de pharmacie et celles liées aux médicaments. Il assure un partenariat étroit entre la pharmacie et les soins infirmiers pour améliorer la qualité des services auprès des résidents.

Les objectifs du comité sont de :

- diminuer le nombre d'erreurs de médicaments et de pharmacartes;
- réduire les accidents d'administration des médicaments liés aux pharmacartes;
- analyser les rapports statistiques en lien avec les erreurs de médicaments;
- formuler des recommandations pour améliorer la qualité des soins aux résidents;
- améliorer les procédures de distribution et de livraison des médicaments;
- valider les politiques et procédures du circuit des médicaments.

COMPOSITION DU COMITÉ PHARMA-SOINS

Conseillère cadre à la Direction des Soins Infirmiers
Pharmacien chef
Conseillère cadre à la Direction des services médicaux
Conseillère cadre à la qualité des services et gestionnaire des risques,
Infirmières et infirmières auxiliaires des quatre centres d'hébergement

Le comité opérationnel pharma-soins en milieu d'hébergement dépose les résultats de ses travaux et ses orientations au comité de gestion des risques. Les membres du comité sont responsables d'informer les directions des pistes d'actions et les solutions qu'ils envisagent afin de contrer les risques d'accidents et d'incidents reliés à l'utilisation des pharmacartes dans nos installations d'hébergement.

Cette année le comité pharma-soins s'est penché sur les activités suivantes :

- L'harmonisation des politiques et procédures de la pharmacie dans les 4 centres d'hébergement;
- La centralisation de la pharmacie au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest en norme avec l'agrément;
- La problématique des pharmacartes qui décollent : une résolution a été apportée;
- Les mesures d'application du timbre Fentanyl/Duragésic (procédure et règles de soins);
- La mesure d'utilisation d'une ampoule unique (Morphine);
- La sensibilisation aux ressemblances de médicaments;
- Les drogues ciblées par rapport aux nouvelles normes demandées par l'agrément;
- L'harmonisation de la pharmacie de dépannage dans les 4 centres d'hébergement;
- La problématique de trou sur les prescriptions d'unités de mesure d'insuline inscrites sur les feuilles de registre des médicaments : une résolution a été apportée;
- L'utilisation restreinte de la pharmacie de dépannage dans les 4 centres d'hébergement (gestion des clés à l'unité de soins);
- La procédure de conservation des pharmacartes à l'unité de soins pour les hospitalisations de plus de 24 heures (harmonisée dans les 4 centres d'hébergement).

Le comité de gestion des risques

Tel que prévu dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi qu'au Règlement de notre établissement, le comité de gestion des risques a poursuivi la promotion de la culture de sécurité et l'analyse des événements avec conséquence majeure survenus dans nos installations.

L'année 2008-2009 a permis au comité 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 s'est réuni à huit occasions cette année.

La Direction de la qualité, de l'éthique, de la santé publique et des services multidisciplinaires a informé régulièrement le comité de vigilance et de

la qualité du conseil d'administration quant aux divers aspects de la sécurité et de la qualité des soins et des services. Cette année, le conseil d'administration a adopté la révision de la politique et procédure de déclaration d'incidents et d'accidents, le Règlement sur la divulgation d'un accident ainsi que la révision du Règlement sur le fonctionnement du comité de gestion des risques.

Plusieurs recommandations ont été émises à la suite d'une analyse plus approfondie de certains événements dans le but d'améliorer la sécurité des usagers, notamment les recommandations portant sur les sujets suivants:

- La mise en place de mesures préventives reliées au bénévolat;
- l'utilisation du méthotrexate;
- les situations en cas de non réponse d'un usager des services de soutien à domicile.

Lors d'accidents avec conséquences majeures, la gestionnaire de risques achemine une déclaration à la Direction des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux (AQESSS). Cette année, aucune réclamation n'a été présentée pour le CSSS de la Pointe-de-l'Île.

Un plan de formation en gestion des risques a été élaboré dans le but de renforcer une compréhension commune de l'approche de la gestion des risques et l'engagement de chacun des acteurs de l'organisation à en faire une priorité.

Cette année encore, la conseillère cadre à la qualité des services et gestionnaire de risques a offert plusieurs formations en gestion des risques à 325 employés afin de promouvoir la culture de déclaration des incidents et accidents. Un nombre de 30 formations plus

COMPOSITION DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

André Majeau, directeur de la Qualité, de l'Éthique, de la Santé publique et des Services multidisciplinaires
Mary-Eve Loux, conseillère cadre à la qualité des services et gestionnaire des risques
Cécile Légaré, désignée par le CA et présidente du comité de gestion des risques
Dre Élisabeth Daviault, désignée par le CMDP
Lucie Benoit, désignée par le CII
Lorraine Bordeleau, désignée par le CIIA
Membre désigné par le CM (poste vacant)
Josiane Froville, employée para-technique de la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (Soutien à domicile)
Mario Biuzzi, cadre de la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (centre d'hébergement)
Anne Loiselle, chef du Service de santé et sécurité au travail
Hélène Foisy, conseillère cadre à la Direction des soins infirmiers
Gilles Trudel, désigné par le comité des usagers
Marcel Jean, désigné par la Direction des ressources techniques et des immobilisations

spécifiques ont été données auprès de tous les gestionnaires sur les nouveaux rapports AH-223, volet « Analyse et Divulgateion. »

Enfin, une démarche a été entreprise en fin d'année afin d'identifier des nouvelles stratégies susceptibles d'améliorer l'appropriation d'une culture de gestion des risques pour l'ensemble des acteurs du CSSS. En collaboration avec la Direction des communications, un plan de communication spécifique à la gestion des risques fera partie des prospectives pour l'année 2009-2010.

ÉTHIQUE

Comité d'éthique clinique

Le comité d'éthique clinique du CSSS a été mis sur pied en mars 2007. Ce comité consultatif a pour but de réfléchir, d'échanger et de donner des avis sur des questions éthiques liées à la dispensation des soins et services. Il apporte une aide à la prise de décision, généralement lors de situations complexes, après clarification des dimensions cliniques. De plus, il vise la promotion d'attitudes et de comportements éthiques dans les activités cliniques offertes par l'ensemble du personnel soignant de l'établissement.

Au cours de l'année, le comité a émis deux avis éthiques qui ont aussi donné lieu à deux fiches éthiques: le refus de soins par une personne inapte, les sorties sans permission d'un usager.

