



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



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

30 juin 2010



Direction de la qualité et  
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 : 2010, ISBN 978-2-9810248-7-9.

# 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.....	8
La structure organisationnelle du CSSS.....	14
La prévention et la promotion : une priorité pour le CSSS.....	15
Les services généraux.....	25
Les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille.....	31
Les services aux personnes en perte d'autonomie.....	37
Les services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale.....	48
Les services aux personnes présentant des déficiences.....	50
Les services aux personnes anglophones de l'est de Montréal.....	52
Les services à l'école, au travail et dans la communauté.....	53
Les services de soutien.....	60
Les mesures d'urgence.....	61
L'enseignement et la recherche.....	63
Les comités de résidents et le comité des usagers - Bénévolat et Fondation du CSSS.....	66
Les conseils professionnels.....	69
L'amélioration continue de la qualité.....	74
Le traitement des plaintes.....	83
Le personnel du CSSS.....	86
Les communications.....	91
Les ressources financières, matérielles et informatiques.....	94
Les ressources techniques et les immobilisations.....	96
Les états financiers.....	99
Annexe - Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	104



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

---



## L'année des mesures d'urgence

L'année 2009-2010 pourrait être décrétée l'année des mesures d'urgence! Effectivement, deux évènements majeurs, la grippe A (H1N1) et le séisme d'Haïti, ont demandé à l'établissement de modifier temporairement son offre de services pour répondre à des besoins inhabituels mais tout aussi essentiels pour la population. Ces deux expériences ont montré que le CSSS était prêt à faire face à des circonstances extraordinaires qui exigent des capacités d'adaptation et d'organisation aussi rapides qu'efficaces de mise en place de services d'urgence à la population.

### La grippe A (H1N1)

Afin de protéger la population d'une éventuelle pandémie de grippe A(H1N1), le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé à tous les CSSS du Québec d'ouvrir des centres de vaccination de masse permettant de vacciner rapidement un grand nombre de personnes. Ainsi, nous avons ouvert un premier centre, le 6 novembre, à l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Celui-ci est resté en fonction jusqu'au 18 décembre, date de la fin de la vaccination. Un second centre a ouvert ses portes au Centre Édouard-Rivet, à Montréal-Est, le 15 novembre pour fermer le 15 décembre. Nous avons vacciné plus de 106,000 personnes, ce qui correspond à 57 % de population. Pour y parvenir, en moyenne 250 employés et bénévoles se sont impliqués avec une très grande générosité.

Le 9 novembre, une clinique de grippe a été ouverte au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est afin de recevoir toutes les personnes qui présentaient des symptômes d'allure grippale. Cette clinique a fonctionné 7 jours par semaine, de 8 h à 20 h, grâce au partenariat inédit entre les médecins et les infirmières du CSSS et les médecins de cliniques privées du territoire. Près de 1 000 personnes ont été reçues et soignées dans cette clinique, qui s'est d'ailleurs méritée des félicitations, à la suite de visites effectuées par l'Agence de la santé et des services sociaux, par la Direction de santé publique et par le ministère de la Sécurité civile, pour son efficacité et à la qualité de son organisation du travail.

Enfin, tout au long de la vaccination massive, nous avons collaboré avec nos principaux partenaires afin de desservir la population. Il s'agit entre autres des cliniques médicales, de la Ville de Montréal-Est, l'Hôpital de Rivière-des-Prairies, l'Arrondissement Rivière-des-Prairies—Pointe-aux-Trembles et de la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île. La pandémie n'aura pas seulement permis de tester notre organisation dans sa capacité de gérer des soins de santé en temps de mesures d'urgence, elle lui aura aussi permis de renforcer son partenariat avec les différents acteurs dans la communauté.

### Le séisme d'Haïti

Le CSSS a aussi répondu présent dans l'organisation des services offerts à la communauté haïtienne, à la suite du séisme survenu à Haïti : des infirmières et des travailleurs sociaux se sont relayés sans relâche à l'aéroport Montréal-Trudeau pour assurer la mission Santé prévue au plan régional de Sécurité civile. Un centre multiservices a aussi été ouvert sur le territoire de Rivière-des-Prairies au bénéfice de la population haïtienne. Notre CSSS y a délégué, pour une période de 45 jours, des travailleurs sociaux afin de soutenir la communauté haïtienne.

## Le CSSS est agréé

Le 17 novembre, le CSSS était agréé par Agrément Canada. Les visiteurs d'Agrément Canada ont confirmé ce que les sondages auprès de la population manifestaient déjà : sur 805 normes de qualité évaluées, 765 ont été décrétées conformes aux exigences d'Agrément Canada et seulement 40 devaient recevoir des améliorations. Beaucoup de volets reliés à l'amélioration de la qualité sont donc, soit déjà en place dans notre établissement, soit en voie de l'être. Ainsi, pour ne citer que quelques exemples, la gestion des risques, l'approche Milieu de vie ou encore la prévention des infections, qui sont des façons de faire favorisant la qualité des services, sont déjà bien implantées dans notre CSSS.

Si l'agrément est une démarche qui permet de comprendre ce que nous faisons de bien, elle est aussi un révélateur de ce que nous devons bonifier. À ce titre, notre agrément est conditionnel à la mise en place de certaines mesures d'amélioration : la mobilisation du personnel, la gestion des médicaments ou l'entretien des équipements, par exemples, font l'objet d'un plan d'amélioration. Celui-ci est élaboré et il est déjà en cours de réalisation.

## La mobilisation du personnel : une priorité

Les résultats d'un sondage auprès du personnel ont révélé qu'une amélioration de la mobilisation était souhaitée. Le conseil d'administration et la direction du CSSS considérant ce point comme une priorité, un plan d'action a été élaboré et présenté à toutes les directions ainsi qu'aux conseils professionnels. Celui-ci prévoit, entre autres, la révision de la vision et des valeurs organisationnelles, des actions visant l'accueil et l'intégration des employés, le développement des compétences et une plus grande reconnaissance des bons coups réalisés par les employés. Ce plan est déjà en cours de réalisation et se déploiera sur plusieurs années.

Qu'ils s'agissent de nos employés, de bénévoles ou des médecins exerçant au CSSS ou encore de nos partenaires qui se sont investis avec générosité dans l'organisation des services liés à la grippe A(H1N1), tels l'Hôpital Rivière-des-Prairies, la municipalité de Montréal-Est ou encore les cliniques médicales privées du territoire, nous les remercions tous chaleureusement car sans leur précieux concours, cette opération d'envergure n'aurait jamais pu se réaliser!

Nous remercions également tout le personnel qui est demeuré à son poste et grâce auquel nous avons pu garantir une offre de services de qualité dans les circonstances.

Enfin, nous saluons avec beaucoup de fierté le professionnalisme de notre personnel et des médecins du CSSS qui nous a permis de décrocher notre agrément! À tous et à toutes, nous vous disons : « félicitations! »



Cécile Légaré  
Présidente



André Gagnière  
Directeur général

**Composition du conseil d'administration  
au 31 mars 2010**

Mme Cécile Légaré, présidente  
M. Pierre Parent, 1<sup>er</sup> vice-président  
M. Bruno Lewis, 2<sup>e</sup> vice-président  
M. Jean-Claude Blanchard, 3<sup>e</sup> 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  
Dr Pierre Shebib

Deux postes sont présentement vacants.

**Démission en cours d'année**  
Mme Josephine Primiani, le 15 décembre 2009

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

Cette année, aucun cas n'a été traité pour manquement au code d'éthique et aucune personne n'a été révoquée ou suspendue.

En 2009-2010, le comité s'est rencontré à deux occasions afin d'établir les mécanismes d'évaluation du conseil d'administration et de ses comités.

Lors d'une de sa séance du 20 octobre 2009, le conseil d'administration a édicté le Règlement no 13 relatif à l'autoévaluation de la performance du conseil d'administration.

**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 2009-2010 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 2010.

André Gagnière  
Directeur général



## « CHAPITRE I <sup>1</sup>

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).

---

<sup>1</sup> 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<sup>er</sup> 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).»

# Le Projet clinique : une démarche axée

## sur le réseautage



Depuis 2005, le projet clinique du CSSS de la Pointe-de-l'Île se consolide progressivement.

Les partenaires sont de plus en plus impliqués dans la mise en œuvre de notre établissement. Les partenariats sont nombreux et mettent en réseau des acteurs institutionnels et communautaires.

Dans la dernière année, nous avons travaillé sur le continuum des maladies chroniques.

Pour la prochaine année, nous voulons relancer nos partenaires et consolider les acquis avec ces derniers. Nous souhaitons également nous assurer de l'arrimage du projet clinique avec les activités de prévention locale de santé publique.

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 !

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>1</sup>,

«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).»

<sup>1</sup> L.R.Q., chapitre S-4.2, partie II, titre 1, mise à jour le 1<sup>er</sup> mai 2006.

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



## DONNÉES GLOBALES DE POPULATION

### Population de la Pointe-de-l'Île

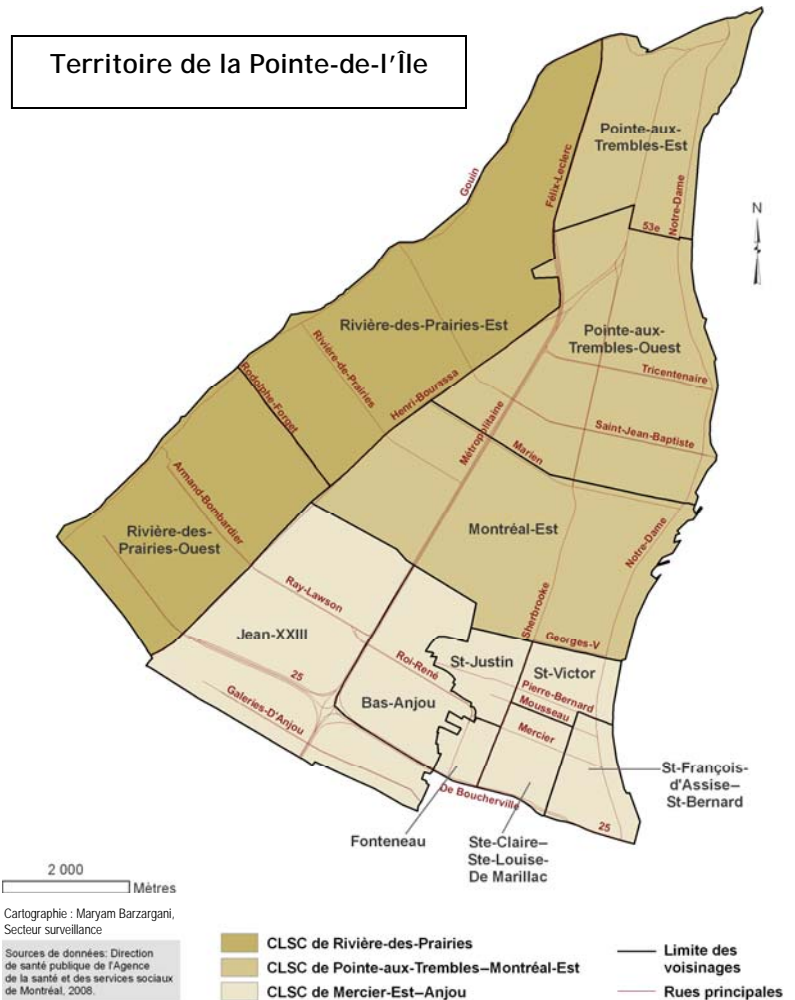
Situé à l'extrémité est de Montréal, le territoire du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île correspond à l'arrondissement municipal de Mercier—Hochelaga-Maisonneuve pour son quartier Mercier-Est (district de Tétreaultville), de l'arrondissement d'Anjou, de l'arrondissement de Rivière-des-Prairies—Pointe-aux-Trembles et de la ville de Montréal-Est. La population globale sur le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île se chiffre à 191 975 personnes<sup>2</sup>.

### Évolution démographique

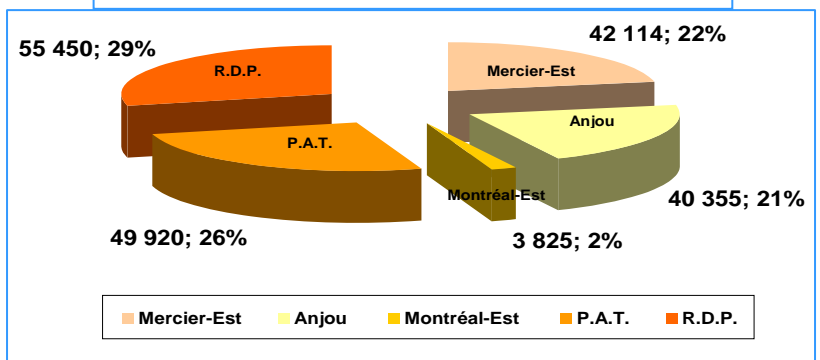
Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec<sup>3</sup>, d'ici 2011, la croissance de la population de la Pointe-de-l'Île devrait être nulle.

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.

Le vieillissement<sup>4</sup> est un peu plus marqué sur le territoire de la Pointe-de-l'Île de Montréal. On note l'augmentation du nombre de personnes âgées surtout à Rivière-des-Prairies.



### RÉPARTITION DE LA POPULATION SUR LE TERRITOIRE DU CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE



<sup>2</sup> Direction de santé publique de Montréal, *Principales caractéristiques de la population du CSSS de la Pointe-de-l'Île - Données du recensement de 2006, 2009*, p. 6.

<sup>3</sup> Site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Statistiques interactives*, caractéristiques de la population.

<sup>4</sup> Direction de santé publique de Montréal et CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Portrait de santé de la population Pointe-de-l'Île et ses secteurs - Faits saillants*, avril 2010, p. 4.

## Langue d'usage

Sur le territoire de la Pointe-de-l'Île<sup>5</sup>, 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.

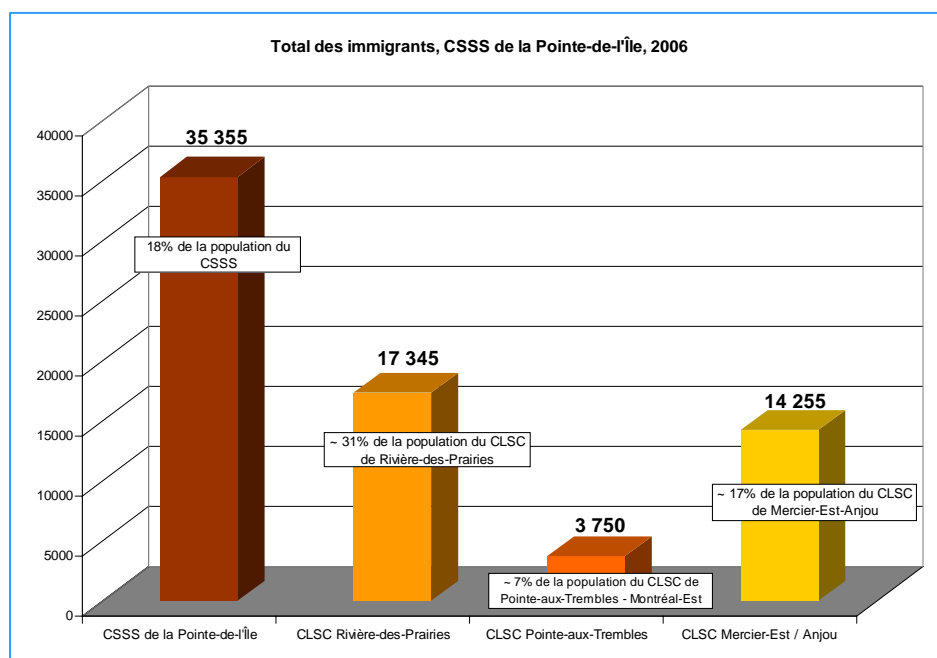
## Population immigrante

Lors du dernier recensement en 2006, 18,8 % des résidents du territoire étaient des personnes immigrantes<sup>6</sup> 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.

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

Un pourcentage de 47 % des immigrants<sup>7</sup> 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.

La part de la population immigrante<sup>8</sup> est moins importante qu'à Montréal dans son ensemble, sauf à Rivière-des-Prairies où il y a une proportion similaire et à Rivière-des-Prairies-Ouest où elle est supérieure à Montréal. Il y a une augmentation importante du nombre d'immigrants



récents à Pointe-aux-Trembles, mais les effectifs sont peu importants. Dans le secteur Mercier-Est—Anjou toutefois, leur nombre a plus que doublé, passant de 1 615 en 2001 à 3 800 en 2006. Une bonne part d'entre eux demeure dans le voisinage de Bas-Anjou.

<sup>5</sup> Site Internet de la Direction de santé publique. *Statistiques et surveillance, Panorama Santé Montréal - Statistiques détaillées par thème*, Recensements canadiens, Statistique Canada.

<sup>6</sup> Direction de santé publique. *Op. cit.*, p. 6, 2009.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Direction de santé publique de Montréal et CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Op. cit.*, p. 4.

## Ménages et familles

Il y a moins de ménages<sup>9</sup> d'une personne sur le territoire de la Pointe-de-l'Île qu'à Montréal, surtout à Rivière-des-Prairies. Les ménages familiaux dominent. Parmi les familles avec enfants, la monoparentalité est présente principalement dans le secteur de Mercier-Est–Anjou (voisinage de Saint-Victor et de Sainte-Claire - Sainte-Louise-de-Marillac), et dans le secteur de Pointe-aux-Trembles–Montréal-Est (voisinage de Montréal-Est), où les proportions dépassent 40 %.

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	33 505
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

## 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.<sup>11</sup>

### Familles monoparentales

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.

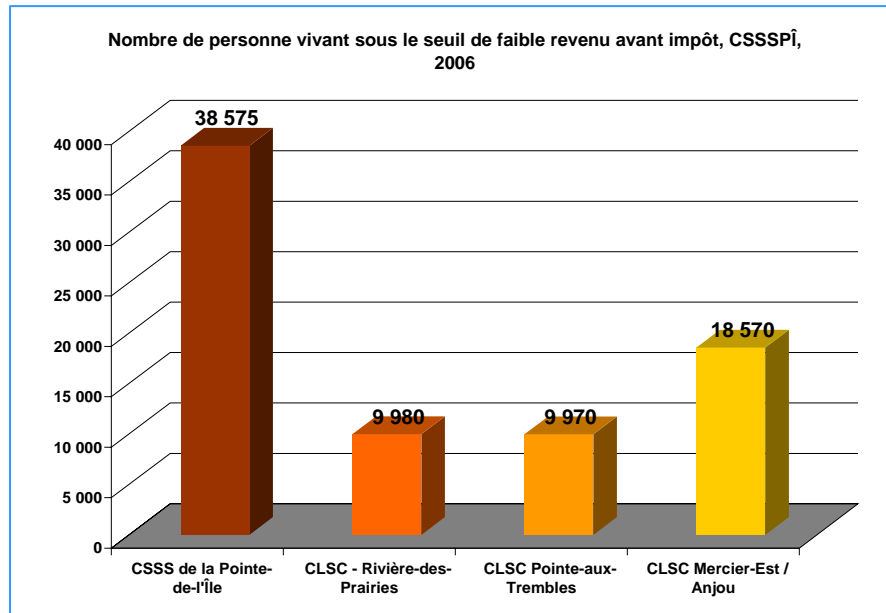
Sous le seuil de faible revenu<sup>12</sup> sur le territoire de la Pointe-de-l'Île, 38 575 personnes étaient dénombrées en 2006. Signalons qu'elles sont davantage concentrées dans les secteurs ouest de Rivière-des-Prairies (7 620 personnes) et de Pointe-aux-Trembles (7 390 personnes) ainsi que dans le sud et sud-est de Mercier-Est (7 595 personnes).

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>10</sup> Direction de santé publique. *Op. cit.*, p. 6.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>12</sup> CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Op. cit.*, p. 13.



**Tableau 3<sup>13</sup>**  
**SEUILS DE FAIBLE REVENU, 2005**

Taille de la famille	Seuil de faible revenu avant impôts	Seuil de faible revenu après impôts
1 personne	20 778 \$	17 219 \$
2 personnes	25 867 \$	20 956 \$
3 personnes	31 801 \$	26 095 \$
4 personnes	38 610 \$	32 556 \$
5 personnes	43 791 \$	37 071 \$
6 personnes	49 389 \$	41 113 \$
7 personnes et plus	54 987 \$	45 155 \$

Source : Statistique Canada

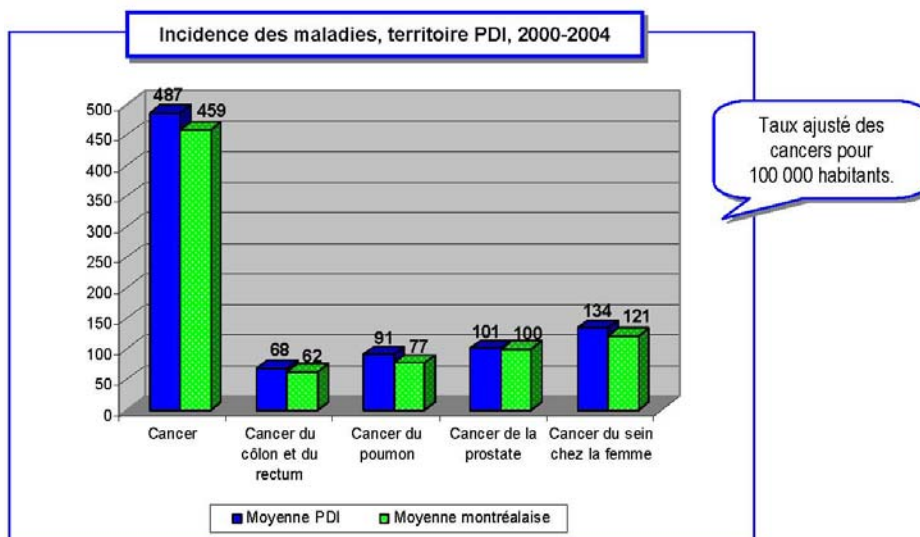
## État de santé de la population

Pour tous les indicateurs de l'état de santé générale (espérance de vie à la naissance, en bonne santé, à 65 ans), le secteur Rivière-des-Prairies, obtient des résultats meilleurs non seulement comparé à ce qui prévaut sur le territoire du CSSS mais aussi à Montréal. La proportion plus importante d'immigrants sur le territoire pourrait expliquer ce meilleur état de santé, dans la mesure où un bon état de santé physique et mental est un critère de sélection strict à l'entrée au pays.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Direction de santé publique de Montréal et CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Op. cit.*, p. 8.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 9.

Depuis 1995<sup>15</sup>, 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.

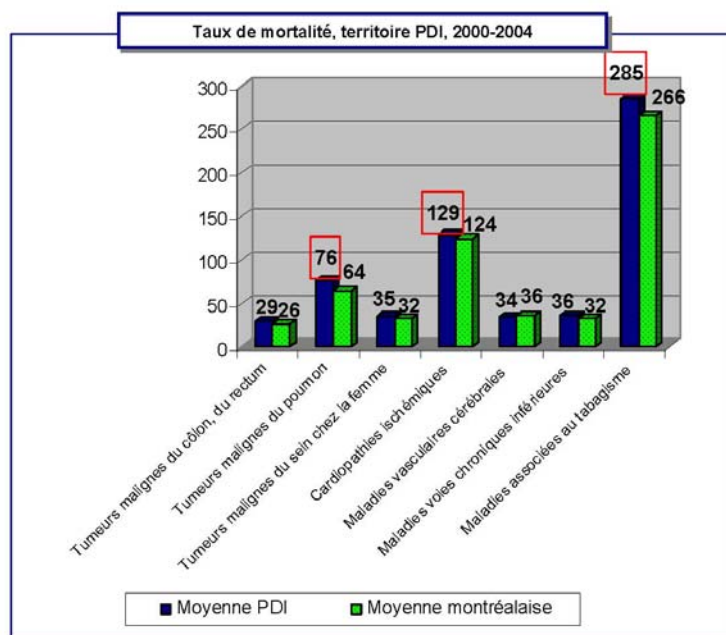


### Grandes causes de décès<sup>16</sup>

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.



<sup>15</sup> CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Op. cit.*, p. 7.

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 8.

## Les tout-petits<sup>17</sup>

Des zones de concentration d'enfants vivant sous le seuil du faible revenu sont situées dans les voisinages Pointe-aux-Trembles-Ouest, Rivière-des-Prairies-Ouest, Bas-Anjou, Sainte-Claire, Sainte-Louise-de-Marillac et Saint-Justin (voir carte à la page 8).

Les caractéristiques des nouveau-nés sont très semblables à celles des nouveau-nés dans l'ensemble de l'île, sauf la proportion de mères nées à l'extérieur du Canada, moins importante sur le territoire de la Pointe-de-l'Île.

Comparativement à Montréal, on note des taux plus élevés d'hospitalisation (0-5 ans) et de victimisation (0-4 ans) dans les secteurs Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et Mercier-Est—Anjou.

## Les jeunes<sup>18</sup>

L'environnement scolaire est moins défavorisé qu'ailleurs (Montréal). Mercier-Est—Anjou est le seul secteur ayant des écoles défavorisées ou très défavorisées au primaire, qui sont fréquentées par peu d'effectifs.

Les jeunes garçons des secteurs Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et Mercier-Est—Anjou présentent des taux de sorties sans diplôme supérieurs au taux montréalais.

Comme les adultes du territoire, les jeunes semblent moins actifs dans leurs loisirs.

Les jeunes de 15 à 19 ans du territoire du CSSS sont parmi les groupes les plus touchés par la chlamydie et l'infection gonococcique. Les plus touchées par la chlamydie sont les jeunes femmes du secteur Mercier-Est—Anjou.

## Les aînés<sup>19</sup>

La présence des 65 ans et plus dans la population des CLSC devrait s'accroître de telle sorte que, contrairement à 2006, tous les CLSC auraient un pourcentage supérieur à Montréal en 2019.

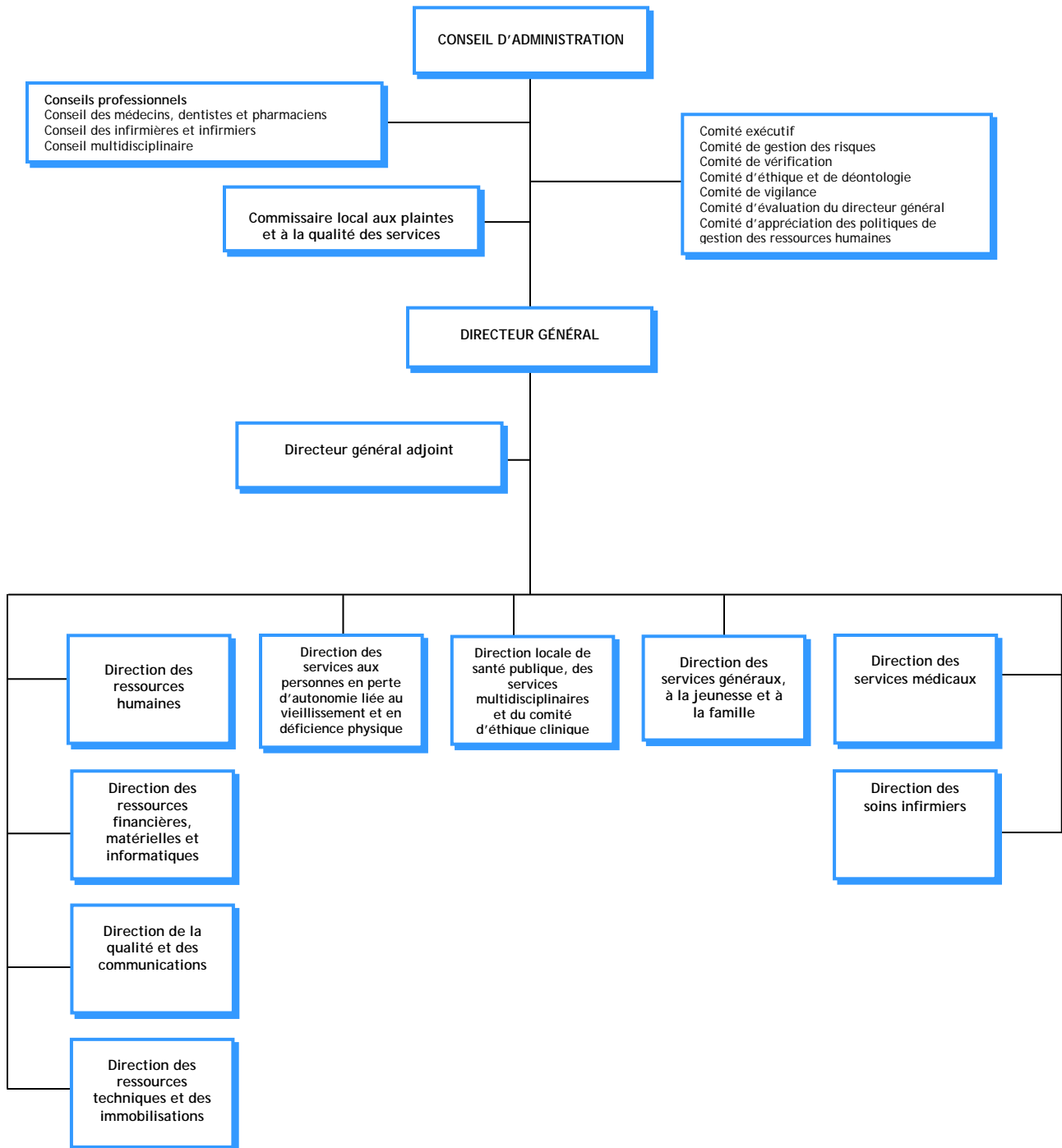
---

<sup>17</sup> Direction de santé publique de Montréal et CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Op. cit.*, p. 10.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 11.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 14.

# 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 CONTRE LA GRIPPE A (H1N1)

Au printemps 2009, le Québec ainsi qu'une partie de la planète subissaient une première vague de la grippe d'origine porcine nommée grippe A (H1N1). Le réseau de la santé a été mobilisé, dans un premier temps, et a exercé une vigilance accrue dans un contexte de pré-alerte. Par la suite, notre direction, grâce à la vigilance et à l'implication du conseiller aux mesures d'urgence aux rencontres de l'Agence, a rapidement mobilisé l'attention des membres du comité de coordination des mesures d'urgence regroupant l'ensemble des directions pour réviser notre plan de lutte contre une pandémie possible et mettre en place la structure nécessaire pour vacciner l'ensemble de la population du territoire.

Nous avons assisté, au cours de cette période, à une mise en commun des énergies de toutes les forces en présence dans notre CSSS afin de mettre sur pied rapidement deux centres de vaccination ouverts sept jours par semaine, de 8 h à 20 h; un situé à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et l'autre au Centre Édouard-Rivet. Ces centres ont été ouverts du début novembre à la mi-décembre et, devant l'ampleur de la mobilisation nécessaire pour assurer ces services, toutes les directions ont été interpellées pour préparer un plan de délestage du personnel vers les centres de vaccination tout en devant assurer les services jugés essentiels pour la population.

Un comité opérationnel, composé de représentants de différentes directions, a été créé pour mettre en place tous les plans d'action suivants : sites non-traditionnels (SNT), soins ambulatoires, clinique de grippe, vaccination des travailleurs du réseau de la santé, vaccination massive de la population, etc.

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île aura vacciné plus de 106,000 personnes, soit le plus grand nombre de personnes parmi les CSSS de l'Île de Montréal. Notre pourcentage de couverture vaccinale pour notre population a atteint 55,2 % et vient au troisième rang sur l'Île de Montréal. Au niveau des coûts reliés à cet exercice, bien que toutes les dépenses ne soient pas encore toutes compilées, on peut prévoir des coûts de l'ordre de 2,3 millions de dollars, incluant les dépenses reliées au délestage de services qui se chiffrent à environ 500 000 \$.

La réussite de cette opération est le fruit du travail acharné de plusieurs acteurs qui ont accepté de relever ce défi d'envergure. Nous pouvons être très fiers d'avoir accompli cette mission quasi impossible dans un si court laps de temps, impossible ici de nommer et de remercier toutes les personnes qui y ont travaillé sans relâche, mais elles sauront se reconnaître dans ce noble sentiment du devoir accompli.

## 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 2009-2010, les CLSC ont vacciné 3 737 enfants dans le cadre du programme d'immunisation des enfants et ont administré 12 921 doses.

ENTENTES DE GESTION VACCINATION INFANTILE			
Ententes	Cible	Résultat	Écart
Proportion d'enfants ayant reçu leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la méningite (Pentacel) dans les délais	60 %	32 %	28 %
Proportion d'enfants ayant reçu leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	50 %	48 %	2 %
Proportion d'enfants ayant reçu leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le pneumocoque dans les délais	60 %	37,5 %	22,5 %
Nous nous assurons de répondre aux délais prescrits d'immunisation du Québec. Ainsi, des plages de rendez-vous sont ajoutées au besoin. Par ailleurs, nous présumons qu'un bon nombre d'enfants sont également vaccinés en cliniques et en cabinets privés.			

### 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.

Encore cette année, le vaccin contre le virus du papillome humain (le VPH) a été ajouté au calendrier de vaccination.

Tableau 4  
VACCINATION À L'ÉCOLE

Année	Hépatite B		Coqueluche		Varicelle		Autres vaccins		Virus du papillome humain (VPH)	
	Nombre d'usagers	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
2008-09	1 630	2 878	2 128	1 199	320	412	1 929	2 177	1 425	7 519
2009-10	1 510	2 974	2 258	2 277	518	558	275	283	2 537	2 992

## 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.

Année	Antigrippale		Pneumocoque
	Nombre d'usagers	Nombre de doses	Vaccins administrés
2008-2009	13 194	13 676	867
2009-2010	7 183	7 297	378

Centre d'hébergement	Vaccination Influenza saisonnier		Vaccination pneumocoque*	
	% de résidents vaccinés 2008-2009	% de résidents vaccinés 2009-2010	% de résidents vaccinés 2008-2009	% de résidents vaccinés 2009-2010
François-Séguenot	93,51 %	90,1 %	92,2 %	96 %
Judith-Jasmin	85,3 %	82,3 %	73,3 %	66,7 %
Biermans	87,3 %	76,6 %	45,7 %	46,2 %
Pierre-Joseph-Triest	84,5 %	79,9 %	41,7 %	45,3 %

Pour l'influenza saisonnier, les taux de couverture vaccinale ont significativement diminués, certainement en raison de la vaccination contre la grippe A(H1N1), dont la campagne promotionnelle a été plus importante.

## PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

L'année 2009-2010 a été, sans contredit, l'année de la prévention et du contrôle des infections. En effet, la venue du virus influenza A (H1N1) a monopolisé l'équipe de prévention et de contrôle des infections, en plus des autres dossiers habituels. Voici un résumé des activités réalisées en cours d'année :

- Production du rapport final d'analyse du projet de surveillance des infections urinaires au Centre d'hébergement Judith-Jasmin.
- Plusieurs séances de formation ont été données en cours d'année (voir le tableau 7 à la page suivante). Le chef d'activités formé (l'agent multiplicateur) a donné de la formation à 86 infirmières et infirmières auxiliaires sur l'ordonnance collective numéro 23, portant sur l'aspiration nasopharyngée.

- Plusieurs rappels portant sur les pratiques de base et les précautions additionnelles ont aussi été faits lors des éclosions de gastro-entérite dans nos centres d'hébergement en février et mars 2010.
- Création d'outils (algorithmes) portant sur la gestion des contacts des personnes atteintes d'un syndrome d'allure grippale lors de la phase active de l'Influenza A (H1N1).
- Révision des règles de soins reliées à la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque.
- Rédaction des règles de soins portant sur le staphylocoque aureus résistant à la Méthiciline (SARM) et l'entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV).
- Participation à la rédaction d'une politique et procédure portant sur la « Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction, de rénovation et d'entretien au CSSS».
- Réponse à plus de 208 demandes ponctuelles ou requérant un suivi. Cette activité représente une augmentation de 87 % par rapport à l'année passée.
- Augmentation de 94 % par rapport à l'année dernière de l'utilisation de la solution hydroalcoolisée. Ceci est facilement explicable par le contexte pandémique (clinique de grippe, centres de vaccination de masse) et l'ouverture de l'installation Anjou pour les services en santé mentale et DI-TED.
- L'équipe a été à découvert d'une partie d'un poste à temps partiel pratiquement toute l'année. Le poste est comblé depuis le 22 mars 2010.

Tableau 7 FORMATION SUR LES PRATIQUES DE BASE ET LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES		
Titre de la formation	Nombre de Formations	Nombre de participants
Pratiques de base pour les nouveaux préposés aux bénéficiaires	5	53
Sensibilisation aux pratiques de base pour le personnel de la pharmacie	1	6
Port et retrait de l'équipement de protection personnelle en CLSC (cadre d'influenza A (H1N1))	3	24
L'influenza d'origine porcine pour les employés en hébergement	8	123
L'influenza d'origine porcine avec les médecins	1	7
Règles de soins infirmiers	12	99
Vaccination contre la grippe A(H1N1) pour le personnel du CSSS et les employés de résidences privées	27	278
Agent multiplicateur pour l'ordonnance collective 23 (aspiration nasopharyngée)	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>591</b>

### Infections nosocomiales

En prévention et contrôle des infections, les infections surveillées systématiquement sont les suivantes : *Clostridium difficile*, ERV, SARM, plaies infectées, infections urinaires sur sonde ainsi que les éclosions (voir les tableaux 8, 9 et 10).

- Nous remarquons une hausse de résidents qui reviennent de l'hôpital avec un ERV et un SARM.
- Nous observons aussi la présence d'infections nosocomiales à *C. difficile*. Soulignons que nous n'avons eu aucune transmission à *C. difficile*. Compte tenu que 5 % de la population est porteuse de cette bactérie, il est possible que, à la suite d'un traitement aux antibiotiques, une personne développe une infection à *C. difficile*. L'application rigoureuse des précautions additionnelles a permis de prévenir une transmission de cet agent pathogène à d'autres résidents.
- Les éclosions de gastro-entérite, d'influenza, du virus respiratoire syncytial (VRS), etc., font également partie de notre surveillance de façon rigoureuse. Nous avons eu six éclosions de gastroentérite d'origine virale. Nous n'avons pas eu d'éclosion d'influenza ni de VRS.

Voici le résultat de la surveillance effectuée en 2009-2010 auprès des cas d'infections.

ENTENTE DE GESTION			
INFIRMIÈRES DÉDIÉES À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES PAR NOMBRE DE LITS DE SOINS DE LONGUE DURÉE			
	Résultat	Cible	Écart
Ratio du nombre d'infirmières équivalent temps complet par nombre de lits de soins de longue durée	0,9	1	-10 %
L'écart est dû à la vaccination contre la grippe A(H1N1) qui a monopolisé les infirmières de l'équipe de prévention et contrôle des infections.			

	2008-2009		2009-2010	
	Nombre total de cas	Nombre de cas nosocomial	Nombre total de cas	Nombre de cas nosocomial
ERV	3	---	5	---
SARM	4	1	9	1

\* Les colonisations ne sont pas des infections. Elles ne sont donc pas comptabilisées dans le tableau ci-contre.

2008-2009	Taux par 1000 jours-présence ou cathéter	<i>C. difficile</i>	ERV	SARM	Plaie infectée	Infection urinaire/sonde
		Total des infections	0,08	---	---	---
	Celles qui sont nosocomiales	---	---	---	---	15,2*
2009-2010	Taux par 1000 jours-présence ou cathéter	<i>C. difficile</i>	ERV	SARM	Plaie infectée	Infection urinaire/sonde
	Total des infections	0,28	---	0,04	0,04	48,8
	Celles qui sont nosocomiales	0,28	---	0,04	0,04	15 *

\* La notion de nosocomiale doit être comprise comme «correspondant à la définition de la littérature sélectionnée au CSSS».

Nombre d'éclosions	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Gastroentérite	4	4	6
VRS	---	1	---
Influenza	---	1	---

## 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. Portée par une approche motivationnelle unique et novatrice, cette ressource se donne pour objectif de renforcer les activités de prévention en regard de trois habitudes de vie qui sont:



- une alimentation équilibrée;
- la pratique régulière d'activités physiques;
- la cessation tabagique.



De plus, il offre une continuité aux pratiques cliniques préventives des médecins et des professionnels de première ligne auprès de toute personne adulte désireuse d'améliorer ses habitudes de vie.

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.

En 2009-2010, l'infirmière conseil en prévention clinique a rencontré neuf milieux cliniques dont huit ont implanté le système de prévention clinique. Nous pouvons donc confirmer que tous les 22 milieux cliniques du secteur (cliniques médicales, groupes de médecine familiale, cliniques-réseau, etc.) ont été contactés pour une première présentation sur les services du CES.

De la mi-octobre au début janvier 2010, le CES a dû cesser ses services en raison du contexte de la grippe A (H1N1) qui a entraîné une diminution de clientèle. L'infirmière éducatrice pour la santé a donc rencontré 84 clients auprès de qui 168 interventions ont été réalisées, soit une diminution de 42 clients par rapport à l'an dernier.

Provenance de la clientèle :

- un nombre diversifié d'intervenants du CSSS réfèrent au CES;
- la clientèle reçue au CES a été référée par 14 cliniques différentes.

## Centre d'abandon du tabac

Intégré au centre d'éducation pour la santé, le centre d'abandon du tabagisme (CAT) offre un ensemble de services spécialisés taillés sur mesure pour accompagner les personnes souhaitant 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.

En novembre 2009, le déploiement de la nouvelle ordonnance collective régionale, ayant pour but d'habiliter les infirmières de première ligne et les pharmaciens d'initier une thérapie de remplacement de la nicotine, est venu bonifier la qualité de l'offre de services.

CLSC	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
2008-2009	61	134
2009-2010	89	303

Tout comme le Centre d'éducation pour la santé, de la mi-octobre au début janvier 2010, le CAT a dû cesser ses activités, en raison de la baisse de clientèle en temps de pandémie de grippe A(H1N1). Malgré ce contexte, on note une augmentation de 28 usagers de plus par rapport à l'an dernier, avec une moyenne de 3,4 interventions par usager, ce qui correspond à la cible visée. Cette augmentation témoigne du succès des activités de promotion qui ont eu cours durant l'année.

Provenance de la clientèle rencontrée :

- 63,4 % des personnes sont référées, dont 31,7 % par des médecins, contrairement à l'an dernier où la majorité consultait sans référence.
- 9 milieux cliniques sur 22 (cliniques médicales, groupes de médecine familiale, cliniques-réseau, etc.) ont référé au CAT.

À ces statistiques s'ajoute l'animation de deux groupes de cessation tabagique en collaboration avec la Direction de santé publique et son équipe «Mieux vivre sans fumée» auxquels ont participé :

- 12 personnes, en avril 2009, avec la remise de 9 ordonnances collectives de thérapie de remplacement de la nicotine;
- 15 personnes, en février 2010, avec la remise de 9 ordonnances collectives de thérapie de remplacement de la nicotine.

De plus, l'équipe du CAT a réalisé une tournée d'une journée dans les sept installations du CSSS, à l'aide d'un kiosque d'information, dans le cadre des défis «J'arrête, j'y gagne», «Famille sans fumée» et «5/30». D'autres activités promotionnelles ont été organisées au Cégep Marie-Victorin, dans le cadre de la Semaine de la santé, et chez Costco.