COMPOSITION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

France Charron, infirmière chef d'unité, membre du comité jusqu'en août 2008

Marguerite Deschamps, présidente du comité jusqu'en octobre 2008

Jasmine Foulem, ergothérapeute

Geneviève Lavallée, infirmière, membre du comité depuis janvier 2009

André Majeau, président du comité depuis novembre 2008

Murielle Pépin, conseillère externe en éthique clinique

Liliane Perreault, intervenante psychosociale

François-Yves Prévost, médecin

Élodie Petit, juriste, membre du comité jusqu'en octobre 2008

Alain Klotz, avocat spécialisé en droit de la santé, à compter de mars 2009

Les membres du comité ont bénéficié de deux formations, l'une portant sur « L'éthique de la discussion », et l'autre portant sur « Le consentement aux soins, aspects juridiques ». Les membres ont également assisté à une présentation sur l'approche Milieu de vie.

Des situations éthiques portées à l'attention du comité ont donné lieu à des réflexions et balises éthiques, notamment sur le bénévolat, les conflits d'intérêt, la politique de réanimation cardio-respiratoire et l'objection de conscience. Ces documents de réflexion sont actuellement en cours de consultation auprès des personnes concernées. Éventuellement, ils seront diffusés à l'ensemble du personnel.

Le comité entend clarifier la pertinence de son rôle et promouvoir son plan d'action par des activités éducatives dans chaque installation sur des thèmes ou problématiques qui concernent les membres du personnel dans leur équipe de travail. De même, les directions seront invitées aux rencontres du comité pour faire part de leurs préoccupations éthiques dans leur sphère d'activités, créer des liens avec le comité et faire la promotion de l'éthique clinique et de sa contribution dans la qualité des soins et des services.

Comité de vigilance et de la qualité des services

Le 18 avril 2006, dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration crée un comité de vigilance et de la qualité des services. Ce comité est responsable d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la loi ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Ce comité se compose de six personnes, dont le directeur général, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et le directeur de la qualité. Les trois autres personnes sont choisies par le conseil d'administration ses membres qui ne travaillent pas ou n'exercent pas leur profession dans l'établissement. Une des personnes doit être désignée par le comité des usagers.

Le comité de vigilance détermine ses règles de fonctionnement et veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services.

À cette fin, le comité de vigilance doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- établir des liens systémiques entre ces rapports et recommandations et tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations;
- faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites;
- favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés;
- veiller à ce que le commissaire local aux plaintes dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

COMPOSITION DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DE SERVICES

Cécile Légaré, présidente du CA
Roch Bérubé, représentant du CA et président du comité
Nicole Bourgeois, représentante du CA
Mireille Doré, représentante du CA
André Gagnière, directeur général
Pierre Jolin, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
André Majeau, directeur de la qualité, de l'éthique, la santé publique et des services multidisciplinaires

Personnes ressources :

Mathilda Abi-Antoun, directrice des Services PPALV et DP
Hélène Barral, directrice des Communications
Marcel Jean, directeur des Services techniques et des immobilisations
Danielle L.-Sasseville, directrice des Soins infirmiers

À l'image de sa première année d'existence, le comité de vigilance a vécu une année 2008-2009 à la fois productive et riche en réalisations. Au rythme de trois rencontres annuelles, les membres sont confiants d'être en mesure de s'acquitter de leur mandat et de poursuivre leur orientation vers l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de l'établissement.

Le comité a travaillé de concert avec les directions de l'établissement et a apprécié leur collaboration soutenue tout au cours de l'année. Il a entre autres abordés les sujets suivants :

- le rapport de suivi du commissaire local aux plaintes, la révision de l'ensemble des plaintes, leurs suivis relatifs aux recommandations du commissaire et les pistes d'amélioration ciblées;
- les rapports des coroners;
- la prévention des infections, les plaies de pression, les ordonnances collectives;
- les contentions et les suivis de la visite ministérielle au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest;
- la gestion des risques : rapport d'accidents et d'incidents, les événements-sentinelles;
- l'agrément : les rapports d'étape et le rapport préliminaire des visiteurs de l'agrément;
- le portrait de la salubrité dans les installations.

L'AGRÈMENT

L'établissement a entrepris une démarche d'agrément qui a débuté par un exercice d'évaluation de nos services et de nos pratiques. Cette évaluation s'est déroulée en plusieurs étapes :

- tout d'abord, au printemps et à l'été 2008, la clientèle a été sondée sur son niveau de satisfaction quant aux services reçus;
- le personnel a quant à lui répondu à un sondage sur la qualité des services, celle des pratiques et des processus de gestion ainsi que sur le climat de travail.

Les résultats sur la satisfaction de la clientèle

Trois sondages ont été réalisés auprès :

- des usagers des Soutien à domicile et des centres d'hébergement;
- des clients du programme de santé au travail;
- des usagers des autres programmes du CSSS, à savoir les services généraux, les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille, les services de santé mentale, les services aux personnes déficientes.

Tableau 51
AGRÉMENT - SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Personnes très satisfaites	Centres d'hébergement	Soutien à domicile	Proches aidants	SAT Employeurs	SAT Employés	Autres programmes
Relation avec le client	71 %	90 %	79 %	88,23 %	90,04 %	90,03 %
Respect	73,3 %	92,7 %	75,7 %	90,49 %	90,91 %	90,45 %
Confidentialité	75,5 %	87 %	87,1 %	89,52 %	92,27 %	90,31 %
Empathie	60,5 %	88,3 %	79,6 %	84,58 %	87,39 %	89,46 %
Prestation professionnelle	65 %	82%	69%	85,47 %	86,21 %	85,23 %
Fiabilité	63,1 %	82,6 %	68,1 %	86,58 %	87,79 %	86,69 %
Responsabilisation	65,1 %	81,2 %	66,3 %	84,29 %	83,41 %	81,77 %
Apaisement	64,5 %	85,1 %	78,5 %	84,44 %	86,63 %	87,72 %
Solidarisation	79,3 %	78,8 %	49,2 %	78,57 %	84,05 %	78,95 %
Organisation des services	65 %	82 %	66 %	84,67 %	84,60 %	82,64 %
Simplicité	69,4 %	83,3 %	73,8 %	84,03 %	86,63 %	82,49 %
Continuité	52 %	71,3 %	55,1 %	83,48 %	83,22 %	79,87 %
Accessibilité	-	91,7 %	66,2 %	85,24 %	79,43 %	86,43 %
Rapidité	59,8 %	79,85 %	56,9 %	85,45 %	79,43 %	73,74 %
Confort	66,2 %	91,5 %	---	---	---	87,93 %
Satisfaction globale (moyenne pondérée)	66 %	84 %	70 %	85 %	83 %	81,15 %

Munies de ces résultats, des équipes d'agrément composées d'employés et de cadres ont déterminé les pistes d'améliorations à apporter aux pratiques et aux services. Ces pistes d'amélioration ont été intégrées dans un plan d'action spécifique pour l'agrément.

La visite des évaluateurs d'Agrément Canada

Du 25 au 30 janvier, le CSSS a reçu la visite des évaluateurs d'Agrément Canada qui ont observé nos pratiques, nos outils et nos façons de rendre les services dans chacune de nos installations. Leur objectif était de vérifier notre conformité à 842 normes de qualité exigées pour obtenir l'Agrément.