## Prévention du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est un service gratuit offert à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans n'ayant jamais eu le cancer du sein. Poursuivant l'objectif de réduire la mortalité liée au cancer du sein, le programme consiste à faire passer une

mammographie de dépistage à ces femmes tous les deux ans dans un Centre de dépistage désigné.

Au 30 juin 2008, le taux de participation s'établissait à 48 % sur le territoire du CSSS. Soulignons que ce taux est supérieur à celui observé sur l'ensemble du territoire montréalais (42,5 %) mais reste à bonifier afin d'atteindre un taux souhaité de 70 %.

Afin de promouvoir le Programme québécois de dépistage, les activités suivantes ont été mises sur pied au cours de l'année 2009-2010 :

- Formation «Rôle renouvelé au Programme québécois de dépistage du cancer du sein» offerte par la Direction de santé publique et appropriation pour l'infirmière conseil en prévention clinique;
- Collaboration et soutien aux intervenants du CSSS et du réseau local face aux demandes ponctuelles en regard du cancer du sein;
- Activités promotionnelles :
  - kiosque au Cégep Marie-Victorin en avril 2009 et en mars 2010;
  - assemblée générale annuelle du Conseil des infirmières et infirmiers du CSSS, en juin 2009;
  - animation de la campagne «Mémo-Mamo» par des rencontres de sensibilisation;
  - campagne médiatique «Osez le donner» avec la récolte de soutien-gorge en collaboration avec les partenaires interne et externe.
- Diffusion d'information stratégique (dépliants et affiches) dans des lieux de fréquentation de la population.

#### Adhésion au réseau mondial Promoteur de la santé



En 2009, Le CSSS a adhéré au Réseau montréalais des hôpitaux et CSSS promoteurs de santé. Ce réseau fait partie d'un mouvement international initié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Par cette démarche, le CSSS a inscrit un geste symbolique dans le parcours de la promotion de la santé.

Un CSSS promoteur de santé ne se contente pas de fournir des services médicaux et infirmiers de qualité, il intègre aussi à son image de marque et à sa pratique quotidienne des activités de promotion de la santé dans le but de :

- diminuer l'incidence des maladies chroniques et de celles reliées aux habitudes de vie;
- mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante;
- créer et maintenir un milieu de travail sain pour tous;
- favoriser des comportements plus respectueux de l'environnement;
- bâtir des communautés en santé.

En respect de cette approche, nous nous engageons donc à mettre en place des actions et des gestes concrets en cohérence avec les cinq normes de l'OMS qui consistent à :

- énoncer une orientation claire en faveur de la promotion de la santé;
- se doter d'une structure organisationnelle et d'une culture promotrice de la santé (incluant les rôles actifs et participatifs des patients et du personnel);
- développer des environnements physiques favorables à la santé;
- collaborer activement avec la communauté.

Notre participation active à cette démarche nous permettra de poursuivre nos actions dans le but de développer une vision commune de l'aspect prévention et promotion de la santé. Et rappelons-nous que «Prendre le chemin de la promotion de la santé, c'est donner un sens aux petits et aux grands projets...».

## DÉVELOPPEMENT DURABLE

### Concertation, aménagement et environnement

Le territoire de l'Est de Montréal vit la réalité d'un milieu industriel composé en partie de l'industrie lourde et des services qui y sont associés. La cohabitation résidentielle et industrielle est une préoccupation importante, elle doit être empreinte de respect ce qui sous-tend une vision partagée, un respect des uns et des autres et une volonté d'avancer ensemble, en tenant compte des préoccupations locales et régionales.

Depuis décembre 2006, un groupe de représentants issus du milieu communautaire, industriel, commercial, environnemental, gouvernemental et municipal ainsi que des citoyens experts, tiennent des rencontres de travail afin de trouver les moyens nécessaires pour mettre en place les valeurs du développement durable dans l'Est de Montréal. Ces rencontres ont permis d'identifier quatre grands enjeux liés à l'Est de Montréal soit :

- la santé de la population;
- l'harmonisation des usages conflictuels du territoire,
- la mobilité et transport;
- la réappropriation des berges et des usages de l'eau.

Au cours des années 2008 et 2009, un chantier comprenant cinq ateliers ont été mis en place afin d'identifier les actions prioritaires et faire une mise à niveau des connaissances en lien avec le territoire de la pointe Est de l'île de Montréal. Le chantier a permis de mobiliser les acteurs autour des points de convergence et d'analyser les différentes actions issues des enjeux.

Les actions ciblées pour chacun des enjeux sont vues dans le cadre du développement durable afin de situer les points de convergence où la concertation est nécessaire. Le but de la table de concertation régionale Aménagement et environnement de la Pointe-de-l'Île est d'atteindre «un développement économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable», soit le développement durable.

En janvier 2010, notre CSSS s'est engagé à coordonner la Table Aménagement Environnement de la Pointe-de-l'Île reprenant ainsi le flambeau de la ZIP Jacques Cartier désireuse de retourner à sa mission première soit l'accessibilité aux rives dans une perspective de développement durable. Le CSSS souhaite ainsi réunir les conditions favorisant une meilleure qualité de l'air, la protection de l'environnement, l'accès au logement salubre de même que la sécurité alimentaire afin de répondre aux besoins présents.

La Direction locale de santé publique, des services multidisciplinaires et du comité d'éthique clinique a modifié sa structure interne d'encadrement afin de créer un poste de conseiller cadre en développement durable qui aura, entre autres, dans ses fonctions l'animation de la

Table Aménagement Environnement de la Pointe-de-l'Île et des quatre comités d'actions qui ont été mis sur pied :

- Comité d'action sur les risques industriels et l'aménagement du territoire;
- Comité d'action sur le transport;
- Comité d'action sur l'accessibilité riveraine (chapeauté par la Zip Jacques- Cartier);
- Comité d'action sur la santé de la population (dont un sous-comité herbe à poux).

La vision de la Table Aménagement Environnement de la Pointe-de-l'Île est de faire de l'est de l'île de Montréal un milieu de vie de qualité, où les communautés contribueront au développement durable de leur territoire. Notre CSSS, par son engagement, est fier de s'impliquer pleinement à la réalisation de cet objectif.



### 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. Ce service est en fonction 7 jours sur 7; de 8 h à 20 h en semaine et de 8 h à 16 h les fins de semaine et les jours fériés. Cette année, l'équipe de l'accueil centralisé a reçu 10 068 demandes, soit une augmentation de 12 % par rapport à l'année passée.

Services	2008-2009	2009-2010
Services généraux	1 797	2 059
Services généraux à domicile	2 622	2 968
Soutien à domicile	3 402	3 588
Périnatalité	194	280
Services intégrés en périnatalité et petite enfance	319	387
Ressource non institutionnelle de convalescence	247	267
Services intensifs de soutien à domicile	5	2
RFI subaigus	388	430
SARCA	11	26
Santé mentale adulte et santé mentale jeunesse	---	49
Clinique de diabète	---	12
TOTAL	8 985	10 068

### Le guichet d'accès pour la clientèle sans médecin

Ce nouveau service consiste à aider toute personne qui en fait la demande au CSSS à trouver un médecin de famille qui la prendra en charge.

La demande doit être adressée à une infirmière du Guichet d'accès, qui en évalue l'urgence et, avec la collaboration du médecin coordonateur, soutient la personne dans ses démarches pour trouver un médecin de famille qui accepte de nouveaux patients. Ce service est accessible à toute la population de la Pointe-de-l'Île qui n'a pas de médecin de famille. Toutefois, étant donné la pénurie de médecins, nous sommes dans l'obligation de prioriser certaines clientèles plus vulnérables, telles que les femmes enceintes, les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques, d'hypertension artérielle, de diabète, d'asthme ou d'insuffisance cardiaque.

Plus de 1 100 clients sont inscrits au guichet. À ce jour, 38 médecins du territoire y participent. Toutes les situations évaluées prioritaires sont orientées à un médecin, et ce, en respect du délai prescrit. De plus, au cours de l'année, 541 femmes enceintes ont été orientées à un médecin pour leur suivi de grossesse.

## Les services généraux à domicile

Le mandat principal de l'équipe des services généraux à domicile 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.

Année	Nombre de demandes	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
2008-2009	2 622	2 443	14 482
2009-2010	2 968	2 498	14 978

Cette année, les demandes sont à la hausse de 15 %. L'imprévisibilité du nombre de demandes quotidiennes et la réception en fin de journée de plusieurs d'entre elles constituent des défis importants pour cette équipe.

## SERVICES DIAGNOSTIQUES

### Centres de prélèvements

En 2009-2010, 78 742 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.

Afin de faire face à la pénurie d'infirmière, sept infirmières auxiliaires sont entrées en fonction dans nos trois centres de prélèvements.

### Radiologie

Durant l'année, un problème technique a forcé le CSSS à fermer le service de radiologie temporairement, ce qui explique la légère diminution de services. L'établissement est en voie d'acquisition d'un nouvel appareil de graphie. Les plans d'aménagement de la salle sont en préparation. Parallèlement, le projet d'implantation du système de gestion informatisé d'imagerie médicale est lancé.

	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
2008-2009	4 316	5 781
2009-2010	3 723	4 915

## SERVICES PHARMACEUTIQUES

### La pharmacie

Le projet du système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments (SARDM) suit son cours et la phase 1 est terminée.

L'appel d'offres pour le système d'information de la pharmacie (SIP) a été complété. Le nouveau SIP contribuera à l'amélioration de la qualité des services à la clientèle en assurant une gestion plus élaborée et complète des dossiers pharmacothérapeutiques des résidents en centre d'hébergement.

Cette année, les visites des assistantes techniques seniors en pharmacie sur les unités de soins ont contribué à l'amélioration des services à la clientèle en assurant un plus grand respect et une plus grande discipline face aux pratiques de gestion régissant l'utilisation des médicaments et la prévention des problèmes pharmacothérapeutiques. De plus, les devis techniques pour la nouvelle pharmacie ont été finalisés.

Au CSSS, il y a quatre pharmaciens : M. Jean-Marc Poliquin, pharmacien-chef, M. Jacques-Yves Desautels, M. Mario Gaudet et M. Pierre Lemieux. Le maintien d'un meilleur état de santé de la clientèle est l'objectif principal de la réorganisation du service de la pharmacie.

## 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.

Installations	Nombre de médecins	Nombre de postes équivalent en temps complet (ETC)
CLSC de Mercier-Est—Anjou	10	6,77
CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est	14	10,87
CLSC de Rivière-des-Prairies	14	10,68
Centres d'hébergement (Biermans, Judith-Jasmin et Pierre-Joseph-Triest)	7 (+2*)	2,63
Programme Santé au travail	4	2,82
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>33,77</b>

\* un médecin travaille pour le CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et le Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest et un autre médecin travaille pour le CLSC de Mercier-Est—Anjou et le Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest.

## À l'interne

L'année 2009-2010 a été riche en émotion avec la pandémie de grippe A (H1N1). La remarquable mobilisation des médecins du CSSS a permis d'instaurer une clinique de grippe durant trois semaines au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est. Les efforts des membres du service de médecine ont été axés principalement sur la préparation et les services donnés pendant cette période. Des médecins du territoire sont venus prêter main-forte à leurs collègues du CSSS.

Les médecins ont participé au bon fonctionnement du guichet d'accès en inscrivant plusieurs centaines de patients vulnérables parmi leur clientèle.

En 2009-2010, quatre nouveaux médecins se sont joints à nos équipes en place.

- deux médecins en médecine générale au CLSC de Mercier-Est—Anjou, dont un partage son temps au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest;
- deux médecins en médecine générale au CLSC de Rivière-des-Prairies.

Au printemps 2010, les professionnels suivants nous ont quittés :

- une pharmacienne (mars 2010);
- un médecin en santé au travail, au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est (avril 2010).

Cette année, environ 500 cartes postales pour du recrutement ont été acheminées aux médecins en région. Un hyperlien permet de visionner la vidéo promotionnelle et de consulter le site Internet du CSSS de la Pointe-de-l'Île.

Plusieurs médecins du CSSS se sont impliqués dans la supervision de stages d'externat. L'enseignement aux externes se poursuivra cette année. Nous avons accueilli notre première externe en médecine, et ce, malgré le contexte de la grippe. Les prochains externes sont attendus au cours de l'automne sous la coordination du Dre Marjolaine Gourde.

## À l'externe

Nous avons poursuivi notre participation et notre collaboration 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.

Dans le cadre de la préparation à la pandémie de grippe A (H1N1), des tests d'ajustement de masques ont été offerts à tout le personnel des cliniques médicales du territoire. Également, les démarches de réaccréditation ont débuté pour le GMF St-André et finalisées pour la clinique-réseau Hochelaga.

## 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.

Année	CLSC	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
2008-2009	Sans rendez-vous	10 895	17 756
	Avec rendez-vous	8 452	19 616
2009-2010	Sans rendez-vous	10 092	15 970
	Avec rendez-vous	8 824	19 383

## 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.

Année	CLSC	Nombre d'usagers	Nombre d'interventions
2008-2009	Sans rendez-vous	13 320	19 467
	Avec rendez-vous	8 690	35 288
2009-2010	Sans rendez-vous	12 864	18 423
	Avec rendez-vous	9 877	36 975

NOTE : la légère baisse est due aux activités entourant la vaccination contre la grippe A (H1N1)

### Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Dans les cas d'interruption volontaire de grossesse, le CSSS a offert ce service à 376 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 50 femmes. De plus, un centre de coordination des demandes est en fonction afin d'éviter les délais d'obtention du service.

Année	Nombre IVG	Délai de 0 à 7 jours
2008-2009	337	65,6 %
2009-2010	376	68,9 %

## Clinique du diabète

Débutée en février 2010, une équipe interdisciplinaire, composée d'une nutritionniste, d'une infirmière et d'un kinésiologue assure le suivi de la clientèle diabétique, sur une période de 24 mois. À ce jour, 70 personnes du territoire de la Pointe-de-l'Île, référées par leur médecin traitant, ont bénéficié de ce service.

## 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 5 921 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.

Cette année, à la suite d'une analyse de l'utilisation des services d'accueil pendant les fins de semaine et les jours fériés, nous avons décidé de revoir notre offre de services et de regrouper les services d'accueil durant les fins de semaine et les jours fériés dans seule installation, soit au CLSC de Mercier-Est—Anjou. Cette réorganisation devrait permettre une meilleure utilisation de nos intervenants.

Une «coordonnatrice professionnelle» a été introduite dans les équipes accueil et suivis psychosociaux généraux ainsi que dans l'équipe des services aux personnes anglophones afin d'offrir un soutien clinique aux intervenants. En plus de qualifier l'intervention, elle exercera un suivi régulier auprès des équipes afin d'en assurer l'efficacité.

	Total d'usagers	Nombre d'interventions
2008-2009	1 056	4 329
2009-2010	866	3 185

ENTENTE DE GESTION SERVICES PSYCHOSOCIAUX COURANTS					
Nombre d'usagers			Moyenne d'interventions		
Cible	Résultat	Écart	Cible	Résultat	Écart
1 182	1 002	-15,2 %	4,47	3,91	-12,5 %
Outre la participation des intervenants à la campagne de vaccination massive, deux intervenantes n'ont pu être remplacées durant une période de 4 mois, ce qui explique la diminution de performance pour ces services.					



Avec 2 036 naissances cette année sur le territoire, le nombre d'accouchements s'est accru de 17 % depuis 2007-2008.

Territoire	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Rivière-des-Prairies	430	558	608
Pointe-aux-Trembles– Montréal-Est	465	492	520
Mercier-Est–Anjou	842	908	908
<b>TOTAL</b>	<b>1 737</b>	<b>1 958</b>	<b>2 036</b>

Avec son programme dédié à la Petite Enfance, 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 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 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
2008-2009	33	112	2 326	20,77
2009-2010	33	160	2 968	18,55

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.

### 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.

Au CLSC de Mercier-Est—Anjou, les nouvelles mères et leur bébé peuvent se rendre à une halte-allaitement hebdomadaire qui a pour principal but de briser l'isolement et de permettre un échange entre les nouvelles mamans. Au cours de l'année 2009-2010, 50 haltes-allaitement ont eu lieu pour une moyenne de 450 personnes qui s'y sont présentées. De plus, la consultante en allaitement et une infirmière du programme de santé parentale et infantile ont rencontré individuellement 200 mères.

Parmi les activités postnatales en CLSC, des ateliers de stimulation, s'étalant sur 10 semaines, pour les bébés de 0 à 6 ans et les bébés de 6 à 12 mois, sont offerts aux mères ciblées avec besoins particuliers. Pour le territoire de Mercier-Est—Anjou, 10 mères ont pu en bénéficier, tandis qu'à Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, 14 mères y ont participé. Pour Rivière-des-Prairies, une entente avec l'organisme communautaire le CERPI a été conclue afin d'offrir ces services aux mères du secteur.

Des cliniques postnatales avec rendez-vous sont offertes dans chaque CLSC pour les parents d'enfants de 0 à 6 mois. Ces cliniques offrent du support à l'allaitement, de la surveillance de gain de poids du bébé et offrent conseils et réconfort aux parents.

	Nombre de rencontres pour clientèle régulière		Nombre de rencontres pour clientèle de jeunes parents		Nombre de rencontres pour clientèle en extrême pauvreté	
	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions
2008-2009	1 834	4 223	166	1 082	247	2 228
2009-2010	1 913	4 174	154	1 042	234	2 019

Enfin, les nutritionnistes de l'équipe ont animé des conférences sur l'alimentation des bébés et des enfants âgés de 1 à 5 ans, abordant les thèmes suivants : le moment adéquat pour introduire les aliments solides, la prévention de certains problèmes comme l'anémie, les allergies alimentaires, l'étouffement, la constipation, la déshydratation, comprendre et savoir réagir aux refus et aux caprices alimentaires des tout-petits, etc.

CLSC	Nombre de groupes sur l'alimentation des bébés et des enfants de 1 à 5 ans	Total de participants
2009-2010	19	180

## 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.

### Clinique de santé Petite enfance

Une clinique de santé Petite enfance a été créée avec la participation de cinq médecins et de deux infirmières du CSSS. Cette clinique vise à faciliter la prise en charge des enfants âgés de 0 à 5 ans qui n'ont pas de médecin de famille, en partageant leur suivi de santé avec une infirmière clinicienne jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 5 ans. 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. En cette première année de fonctionnement, 614 bébés dont plus de 55 % âgés d'un mois à leur visite initiale ont bénéficié de ce service.

### 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<sup>e</sup> secondaire ou encore le soutien aux mères immigrantes récentes ayant un parcours migratoire difficile.

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.

	Nombre d'utilisateurs (mères) 2008-2009	Nombre d'interventions 2008-2009	Nombre d'utilisateurs (mères) 2009-2010	Nombre d'interventions 2009-2010
Extrême pauvreté	109	1 016	102	744
Jeunes familles	62	460	53	440
TOTAL	171	1 476	155	1 184

ENTENTE DE GESTION PROGRAMME SIPPE			
	Cible	Résultat	Écart
Proportion de femmes nouvellement inscrites au programme SIPPE	60 %	47,1 %	12,9 %
Une révision des processus cliniques a permis d'augmenter le résultat de 5 % par rapport à celui de l'an dernier. De plus, les difficultés de recrutement du personnel infirmier qualifié pour ce programme ont ralenti la prise en charge de cette clientèle, ce qui explique la diminution de performance pour ces services.			

## 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
Principales raisons d'intervention				
Vaccination et immunisation préventive	2 760	3 661	627	909
État mal défini	734	1 628	1 579	3 982
Contraception et reproduction	629	1 208	843	1 779
Demande d'examen	583	942	1 399	2 518
Problèmes reliés à la vie de famille	254	895	176	725
Empoisonnement et lésion traumatique	230	731	482	1 468
Suivis postnatal (mère)	---	---	307	722
Toutes autres raisons	---	3 294	---	5 646
<b>TOTAL</b>	---	<b>12 359</b>	---	<b>17 749</b>

## 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 en grande difficulté sont plus fréquents depuis les modifications apportées à la loi de la DPJ car les familles sont davantage orientées vers les services de 1<sup>re</sup> ligne. Ainsi la complexité des besoins de ces familles nécessite une augmentation de l'intensité de nos interventions ainsi qu'une plus grande rapidité de prise en charge. Dès l'automne 2010, des interventions de groupe seront ajoutées à notre offre de services afin de mieux répondre aux besoins de ces familles.

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.

CLSC	Nombre d'utilisateurs 2008-2009	Nombre d'interventions individuelles 2008-2009	Nombre d'utilisateurs 2009-2010	Nombre d'interventions individuelles 2009-2010
Petite enfance	656	4 724	651	4 847
Jeunesse	1 726	9 310	1 425	6 340

	Nombre d'utilisateurs	Nombre moyen d'interventions
Cible	3 496	6,5
résultat	2 716	6,9
Écart	-22,3 %	6,2 %
La participation des intervenants à la campagne de vaccination massive contre la grippe A (H1N1) vient expliquer la baisse de résultat.		

CLSC	Nombre de groupes	Nombre de rencontres	Nombre de participants
2008-2009	14	92	622
2009-2010	13	83	495

### 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, le comité de programmation clinique CAFE est en action. Les douze CSSS ainsi que les deux centres jeunesse sont représentés au niveau stratégique et opérationnel dans ce comité.

La nouveauté est la mise sur pied de la Table régionale des directeurs du programme—services Jeunes en difficulté. Cette table, présidée par M. André Gagnière, directeur général du CSSS de la Pointe-de-l'Île et M. Jean-Marc Potvin, directeur général du Centre jeunesse de Montréal—Institut universitaire, ranime la concertation régionale autour des enjeux liés à la jeunesse. Cette table a, entre autres, priorisé la mise sur pied du comité de suivi du Guide de partenariat CSSS-CJ qui assure la concertation entre les douze CSSS et les deux Centres jeunesse de Montréal.