En mars 2009, Agrément Canada rendait son rapport de visite. Sur 842 normes, le CSSS est conforme à 765 et doit apporter des correctifs à 41 normes (36 sont sans objet pour notre établissement).

Le CSSS a reçu avec fierté cette évaluation qui démontre combien les employés et les gestionnaires de l'établissement rendent, avec compétence, les services aux usagers.

Tableau 52
RÉSULTAT DE L'AGRÈMENT

Dimension de la qualité	Conformité	Non-conformité	Sans objet	Total
Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre)	77	1	2	80
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun)	49	1	0	50
Sécurité (Assurer la sécurité des usagers et des employés)	175	14	16	205
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail)	71	1	2	74
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles)	74	1	0	75
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus)	17	0	0	17
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles)	273	22	16	311
Efficiences (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible)	29	1	0	30
Total	765	41	36	842

En conséquence de ces résultats, les évaluateurs ont décerné un agrément conditionnel à l'établissement. Cette accréditation signifie que le CSSS doit, pour conserver son agrément ou même l'améliorer, d'ici septembre 2009, mettre en œuvre certaines mesures afin d'améliorer les éléments jugés prioritaires. Toutes les autres recommandations devront être réalisées d'ici 2012. Le CSSS devra aussi déposer en septembre un plan d'action pour l'amélioration du climat de travail et devra sonder à nouveau ses employés pour s'assurer de l'amélioration de leur mobilisation au travail.

Le traitement des plaintes



En 2008-2009, le commissaire local a conclu 183 dossiers de différents types de plaintes, comparativement à 172 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	Nombre 2008-09
Plaintes	100	95	78
Assistances	75	67	90
Interventions	9	10	15

Les plaintes représentent environ 43 % des dossiers conclus, comparativement à 55 % au cours des deux années précédentes. Ces 183 dossiers ont généré l'examen de 221 objets ainsi répartis entre les missions de l'établissement.

Mission	2006-2007	2007-2008	2008-2009
En centres d'hébergement	28	87	65
En CLSC	186	139	146
Hors CSSS	14	5	10
Total	228	231	221

Le nombre d'objets provenant de l'hébergement est moindre que l'an dernier mais plus grand qu'il y a deux ans. La présence mensuelle du commissaire local dans chaque centre d'hébergement, instaurée il y a deux ans, a été maintenue. En CLSC, le nombre d'objets est légèrement plus élevé que l'année dernière.

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

Motifs des objets	Plaintes	Assistances	Interventions
Accessibilité	7 %	14 %	5 %
Soins et services	49 %	45 %	34 %
Relations	26 %	---	28 %
Organisation	11 %	20 %	28 %
Aspect financier	---	6 %	---
Droits particuliers	7 %	4 %	5 %
Autres motifs	---	11 %	---
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. Dans le cas des plaintes, 79 % ont fait l'objet de mesures correctives. Dans le cas des assistances, ce pourcentage est de 38 % et, dans le cas des interventions du commissaire local, il est de 78 %. Ces mesures émergent de la conciliation effectuée avec les parties concernées. Ainsi, 151 mesures d'amélioration ont été apportées.

	Nombre de mesures d'amélioration
Plaintes	101
Assistances	34
Interventions	16
Total	151

Promotion du régime et respect des droits

Pour assurer sa visibilité, le commissaire local s'assure d'un affichage adéquat et d'une disponibilité suffisante de dépliants dans chacune des installations et auprès de certaines clientèles, par exemple en soutien à domicile ou aux résidents nouvellement hébergés. La présence mensuelle du commissaire local en centre d'hébergement, afin d'accueillir les plaintes, demeure une action pertinente de promotion. De même en est-il de sa participation aux comités des usagers et des résidents. Il a fait une tournée des conseils professionnels de l'établissement, afin d'échanger sur l'actualisation de ses rôles et fonctions, présenter un sommaire du rapport annuel, et partager quelques facteurs issus de l'examen cumulatif des dossiers examinés.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité, dont le commissaire local est membre, constitue un lien et un lieu privilégiés. À chaque séance, il s'assure de transmettre un bilan pertinent de ses activités, permettant une vue globale des dossiers et objets examinés. Il s'assure aussi de présenter un suivi évolutif des 28 recommandations soumises lors de la conclusion de ses différents dossiers, dont 20 sont en place en fin d'année, ou encore des 13 recommandations antérieures non en place en début d'année, lesquelles sont toutes en place à la fin de l'année. Enfin, il participe activement à l'ensemble des autres travaux du comité.

Les perspectives du commissaire local

Sur une période de trois ans, le nombre total de dossiers ou d'objets examinés n'a pas subi de variation significative. Toutefois, on note une variation :

- du type de dossiers conclus, soit les plaintes, les assistances et les interventions;
- de la provenance des objets conclus, soit les missions CLSC et centre d'hébergement
- en 2008-2009, de la proportion des plaintes conclues avec mesures.

L'engagement de l'établissement sur les principes d'amélioration inhérents au régime d'examen des plaintes se manifeste au jour le jour, mais aussi, cette année, dans les processus suivants :

- l'implantation de l'approche Milieu de vie en hébergement;
- le développement d'un plan d'action en hygiène et salubrité.

L'examen cumulatif et systémique des situations permet enfin de dégager deux processus à considérer dans les perspectives de la prochaine année:

- l'attente aux services, particulièrement en Soutien à domicile;
- les services dispensés par les agences de personnel.

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 2008-2009, les médecins examinateurs ont conclu trois dossiers de plaintes, dont deux en CLSC et un en centre d'hébergement. Ces trois dossiers de plaintes ont généré l'examen de cinq objets différents ainsi répartis : 20 % sur l'accessibilité, 60 % sur les soins et services et 20 % sur les relations.

Enfin, quatre de ces cinq objets ont été conclus avec mesures, entraînant le développement de quatre mesures pour atténuer les conséquences des situations problématiques ou en éviter la répétition.



PORTRAIT DU PERSONNEL

Au 31 mars 2009, le CSSS de la Pointe-de-l'Île comptait 1 476 employés.