Les ententes officielles se maintiennent. Un protocole d'entente administratif et clinique a été signé par les douze directeurs généraux des CSSS pour l'organisation de la couverture du service les fins de semaine. Un contrat a été signé avec l'Université de Sherbrooke pour l'utilisation et la formation sur les outils du protocole évaluatif du GRISE et les intervenants CAFE de Montréal participent au projet de recherche.

Sur le terrain, quatre intervenants par CSSS sont présents pour assurer une couverture de service de 15 h à 22 h, 7 jours sur 7, 365 jours par année. Les intervenants sont formés dans une démarche régionale, ce qui facilite une implantation harmonisée. Le service est en place dans tous les CSSS de Montréal, le lancement officiel a eu lieu le 17 septembre 2009.

#### 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. Depuis cette date, 231 familles ont bénéficié des services de cette équipe de crise.

	<b>Nombre d'usagers</b>	<b>Nombre moyen d'interventions</b>
<b>2008-2009</b>	<b>70</b>	<b>302</b>
<b>2009-2010</b>	<b>231</b>	<b>1 114</b>

## Les services aux personnes en perte d'autonomie



En 2009-2010, la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique s'est engagée dans plusieurs projets.

### Télésoins

Le 14 septembre 2009, le CSSS déployait officiellement son nouveau programme de Télésoins à domicile. Ce service permet d'assurer le suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance cardiaque et maladies pulmonaires obstructives chroniques) à travers une solution technologique de suivi à distance. Grâce à cette solution, les usagers à domicile inscrivent, à l'aide d'un dispositif, les informations pertinentes à leur condition clinique. Une équipe d'infirmières peut ainsi accéder à distance aux données de l'utilisateur, permettant ainsi de réagir adéquatement et rapidement.

Ce projet vise donc à expérimenter une pratique d'intervention à domicile novatrice, laquelle permet d'améliorer l'accessibilité et la continuité, de maintenir l'utilisateur à domicile le plus longtemps possible, de l'aider à se prendre en main, de diminuer les visites à l'urgence et de travailler en réseau en assurant l'accès aux données à l'équipe multidisciplinaire.

Au 31 mars 2010, environ 40 personnes ont pu bénéficier du suivi à distance par les Télésoins.

### 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 vu confier des responsabilités spécifiques, particulièrement en ce qui concerne la mise en application du Code des professions, afin d'assurer à un résident qui sera inscrit au Soutien à domicile la prestation de soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne ou l'administration de médicaments par des personnes autorisées de la Résidence.

C'est dans ce contexte que le CSSS a signé des ententes avec 21 résidences privées pour personnes âgées sur son territoire. Pour chacune de ces résidences, une infirmière du Soutien à domicile est attitrée à l'évaluation des besoins des résidents se rapportant à l'administration des médicaments ainsi qu'à l'enseignement et à la supervision de certains soins confiés aux préposés des résidences.

### 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 de personnes âgées et dans les organismes communautaires.

Année	Nombre de groupes	Nombre de participants
2008-2009	9	103
2009-2010	8	111

## 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'usagers 2008-2009	Nombre d'interventions 2008-2009	Nombre d'usagers 2009-2010	Nombre d'interventions 2009-2010
Soins infirmiers	6 654	67 598	7 329	70 159
Aide à domicile	2 395	149 610	2 467	156 767
Services psychosociaux	2 535	17 870	2 532	18 879
Ergothérapie	816	5 144	875	5 285
Physiothérapie	926	6 103	959	5 901
Nutrition	---	---	16	81
Nombre d'usagers différents et total d'interventions	8 463	246 325	9 011	257 072

En 2009-2010, le CSSS a connu une augmentation de 4,36 % de la totalité des interventions faites en services à domicile.

	Cible	Résultat	Écart
Nombre d'usagers	5 526	5 281	-4,4 %
Nombre moyen d'interventions	27,96	31,35	12,1 %

## Arthroplastie du genou et de la hanche

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

Nombre d'utilisateurs 2008-2009	Nombre d'utilisateurs 2009-2010
251	233

## 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.

Profil	Nombre d'utilisateurs 2008-2009	Nombre d'utilisateurs 2009-2010
Convalescence	308	323
Soins palliatifs	35	43
Hébergement	65	30
TOTAL	408	396

## 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, se rendre 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. Pour l'année 2009-2010, 78 personnes en fin de soins actifs à l'hôpital, et dont le retour à domicile était fortement compromis, ont été prises en charge par une intervenante du Soutien à domicile pour évaluation et orientation dans la ressource appropriée du réseau ou à domicile, avec une intensité de services professionnels et d'aide. 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.

## 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 partenariat avec la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal, antérieurement 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	385	10,04
Écart	-11,7 %	-28,3 %
Toutes les références sont prises en charge par le Soutien à domicile de façon immédiate. Concernant la diminution du nombre d'interventions par usager, elle pourrait être expliquée en partie par le départ en maladie d'une intervenante dédiée aux soins palliatifs au CLSC de Mercier-Est-Anjou et par le délai pour la remplacer.		

## 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 de 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 2009-2010, le CSSS a tenu deux groupes avec une moyenne de neuf participants par groupe. Parallèlement au groupe de soutien, le groupe d'entraide pour les aidants naturels offre une occasion aux participants du groupe de soutien de venir partager leur expérience avec un animateur sur une foule de sujets, tels : les abus faits aux aînés, la motivation, les besoins et les droits des personnes aidées et des aidants, la protection de la santé, le changement et bien d'autres.

## 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	34
Vivant avec une personne ayant une déficience physique	8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>

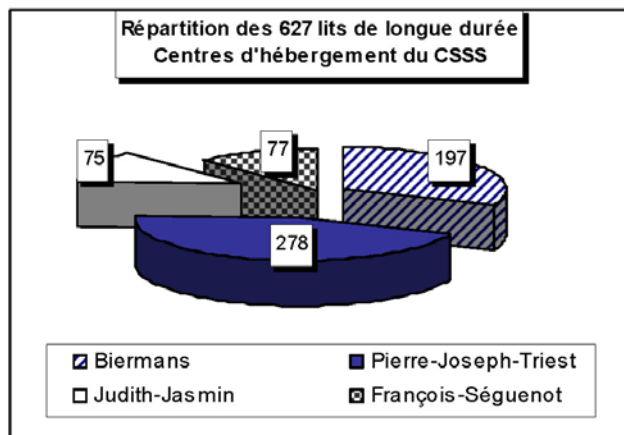
## HÉBERGEMENT

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.



**Tableau 34**  
NOMBRE D'HEURES/SOINS PAR CENTRE D'HÉBERGEMENT

Centre d'hébergement	Nombre de personnes hébergées	Nombre d'heures/soins par jour
Biermans	80	Entre 0,5 h et 1,50 h/jour
	93	Entre 1,5 h et 2,5 h/jour
	10	Programme 68 : évaluation, orientation
	14	Plus de 3 h/jour
François-Séguenot	77	Plus de 3 h/jour
Judith-Jasmin	75	1,5 h à 2,5 h/jour
Pierre-Joseph-Triest	101	Entre 1,5 h et 2,5 h/jour
	141	Plus de 3 h/jour
	35	Lits unité spécifique
	1	Hébergement temporaire

**Tableau 35**  
TAUX D'OCCUPATION - JOURS PRÉSENCE

Centre d'hébergement	Taux d'occupation	Jours présence
Biermans	97,86 %	70 367
François-Séguenot	99,44 %	27 948
Judith-Jasmin	91,91 %	25 161
Pierre-Joseph-Triest	99,34 %	100 802
<b>TOTAL</b>	<b>98 %</b>	<b>224 278</b>

NOTE : le taux d'occupation du Centre d'hébergement Biermans est affecté par des lits vacants et les nombreux mouvements liés au programme 68. De plus, le Centre d'hébergement Judith-Jasmin a connu beaucoup de travaux de rénovation durant l'année, limitant l'occupation de 10 lits après entente avec l'Agence de la santé et des services sociaux pour une période de 6 mois.

**ENTENTE DE GESTION**

	Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence soins infirmiers et soins d'assistance	Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en services professionnels autres qu'infirmiers
<b>Cible</b>	2,8	0,19
<b>Résultat</b>	2,76	0,17
<b>Écart</b>	-1,4 %	-10,05 %

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

Les 6 et 7 janvier 2010, le Centre d'hébergement Biermans recevait une visite du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de l'appréciation de la qualité des services. Le centre d'hébergement a reçu une excellente cote 2, à la suite de cette visite. En avril 2010, un plan d'amélioration a été déposé au ministère.

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 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 83 % 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.

De plus, cette année, nous avons poursuivi la promotion du savoir-être et de l'approche relationnelle dans le cadre du programme milieu de vie. Un nombre de 260 préposés aux bénéficiaires ont reçu la première phase de la formation Agir auprès de la personne âgée.

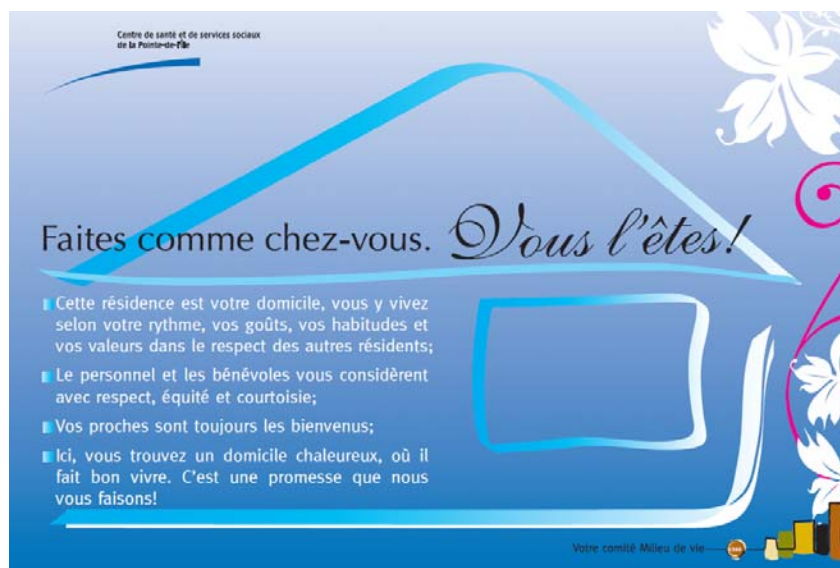
En 2009-2010, nous avons consolidé le déploiement de 10 lits du programme 68 (évaluation/orientation) au Centre d'hébergement Biermans, afin de participer à la fermeture des unités de soins de longue durée dans les hôpitaux. Un nombre de 78 usagers ont pu bénéficier de ce programme.

En mars 2010, une porte ouverte dans les quatre centres d'hébergement a été organisée à l'intention des maisons d'enseignement et des partenaires des CLSC.

Une politique de prévention des chutes et de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle concernant la contention dans les quatre centres d'hébergement a été déployée pour l'ensemble des centres d'hébergement.

Enfin, afin d'exprimer clairement aux résidents l'engagement de l'établissement, le conseil d'administration a adopté une promesse de vie qui s'illustre comme suit, ci-contre :

Cette promesse sera affichée dans toutes les unités des centres d'hébergement.



## LES DOUZE THÈMES DE L'APPROCHE MILIEU DE VIE

1. **L'accueil du nouveau résident** : l'arrivée en centre d'hébergement doit faciliter l'arrivée et l'intégration des personnes dans leur nouveau milieu de vie. Tout en assurant au résident un continuum de soins et de services de qualité, l'accueil vise à être chaleureux et personnalisé.
2. **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.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **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.
11. **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.
12. **L'accompagnement en fin de vie** : un très grand nombre de résidents vivront leurs derniers jours d'existence en centre d'hébergement. Ces moments nécessitent de la part de tous les intervenants d'offrir des soins et des services en fin de vie empreints de compassion et d'empathie, préservant la dignité de la personne et de sa dépouille.

## 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.

### SERVICES OFFERTS EN CENTRE DE JOUR

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

En 2009-2010, ces trois centres de jour ont desservi 500 personnes et, tous les jours, une moyenne de 79 personnes les fréquentait. Au 31 mars 2010, 76 % des usagers avaient 75 ans et plus et 56 % avaient plus de 80 ans. Un nombre de 49 usagers ont plus de 90 ans, dont 27 fréquentent le centre de jour de Rivière-des-Prairies. De 40 % à 60 % 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 utilisent une aide technique et plusieurs présentent des déficits cognitifs.

	Pierre-Joseph-Triest		CLSC de Pointe-aux-Trembles— Montréal-Est		CLSC de Rivière-des-Prairies	
	2008-09	2009-10	2008-09	2009-10	2008-09	2009-10
Nouvelles admissions	69	54	45	54	37	32
Usagers desservis	203	199	156	146	153	155
Usagers inscrits au 31 mars	132	136	92	99	119	110
Nombre de jours/présence	6 001	6 274	4 238	4 446	5 578	5 040
Nombres de jours d'activités par année	247	230	245	221	171	165

Afin de prêter main forte aux équipes du CSSS pendant la vaccination massive contre la grippe A (H1N1), les trois centres de jour ont dû fermer leur porte du 15 novembre au 15 décembre 2009. Tous les intervenants ont été relevés de leurs tâches quotidiennes et réaffectés aux centres de vaccination sur le territoire. Cette fermeture a entraîné une diminution des admissions en centre de jour ainsi qu'aux services offerts aux usagers et à leurs aidants. Également, tous les véhicules ainsi que les conducteurs ont été mobilisés 7 jours par semaine afin de transporter la clientèle vers les centres de vaccination du territoire.

En 2009-2010, les activités suivantes ont été réalisées dans les centres de jour du CSSS :

- Le déploiement d'une politique de prévention des chutes dans les centres de jour ainsi que dans les ressources intermédiaires et à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle du CSSS.
- Les formations suivantes ont été offertes en centres de jour en cours d'année :
  - la première phase de la formation Agir auprès de la personne âgée : 5 intervenants;
  - la technique Heimlich;
  - la réanimation cardiorespiratoire pour les infirmières (RCR);
  - l'examen clinique de l'aîné : 1 infirmière;
  - «Muscler vos méninges» : 3 intervenantes;
  - l'hygiène et la salubrité par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation pour une cuisinière et trois bénévoles du centre de jour de Rivière-des-Prairies;
  - les problèmes auditifs, par un intervenant de l'Institut Raymond-Dewar;
  - «La réminiscence» : 7 intervenants des centres de jour de Rivière-des-Prairies et du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest.

- L'arrivée d'une nutritionniste une journée par semaine en centres de jour a permis d'organiser des conférences aux usagers durant le mois de la nutrition, en mars 2010.
- L'ajout d'une physiothérapeute à raison d'une journée et demi par semaine a complété l'équipe de réadaptation en centre de jour, en ressources intermédiaires et à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle.
- Une rencontre d'information sur la fraude et la prévention des abus chez les aînés a été présentée aux usagers des trois centres de jour par l'organisme Tandem et les agents sociaux communautaires. Des mises en situation fréquemment vécues par les personnes âgées et la distribution de cache-monnaie à plus de 80 personnes rencontrées ont été réalisées.
- Un processus d'uniformisation de tenue de dossiers d'usagers et de formulaires a été amorcé dans les trois centres de jour.
- L'instauration d'activités développées autour d'une thématique spécifique à chaque centre de jour a été réalisée : le fleuve pour Pointe-aux-Trembles, la qualité de vie au quotidien pour Rivière-des-Prairies et la prévention sous toutes ses formes pour Pierre-Joseph-Triest.
- À l'automne 2009, le centre de jour de Rivière-des-Prairies a ouvert une halte-répit pour les personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie, pendant quatre heures, afin d'offrir du répit aux proches qui leur viennent en aide. En groupe, les personnes inscrites participent à des activités de stimulation, à des exercices physiques et à des jeux, animés par une thérapeute en réadaptation physique et une assistante.

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

Des activités de promotion ont été réalisées auprès des médecins du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, des intervenants psychosociaux du Soutien à domicile et du personnel de l'accueil et des archives. Pendant les heures d'ouverture du centre de prélèvements du CLSC, un kiosque d'information a été installé pendant une semaine au cours de trois mois. Également, des capsules d'information santé ont été présentées aux usagers, portant sur la grippe A (H1N1), la médication et la maladie d'Alzheimer. Durant l'été, l'activité «Découverte des fines herbes» a aussi été offerte.

Le centre de jour a organisé un premier vernissage des œuvres de ses usagers et planifié des activités de financement pour une sortie au cours de l'été. La fabrication et la vente de cartes sur la thématique du fleuve ont été réalisées, à cet effet. Enfin, la popote roulante du centre d'hébergement François-Séguenot a livré 1 463 repas en 2009-2010 auprès de 47 usagers différents.

### **Le Centre de jour du CLSC de Rivière-des-Prairies**

Les activités développées autour de la thématique «La qualité de vie au quotidien», ont exploité trois thèmes : la gestion de la douleur, bouger tous les jours grâce à la prévention des chutes, et l'alimentation. Une augmentation significative d'usagers avec déficits cognitifs qui présentent des troubles de comportement a fait mettre en place des systèmes codés pour les portes d'ascenseur et des locaux afin d'assurer la sécurité de ces usagers. Le service

de transport adapté est utilisé par 45 % des usagers, ce qui constitue une augmentation pour ce service cette année. Deux rencontres de groupe avec la nutritionniste ont été organisées sur le thème d'une saine alimentation. Grâce à la collaboration de l'Institut Raymond-Dewar, spécialisé avec les personnes souffrant de troubles de l'audition, un aménagement de locaux a été réalisé afin de diminuer la réverbération des sons. Un petit coin vert pour les usagers a également été aménagé. L'activité «La plus belle histoire c'est la mienne» s'est ajoutée à la programmation du centre de jour et permet de faire un retour sur les différentes étapes de vie des usagers avec des textes et des photos, en vue d'en faire un cadeau à leurs enfants. Enfin, la popote roulante du centre de jour a livré 3 608 repas cette année, auprès de 53 usagers, soit 105 repas par semaine, et ce, malgré la fermeture du centre durant la vaccination massive contre la grippe A (H1N1), grâce à la cuisinière, aux 3 personnes du programme Interagir et à tous les bénévoles qui ont maintenus cette activité.

### Le Centre de jour Pierre-Joseph-Triest

En 2009, le centre de jour s'est acheté un nouveau minibus, faisant en sorte que les trois centres de jour du CSSS disposent de véhicules de moins de 4 ans. Les intervenants du centre de jour ont développé une activité intergénérationnelle avec les élèves de 4<sup>e</sup> année et un professeur de l'école Chénier. Sous le thème de la Société Alzheimer « Ne m'oubliez pas », ce projet a rejoint 25 aînés et 22 jeunes, dont six aînés et 15 jeunes provenant de communautés ethnoculturelles. En plus de permettre aux élèves d'être sensibilisés à cette maladie, ce projet a conscientisé les aînés et les jeunes à leurs différences et à leurs ressemblances. L'activité s'est déroulée une fois par mois, pendant 6 mois, de décembre 2009 à mai 2010. Une conférence sur la nutrition a permis de joindre 20 personnes environ. Des causeries et des messes ont été organisées pour les usagers une fois par mois durant 6 mois.

### Heures de bénévolat en centre de jour

- Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est : 1 677 heures
- Rivière-des-Prairies : 5 009 heures
- Pierre-Joseph-Triest : 428 heures

### 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, des intervenantes de Villa Médica Inc. ont offert de la physiothérapie dans les locaux du Centre de jour Pierre-Joseph-Triest. Du 1<sup>er</sup> avril 2009 au 31 mars 2010, 60 références ont été faites à Villa Médica Inc. En date du 31 mars 2010, 24 usagers sont encore en traitement une à deux fois par semaine, pour une durée maximale de 12 semaines. Un nombre de 77 personnes différentes ont été suivies en moyenne au cours de 16 visites, pour un total de 1 300 visites.

Des 77 personnes qui ont utilisé cette ressource en 2009-2010:

- 58 % vivaient seuls;
- 55 % habitaient à Anjou et Mercier-Est;
- 20 % habitaient Pointe-aux-Trembles;
- 25 % habitaient Rivière-des-Prairies;
- 40 % des demandes étaient référées par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Santa Cabrini.

## UNITÉ TRANSITOIRE DE RÉCUPÉRATION FONCTIONNELLE (UTRF)

Le programme de lits de soins posthospitaliers maintenant appelé unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) a été créé en 2007, afin de désengorger les salles d'urgence. Le CSSS dispose de 22 lits dans son unité, situés au Manoir Claudette Barré. Le programme 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, d'assistance et de soins, par des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Le CSSS offre à cette clientèle tous les services professionnels (réadaptation, soins infirmiers, nutrition, services psychosociaux, etc.). Le taux d'occupation de cette ressource est de 93,5 %.

Des 261 usagers qui ont utilisé cette ressource de convalescence, en 2009-2010:

- 60 % vivaient seuls;
- 49 % étaient non connus du CSSS;
- 56 % provenaient du territoire;
- 80 % sont retournés à domicile avec ou sans services du Soutien à domicile;
- ont séjourné en moyenne pendant 28 jours, comparativement à 22 jours en 2008-2009, dû en partie à l'alourdissement de la clientèle;
- 64 % étaient des femmes;
- 67 % avaient plus de 75 ans.

Les quatre principales raisons d'admission étaient les maladies ostéoarticulaires, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire et circulatoire.

## RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a autorisé le développement de 143 places en ressource intermédiaire sur notre territoire pour la clientèle âgée de plus de 65 ans en perte d'autonomie, et de 33 places pour une clientèle âgée de moins de 65 ans, présentant des déficiences physiques.

Depuis l'ouverture de la ressource Limoges, contenant 16 places, en juillet 2008, une deuxième ressource intermédiaire de 29 places sur le territoire a ouvert ses portes, le 13 juillet 2009, dans Mercier-Est, pour une clientèle présentant également des déficits cognitifs.