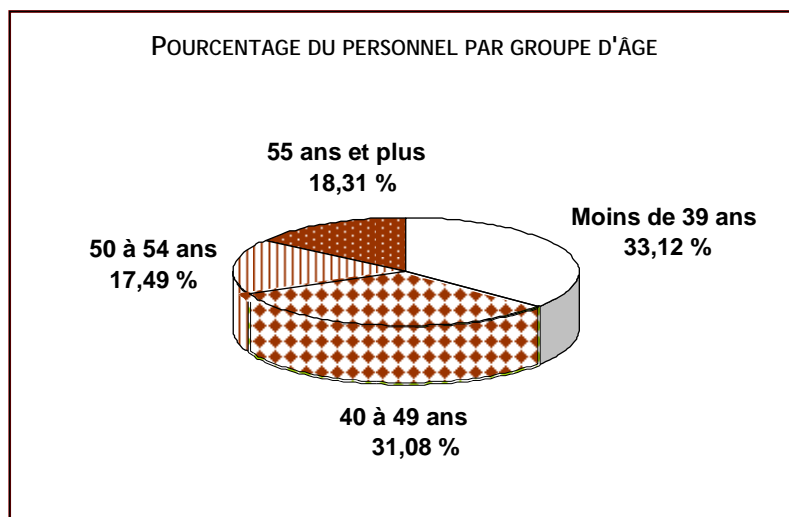
Ci-contre, la répartition du personnel dans les différentes directions du CSSS, au 31 mars 2009.

Directions	Nombre d'employés
Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique	813
Direction des services généraux, à la jeunesse et à la famille	360
Direction de la qualité, de la santé publique et des services multidisciplinaires	41
Direction des ressources financières, matérielles, techniques et informatiques	35
Direction des ressources humaines	27
Direction des services médicaux	13
Direction des soins infirmiers	10
Direction générale	14
Direction des communications	4
Liste de rappel	97
Direction des services techniques	62

Âge moyen

L'âge moyen du personnel est de 43,8 ans. Notons que 35,80 % 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.

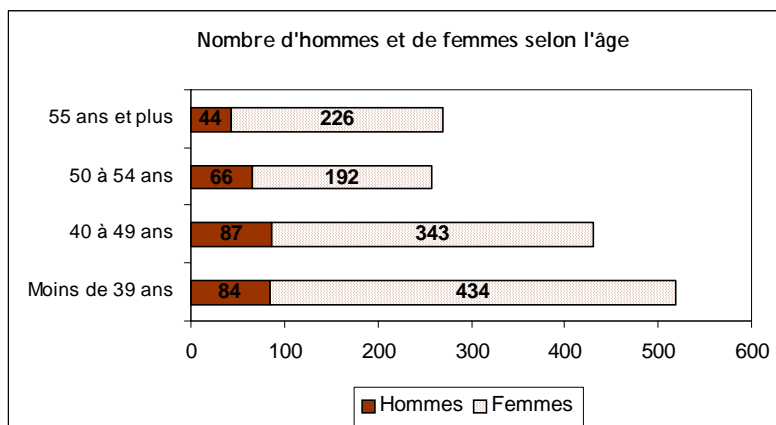
Les infirmières, les préposés aux bénéficiaires et le personnel de bureau sont les catégories les plus touchées par ces départs.



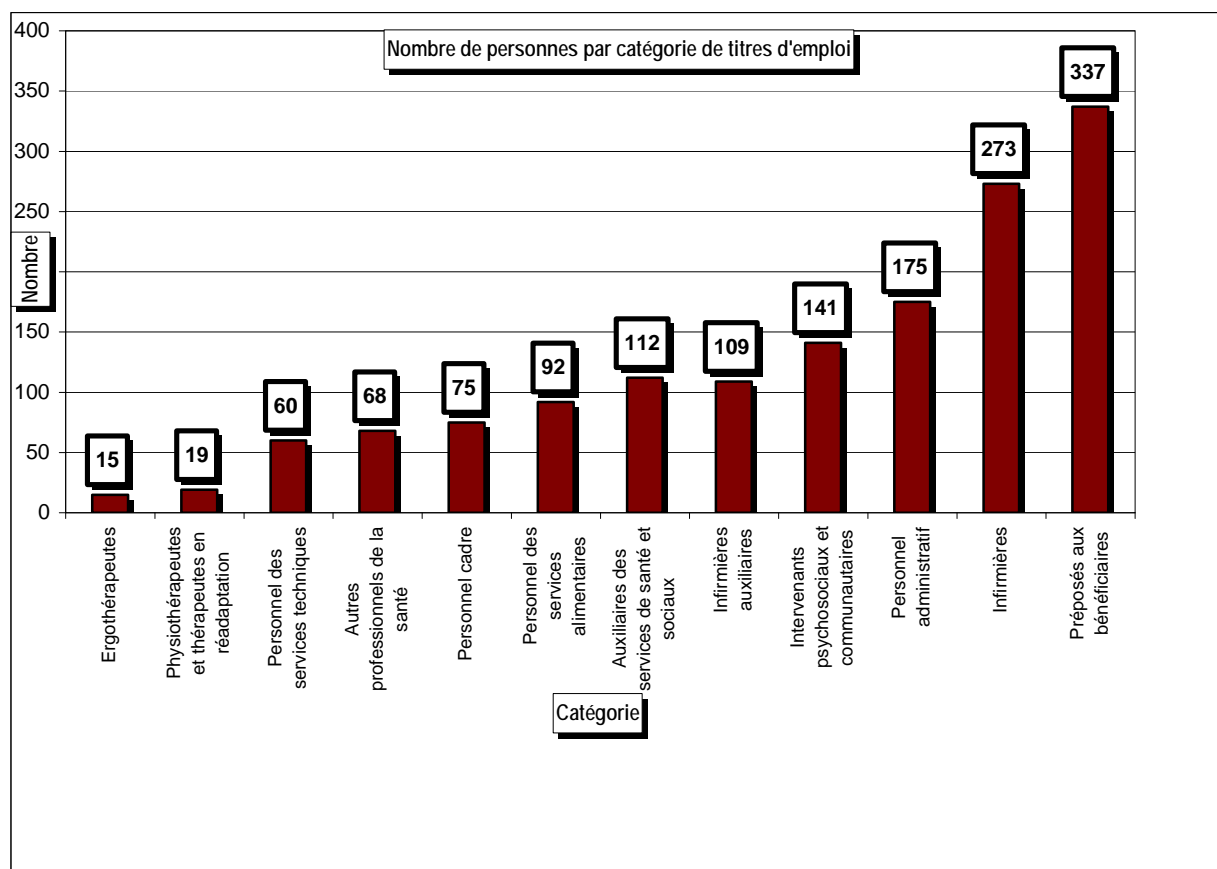
Parmi les employés, 40,72 % occupent un statut à temps complet, 23,10 % un statut à temps partiel, 27,98 % un statut occasionnel, 4,47 % un statut à temps partiel temporaire et 3,73 % un statut temps complet temporaire.

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 337 personnes, ce sont les préposés aux bénéficiaires qui sont les plus nombreux à travailler au CSSS. Les infirmières suivent avec 273 personnes. Au total, plus d'une vingtaine de titres d'emplois sont exercés auprès de nos usagers ou résidents.



LES NOUVEAUTÉS 2008-2009

Voici les dossiers majeurs qui ont été traités afin d'améliorer la gestion des ressources humaines au CSSS de la Pointe-de-l'Île cette année.

Présence au travail

Le CSSS a mis en place les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux suite au diagnostic organisationnel sur la présence au travail :

- Création d'un bureau de santé avec l'embauche d'une conseillère en santé sécurité du travail, d'une technicienne en administration et d'une agente administrative;
- Instauration d'un programme intégré de la gestion de la présence au travail.

Dotation

Le dossier de la main-d'œuvre demeure prioritaire pour l'établissement. Plusieurs stratégies ont été mises de l'avant afin de doter l'établissement des ressources nécessaires pour offrir les services à la population:

- Mise en place des recommandations faisant suite aux consultations effectuées en mars 2008 auprès des cadres et l'établissement travaille, entre autres, sur des moyens de recrutement en étant présent dans les salons d'emploi;
- De plus, un projet de mobilisation sur la définition d'une image de marque d'employeur devrait voir le jour en tout début de la prochaine année financière.

Appréciation de la contribution du personnel

La reconnaissance du personnel est un élément privilégié par la gestion. Dans ce contexte, l'établissement a développé deux programmes d'appréciation de la contribution du personnel, un pour les gestionnaires et un autre pour le personnel.

Titularisation

Les conventions collectives nationales prévoient que toutes les infirmières et les infirmières auxiliaires à l'emploi des établissements soient titulaires d'un poste. Le processus de titularisation a été enclenché pour plus de cent employées visées par cette clause.

FORMATION

En 2008-2009, le CSSS a contribué grandement dans le développement de son personnel. En effet, les dépenses de formation pour cette année représentent 1,63 % de la masse salariale et cumulent un total de 27 227 heures de formation. En 2008-2009, plus de 65 % des employés du CSSS ont reçu une formation.

Tableau 58 FORMATION DU PERSONNEL			
Employés	Nombre d'employés différents formés	Coûts *	Heures*
Total	1 048	665 705 \$	15 468
<p>* Incluent seulement les frais d'inscription et certaines dépenses. Sont exclus les coûts reliés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux salaires des employés pour l'accueil, l'orientation et la supervision ; - une grande partie des dépenses non déclarées lors de la demande de formation, comme : repas, déplacements, stationnements ou hébergement ; - à l'élaboration et la préparation d'un programme ou d'une activité de formation; - à la location de salles, d'équipement ou de matériel pédagogique. <p>Cependant, selon le système informatique (SAP), le coût réel est de 994 930 \$. Toutefois nous ne pouvons associer ces coûts à une catégorie d'employés.</p>			

COMITÉ RECONNAISSANCE

En 2007, la Direction générale du CSSS a mis sur pied un comité de reconnaissance ayant pour mandat de développer des activités de reconnaissance du travail et des bons coups accomplis par les employés. Une des réalisations de ce comité est l'organisation de la Fête de la rentrée pour l'ensemble du personnel, au cours de laquelle nous soulignons les personnes ayant 25 ans de services.

Cette année, le comité s'est penché sur l'instauration de nouveaux prix de reconnaissance qui s'ajouteront à celui du «25 ans de services» et qui souligneront l'excellence de certains employés œuvrant dans leur milieu, soit auprès des usagers, soit auprès des autres employés. Les prix d'excellence touchent l'ensemble des employés, des cadres, des pharmaciens et des médecins de notre organisation. Une troisième catégorie, soulignant les personnes ou les groupes de personnes qui participent, par leurs initiatives, à l'amélioration de la qualité des services, est en cours de conception. Afin de bien préparer cette activité, le comité de reconnaissance a délégué son organisation à un comité sur les prix d'excellence composé de divers représentants de chacune des installations

COMPOSITION DU COMITÉ DE RECONNAISSANCE

Pierre Levac, directeur général adjoint
 Denis Bénard, directeur des ressources humaines
 Hélène Barral, directrice des Communications et de l'agrément
 Mathilda Abi-Antoun, directrice des Services PPALV et déficiences physiques
 Stéphane Rousseau, directeur des Services généraux, à la jeunesse et à la famille
 Suzie Larrivée, conseillère cadre au développement organisationnel et à la formation

Bilan des réalisations 2008-2009

- Journée reconnaissance pour l'ensemble du personnel;
- Reconnaissance des 25 ans de service du personnel;
- Mise sur pied d'un comité « Prix d'excellence », composé d'un représentant de chacune des installations;
- Création de deux prix d'excellence pour l'année 2009-2010, « Culture CSSS » et « J'ai du cœur ».

SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Le mandat principal du Service de santé et sécurité du travail est de s'assurer de la saine gestion des dossiers des employés absents du travail, d'encourager un prompt retour au travail en santé, de favoriser la présence au travail, et de promouvoir la santé. Pour l'année 2008-2009, nous avons géré un total de 521 dossiers, soit 330 en assurance-salaire, 133 en CSST, 12 de la Société d'assurance automobile du Québec et 46 retraits préventifs de la travailleuse enceinte.

Assurance-salaire

Afin d'améliorer notre ratio d'assurance-salaire, plusieurs stratégies ont été mises de l'avant :

- La création, en avril 2008, du Service de santé et sécurité du travail, composé d'une équipe de 4 personnes, soit une secrétaire, une technicienne, une conseillère et une chef de service;
- La mise en place d'un programme intégré de la présence au travail;
- La promotion de la santé par de saines habitudes de vie.

ENTENTE DE GESTION ASSURANCE-SALAIRE	
Cible	7,20 %
Résultat	8,02 %
Écart	11,39 %

En 2008-2009, 131 256 heures ont été rémunérées en assurance-salaire, soit un ratio de 8 % par rapport aux heures travaillées qui est de 1 635 643.

Acti-Menu

En ce qui concerne le volet promotion de la santé, le programme «Ma santé je m'en occupe» de la firme Acti-Menu est l'une des approches privilégiées par l'établissement. Ce programme vise à développer de saines habitudes de vie dans le but d'améliorer l'état de santé du personnel. «Ma santé je m'en occupe» est un continuum de six conférences sur les thèmes suivants : la santé globale, la gestion du stress, la santé du cœur, l'alimentation, l'activité physique et la santé globale, le comparatif. En 2008-2009, les deux thèmes abordés ont été «La santé du cœur» et «L'alimentation». Les conférences ont rejoint 720 employés, dont le taux de satisfaction des participants s'élève à 99 %. Nous sommes fiers d'être le tout premier établissement du réseau de la santé à avoir complété les 4 premiers thèmes du programme. Étant donné l'ampleur de l'organisation, c'est grâce à l'implication de tous que cette activité devient possible.