En 2011, deux nouveaux projets devraient voir le jour : un de 52 places à Montréal-Est, dont la construction devrait débuter en septembre 2010, et l'autre de 48 places, à Pointe-aux-Trembles pour une clientèle présentant des déficits cognitifs et des déficiences physiques.

Nous prévoyons développer une autre ressource de plus de 48 places à Rivière-des-Prairies. Cependant, l'appel de projet n'a pas encore été lancé.

Cette année, l'arrivée d'une nutritionniste une journée par semaine pour les ressources intermédiaires et l'unité transitoire de récupération fonctionnelle a permis d'offrir aux usagers des activités durant le mois de la nutrition, en mars 2010. La promotion du savoir-être et de l'approche relationnelle dans le cadre du programme Milieu de vie a également été poursuivie et la première phase de la formation Agir auprès de la personne âgée a été offerte à 20 préposées aux bénéficiaires et 5 intervenants en ressources intermédiaires.

## 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.

En 2009-2010, six 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 7,12 participants.

	Nombre de groupes	Nombre de rencontres	Total de participants
2008-2009	5	75	542
2009-2010	6	67	477

ENTENTE DE GESTION SANTÉ MENTALE			
Usagers	Cible	Résultat	Écart
Nombre de jeunes ayant reçu des services	240	176	-26,7 %
Nombre d'adultes ayant reçu des services	2 349	816	-65,3 %
En santé mentale jeunesse, l'embauche de 4 intervenants a dû être retardée. Ceux-ci devraient être en fonction à compter de l'automne 2010. Concernant les services de santé mentale aux adultes, le personnel a entièrement été mobilisé lors de la campagne de vaccination massive, réduisant ainsi le nombre de prises en charge.			

La transformation des services en santé mentale dans l'est de Montréal s'est poursuivie avec l'ensemble de nos partenaires soit l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Hôpital Rivière-des-Prairies, les CSSS Lucille-Teasdale, Saint-Léonard et Saint-Michel et d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

Autant en santé mentale jeunesse qu'en santé mentale adulte, le comité directeur a maintenu ses engagements sur divers thèmes, tels que : le départage de la clientèle, le processus de référence, les outils d'évaluation, la formation, le transfert de la clientèle et des ressources humaines et le concept de rétablissement.

En santé mentale jeunesse, des travaux, avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, nous permettent de procéder à la deuxième phase d'embauches (4 intervenants). Cela permettra de formaliser nos liens avec divers partenaires dont les omnipraticiens du territoire et les milieux scolaires, une dernière phase d'embauche est à prévoir en 2010.

De plus, le comité conjoint clinique, qui découle de l'entente avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies, a maintenu ses travaux, lesquels ont permis de clarifier et d'ajuster le continuum de services entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne.

## **Santé mentale jeunesse**

En conformité avec le plan d'action en santé mentale, l'équipe est composée des intervenants suivants : infirmière, psychologue, travailleur social et psychoéducateur.

### **Formation en intervention de groupe pour jeunes anxieux**

Une formation a été offerte par l'Hôpital Rivière-des-Prairies à notre équipe de santé mentale jeunesse, à laquelle la psychoéducatrice, les deux psychologues et le travailleur social y ont participé. À l'automne 2010, il est prévu que des groupes en 1<sup>re</sup> ligne sur la problématique des troubles anxieux débiteront, complémentaires à l'offre de services de la 2<sup>e</sup> ligne.

## **Santé mentale aux adultes**

Du côté de la santé mentale aux adultes, le comité directeur a finalisé les travaux en lien avec le transfert des ressources humaines et de la clientèle de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine. À l'automne 2010, nous accueillerons une dizaine d'intervenants de cet hôpital et 600 nouveaux usagers.

En concertation avec le regroupement des ressources communautaires en santé mentale de l'Est, un comité de travail, composé de représentants de CSSS et d'organismes communautaires, a amorcé des discussions en lien avec la hiérarchisation des services et nos processus de concertation.

Conformément au mandat du plan d'action en santé mentale, la mise en place de nos équipes, par le transfert des connaissances, est venue bonifier les notions cliniques des intervenants des autres programmes.

## 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 38  
DÉFICIENCES MULTIPLES

Programme	Nombre d'utilisateurs 2008-09	Nombre d'interventions 2008-09	Nombre moyen d'interventions 2008-09	Nombre d'utilisateurs 2009-10	Nombre d'interventions 2009-10	Nombre moyen d'interventions 2009-10
Déficience physique	1 363	56 937	41,8	1 422	57 355	40,3
Déficience intellectuelle	547	3 634	6,6	556	3 679	6,6
Troubles envahissants du développement	220	969	4,4	243	1 232	5,1

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 2009-2010, 607 familles ont reçu une subvention.

ENTENTE DE GESTION  
DÉFICIENCES (SERVICES À DOMICILE SEULEMENT)

	Cible	Résultat	Écart
Nombre de personnes recevant des services (DI-TED)	88	92	4,5 %
Nombre moyen d'interventions par usager (DI-TED)	12,35	9,37	-24,1 %
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services	1 366	1 222	-10,5 %
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 codifiée 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			
Nombre d'utilisateurs	Cible	Résultat	Écart
DI-TED recevant des services	448	436	-2,7 %
Ayant une déficience physique recevant des services	166	171	3 %

En septembre 2009, les trois équipes DI-TED ont été regroupées et ont emménagé dans des nouveaux locaux situés dans Anjou. Ce regroupement de notre personnel a facilité l'unification de la liste d'attente des demandes de services pour ce programme. Nous préparons également la mise sur pied d'un «guichet d'accès».

Par ailleurs, nous poursuivons les rencontres avec notre partenaire principal le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle Major, et ce, dans le but d'installer un continuum de services optimal pour la clientèle. Une porte ouverte a été d'ailleurs organisée le 12 mars, en collaboration avec ce partenaire, où des toiles, exécutées par la clientèle du centre ont été exposées. Cet événement a aussi permis de faire connaître nos nouveaux locaux, tant pour le personnel du CSSS que pour nos partenaires externes.

## 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.

À la suite d'une évaluation exhaustive de ce service, et en concertation avec nos partenaires, des recommandations ont été émises pour améliorer la réponse à la clientèle plus vulnérable. Ainsi, il a été décidé de concentrer les activités de l'équipe auprès de la clientèle DI-TED et jeunesse scolaire.

	Nombre d'usagers 2008-2009	Total d'interventions 2008-2009	Nombre d'usagers 2009-2010	Total d'interventions 2009-2010
Jeunesse, familles et scolaire	487	2 595	478	2 053
Adultes	127	660	117	606
Soutien à domicile	55	532	50	262
<b>TOTAL</b>	---	<b>3 787</b>	---	<b>2 921</b>

\*NOTE : ces données concernent les neuf CLSC desservis par les intervenants du CLSC de Mercier-Est–Anjou.

La diminution du nombre d'interventions pour 2009-2010 est due au fait qu'un poste d'intervenant a été dépourvu de titulaire durant l'année, en plus de la participation des intervenants aux activités en lien avec la vaccination massive contre la grippe A(H1N1).

Nombre de groupes différents rencontrés	Nombre de participants
32	770



### 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.

ENTENTE DE GESTION ÉCOLE EN SANTÉ			
	Cible	Résultat	Écart
Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé	60 %	54 %	6 %
La participation des intervenants à la campagne massive de vaccination a ralenti les démarches d'implantation de l'approche «École en santé» pour l'ensemble des écoles du territoire.			

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...).

De plus, pour le secteur de Pointes-aux-Trembles—Montréal-Est, nous obtenons un bilan très positif du projet pilote débuté en septembre 2009. Avec ce projet, les deux partenaires se sont dotés d'une organisation de services commune pour l'affectation des ressources professionnelles, «Organisation par Bassin», ce qui permet que les professionnels travaillent toujours dans les mêmes écoles. Ce type d'organisation facilite grandement la multidisciplinarité. Étant donné l'impact positif de cette expérience, nous voulons l'étendre aux autres réseaux scolaires sur notre territoire.

Le volet garçon a été ajouté au projet «Ma sexualité m'appartient, volet fille» élaboré par la table de concertation jeunesse réunissant les milieux communautaire, scolaire et le CSSS. L'animation des ateliers a été réalisée dans nos deux écoles secondaires de ce secteur.

### 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'usagers	Nombre d'interventions
2008-2009	5 883	7 695
2009-2010	6 259	7 422

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<sup>e</sup> 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.

L'harmonisation des ordonnances collectives, en particulier celles concernant le plan B (contraception), va permettre d'uniformiser les services en santé sexuelle

au 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> année.

	Nombre de rencontres groupe	Nombre de participants
2008-2009	379	10 167
2009-2010	196	5 386

NOTE : la baisse de résultat est due à la participation des intervenants lors de la campagne de vaccination massive contre la grippe A (H1N1).

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 2009-2010, un projet d'application d'agent de scellement a eu lieu dans une école primaire, et à compter de septembre 2010, il s'étendra aux autres écoles du territoire.

De plus, 1 085 jeunes ont fait l'objet d'un suivi relié aux problèmes rencontrés, pour un total de 1 657 interventions. Enfin, 114 activités de groupe ont permis de diffuser à 2 086 jeunes une information de qualité sur la prévention en santé dentaire. La baisse de résultat pour 2009-2010 est due à la participation des intervenants lors de la campagne de vaccination massive contre la grippe A (H1N1).

### 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
2008-2009	1 726	9 310
2009-2010	1 425	6 340

NOTE : La baisse de résultat est due à la participation des intervenants lors de la campagne de vaccination massive contre la grippe A (H1N1).

En outre, le CSSS a organisé 56 rencontres avec un contenu éducatif auxquelles ont participé 389 élèves.

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, en jeunesse, avec les familles, à l'école et dans la communauté.

	CLSC	Nombre de groupes différents rencontrés	Nombre de rencontres	Nombre de participants
2008-2009	Éducation	58	---	2 085
	Autres	14	92	622
2009-2010	Éducation	56	56	389
	Autres	13	83	495

NOTE : La baisse de résultat est due à la participation des intervenants lors de la campagne de vaccination massive contre la grippe A (H1N1).

## 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 2009-2010, 23 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 à l'amélioration des conditions de vie des personnes, 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 la raison d'être de l'organisation communautaire.

L'organisation communautaire est complémentaire aux autres services offerts par le CSSS. Elle soutient le développement des communautés par le renforcement des pouvoirs d'agir des individus ainsi que sur leur autonomie et celle 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 2009-2010, l'équipe d'organisation communautaire s'est impliquée dans les réalisations suivantes :

- L'élaboration du cadre de référence en organisation communautaire;
- Le soutien à une première analyse d'un portrait socio-sanitaire du territoire de la Pointe-de-l'Île et du quartier Mercier-Est dont la sortie est prévue en 2010;
- La collaboration avec les équipes programme et la présentation des enjeux locaux liés aux ressources internes du CSSS;
- Le soutien à la mise en place et au fonctionnement des centres de vaccination lors de la pandémie de grippe A (H1N1);
- La participation régionale aux réflexions entourant le développement des communautés;
- L'implication au sein de la Table en Aménagement et Environnement de la Pointe-de-l'Île;
- Le soutien aux concertations locales et aux organismes du milieu;
- La coordination du Programme d'environnement favorable (PCEF) au sein de tous les territoires desservis;
- La participation à la plate-forme de réflexion sur le développement des tout-petits et de leur famille;

CLSC	Nombre d'usagers communautaires	Nombre d'interventions
2008-2009	50	799
2009-2010	46	267

NOTE : la différence est due à l'implication des organisateurs communautaires dans le cadre de la vaccination massive contre la grippe A(H1N1) sur le territoire.

- Le soutien aux stagiaires dans le cadre de leurs travaux universitaires, au niveau de l'analyse socio-sanitaire de la population du territoire;
- La participation au projet de laboratoire de promotion de la santé de l'équipe Santé au travail.

### Contribution 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

- Poursuite du soutien à la démarche de revitalisation urbaine intégrée (RUI) dans la partie sud du quartier, pour les secteurs suivants : agriculture urbaine et verdissement, sécurité alimentaire, aménagement et environnement, animation de milieu, transport durable et actif, sécurité urbaine;
- Suivi de la démarche «Quartier verts, actifs et en santé» dans la zone de revitalisation urbaine intégrée (RUI);
- 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;
- Soutien à la démarche Forum 2010 en développement social de Solidarité Mercier-Est;
- Soutien au Comité de concertation enfance famille (CCEF) dans l'élaboration de son plan d'action triennal;
- Soutien au comité maturité scolaire local.

#### Rivière-des-Prairies

- Soutien à la mise en place de la Table de développement social et aux «Grands rendez-vous de quartier» pour l'élaboration des priorités de la table;
- Soutien à la mise en place des comités logement et transport qui travaillent sur l'aménagement durable du quartier;
- Soutien à la réalisation du premier café urbain sur le logement social;
- Soutien à l'implantation d'une coopérative de solidarité en soins de santé;
- Participation aux concertations sectorielles, multisectorielles et en multi réseaux, ainsi que la mobilisation d'acteurs autour des priorités de quartier;
- Sensibilisation du milieu quant à des situations d'exclusion et d'inégalité sociales.

#### Anjou

- Poursuite du soutien aux concertations locales notamment : la pauvreté et la sécurité alimentaire, la prévention des abus envers les aînés, le transport, la jeunesse, et le Haut Anjou;
- Soutien aux suites du Forum de développement social;
- Sensibilisation et conscientisation à différents enjeux et problématiques en lien avec les déterminants de la santé;
- Soutien à l'élaboration du plan d'action de la concertation famille et à la mise en place de comités de travail visant à créer des outils voulant améliorer les conditions de vie des familles angevines.

## Pointe-aux-Trembles et Montréal-Est

- Soutien à l'implantation du marché public;
- Participation à la réalisation du projet «Ma sexualité m'appartient» volet fille et garçon;
- Soutien aux projets locaux tels : le Bal des aînés et la Fête famille;
- Soutien au comité d'implantation en pédiatrie communautaire et soutien à la mobilisation des acteurs;
- Soutien à la Table petite enfance dans l'élaboration de sa planification stratégique;
- Participation au projet «La Voix des parents» visant à faire le portrait territorial du besoin des familles.

## SANTÉ AU TRAVAIL

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

Les services offerts par l'équipe de santé au travail du CSSS permettent principalement de caractériser les risques, d'informer sur les effets à la santé et sur les mesures de contrôle disponibles, de mettre en application 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 165 entreprises et a rejoint environ 7 600 travailleurs au travers des différentes activités prévues au programme, notamment la surveillance environnementale et médicale, les séances d'information sur les risques, l'organisation des premiers secours et des premiers soins et la rédaction des programmes de santé ou les mises à jour prévues.

Cette année, nous constatons une diminution des travailleurs joints 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 trois ressources en hygiène en moins durant presque toute l'année 2009-2010.

Nous sommes d'ailleurs en attente des développements au niveau provincial concernant cette problématique assez généralisée dans notre réseau. De plus, rappelons qu'en 2009-2010, l'équipe de santé au travail a grandement contribué à la campagne de vaccination massive contre la grippe A (H1N1), délaissant ses activités habituelles auprès des travailleurs pour se consacrer à la prévention de la grippe.

Nous constatons de plus en plus que la démarche hors normes enclenchée en 2006 est réellement bien implantée. Rappelons que 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 2009 font état des résultats suivants pour notre CSSS :

- 66 signalements à la CSST
- environ 300 travailleurs concernés
- 6 contaminants les plus mis en cause :
  - silice cristalline quartz
  - bois dur ou mou, sauf cèdre rouge
  - poussières non classées autrement
  - monoxyde de carbone
  - fumées de soudage
  - plomb et ses composés inorganiques
- 41 situations corrigées ou constat d'une exposition contrôlée
- 17 situations en cours de traitement
- 8 nouvelles situations en 2009-2010

Un autre facteur de risque a nécessité des interventions de la part de notre équipe : les troubles musculo-squelettiques (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 de la mise à jour du programme de santé. Au cours de l'année 2009-2010, 32 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 a été produit 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.

Quant aux faits saillants de 2009-2010, soulignons :

- La participation d'un membre de l'équipe à un projet-pilote sur l'élaboration d'une grille visant à caractériser les risques psychosociaux dans les milieux de travail;
- L'arrivée d'un nouveau logiciel nous permettant de mieux prioriser nos interventions en ciblant les entreprises les plus à risque selon les agresseurs;
- En collaboration avec la Direction de santé publique, la mise en place d'un laboratoire de promotion de la santé permettant de travailler sur un enjeu local populationnel qui vise l'adoption de nouvelles pratiques en santé au travail. Ce projet novateur pourra, par la suite, être repris ou transposé dans d'autres programmes du CSSS.



### 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.

Le bilan des réalisations de l'année peut se résumer ainsi :

- les archives ont répondu à 2 577 demandes d'accès à l'information, parmi lesquelles un dossier a exigé un déplacement à la Cour;
- 25 formations ont été données à 109 intervenants sur la tenue de dossiers, le cadre normatif, les règles de statistiques...;
- la fusion des bases de données I-CLSC des 3 CLSC en une seule;
- le démarrage des travaux d'harmonisation des formulaires en vue de la numérisation des dossiers;
- le déménagement des dossiers à l'installation Anjou.

Par ailleurs, les archivistes ont :

- travaillé au parachèvement de 245 dossiers de départ des résidents en centres d'hébergement;
- préparé 27 dossiers en vue d'une vérification pour le comité de l'acte médical;
- ont entré 28 627 statistiques pour les médecins du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est.

## 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.

Évidemment, en 2009-2010, les mesures d'urgence auront été marquées par un événement majeur, soit la mobilisation pour la grippe A(H1N1), pour lequel nous avons été appelés à mettre en place une vaste campagne de vaccination de la population. Cet événement a également nécessité l'ouverture d'une clinique de grippe.

### PLANS LOCAUX DE MESURES D'URGENCE

L'année 2009-2010 aura également été celle de la consolidation des plans de mesures d'urgence pour chacune des installations du CSSS et par la tenue d'exercices bien spécifiques en lien avec les risques possibles. Le personnel a été mis à contribution lors de ces exercices; la mobilisation et le souci d'intervention ont été significatifs et rassurants pour notre clientèle et nos résidents. L'ensemble des employés a reçu la formation en lien avec ces plans de mesures d'urgence et des rappels semestriels ont été mis en place. Lors de la visite de l'agrément, nous avons obtenu une très bonne note d'évaluation.

Le tableau ci-dessous fait état des situations d'urgence survenues dans chacune de nos installations. Pour chacun des événements, un rapport a été rédigé et analysé par les comités locaux de mesures d'urgence. Des mesures de rétablissement et de corrections ont été apportées selon les recommandations des comités.

CLSC et centre d'hébergement	CLSC de Mercier-Est—Anjou	CLSC de Rivière-des-Prairies	CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et C.H.François-Séguenot	C.H. Judith-Jasmin	C.H. Pierre-Joseph-Triest	C.H. Biermans
Rouge (incendie)	-	1	3	5	10	3
Bleu (urgence médicale)	4	-	12	2	10	8
Jaune (usager manquant)	-	-	-	-	2	3
Blanc (personne violente)	3	-	2	-	6	3
Orange (accueil sinistrés)	-	-	1	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>17</b>

À la suite de la réglementation du Service d'incendie de la Ville de Montréal concernant les alarmes non fondées, plusieurs incidents en lien avec nos systèmes d'alarme ont occasionné des coûts supplémentaires. Des amendes répétitives, non justifiées, selon notre interprétation, nous ont été facturées et font l'objet de contestation auprès de la Ville de Montréal. Une rencontre avec le Service des incendies, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'ensemble des CSSS a eu lieu en mai pour clarifier la situation.

En 2009-2010, trois événements externes ont retenu notre attention et exigé des interventions de notre part :

### **Incendie Résidence Rive-Soleil**

Le 7 juin 2009, un incendie à la Résidence Rive-Soleil, un centre d'hébergement privé sur le territoire, a nécessité la mobilisation de 20 membres de notre personnel pour accueillir 36 personnes sinistrées aux petites heures du matin. Nous avons hébergé temporairement ces personnes en offrant le service de cafétéria pour le déjeuner et le dîner. En partenariat avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, nous avons établi les procédures de relocalisation pour ces personnes. En fin d'après-midi, tous les sinistrés avaient été relogés dans trois établissements sur l'Île de Montréal.

### **La grippe A (H1N1)**

L'évènement majeur aura été la grande mobilisation en lien avec la grippe A (H1N1).

### **Opération Haïti 2010**

Le terrible séisme survenu en Haïti, le 12 janvier 2010, a nécessité l'intervention de notre équipe des mesures d'urgence sociosanitaires formée de travailleurs sociaux et d'infirmières. Nous avons offert des services sur deux volets, soit l'accueil de sinistrés haïtiens à l'aéroport Montréal-Trudeau du 14 janvier au 3 mars 2010, et le support psychosocial dans un centre multiservices ouvert à Rivière-des-Prairies pour la même période. Cette couverture a cumulé plus de 110 heures à l'aéroport et 340 heures au centre multiservices.