Comité paritaire en santé et sécurité au travail

Toujours en prévention, un comité paritaire en santé sécurité au travail à été créé cette année. Ce comité est composé de 10 membres, soit 5 représentants patronaux et 5 représentants des travailleurs. Le comité est une instance consultative relevant de la Direction des ressources humaines et qui a pour mandat de promouvoir la prévention en santé et sécurité du travail.

Vaccination

Le Service de santé au travail organise une campagne de vaccination pour les employés. Cette année, le taux de vaccination a été de 40 %, soit une augmentation de 2 % par rapport à l'année passée.



LES COMMUNICATIONS 2008-2009 EN BREF :

- Bulletins internes : *Le Point CSSS, le Point CA*;
- Informations électroniques : *intranet et Internet*;
- Relations avec les médias : *communiqués, rencontres de presse, revue de presse*;
- Événements spéciaux : *2 forums du Projet clinique, assemblée annuelle d'information, lancement du CES, Sommet local sur la maturité scolaire, lancement d'une entente de service avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies, cocktail de réseautage avec le milieu des affaires, Fête de la rentrée...*;
- Campagnes promotionnelles : *vaccination antigrippale, Semaine du lavage des mains, Acti-Menu, Agrément, Incitatif au recrutement*;
- Production du rapport annuel;
- Outils promotionnels : *dépliants, vidéo sur les services médicaux, documentation promotionnelle de la Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île...*
- Signalisation extérieure des installations.
- Identité visuelle de la Fondation et du CAFE.

Communications internes

Le soutien aux directions, tant pour la promotion de leurs services que pour l'identification de stratégies de communication, et la préparation d'événements sont des mandats qui prennent de plus en plus d'ampleur dans les activités de la Direction des communications et de l'agrément. Évidemment, le développement de nouveaux outils de communication, l'amélioration des canaux de communication, la diffusion d'information, la rédaction des journaux internes restent aussi des activités de communication internes d'importance.

Ainsi, au cours de 2008-2009 :

- La Direction des communications a conçu et développé le site intranet du CSSS qui a par la suite été alimenté par les directions. La Direction des communications et de l'agrément en assure la mise à jour. En lien avec ce nouvel outil de communication, nous avons aussi mis en ligne un répertoire téléphonique électronique des employés facilitant ainsi la recherche des numéros de téléphone à travers le CSSS.
- En plus de produire régulièrement deux bulletins internes, soit 5 numéros du *Point CSSS* et 9 numéros du *Point CA*, la Direction collabore au journal *À la fine pointe des nouvelles de chez-nous*, diffusé aux résidents dans les centres d'hébergement, et à *Entre nous*, diffusé dans les centres de jour.
- Cette année, six plans de communication ont été élaborés en collaboration avec différentes directions afin de soutenir leurs activités promotionnelles internes: l'agrément, le lancement interne du Centre d'éducation à la santé, le plan thérapeutique infirmier, la semaine du lavage des mains, la vaccination antigrippale ainsi que les incitatifs au recrutement. La Direction a aussi réalisé divers outils de communication, tels que des dépliants ou des affiches afin de répondre à des besoins d'information du personnel.
- Une révision générale de tous les tableaux d'affichage dans les installations a débuté cette année par le CLSC de Rivière-des-Prairies. Elle se poursuivra au cours de l'année prochaine.

Communications externes

Le développement de la notoriété du CSSS auprès de la population, des partenaires et du milieu des affaires représente un enjeu stratégique pour l'établissement. En effet, plus le CSSS est connu, plus la population viendra y chercher les services dont elle a besoin. De surcroît, plus le CSSS sera connu auprès de ses partenaires, plus l'édification du réseau local de services sera facilitée. Ainsi, la mise en œuvre d'un plan de communication visant le développement de la notoriété sur trois ans a débuté au cours de l'année.

- **La promotion de la mission et des services**

De manière hebdomadaire, des communiqués, des capsules santé ou de la publicité sont 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. De plus, cette année, le CSSS a réservé une page mensuelle dans les hebdomadaires locaux afin de rappeler à la population la mission du CSSS et de faire la promotion d'activités particulières.

Le CSSS a organisé des rencontres de presse avec les journalistes locaux afin de répondre à leurs questions ou de présenter les activités qui touchent la population du territoire, telles : la vaccination antigrippale, le Centre d'éducation pour la santé, le lancement d'une entente de services avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies...

Dans un tout autre domaine, la Direction a participé, en collaboration avec la Direction des services médicaux, à l'élaboration d'une vidéo promotionnelle de la pratique médicale au CSSS qui a été utilisée dans la stratégie de recrutement de nouveaux médecins pour le territoire.

- **L'organisation d'événements**

En 2008-2009, la Direction des communications et de l'agrément a collaboré à l'organisation d'événements invitant, soit les partenaires, soit la population à venir s'informer des services ou de se réseauter. L'assemblée annuelle d'information (100 personnes), le lancement du Centre d'éducation pour la santé (50 personnes), les deux forums du Projet clinique (150 personnes), le cocktail réseautage avec les membres des deux chambres de commerce présentes sur le territoire (60 personnes), le sommet local sur la maturité scolaire (120 personnes) en sont autant d'exemples.

L'ensemble de ces activités ont permis d'améliorer la couverture médiatique du CSSS et la visibilité du CSSS sur le territoire. Le plan de communication se poursuivra au cours des deux prochaines années et un sondage permettra alors de noter la progression de la notoriété acquise par l'établissement.



La Direction des ressources financières, matérielles, techniques et informatiques a été scindée en septembre 2008, suite à la décision de créer la Direction des services techniques et des immobilisations. Elle porte maintenant le nom de Direction des ressources financières, matérielles et informatiques ».

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

Ressources financières et matérielles

La direction a poursuivi les activités courantes d'approvisionnement, de budgétisation, de comptabilité et de préparation de la paie, en plus de réaliser les activités suivantes:

- présenter au comité de vérification et aux gestionnaires les impacts de l'entrée en vigueur de la Loi sur les contrats des organismes publics;
- procéder à la formation du personnel concerné par l'utilisation de la requête électronique aux approvisionnements (SRM);
- rédiger une nouvelle politique d'approvisionnement;
- implanter l'outil de budgétisation SAP et former les gestionnaires en lien avec l'application financière;
- développer un outil d'analyse financière convivial;
- revoir la répartition des tâches en lien avec les fournisseurs;
- uniformiser le traitement bancaire des comptes en fidéicomis pour toutes nos installations d'hébergement;
- former les gestionnaires et les agentes administratives sur le traitement de la feuille de temps en lien avec l'horaire;
- évaluer les effets d'entraînement découlant de l'équité salariale;
- fournir un effort soutenu afin d'améliorer le processus de production de paie en lien avec notre fournisseur;
- consolider des liens « finances / ressources humaines » dans le traitement de la paie;
- effectuer un suivi conjoint avec la Direction des ressources humaines de l'assurance-salaire;
- donner de l'information sur des thématiques pour répondre aux attentes particulières du comité de vérification;

- embauche de la coordonnatrice aux ressources financières à la suite du départ de la directrice adjointe aux finances.