## 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 47 Stages et établissements de formation	Nombre de stages
Cégep de Maisonneuve	4
Cégep de Sorel-Tracy	1
Cégep du Vieux-Montréal	3
Cégep Marie-Victorin	14
Centre Champagnat	1
Centre Daniel-Johnson	5
Centre de formation professionnelle Calixa-Lavallée	3
Centre de formation professionnelle de Lachine	1
Centre Emploi-Québec	1
Centre Ste-Croix	1
Centre Tétraultville	1
Collège Ahuntsic	24
Collège de Rosemont	3
Collège Édouard-Montpetit	1
École Dalbé-Viau	1
École des métiers des Faubourgs	210
EMICA	3
L'Artisanat du centre-ville	1
Université de Montréal	22
Université de Sherbrooke	2
Université du Québec à Montréal	3
Université du Québec à Trois-Rivières	1
Université Laval	1
Université McGill	3
<b>TOTAL</b>	<b>310</b>

TABLEAU 48 STAGES ET DISCIPLINES DE FORMATION	Nombre de stages	Nombre de jours de stage
Assistance aux bénéficiaires en établissement	74	771
Assistance à domicile (auxiliaire aux services de santé et sociaux)	20	292
Cuisine d'établissement	5	89
Entretien général d'immeuble	2	19
Environnement, hygiène et sécurité au travail	1	60
Gérontologie	1	19
Gestion et prévention environnement	1	50
Gestion de réseaux Linux et Windows	2	100
Médecine	1	16
Psychoéducation	1	18
Psychologie	1	60
Psychologie et sociologie	2	247
Santé, assistance et soins infirmiers	116	1 295
Sciences de la nature-profil santé	1	1
Sciences infirmières	21	623
Secrétariat	7	111
Service social	7	569
Soins infirmiers	6	10
Techniques d'archives médicales	24	212
Techniques d'éducation spécialisée	3	180
Techniques d'hygiène dentaire	2	14
Techniques de diététique	1	1
Techniques de réadaptation physique	7	248
Techniques de travail social	3	154
Technologie d'analyses biomédicales	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>310</b>	<b>5 164</b>

## 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.

<b>Chercheur</b>	<b>Titre</b>	<b>Objectif</b>
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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outiller et soutenir les acteurs impliqués dans les soins et services de 1re ligne en santé mentale;</li> <li>- Étudier les facteurs contextuels et organisationnels facilitant ou entravant l'implantation de telles stratégies.</li> </ul>
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.
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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les manifestations de la religion dans l'intervention;</li> <li>- les différentes questions soulevées par ces situations;</li> <li>- les stratégies et solutions proposées ou adoptées par les intervenants.</li> </ul>
Mark Goldberg, Centre universitaire de santé McGill	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.
Jean-Frédéric Levesque, Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec	L'Évolution de l'organisation et de la performance des services de première ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie	Comprendre les facteurs reliés à l'évolution des modèles organisationnels de 1re ligne à travers le processus de la réforme.

Chercheur	Titre	Objectif
Élisabeth Dallaire, étudiante au doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières	La relation prégénitale vécue avec l'imgo maternel chez la population atteinte de fibromyalgie	Évaluer la nature du lien vécu avec l'imgo maternel, la représentation subjective de la mère, chez les femmes souffrant de fibromyalgie
Rachel Pagé-Bélanger, étudiante à la maîtrise en urbanisme Université de Montréal	Risques industriels et aménagement du territoire - La Table de concertation aménagement et environnement de la Pointe-de-l'Île	Dans la perspective des enjeux liés aux risques industriels et à l'aménagement du territoire, comprendre le traitement de cette problématique par la table de concertation
Annette Majnemer, Hôpital de Montréal pour enfants	Facteurs associés à la qualité de vie et à la participation aux activités de loisir chez les adolescents atteints de paralysie cérébrale	Identifier, chez les adolescents de 12 à 18 ans atteints de paralysie cérébrale les facteurs associés à la qualité de vie et à la participation aux activités de loisir.
Lise Gauvin, Département de médecine sociale et préventive Université de Montréal; Michel Rossignon, DSP de Montréal	Le partage et l'utilisation des connaissances (PUC) dans le réseau montréalais de la santé publique : bilan des activités actuelles et plausibilité/légitimité d'accroître et diversifier les activités	Interroger le directeur local de santé publique et certains intervenants afin de mieux comprendre : -leur perception du partage et de l'utilisation des connaissances; -l'étendue de leur implication dans ce type d'activités; -leur perception quant aux retombées de ces activités.
Catherine Bégin, École de psychologie, Université Laval	Dissémination du programme «Choisir de maigrir» dans les Centres de santé et de services sociaux du Québec : Évaluation de son implantation et de son impact sur les habitudes de vie et sur le niveau de bien-être des participantes	Pour les CSSS participants : -Évaluer l'implantation et l'impact du projet sur les habitudes de vie et sur le niveau de bien-être des participantes. Pour les CSSS non participants : -Mesurer l'acceptabilité du programme par les gestionnaires et les intervenants
Andrée Sévigny, Unité de recherche, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec	L'étude dynamique des facteurs facilitant ou contraignant le bénévolat auprès des aînés en fin de vie qui vivent à domicile	Mieux comprendre les facteurs qui facilitent ou ceux qui nuisent à l'implication des bénévoles auprès des personnes âgées qui reçoivent des soins palliatifs à domicile.
Jean-Pierre Brun, Département de management, Université Laval; Michel Vézina, Institut national de santé publique du Québec	Grille d'identification des risques psychosociaux au travail	Identifier les activités réalisables par les intervenants du réseau dans le cadre de leur mandat en santé publique pour aider les entreprises à prévenir les problèmes de santé mentale liés aux facteurs psychosociaux associés à leur organisation de travail.

# Les comités de résidents et le comité des usagers

## - Bénévolat et Fondation du CSSS



### COMITÉS DES USAGERS

En 2009-2010, 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.

#### 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.

#### COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSS DE LA POINTE-DE- L'ÎLE AU 31 MARS 2010

Pierre Parent, président  
Mireille Doré, vice-  
présidente  
Gilles Trudel, trésorier  
Sarah Brutus  
Hélène Canac-Marquis  
Léonie Demers  
Céline Dubé  
Joanne Laterreur

En cours d'année, Mme Léonie Demers a remplacé Mme Jocelyne McNicoll, à titre de représentante du comité des résidents du C.H. Pierre-Joseph-Triest. M. Maurice Roy, représentant du comité des résidents du C.H. Judith-Jasmin, est malheureusement décédé en fin d'année.

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

- L'organisation d'une rencontre de réflexion pour les membres du comité afin de faire le point sur ses mandats, ses fonctions et les partenariats à établir;
- L'agrandissement du CLSC de Rivière-des-Prairies;
- Les télésoins;
- Le comité Milieu de vie;
- La grippe A(H1N1);
- La visite d'évaluation ministérielle au Centre d'hébergement Biermans.

De plus, deux membres ont participé au colloque annuel du Conseil 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 Blanche Régnier, vice-présidente Monique Cournoyer, secrétaire Marcelle Paquette Gagné, conseillère Marguerite Séguin, conseillère</p>	<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT JUDITH-JASMIN Maurice Roy, président (décès en cours d'année) Marie-Paule Rioux, conseillère Andréa Coutu, conseillère Denise Matte, conseillère Lucie Tremblay, conseillère</p>
<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT FRANÇOIS-SÉGUENOT Johanne Laterreur, présidente Richard Pedneault, vice-président Marie-Rose Lavallée, secrétaire-trésorière Louisiane Longval, conseillère Pauline Nader, conseillère</p>	<p>COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT PIERRE-JOSEPH-TRIEST Jocelyne McNicoll, présidente Lionel Martineau, vice-président Marie-Pierre Nolène, trésorière Léonie Demers, conseillère Hélène Quesnel, conseillère</p>

## BÉNÉVOLAT

Au cours de la dernière année, 273 personnes ont fait du bénévolat pour un total de près de 35 000 heures. La majorité des personnes s'impliquent auprès des résidents vivant en centre d'hébergement principalement autour d'activités d'accompagnement médical, d'activités de loisir, d'activités aux centres de jour et d'activités complémentaires, telles les visites amicales.

Notons au passage que durant la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1), nous avons convenu d'une entente de partenariat avec le Centre d'action bénévole de Rivière-des-Prairies. Ce dernier a référé plusieurs bénévoles dans nos centres de vaccination. De plus, les bénévoles de notre CSSS ont effectué près de 450 heures de bénévolat au Centre Édouard-Rivet lors de la vaccination contre la grippe A(H1N1).

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 la mission de l'établissement ainsi que des projets majeurs ou des initiatives novatrices en santé et bien-être.



Le lancement officiel de la fondation a eu lieu le 26 octobre 2009, en présence d'une centaine d'employés, de cadres et de partenaires privés et institutionnels. À cette occasion, une conférence de M. Pierre Lavoie a été présentée. Monsieur Lavoie est surtout connu pour son exploit sportif lors du marathon cycliste 2 000 km, organisé au printemps 2009, au profit de la Fondation Go. Le conférencier a entretenu son auditoire avec son parcours personnel hors du commun qui l'a conduit à créer le Grand défi Pierre Lavoie.

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 sept représentants, s'est réuni à six occasions au cours de l'année 2009-2010.

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

- Les discussions, la négociation et l'achat du système «Télésoins»;
- Le lancement officiel de la Fondation;
- La création du programme de reconnaissance des donateurs;
- La création d'outils promotionnels auprès des donateurs;
- La négociation pour un transfert de fonds de la Fondation du CHSLD Biermans-Triest à la Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île;
- Les démarches de recrutement pour combler les postes au conseil d'administration;
- Les démarches de financement auprès de donateurs potentiels.

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  
Mme Cécile Légaré  
M. Michel Milot  
M. Ian Rivard

## Les conseils professionnels



Le CSSS de la Pointe-de-l'Île compte trois conseils professionnels et trois 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.
- Le comité des préposés aux bénéficiaires (CPAB)

### 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 :
  - Les médecins examinateurs et les substituts ont mandaté M. Pierre Jolin, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services afin de transmettre, une fois par année, à l'exécutif du CMDP un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées ainsi que les recommandations qui ont été faites.
  - À la suite d'une recommandation du médecin examinateur, dorénavant le CSSS offre à la clientèle des centres d'hébergement la possibilité de garder leur médecin de famille extérieur, et ce, pour des raisons sérieuses ou dans des cas particuliers. Cette indication est maintenant spécifiée dans les pochettes d'accueil remises aux familles.

#### COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDP

Dre Francine Bastien, présidente  
Dre Manon Blais, vice-présidente  
Dre Evelyn Morin, secrétaire  
Dre Danièle Lemieux, trésorière  
Dre Annie Bouthillier  
Dre Johanne Bruneau  
Dr Edward Chirito  
Dr Michael Rubino  
Dr Pierre Shebib  
André Gagnière, directeur général  
Dr François-Yves Prévost, directeur des Services médicaux  
Avec la participation de Nathalie Loiselle, conseillère cadre

### Comité de pharmacologie

En 2009-2010, un nombre de huit procédures ont été adoptées en lien avec la centralisation de la pharmacie, l'Agrément et la réorganisation du travail au sein des Services de la pharmacie, des Soins infirmiers et des Services médicaux.

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Le conseil multidisciplinaire regroupe plus de 240 professionnels provenant de huit installations différentes et de plus de 24 disciplines. Les pouvoirs et mandats du CM sont assumés par un comité exécutif. Au cours de l'année, le comité exécutif du CM s'est réuni quatre fois et a été consulté sur divers sujets. Le comité exécutif du CM est composé de membres élus, d'un représentant de la direction et d'un membre d'office.

Le conseil multidisciplinaire a été également représenté dans différents comités : comité aviseur du projet clinique, comité d'enseignement, comité de gestion des risques, comité des maladies chroniques, comité consultatif ayant comme mandat de formuler des recommandations et d'élaborer un plan d'action relativement à l'enseignement, conseil d'administration, comité d'éthique clinique.

### COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF (CECM)

Yvan Tremblay, président  
Dolorès Brice, vice-présidente  
Johanne Laventure, secrétaire  
Véronica Loffreda, membre  
Julie-Ève Ladouceur, membre  
André Majeau, directeur local de Santé publique, des Services multidisciplinaires et du comité d'éthique clinique  
André Gagnière, directeur général du CSSS  
Pierre Levac, directeur général adjoint puis  
Denis Bénard

## Regroupement de l'équipe DI-TED

Le CECM s'est penché sur la qualité des services à la suite du :

- document déposé au CECM par l'équipe DI-TED concernant la qualité des services lors du regroupement de ce service à l'installation Anjou;
- «Plan d'action DI-TED» remis par le directeur des Services généraux, à la jeunesse et à la famille et étudié par le CECM, le 13 mai 2009;
- mandat donné au CECM par ses membres lors de l'assemblée générale du conseil multidisciplinaire, le 17 juin 2009.

Le CECM a adressé une lettre à la présidente du conseil d'administration afin de réitérer la volonté du CM de collaborer avec les acteurs concernés à la mise en place de structures permettant d'assurer la qualité des services à la clientèle et le support adéquat aux professionnels pendant la période de transition. Il a mentionné qu'il apprécierait que le plan d'action présenté par la Direction des services généraux, à la jeunesse et à la famille inclue un échéancier et les moyens mis en place afin de lui permettre de suivre l'évolution de ce dossier lors de chacune des rencontres du CECM. Une évaluation des impacts de cette relocalisation est en cours d'analyse. Le CECM devrait pouvoir émettre un avis, s'il y a lieu, d'ici septembre 2010.

## Plainte en fardeau de tâches

Le CECM a reçu copie d'une correspondance adressée au chef des relations de travail concernant une plainte en fardeau de tâches afin d'étudier les impacts possibles d'une surcharge de travail sur la qualité des services et les pratiques professionnelles. Seul un accusé de réception a été expédié à la personne concernée avec copie conforme aux personnes indiquées dans la lettre de cet intervenant ainsi qu'au conseil d'administration. Le CECM n'a pu poursuivre l'examen de cette situation suite à des changements survenus dans le cours de la plainte.

## Mobilisation du personnel

Dans le cadre du processus d'agrément et de l'amélioration du climat de travail, le document «La mobilisation du personnel», qui a été réalisé par la Direction des ressources humaines et la Direction de la qualité et des communications, a été présenté au CECM. Les membres en ont pris connaissance, l'ont commenté et ont fait certaines propositions pour assurer le succès du plan d'action inscrit dans le document. Ces propositions devraient être déposées d'ici septembre 2010.

## Vision commune d'intervention

Mme Diane Lalumière a présenté au CECM la démarche d'implantation d'une vision et d'un langage commun pour l'ensemble des intervenants en psychosocial par une formation spécifique pertinente susceptible de mobiliser les compétences de chacun et de supporter l'intervention par rapport aux clientèles desservies et problématiques rencontrées.

## Page intranet du conseil multidisciplinaire

Un comité de travail a été formé pour travailler le texte qui apparaîtra sur la page intranet du conseil multidisciplinaire

## Grippe A (H1N1)

La mobilisation des diverses équipes de l'établissement autour de la grippe A (H1N1) a inévitablement ralenti les activités du comité au cours de l'année 2009-2010.

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

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

- Participation active à la consultation des dossiers de la Direction des soins infirmiers : préceptorat, activités confiées aux non-professionnels, stages avec les maisons d'enseignement.
- Production du guide d'orientation de l'infirmière en hébergement et du guide d'accueil des infirmières d'agence en hébergement.
- Évaluation de l'acte de vaccination anti-influenza et recommandations déposées à la directrice des soins infirmiers.
- Poursuite des travaux sur l'application de la loi 90 : intégration d'une candidate à l'exercice de la profession d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.
- Recommandation au directeur général concernant le rapport du coroner portant sur le rapport d'enquête entourant le décès d'une usagère.

#### COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF (CECII)

Lucie Benoit, présidente, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
Hélène Mailloux, vice-présidente, C.H. Judith-Jasmin  
Nathalie Rochon, secrétaire, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est  
Nathalie Gravel, CLSC de Mercier-Est—Anjou, ressources intermédiaires et non-institutionnelles  
Josée Ricard, présidente du CIIA, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
Geneviève Lavallée, C.H. Biermans  
Nathalie Loiselle, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est  
Hélène Ricci, C.H. François-Séguenot  
Jocelyne Brideau, CLSC Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est  
Danielle L.-Sasseville, directrice des Soins infirmiers  
Pierre Levac, directeur général adjoint puis Denis Bénard

- Présentation des ordonnances collectives.
- Présentation des règles de soins infirmiers.
- Participation active à la consultation de certains dossiers : gestion des risques, rapport du commissaire aux plaintes, télésoins, mesures d'urgence.
- Soutien aux travaux de sous-comités : maintien et promotion de la compétence, appréciation de la qualité des actes infirmiers, communications et CECIIA.
- 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.

#### 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 les quatre centres d'hébergement, dont les notes au dossier, le registre des médicaments.
- Participation active à la consultation de certains dossiers : comité milieu de vie, comité de gestion des risques, dossier type, projet Cargo.
- Représentation à divers comités au sein de l'établissement : milieu de vie, gestion des risques, de stages, comité aviseur du Projet clinique.
- Travaux majeurs sur la recomposition du CECIIA.

#### COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF (CECIIA)

Josée Ricard, présidente, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
 Marie Nirva Joseph, vice-présidente, C.H. Judith-Jasmin  
 Lorraine Bordeleau, secrétaire, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
 Marie Mirka Dorisma, C.H. Biermans  
 Cynthia Moquin, C.H. François-Séguenot  
 Sophie Critchley, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
 Lucie Benoit, présidente du CII  
 Danielle L.-Sasseville, directrice des Soins infirmiers

#### 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.

Parmi les principales réalisations du comité cette année, le comité a élaboré un formulaire harmonisé de consignation de notes au dossier. De plus, il a participé à la planification d'une journée de reconnaissance dédiée aux auxiliaires ainsi qu'au processus d'accueil de stagiaires.

#### COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF (CECASSS)

Viviane Montignard, présidente, CLSC de Rivière-des-Prairies  
 Michèle Grenier, vice-présidente, CLSC de Rivière-des-Prairies  
 Josiane Froville, secrétaire, CLSC de Mercier-Est—Anjou  
 Nancy Smith, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est  
 Alain Lévesque, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est  
 Caroline Laliberté, CLSC Mercier-Est—Anjou  
 Nancy Deshaies, Petite enfance, CLSC de Mercier-Est—Anjou  
 Claudine St-Louis, coordonnatrice du soutien à domicile

## COMITÉ DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES (CPAB)

En 2009-2010, le cadre de référence du comité a été revu par la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique.

## COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF (CECPAB)

Claude Robillard, C.H. Biermans  
Chantal Bourdeau, C.H. Biermans  
Muller Lucien, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
Marc Lalonde, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
Jean-Philippe Pelletier, C.H. Judith-Jasmin  
Raymonde Poulin, Judith-Jasmin  
Sylvie Méthot, C.H. François-Séguenot  
Caroline Hardy, C.H. François-Séguenot  
Mario Biuzzi, chef de programme, C.H.  
Pierre-Joseph-Triest  
Sylvie Picard, chef de programme, C.H.  
Judith-Jasmin  
Nathalie Séguin, chef de programme, C.H.  
François-Séguenot  
Josée Rousseau, chef de programme, C.H.  
Biermans  
Claude Riendeau Coordonateur Milieu de vie



## LES SOINS INFIRMIERS

Cette année, la Direction des soins infirmiers a vu ses activités bousculées par son implication à dispenser de la formation afin de mettre à niveau les connaissances du personnel en soins infirmiers dans le cadre de la vaccination A(H1N1). De plus, elle a continué à dispenser de la formation continue tout au long de l'année au personnel infirmier et à d'autres catégories de titres d'emploi :

Formation	Catégories de personnel		
	Infirmières et infirmières auxiliaires	Préposés aux bénéficiaires	Autres*
Réanimation cardio-respiratoire (RCR-DEA)	14	---	1
Ordonnances collectives	142	---	11
Plan thérapeutique infirmier (PTI)	16	---	2
Heimlich	3	14	25

\* toute autre catégorie de personnel incluant le personnel cadre.

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

Dans la foulée des nouvelles pratiques professionnelles, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services médicaux, de concert avec la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique ont poursuivi leurs travaux sur l'intégration d'une candidate à l'exercice de la profession de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de 1<sup>re</sup> ligne.

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

- les mesures de contention;
- les mesures de prévention et de contrôle des chutes;
- les soins d'hygiène;
- les ordonnances collectives;
- les règles de soins infirmiers;
- les activités d'exception 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'harmonisation des politiques et procédures en centres d'hébergement;
- la centralisation de la pharmacie et le projet SARDM;
- le suivi des plaies avec les centres hospitaliers;
- le partenariat et les stages avec les maisons d'enseignement;
- l'harmonisation des fournitures médicales;
- l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne;
- le déploiement et l'application du plan thérapeutique infirmier;
- la participation aux analyses des plaintes formulées au commissaire local;
- les recommandations émises par la DSI suite au rapport du coroner;
- le suivi de la visite de l'agrément et la production de la politique sur la double identification de l'utilisateur/résident;

## COMITÉ DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

En 2009-2010, la structure du comité a été modifiée. En effet, le comité exécutif a été aboli afin de faire un seul comité. Il y a eu un changement de présidence. Nous avons tenu quatre rencontres et deux ont été annulées à cause de la pandémie d'Influenza A(H1N1). La composition du comité est représentative de l'ensemble des directions et les membres qui y siègent sont très sensibilisés à l'importance de la prévention au sein de l'établissement. Aucune recommandation n'a été formulée.

## LA GESTION DES RISQUES

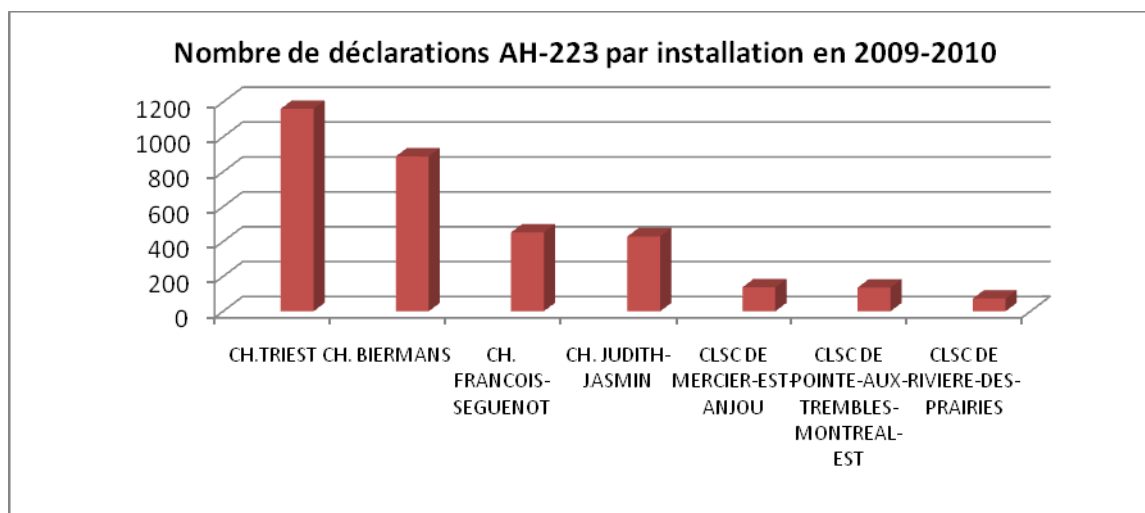
Pour assurer la sécurité des services, les incidents et les accidents font l'objet d'une analyse qui identifie les causes ainsi que les mesures correctives et préventives à instaurer pour en éviter la récurrence.

En 2009-2010, 3 277 incidents et accidents ont été compilés pour l'ensemble de nos installations.

En comparaison avec l'année dernière, le taux de déclaration d'incident-accident (AH-223) est en phase de stabilisation. De plus, les accidents avec conséquences majeures sont en baisse cette année.

Les chutes et les erreurs de médication demeurent depuis quatre ans les deux principales sources de déclaration. À cet effet, le comité de vigie en prévention des chutes pour les quatre centres d'hébergement et le comité pharma-soins ont poursuivi leurs travaux cette année afin d'apporter des mesures correctives. Ils continuent de travailler à la mise en place de moyens visant à améliorer nos processus internes dans le but de prévenir de futurs incidents ou accidents.

Tableau 51 INCIDENTS ET ACCIDENTS SURVENUS 2009-2010 (AH-223)	
	Nombre
Chutes	1 274
Médication-Pharmacarte	769
Blessure d'origine inconnue	366
Agression	123
Autres	745
<b>TOTAL</b>	<b>3 277</b>



### 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

Problématiques	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Médicaments	407	420	614	516
Pharmacartes	247	244	224	196
Prélèvements labo	18	33	72	130
Vaccination	62	21	22	58
<b>TOTAL</b>	<b>734</b>	<b>718</b>	<b>932</b>	<b>900</b>

Sur les 900 incidents-accidents déclarés, 182 ont eu lieu en CLSC alors que 718 se sont déroulés en centre d'hébergement. Parmi ces derniers, on note 240 omissions, 196 erreurs interceptées avant l'administration et 109 erreurs de dosages.

Le comité opérationnel pharma-soins poursuit ses actions en étant toujours soucieux des standards de qualité à l'intérieur de l'établissement.

- Des visites de vérification de l'assistante technique senior en pharmacie (ATSP) ont débuté et sont effectuées dans les 4 installations en hébergement à l'unité de soins et à la pharmacie de dépannage.
- Le pharmacien chef a été sensibilisé à la problématique des médicaments avec ressemblance et y a accordé une attention particulière.
- Les moyens de communication entre les soins infirmiers et le service de la pharmacie ont été améliorés (note de service via lotus, télécopie). Cette façon de faire a favorisé un lien positif et la satisfaction des soins.
- Des rencontres cliniques entre le pharmacien, l'infirmière et le médecin traitant, concernant l'évaluation du profil pharmacologique de chaque résident sont effectuées.
- La problématique de bris de vial ou d'ampoule (Ex. : Vit. B12) lors de la livraison à l'unité de soins a été résolue par le service de la pharmacie.
- L'harmonisation des politiques et procédures au service de la pharmacie dans les quatre installations en hébergement se poursuit.

### 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. Le comité s'est réuni à cinq occasions cette année. Il a pu consolider ses responsabilités et apprivoiser ses connaissances avec les nouveaux outils de gestion des risques le « SSSS » : Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services mis à sa disposition par le MSSS, afin de cerner les principaux facteurs de risques dans notre établissement.

Un des rôles du comité de gestion des risques est d'analyser les événements dits « sentinelles » c'est-à-dire des accidents avec des conséquences graves ou des événements mineurs qui se reproduisent souvent. Le comité peut alors formuler

#### COMPOSITION DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Mario Biuzzi, chef d'administration de programme, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
Jean-Claude Guilbault, travailleur social, CLSC de Rivière-des-Prairies  
Yves Trudel, représentant du comité des usagers  
Lorraine Bordeleau, infirmière auxiliaire, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
Josiane Froville, auxiliaire aux services de santé et sociaux, CLSC de Mercier-Est—Anjou  
Mary-Ève Loux, conseillère à la qualité des services et gestionnaire de risques  
Cécile Légaré, présidente du CA et présidente du comité de gestion des risques  
Lucie Benoit, infirmière, C.H. Pierre-Joseph-Triest  
Nathalie Roy, chef d'administration de programme aux Services généraux, CLSC de Rivière-des-Prairies  
Hélène Barral, directrice de la Qualité et des Communications  
Marcel Jean, directeur des Ressources techniques et des immobilisations  
Manon Blais, médecin, CLSC de Mercier-Est—Anjou  
Hélène Foisy, conseillère cadre aux activités cliniques, Direction des soins infirmiers  
Anne Loïselle, chef du Service de santé au travail, Direction des ressources humaines.

des recommandations ou demander la création de groupe de travail pour trouver des solutions et améliorer la sécurité dans notre CSSS. À titre d'exemple, le comité pharma-soins a été mis en place suite à une recommandation 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 :

- Une recommandation au coordonnateur milieu de vie en centre d'hébergement pour la mise en place de mesures préventives sur l'utilisation des fauteuils roulants motorisés ;
- Une recommandation auprès de la coordonnatrice en gestion de l'information clinique relativement au transfert sous pli confidentiel des dossiers d'usagers entre nos établissements.

Le comité de gestion des risques a poursuivi également ses travaux cette année, en lien avec :

- l'utilisation du nouveau système informatique de déclaration SSSS;
- la promotion de la culture de sécurité (préparation de la semaine de la sécurité, dépliant, affiche et slogan « Mieux vaut prévenir que reproduire, Déclarez! »);
- compilation de tableaux de bord spécifique par le SSSS;
- l'analyse des événements avec conséquences majeures survenus dans l'ensemble de nos installations,
- la formation en gestion des risques auprès des employés.

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.

Cette année encore, la conseillère cadre à la qualité des services et gestionnaire de risques a offert aux employés de nombreuses formations en gestion des risques, pour promouvoir la culture de déclaration des incidents et accidents. De même que des formations plus spécifiques et individuelles ont été données auprès des infirmières et infirmières auxiliaires (180 formations individuelles) sur l'utilisation web des déclarations informatisées d'incident-accident SSSS pour une gestion décentralisée des saisies de données dans nos quatre centres d'hébergement.

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

Les travaux sur l'uniformisation du dossier médical ont été élaborés grâce à l'implication importante des membres du comité d'évaluation de l'acte médical. De plus, les médecins s'impliquent activement dans le comité qui supervisera l'implantation du dossier numérisé et informatisé.

## **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 peut être consulté dans des situations complexes, après que les dimensions cliniques ont été clarifiées. 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.

Entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010, le comité d'éthique clinique a tenu six fois.

Au cours de cette période, le comité a émis à deux fiches éthiques :

- Objections de conscience et soins de fin de vie;
- Relations du personnel avec des usagers à l'extérieur des heures de travail».

Cette année, le comité a reçu peu de demandes d'opinion sur des situations cliniques précises mais des situations éthiques portées à l'attention du comité ont données lieu à des réflexions et des fiches éthiques ont été rédigées à l'intention de l'ensemble du personnel. Ces projets de fiches éthiques ont également été soumis à la consultation des exécutifs des conseils professionnels. Les commentaires, fort pertinents ont été considérés par le comité et un suivi sera exercé pour en tenir compte. Dans un avenir rapproché, ces fiches seront diffusées à l'ensemble du personnel.

Par ailleurs, le comité a travaillé étroitement avec la Direction des communications pour développer un plan de communication et de visibilité à l'intérieur de l'organisation. Aussi, dans l'actualisation de ce plan, le comité a accueilli une présentation du travail du Commissaire aux plaintes, M. Pierre Jolin, et de Mme Danielle L.-Sasseville, directrice des Soins infirmiers. Il fut notamment question du quand et du comment le comité d'éthique clinique peut travailler en collaboration avec les différentes directions.

### Comité de vigilance et de la qualité des services

Le comité de vigilance et de la qualité des services est responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, 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.

Le comité de vigilance détermine ses règles de fonctionnement et veille à ce que le conseil

#### COMPOSITION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Madame Geneviève Lavallée, infirmière  
Madame Jasmine Foulem, ergothérapeute, membre du comité jusqu'en juin 2009  
Monsieur François Gagnon, intervenant en soins spirituels, s'est joint au comité en janvier 2010  
Monsieur André Majeau, président du comité  
Madame Murielle Pépin, conseillère externe en éthique clinique  
Madame Liliane Perreault, intervenante psychosociale  
Dr François-Yves Prévost, médecin  
Me Alain Klotz, avocat spécialisé en droit de la santé

#### 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  
Hélène Barral, directrice de la Qualité et des Communications

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.

Au cours de l'année 2009-2010, le comité s'est réuni à trois reprises et il a entre autres abordés les sujets suivants :

- la visite ministérielle au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest : 90 % à 95 % des recommandations émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux ont été actualisées et plusieurs ont été implantées à l'ensemble des autres centres d'hébergement, notamment l'application du plan d'interventions interdisciplinaires, la politique sur la contention des résidents, la formation des préposés aux bénéficiaires... ;
- le rapport de suivis du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (voir à la page 84);
- la gestion des risques : rapport d'accidents et d'incidents, les événements sentinelles (voir aux pages 75 et suivantes);
- le suivi des recommandations de l'agrément (voir à la page 81);
- les recommandations du Protecteur du citoyen;
- le bilan des activités du comité d'éthique clinique.

#### Les suivis des dossiers du coroner

En 2009-2010, le comité a suivi trois dossiers :

- Un dossier a fait l'objet d'une évaluation et de recommandations de la part des directeurs des Services médicaux, des Soins infirmiers et des Services généraux, à la jeunesse et à la famille. Entre autres, la révision d'une ordonnance pour toutes les infirmières, l'intégration dans les rencontres d'équipe des Services généraux de discussions de cas, de

situations cliniques d'urgence vitale, de mise à jour de l'évaluation et de la documentation du triage et la participation des infirmières aux activités de formation contenue en réanimation cardiorespiratoire.

- Décès à l'Hôpital Charles-LeMoine : le rapport a été déposé au CMDP et au CII pour discussion et recommandations.
- Décès d'un usager du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est : des recommandations du CII ont été reçues.

## L'AGRÉMENT

En 2008-2009, l'établissement a commencé une démarche d'accréditation par Agrément Canada. En novembre 2009, après une évaluation des services et des pratiques, le CSSS recevait un agrément conditionnel à la réalisation de certaines mesures d'amélioration à implanter d'ici 2012 et à la tenue d'un nouveau sondage sur la mobilisation du personnel en septembre 2011.

Au cours de l'année, le CSSS a mis en œuvre la plupart des recommandations d'amélioration touchant la clientèle.

Tableau 53 NORME	ÉTAT	
	En cours	Fait
• Mettre en place un processus d'auto-évaluation du CA, comprenant la taille et le fonctionnement des comités		✓
• Mettre en œuvre d'un programme d'entretien préventif des équipements et de a technologie	✓	
• Élaborer et implanter d'un cadre de gestion de la qualité structuré et intégré	✓	
• Établir un bilan comparatif des médicaments du client à son admission et à son transfert, avec la participation du client (volet centre d'hébergement)		✓
• Établir un bilan comparatif des médicaments du client à son admission et à son transfert, avec la participation du client (volet Soutien à domicile)	✓	
• Vérifier les qualifications et l'expérience des prestataires de service non réglementés (volet centre d'hébergement)		✓
• Utiliser au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure		✓
• Comparer les résultats avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires (Soutien à domicile)		✓
• Utiliser l'information recueillie sur la qualité des services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et apporter des améliorations au bon moment (Soutien à domicile)	✓	
• Utiliser une variété limitée de pompes à perfusion d'utilisation générale, de pompes à seringue et d'inhalateurs pour auto-analgésie à la demande	✓	
• Établir et suivre des critères pour déterminer quelles populations de clients, quels médicaments et quelle vitesse de perfusion exigent la livraison des solutions au moyen d'une pompe à perfusion	✓	
• Établir et mettre en œuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisées dans l'établissement	✓	

De plus, un plan d'action visant la mobilisation du personnel a été élaboré et adopté par le conseil d'administration. À la fin de l'année, il était en cours de réalisation. Voici les principales mesures préconisées :

#### MISSION-VISION-VALEURS

- Se doter et partager une vision, des valeurs et des objectifs organisationnels, cohérents et mobilisateurs.

#### EMBAUCHE

- Présenter une image de marque d'employeur valorisante et cohérente avec les valeurs organisationnelles et à laquelle le personnel peut s'identifier.
- Offrir au nouveau personnel un programme structuré d'accueil, d'intégration et d'orientation.

#### APPRÉCIATION DE LA CONTRIBUTION

- Mettre en place un programme valorisant d'appréciation de la contribution du personnel.

#### DÉVELOPPEMENT ET GESTION DES COMPÉTENCES

- Par de la formation, entre autres, permettre au personnel de maintenir et développer les compétences requises à l'exercice de leurs fonctions
- Favoriser la mobilité interne du personnel et des gestionnaires de l'établissement.

#### COMMUNICATION

- Partager une compréhension commune de la structure organisationnelle.
- Obtenir une communication fluide à l'intérieur de l'organisation et ce à tous les niveaux.

#### ORGANISATION DU TRAVAIL

- Assurer au personnel un environnement de travail satisfaisant et agréable.

#### LEADERSHIP

- Exercer un leadership mobilisateur (reconnaisant et valorisant) auprès des équipes.
- Assurer une présence accrue du gestionnaire auprès de son équipe.
- Développer et encourager la mise en place d'activités mobilisatrices.
- Contribuer au bien-être des employés.

## Le traitement des plaintes



En 2009-2010, le commissaire local a conclu 164 dossiers de différents types de plaintes, comparativement à 183 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 2007-08	Nombre 2008-09	Nombre 2009-10
Plaintes	95	78	67
Assistances	67	90	83
Interventions	10	15	14

Les plaintes représentent environ 41 % des dossiers conclus, comparativement à 43 % l'année dernière, et à 55 % il y a deux ans. Ces 164 dossiers ont généré l'examen de 204 objets ainsi répartis entre les missions de l'établissement.

Mission	2007-2008	2008-2009	2009-2010
En centres d'hébergement	87	65	38
En CLSC	139	146	155
Hors CSSS	5	10	11
TOTAL	231	221	204

Le nombre d'objets provenant de l'hébergement diminue depuis 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 depuis deux ans.

Voici la répartition par motif, des 204 objets de tous types de plaintes.

Motifs des objets	Plaintes	Assistances	Interventions
Accessibilité	17	13	5
Aspect financier	---	4	---
Droits particuliers	6	1	1
Organisation	12	9	7
Relations	15	---	2
Soins et services	52	33	4
Autres motifs	---	23	---
TOTAL	102	83	19

## Mesures d'amélioration

Par la conciliation, les plaintes sont souvent conclues avec l'application de mesures visant à améliorer la situation invoquée par le client. Ainsi, 73 % des plaintes ont fait l'objet de mesures correctives. Ce pourcentage est de 35 % pour les assistances et de 74 % pour les interventions. Ainsi, 138 mesures d'amélioration ont été apportées.

	Total d'objets conclus	Objets conclus avec mesures	% des objets conclus avec mesures		
			2007-2008	2008-2009	2009-2010
Plaintes	102	74	68 %	79 %	73 %
Assistances	83	29	34 %	38 %	35 %
Interventions	19	14	58 %	78 %	74 %
TOTAL	204	117	---	---	---
Nombre de mesures					
94					
29					
15					
138					

Ces 138 mesures incluent 221 recommandations, dont 20 sont en place à la fin de l'année. Le commissaire local fait aussi le suivi de 8 autres recommandations antérieures non en place en début d'année, lesquelles sont toutes en place à la fin de l'année.

## 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. 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 présence aux comités des usagers et de résidents.

Le commissaire local a répondu à 8 demandes de consultation, sur des motifs comme les frais d'hébergement temporaire, les règles de consentement, la confidentialité du dossier de l'usager, la perte d'effets personnels et, en ressources intermédiaires, sur la présence d'objets dangereux, la liberté de choix des services ou la fin de séjour.

Il a présenté des rapports particuliers au comité de direction, fait une tournée interne des directions, ou participé à des rencontres internes ou externes pertinentes.

Le rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est disponible sur le site Internet du CSSS, à l'adresse suivante : [www.cssspointe.ca](http://www.cssspointe.ca)

## Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité constitue un lien et un lieu privilégiés. À chaque séance, le commissaire s'assure de transmettre un bilan pertinent de ses activités, permettant une vue globale des dossiers et des objets examinés. Il s'assure aussi de présenter

un suivi évolutif des recommandations soumises lors de la conclusion de ses différents dossiers, un suivi des engagements de l'établissement et un suivi des dossiers examinés par le Protecteur du citoyen. En début d'année, deux dossiers sont sous enquête chez le Protecteur du citoyen. En cours d'année, deux dossiers lui sont transmis. Ces quatre dossiers sont tous conclus en cours d'année.

### **Les perspectives du commissaire local**

Cette année se situe en continuité avec les dernières années, le nombre de dossiers ou d'objets conclus ne subissant pas de variation significative.

Au dernier bilan, le processus de gestion des services dispensés par les agences externes de personnel était un processus à considérer pour soutenir l'amélioration de la qualité. Durant l'année, l'établissement a donné suite à cette préoccupation en poursuivant le développement de processus pertinents à la qualité de ces services.

En perspective, ce bilan, conjugué aux objectifs de la prochaine année, engage le commissaire local à maintenir une approche orientée vers l'amélioration de la qualité et à porter attention à des processus comme :

- La promotion auprès des employés, en insistant sur les droits et les responsabilités, sur l'absence de représailles et sur l'approche clientèle.
- L'attente aux services.
- La prévention des situations à risques de plaintes.

### **Les médecins examinateurs**

Les médecins examinateurs traitent les plaintes liées à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin ou d'un pharmacien, ou liées à la qualité d'un acte relevant de leurs activités professionnelles.

Durant l'année 2009-2010, les médecins examinateurs ont conclu 4 dossiers de plaintes, tous en CLSC. Ces 4 dossiers de plaintes ont généré l'examen de 5 objets différents ainsi répartis : 2 sur les relations et 3 sur les soins et services.

Enfin, 4 de ces 5 objets ont été conclus avec mesures, entraînant le développement de 5 mesures pour atténuer les conséquences des situations problématiques ou en éviter la répétition.



## PORTRAIT DU PERSONNEL

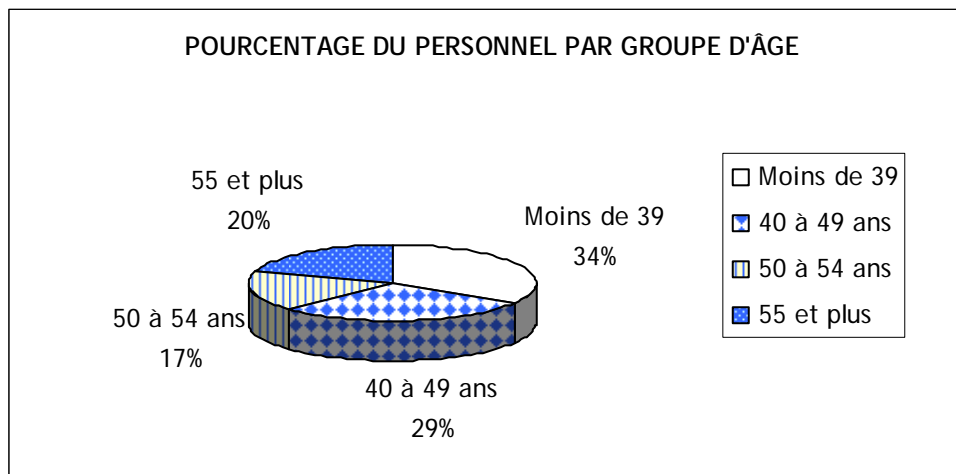
Au 31 mars 2010, le CSSS de la Pointe-de-l'Île comptait 1 492 employés.

Ci-contre, la répartition du personnel dans les différentes directions du CSSS, au 31 mars 2010.

### Âge moyen

L'âge moyen du personnel est de 44 ans. Notons que 37 % 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.

Directions	Nombre d'employés
Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique	786
Direction des services généraux, à la jeunesse et à la famille	313
Direction locale de santé publique, des services multidisciplinaires et du comité d'éthique clinique	38
Direction des ressources financières, matérielles, techniques et informatiques	34
Direction des ressources humaines	32
Direction des services médicaux	11
Direction des soins infirmiers	11
Direction générale	15
Direction de la qualité et des communications	5
Liste de rappel	185
Direction des services techniques et des immobilisations	65



Parmi les employés, 40,5 % occupent un statut à temps complet, 27,3 % un statut à temps partiel, 26,1 % un statut occasionnel, 3,5 % un statut à temps partiel temporaire et 2,7 % un statut temps complet temporaire.