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, 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 les nouvelles implantations, entres autres: Prasat Web, Info santé Web, Siss, Prodon (fondation), fusion de Qualicode, Portail Intranet;
- rehausser le parc de micro-ordinateurs avec plus de 100 postes et de 30 terminaux. L'objectif est de renouveler tout le parc d'ici cinq ans, en lien avec le dossier Santé Québec (DSQ), le tout financé par le budget de maintien des actifs informationnels;
- migrer dans la forêt régionale du Technocentre régional. Cette étape est un pré-requis pour tous les systèmes qui seront pilotés dans le cadre du DSQ;
- participer à l'évaluation des nouveaux progiciels qui seront déployés;
- participer à l'évaluation des ressources requises tant au niveau informatique que de la téléphonie pour le déploiement de l'équipe de santé mentale.

Les ressources techniques et les immobilisations



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

Un des objectifs de la direction est d'assurer un bon climat de travail en effectuant des réunions d'équipe régulières et en mettant l'emphase sur l'encadrement, le soutien et la supervision des équipes dans toutes les installations. Aussi, durant l'année, la direction a :

- fonctionnement et entretien des installations;
- hygiène et salubrité des lieux;
- signalisation;
- sécurité (vol et incendie);
- stationnement;
- gestion des projets (maintien d'actifs);
- efficacité énergétique;
- buanderie (en centre d'hébergement).

- mis en place de l'inter-collaboration entre les ouvriers des différentes installations afin de renforcer les liens d'équipe et le partage des connaissances entre les individus;
- établi une vision CSSS de l'équipe d'hygiène et salubrité;
- instauré des rencontres d'équipe des employés de l'hygiène et salubrité et de la buanderie;
- formé les employés en hygiène et salubrité sur les méthodes de travail et l'utilisation des produits ainsi que la mise en place d'un programme de contrôle de la qualité;
- standardisé la qualité demandée à la main-d'œuvre externe pour l'entretien de nos installations;
- réorganisation du travail des employés et révisé les titres d'emploi.
- changé le nom des Services d'entretien ménager par celui du Service d'hygiène et salubrité.
- établi la liste des «zones grises» et départit les responsabilités : la Direction des ressources techniques et des immobilisations a reçu le mandat, en 2008, de collaborer à l'identification des zones grises pour le CSSS. Il s'agit d'un travail d'équipe et de collaboration entre les diverses directions. Le projet avait été défini en deux phases et nous avons terminé la phase I, c'est-à-dire l'identification des zones grises pour les 4 centres d'hébergement, à savoir:

Ententes de gestion

- **Répertoire des surfaces** : les surfaces ont été répertoriées pour les quatre centres d'hébergement de l'établissement par le partenariat développé avec l'équipe d'hygiène et salubrité, l'équipe de prévention et contrôle des infections et les équipes de soins et services.
- **Catégorisation des surfaces** : les surfaces ont été catégorisées et un registre des zones grises *high touch* et *low touch* a été créé pour chacun des secteurs. Le comité a utilisé une méthode harmonisée de travail pour la gestion des zones grises pour l'ensemble des

secteurs et s'est assurée de la conformité des travaux en regard des attentes de l'Agence de la santé et des services sociaux.

- **Accord de principe de l'entité responsable de la production et de la désignation:** en effectuant l'analyse de chaque zone grise, un accord de principe a été établi afin de déterminer l'entité responsable de la production. Il y a eu planification du partage des tâches reliées à la gestion des zones grises et identification des responsables.
- **Accord de principe au conseil d'administration de l'établissement de la production et de la désignation:** le dossier des zones grises sera présenté au conseil d'administration à l'automne 2009.
- **Désignation des entités responsables :** les entités responsables seront désignées à l'automne 2009.

Le projet des zones grises s'étend non seulement aux centres d'hébergement mais inclut également les CLSC. Nous commencerons la phase II de l'identification des zones grises pour les CLSC en mai 2009.

Projets en cours :

- Début de la rénovation des salles de bains des trois étages du Centre d'hébergement Judith-Jasmin et rehaussement de la capacité électrique de chacune des chambres;
- Étude sur l'aménagement des locaux au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest pour la centralisation des opérations de la pharmacie;
- Étude des travaux de réfection des bassins de toiture (9 sur 21 bassins) au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest;
- Mise aux normes des ascenseurs du CLSC de Rivière-des-Prairies;
- Appel de candidatures pour le projet d'efficacité énergétique;
- Réfection des cours extérieures au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest, climatisation du centre de jour, remplacement de 15 joints d'expansion ainsi que de nombreux travaux sur le réseau de chauffage;
- Implication dans les projets de ressources intermédiaires;
- Production d'un plan directeur du maintien des actifs pour l'ensemble de nos installations;

Projets terminés en 2008 :

- Analyse des superficies des installations;
- Sécurité des locaux informatiques;
- Rénovation et mise aux normes de la signalisation extérieure de toutes les installations;
- Réfection de la fenestration au Centre d'hébergement Judith-Jasmin;
- Remplacement des fenêtres au Centre d'hébergement François-Séguenot;
- Travaux de peinture et embellissement au CLSC de Rivière-des-Prairies;
- Réfection des 3 bassins de toitures au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est;
- Travaux d'aménagement des locaux de l'équipe Santé mentale jeunesse;
- Développement d'un programme de qualité en hygiène et salubrité;
- Modernisation des équipements en hygiène et salubrité au Centre d'hébergement Judith-Jasmin.

Les états financiers



Les états financiers

Les états financiers condensés du CSSS de la Pointe-de-l'Île, présentés ci-après, ont été établis à partir des états financiers contenus dans le rapport financier de l'établissement pour l'année financière terminée le 31 mars 2009, à l'égard desquels la firme Raymond Chabot Grant Thornton a exprimé une opinion sans réserve dans son rapport daté du 29 mai 2009.

États financiers condensés

ÉTATS DES RÉSULTATS CONDENSÉS
DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009
CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

<u>ACTIVITÉS PRINCIPALES</u>	\$ 2009	\$ 2008
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	75 566 183	70 284 213
Autres revenus	10 584 848	10 413 500
<u>Total :</u>	86 151 031	80 697 713
Charges		
Salaires	47 915 065	44 232 364
Avantages sociaux	11 838 611	11 275 961
Charges sociales	6 313 312	6 376 859
Autres charges	19 930 082	18 385 785
Charges non réparties (rétroactivité équité salariale)	1 170 498	424 271
<u>Total :</u>	87 167 568	80 695 240
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus)	(1 016 537)	2 473
Contribution nette en provenance du fonds d'immobilisations (1)	748 559	
Harmonisation des conventions comptables (2)	300 255	
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) après contribution nette du fonds d'immobilisations et harmonisation des conventions comptables	<u>32 277</u>	<u>2 473</u>
<u>ACTIVITÉS ACCESSOIRES</u>		
Revenus	2 141 395	2 101 869
Charges	2 102 580	2 075 407
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus)	38 815	26 462
Harmonisation des conventions comptables (2)	5 236	
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) après harmonisation des conventions comptables	<u>44 051</u>	<u>26 462</u>

(1) Incluse dans les autres revenus en 2007-2008

(2) Nouveau depuis 2008-2009

Bilan sommaire condensé au 31 mars 2009

Fonds	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Autres fonds	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008
Autres éléments d'actifs	7 381 530	6 664 036	46 927 839	45 905 526	172 171	191 046
Subvention-réforme comptable	6 383 616		-5 579 480			
Amortissements accumulés			-19 998 318			
Total de l'actif	13 765 146	6 664 036	21 350 041	45 905 526	172 171	191 046
Total du passif	14 163 005	6 581 982	21 156 728	21 318 911	172 171	172 411
Solde de fonds	-397 859	82 054	193 313	24 586 615		18 635

Charges brutes par centre d'activités - activités principales

	2009	2008
	\$	\$
CLSC		
SERVICES À DOMICILE		
• Soins infirmiers à domicile	4 616 795	3 984 435
• Aide à domicile	6 800 319	6 105 327
• Services psychosociaux à domicile	1 828 771	1 644 358
• Nutrition à domicile	10 978	6 633
• Intervention communautaire - Soutien à domicile	142 511	133 199
• Gestion et soutien aux programmes - Soutien à domicile	828 898	890 750
• Ergothérapie à domicile	1 217 341	1 090 087
• Physiothérapie à domicile	535 339	505 175
Total :	15 980 952	14 359 964
AUTRES		
• Santé parentale et infantile - CLSC	1 593 263	1 633 358
• Santé scolaire	1 169 910	1 063 856
• Pharmacie en CLSC	33	9 749
• Nutrition-autres	112 448	102 900
• Gestion et soutien aux autres programmes	2 455 199	2 128 093
Total :	5 330 853	4 937 956
PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE		
• Services dentaires préventifs	367 324	377 342
• Prévention et protection de la santé publique (non réparti)	433 937	369 682
• Intervention communautaire-autres	675 266	669 040
Total :	1 476 527	1 416 064
PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDES		
• Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille (GMF)	72 054	131 753
• Info-Santé	28 893	28 893
• Services de santé courants	2 742 365	2 408 949
• Services psychosociaux - autres que Soutien à domicile	1 275 607	1 200 630
• Services psychosociaux (hors territoire)	266 302	264 146
• Centre de prélèvements	574 742	568 661
Total :	4 959 963	4 603 032

Charges brutes par centre d'activités - activités principales (suite)

<u>CLSC (suite)</u>	2009 \$	2008 \$
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE		
• Centre de stérilisation	34 247	37 771
• Inhalothérapie - autres	3 070	1 283
• Radiologie générale	230 774	194 094
• Orthophonie pour enfants en CLSC	79 400	103 400
Total :	347 491	336 548
PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT		
• Supervision et suivi des usagers en RNI	284 693	263 816
• Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	311 446	319 937
• Gestion et soutien au centre de jour	107 109	90 746
Total :	703 248	674 499
AUTRES PROGRAMMES		
• SANTÉ MENTALE - Services ambulatoires en première ligne	1 016 247	780 519
• JEUNES EN DIFFICULTÉ - Services psychosociaux pour jeunes et leur famille	3 387 442	3 109 590
• DÉFICIENCE PHYSIQUE - Soutien aux familles-allocations	261 189	277 925
Total :	4 664 878	4 168 034
PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED		
• Soutien aux familles des personnes D.I.-allocations	429 493	432 920
• Soutien aux familles des personnes TED-allocations	262 710	245 918
Total :	692 203	678 838
<u>CENTRES D'HÉBERGEMENT</u>		
NON EXCLUSIFS À UN PROGRAMME		
• Services de pastorale	96 759	93 529
• Encadrement des ressources non institutionnelles	152 666	
• Services sociaux	144 285	153 825
• Pharmacie-usagers hébergés	1 650 476	1 719 287
• Physiothérapie	238 718	206 887
• Ergothérapie	216 712	203 487
• Animation-loisirs	494 028	449 647
• Transport externe des usagers	175 402	172 041
• Besoins spéciaux	41 462	35 178
Total :	3 210 508	3 033 881
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE		
• Inhalothérapie	305	289
• Déplacements des usagers entre établissements	107 123	103 498
• Nutrition clinique	262 297	265 511
Total :	369 725	369 298
PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PPALV)		
• Ressources intermédiaires - PPALV	359 857	
• Ressources non institutionnelles d'hébergement - PPALV	700 935	539 490
• Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	10 034 027	9 710 563
• Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	10 621 248	10 273 526
• Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	554 672	545 687
Total :	22 270 739	21 069 266

**Charges brutes par centre d'activités - activités principales
(suite)**

	2009	2008
	<u>\$</u>	<u>\$</u>
<u>ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES</u>		
• Administration des soins	1 979 013	1 826 319
• Coordination et soutien	65 212	67 471
• Direction générale	1 576 264	1 260 756
• Administration financière et du personnel	3 359 954	3 283 173
• Administration des services professionnels	255 096	180 126
• Approvisionnement et services	506 553	470 606
• Administration des services techniques	505 164	347 453
• Informatique	611 084	665 601
• Réception-archives et télécommunications	2 405 730	2 113 790
• Alimentation	4 476 074	4 475 278
• Buanderie	665 001	649 022
• Entretien des vêtements des usagers	132 246	150 973
• Cueillette, distribution et autres charges	427 816	396 683
• Personnel en prêt de service	21 338	47 989
• Frais généraux	-35 065	-34 022
Total :	16 951 480	15 901 218
<u>GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS</u>		
• Hygiène et salubrité	1 788 689	1 761 526
• Gestion des déchets biomédicaux	7 315	7 324
• Fonctionnement des installations	4 715 990	4 666 206
• Sécurité	260 540	255 025
• Entretien et réparation parc immobilier-mobilier-équipement	2 254 486	1 860 002
• Frais généraux	-95 787	-106 272
Total :	8 931 233	8 443 811
PERSONNEL BÉNÉFICIAIRE DE MESURES DE SÉCURITÉ D'EMPLOI	178 315	278 560
CHARGES NON RÉPARTIES	1 170 498	424 271
TOTAL DES CHARGES BRUTES	<u>87 238 613</u>	<u>80 695 240</u>

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS¹

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