## Dotation

Le dossier de la main-d'œuvre demeure prioritaire pour l'établissement. Cette année, 191 personnes ont été embauchées afin de combler les postes suivants :

Titre d'emploi	Nombre de personnes embauchées	Nombre de personnes rencontrées en entrevue
Préposé(e)s aux bénéficiaires	56	114
Préposé(e)s au service alimentaire	22	42
Infirmières auxiliaires	20	33
Agentes administratives	13	23
Préposé(e)s à l'entretien ménager	13	27
Infirmières	12	24
Travailleurs sociaux professionnels.	9	15
Infirmières cliniciennes	8	9
Auxiliaires aux services de santé et services sociaux	7	8
Technicien(ne)s en travail social	7	11
Autres	24	50
<b>TOTAL</b>	<b>191</b>	<b>356</b>

Ces embauches ont nécessité 356 entrevues de sélection.

Par ailleurs durant la vaccination, le CSSS a dû embaucher rapidement 170 personnes afin de faire fonctionner adéquatement les deux centres de vaccination et la clinique de grippe.

Titre d'emploi	Nombre de personnes embauchées	%
Infirmières auxiliaires	56	33
Agentes administratives classe 3	68	40
Infirmières	34	20
Infirmières cliniciennes	12	7
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

	Cible	Résultat	Écart
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	3,06 %	2,45 %	-0,61 %
Pourcentage de recours à la MOI en personnel infirmier	8,77 %	17,73 %	8,96 %
Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	67,59 %	39,23 %	28,36 %
Des efforts importants ont été faits afin de réduire significativement les heures supplémentaires. L'écart du pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières est dû à la conversion de postes à temps complet restés vacants en postes à temps partiel, dans le cadre de la titularisation des postes d'infirmières.			

## Relations de travail

Les principaux dossiers abordés avec les syndicats durant l'année sont :

- titularisation des postes en soins infirmiers;
- négociations d'ententes concernant la dotation des postes;
- négociations de dossiers d'accommodement;
- 200 griefs ont été réglés.

Par ailleurs, le service a également :

- rédigé et diffusé la politique des ressources humaines dans un contexte pandémique ainsi que la politique sur le code vestimentaire et les uniformes;
- apporté du soutien aux gestionnaires pour l'application du programme de gestion intégrée de la présence au travail;
- assuré la formation sur la gestion des employés difficiles
- actualisé les comités sur le fardeau de tâches.

## DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

### Formation

En 2009-2010, le CSSS a contribué grandement dans le développement de son personnel. En effet, les dépenses de formation pour cette année représentent 1,54 %<sup>20</sup> de la masse salariale et cumulent un total de 25 230<sup>21</sup> heures de formation. En 2009-2010, plus de 86 % des employés du CSSS ont reçu une formation.

Employés	Nombre d'employés différents formés	Coûts *	Heures*
Total	1 393	528 596\$	13 858

\*Sont exclus :

- Les heures et le salaire des employés pour l'accueil, l'orientation et la supervision;
- Une grande partie des dépenses non déclarées lors de la demande de formation tel que : repas, déplacements, stationnement ou hébergement;
- Les coûts relatifs à l'élaboration et la préparation d'un programme ou d'une activité de formation;
- Le matériel pédagogique;
- Le salaire des formateurs internes;
- Les charges sociales et les bénéfices marginaux.

<sup>20</sup> En provenance de nos systèmes financiers (SAP).

<sup>21</sup> En provenance de nos systèmes financiers (SAP).

## 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 ainsi que les récipiendaires des prix «excellence».

## Comité Prix d'excellence

En 2009-2010, le comité Reconnaissance a mis sur pied un comité Prix d'excellence. Ce dernier a pour mandat de mettre en place le processus visant l'identification entre pair des individus qui, à l'intérieur de l'organisation, sont reconnus pour leur initiative, leur contribution à l'amélioration de la qualité des services et leur engagement auprès de la clientèle. Au cours de l'année, 7 prix «J'ai du cœur» et 1 prix «Culture CSSS» ont été remis à des employés.

### COMPOSITION DU COMITÉ DE RECONNAISSANCE

Pierre Levac, directeur général adjoint  
Denis Bénard, directeur des ressources humaines  
Hélène Barral, directrice de la qualité et des communications  
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

### COMPOSITION DU COMITÉ PRIX D'EXCELLENCE

Nicole Bouchard, Thérapeute en réadaptation physique  
Irène Joly, agente administrative  
Michèle Morache, agente administrative  
Carmelle Gagné, préposée aux bénéficiaires  
Josette Leclerc, chef du service alimentaire  
Christian Gignac, travailleur social  
Marcel Landry, travailleur social  
Hélène Barral, directrice de la qualité et des communications  
Suzie Larrivée, conseillère cadre au développement organisationnel et à la formation

## Bilan des réalisations :

- Journée reconnaissance pour l'ensemble du personnel;
- Reconnaissance des 25 ans de service du personnel;
- Prix d'excellence pour l'année 2009;
- Pandémie (procédure de formations, collaboration à la mise sur pied et la gestion des centres de vaccination massive);
- Organisation de la journée thématique sur la communication organisationnelle;
- Gestion des programmes de formation régionaux.

## 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 2009-2010, nous avons géré un total de 570 dossiers, soit 366 en assurance-salaire, 116 en CSST, 14 de la Société d'assurance automobile du Québec et 51 retraits préventifs de la travailleuse enceinte.

L'équipe est composée de quatre personnes : une secrétaire, une technicienne, une conseillère et une chef de service.

### Assurance-salaire

Afin d'améliorer notre ratio d'assurance-salaire, plusieurs stratégies ont été mises de l'avant au cours de l'année passée ce qui nous a permis de baisser de 8,02 à 7,2. Nous devons cependant poursuivre nos efforts pour atteindre la cible fixée par l'Agence de la santé et des services sociaux qui, elle aussi, a diminué depuis l'année dernière de 7,2 à 6,6.

ENTENTE DE GESTION ASSURANCE-SALAIRE	
Cible	6,60 %
Résultat	7,20 %
Écart	-0,6 %

### 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 2009-2010, le thème abordé a été l'activité physique. Nous sommes fiers d'être le tout premier établissement du réseau de la santé à avoir complété les cinq premiers thèmes du programme. Étant donné l'ampleur de l'organisation, c'est grâce à l'implication de tous que cette activité est possible.

### Comité paritaire en santé et sécurité au travail

Toujours en prévention, un comité paritaire en santé sécurité au travail a été créé cette année. Ce comité est composé de 10 membres, soit cinq représentants patronaux et cinq 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.

### Test d'ajustement

Cette année, nous avons fait les tests d'ajustement des masques N95 pour 80 % de nos employés. Cette activité a nécessité la formation d'une dizaine de personnes et une équipe de trois personnes a assuré les tests d'ajustements des médecins et du personnel des cliniques médicales du territoire.



## LES COMMUNICATIONS 2009-2010 EN BREF :

- Bulletins internes : *Le Point CSSS, le Point CA, le Point CII, le Point CM, le Point Médical*;
- Bulletins pour la clientèle : *À la fine Pointe... des nouvelles de chez nous, Entre nous*;
- Informations électroniques : *intranet et Internet*;
- Relations avec les médias : *communiqués, rencontres de presse, revue de presse*;
- Événements spéciaux : *assemblée annuelle d'information, lancement de la Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île, du programme CAFE et du guichet pour la clientèle sans médecin, Fête de la rentrée, Fête des bénévoles...*;
- Production du rapport annuel;
- Élaborations de plan de communication pour la promotion d'activités internes et externes : *vaccination saisonnière, éthique clinique, gestion intégrée de la présence au travail, dossier informatisé*;
- Outils promotionnels : *dépliants, vidéo, documentation promotionnelle de la Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île, affiches Milieu de vie...*;
- Visuel et lancement du CSSS Vert;
- Papeterie des installations et cartes d'affaires du CSSS.

## 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 de la qualité et des communications. 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 2009-2010 :

- La mobilisation du personnel représente une priorité pour le CSSS et la Direction de la qualité et des communications s'est investie dans plusieurs activités de reconnaissance et de valorisation : lancement de prix d'excellence (promotion, mise en candidature, vote et remise des prix), organisation de la Fête de la rentrée, soirée de reconnaissance et de remerciements en lien avec la grippe A(H1N1), fête annuelle des bénévoles et création d'un concours de photos.
- 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, sept plans de communication ont été élaborés en collaboration avec différentes directions afin de soutenir leurs activités promotionnelles internes: l'éthique clinique, le dossier informatisé, la vaccination saisonnière, la gestion intégrée de la présence au travail, la campagne Entraide, le déménagement des équipe Santé mentale et DI-TED à l'installation Anjou et les télésoins. La Direction a aussi réalisé divers outils de communication, tels que des affiches, des enseignes et la grille graphique d'un bulletin d'information pour le Soutien à domicile afin de répondre à des besoins d'information du personnel. Elle a aussi conçu ou mis en page une dizaine de dépliants.
- La direction continue année après année à améliorer les canaux de communication internes pour rendre la

transmission d'information plus fluide et plus efficace. Pour cela elle a élaboré un guide pour les répondantes de communication dans les installations et elle leur offre du soutien et de la formation en continu tout au long de l'année.

## Communications externes

Le CSSS est à la deuxième année de son plan de développement de la notoriété auprès de la population, des partenaires et du milieu des affaires. Tout au long de l'année, des activités de promotion ont été entreprises afin de mieux faire connaître la mission et les réalisations du CSSS.

- **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, 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 : le lancement de la Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île, la vaccination antigrippale, le lancement du guichet d'accès pour les clientèles sans médecins... Un point de presse s'est tenu régulièrement avec les hebdomadaires locaux sur les services offerts dans le cadre de la pandémie A (H1N1). Un bilan de la vaccination et des activités de la clinique de grippe a aussi été publié.

La brochure Accès Santé dans votre quartier, réalisée en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux, a été distribuée dans tous les foyers du territoire pour la troisième année consécutive.

- **Le recrutement**

Le recrutement de personnel représente un enjeu stratégique pour le CSSS. Les médecins, les infirmières et le personnel en centre d'hébergement ont fait l'objet d'une attention particulière cette année. Le CSSS a participé, avec l'aide des communications, aux journées carrière ~~des~~ pour les infirmières et les médecins. Une journée porte ouverte a également été organisée en centre d'hébergement afin d'intéresser les finissants des universités, cegep et collèges à travailler dans nos centres. Plus de 120 personnes ont été accueillies lors de cet événement. Enfin, une carte postale invitant les médecins en région à venir visiter notre site internet et à visionner la vidéo « Le meilleur des deux mondes » a été envoyée à plus de 300 d'entre eux.

- **L'image de marque employeur**

Afin de transmettre une image attrayante et juste du milieu de travail que représente le CSSS, l'établissement a travaillé à la conception d'une image de marque en tant qu'employeur. L'objectif de cette démarche est de se démarquer en tant qu'employeur en utilisant les points forts du CSSS. Après une consultation de nos employés, une image de marque a été retenue et elle sera lancée à l'automne 2010.

- **La grippe A(H1N1)**

Communiquer une information juste et continue reliée à la grippe A(H1N1), les centres de vaccination et la clinique de grippe aux employés, aux partenaires et à la population a représenté un réel défi pour la direction. Une multitude d'outils et de canaux de communication ont dû être créés pour cette occasion : bulletin, affiches, feuillet d'information sur les séquences d'information... Également, la direction s'est chargée d'élaborer la signalisation et l'affichage nécessaires aux opérations des deux centres de vaccination de masse.

Afin de tenir le personnel informé, en plus des sept numéros du bulletin créé spécialement sur la Grippe A(H1N1), la direction a alimenté de manière quasi quotidienne le site intranet avec des statistiques de vaccination et les dernières nouvelles sur la grippe, nécessaires pour leur intervention auprès de la clientèle.

Cette expérience a permis de tester et parfois de mettre sur pied de nouveaux canaux de communication avec nos partenaires, notamment les organismes communautaires, les cliniques médicales, les garderies et les écoles du territoire. Grâce à ces canaux de communication, nous avons pu leur transmettre rapidement de l'information importante qui concernait leur clientèle. Nous profitons de ce rapport pour les remercier de leur collaboration dans la transmission de l'information.

Enfin, la population a été tenue informée du déroulement de la campagne de vaccination et des services offerts par la clinique de grippe au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est par le biais du site Internet des messages téléphoniques sur nos lignes en attente en CLSC et des articles dans les hebdomadaires locaux. À cet effet, 7 communiqués de presse ont été envoyés à ces journaux locaux.



### Ressources financières et matérielles

La direction a poursuivi les activités courantes d'approvisionnement, de budgétisation, de comptabilité et de préparation de la paie. Les différents services ont été interpellés simultanément ou de façon plus spécifique dans les dossiers suivants :

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

- Vaccination et clinique de grippe, vous vous demandez comment : par l'approvisionnement et la création d'un espace magasin additionnel avant la distribution dans les sites de vaccination et le réapprovisionnement durant toute la période, par le paiement de l'ensemble des employés qui y ont travaillé, par la comptabilisation adéquate de toutes les dépenses associées afin de s'assurer que nous seront remboursés pour tous les coûts additionnels encourus.
- Mise en place du comité d'harmonisation des fournitures médicales conjointement avec la Direction des soins infirmiers;
- Acquisition des équipements et du mobilier pour l'Installation Anjou;
- Nombreux appels d'offres en lien avec la Loi sur les contrats des organismes publics;
- Accroissement important des demandes de reddition de comptes par les différentes instances;
- Révision des descriptions de tâches afin d'assurer plus de polyvalence et d'améliorer les contrôles internes par une meilleure ségrégation de tâches;
- Analyse des salaires de 2001 à aujourd'hui du personnel d'encadrement afin de répondre à une directive du MSSS;
- Effort soutenu afin d'améliorer le processus de production de paie en lien avec notre fournisseur;
- Implantation d'un nouveau logiciel à la CARRA (RISE) ce qui a entraîné des analyses très détaillées des dossiers des employés. Cette fonction était faite par la CARRA auparavant;
- Implication soutenue dans plusieurs dossiers organisationnels (radiologie : PACS et équipement, OACIS, SARDM etc.);
- Départ à la retraite de près de 10 % des effectifs ce qui a entraîné des impacts importants et a nécessité la révision de certaines fonctions.

## 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, 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 :

- La participation à l'évaluation des nouveaux systèmes d'information (Pharmacie, Télésoins, radiologie et analyse hors laboratoire) et support des nouvelles implantations et/ou mise à jour;
- La planification et le déploiement des actifs informatiques et de téléphonie pour l'Installation Anjou;
- Le déploiement, le soutien et la gestion des opérations informatiques dans les deux sites de vaccination massive;
- La participation à l'évaluation et à la planification des ressources technologiques dans le cadre du projet OACIS;
- La planification des travaux requis pour la migration de notre réseau de télécommunications RTSS vers le nouveau RITM.

## 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 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.

- 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).

Aussi, durant l'année, la direction a :

- Effectué une réorganisation, en nommant :
  - un responsable du fonctionnement et de l'entretien des activités de tous les centres d'hébergement ainsi que du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et de l'évaluation des ressources intermédiaires, M. Stacy Bouchard,
  - un chef de service en hygiène, salubrité et buanderie pour tous les centres d'hébergement ainsi que pour le CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, Mme Francine Dubois,
  - un chef d'activités pour le CLSC de Rivière-des-Prairies, de Mercier-Est—Anjou et de l'Installation Anjou, M. Claude Renaud,
  - un chargé de projet, responsable de mandats spéciaux pour le CSSS et la gestion des espaces, M. Alain St-Pierre;
- Engagé un technicien en bâtiment, afin de diminuer le recours à la main-d'œuvre externe pour l'entretien de nos systèmes de ventilation, de climatisation et chauffage;
- Offert plus de 250 heures de formation continue aux employés en hygiène et salubrité sur les méthodes de travail et l'utilisation des produits, les mesures de prévention des infections et la mise en place d'un programme de contrôle de la qualité;
- Changé les uniformes de tous les employés de la direction, en lien avec le plan de reconnaissance de notre personnel;
- Implanté des réunions mensuelles avec les équipes;
- Harmonisé les équipes de travail en hygiène et salubrité des quatre centres d'hébergement, en ajustant les heures de services en regard des besoins des résidents et de la clientèle;
- Standardisé la qualité demandée à la main-d'œuvre externe pour l'entretien de nos installations;

- Participé activement à la campagne de vaccination massive contre la grippe A (H1N1) au niveau du soutien technique et de la sécurité, en plus de rendre disponible son personnel sur les sites de vaccination, notamment pour la conversion du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est en clinique de grippe A (H1N1).

ENTENTES DE GESTION HYGIÈNE ET SALUBRITÉ	
ENTENTE	RÉSULTAT
Répertoire des surfaces	Réalisé
Catégorisation des surfaces	Réalisé
Accord de principe de l'entité responsable de la production et de la désignation	Réalisé
Accord de principe au CA de la production et de la désignation	À l'automne 2010
Désignation des entités responsables	Réalisé

- **Répertoire des surfaces** : les surfaces ont été répertoriées pour les quatre centres d'hébergement et les trois CLSC 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 en centre d'hébergement et aux Services généraux en CLSC.
- **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. Les comités ont utilisé une méthode harmonisée de travail pour la gestion des zones grises pour l'ensemble des secteurs et s'est assuré 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 de responsables.
- **Accord de principe au conseil d'administration de l'établissement, de la production et de la désignation**: le dossier des zones grises a été réalisé et sera présenté au conseil d'administration à l'automne 2010.
- **Application** : la désignation des entités responsables a été réalisée et la mise en vigueur de l'application des nouvelles responsabilités reste à déterminer.

<b>Tableau 62</b> <b>PROJETS TERMINÉS EN 2009-2010</b>	
CSSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Production d'un plan directeur du maintien des actifs pour l'ensemble de nos installations;</li> <li>• Production des inventaires des équipements pour l'achat du logiciel d'entretien préventif (GMAO).</li> </ul>
Centre d'hébergement Biermans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correction des problèmes d'infiltration d'eau, à l'aile D.</li> </ul>
Centre d'hébergement François-Séguenot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplacement des fenêtres et réparation de la verrière.</li> </ul>
Centre d'hébergement Judith-Jasmin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rénovation des salles de bains des trois étages et rehaussement de la capacité électrique de chacune des chambres;</li> <li>• Réfection et mise aux normes des fenêtres.</li> </ul>
Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travaux de réfection des bassins de toiture (9/21 bassins);</li> <li>• Réfection des cours extérieures;</li> <li>• Réfection du quai de marchandise;</li> <li>• remplacement de 15 joints d'expansion et nombreux travaux sur le réseau de chauffage;</li> <li>• Réfection du plancher des corridors A et B au rez-de-chaussée.</li> </ul>
Centre de jour Pierre-Joseph-Triest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• climatisation du centre de jour.</li> </ul>
CLSC de Rivière-des-Prairies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise aux normes de l'ascenseur;</li> <li>• Réfection d'une salle de toilette, dans le secteur IVG.</li> </ul>

<b>Tableau 63</b> <b>PROJETS EN COURS</b>	
CSSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appel de propositions pour le projet d'efficacité énergétique;</li> <li>• Préparation d'un tableau de bord pour la Direction des ressources techniques et des immobilisations.</li> </ul>
Centre d'hébergement Biermans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réfection des bassins de toitures;</li> <li>• Modernisation d'ascenseurs;</li> <li>• Mise aux normes de la rampe d'accès aux handicapés dans la cour intérieure;</li> <li>• Compartimentation de la chapelle au 4<sup>e</sup> étage.</li> </ul>
Centre d'hébergement François-Séguenot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplacement des portes d'entrée;</li> <li>• Remplacement des planchers des salles de bain thérapeutiques;</li> <li>• Modification de deux chambres réfrigérées.</li> </ul>
Centre d'hébergement Judith-Jasmin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplacement du groupe électrogène (génératrice);</li> <li>• Mise aux normes et installation de nouveaux équipements aux Services alimentaires;</li> <li>• Modernisation d'ascenseurs.</li> </ul>
Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménagement des locaux pour la centralisation des opérations de la pharmacie;</li> <li>• Réfection des entrées principales;</li> <li>• Réfection de l'enveloppe extérieure.</li> </ul>
CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplacement des portes d'entrée;</li> <li>• Remplacement d'une fenêtre et étude sommaire du revêtement extérieur.</li> </ul>
CLSC de Rivière-des-Prairies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplacement du revêtement de plancher pour environ 3000 pi<sup>2</sup> et des revêtements de 2 toilettes.</li> </ul>

# 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 2010, à l'égard desquels la firme Raymond Chabot Grant Thornton a exprimé une opinion sans réserve dans son rapport daté du 4 juin 2010.

---

*États financiers condensés*

---

**ÉTATS DES RÉSULTATS CONDENSÉS  
DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2010  
CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE**

<u>ACTIVITÉS PRINCIPALES</u>	<u>\$</u> 2010	<u>\$</u> 2009
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	81 068 303	75 566 183
Autres revenus	10 526 010	10 584 848
<u>Total :</u>	<u>91 594 313</u>	<u>86 151 031</u>
Charges		
Salaires	51 809 128	47 915 065
Avantages sociaux	12 570 826	11 838 611
Charges sociales	6 882 975	6 313 312
Autres charges	19 999 567	19 930 082
Charges non réparties	238 843	1 170 498
<u>Total :</u>	<u>91 501 339</u>	<u>87 167 568</u>
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus)	92 974	(1 016 537)
Contributions provenant ou affectées au fonds d'immobilisations	(86 800)	748 559
Harmonisation des conventions comptables <sup>1</sup>		300 255
Excédent des revenus sur les charges après contributions provenant ou affectées au fonds d'immobilisations et harmonisation des conventions comptables	<u>6 174</u>	<u>32 277</u>
<u>ACTIVITÉS ACCESSOIRES</u>		
Revenus	1 967 008	2 141 395
Charges	1 949 716	2 102 580
Excédent des revenus sur les charges	17 292	38 815
Harmonisation des conventions comptables <sup>1</sup>		5 236
Excédent des revenus sur les charges après harmonisation des conventions comptables	<u>17 292</u>	<u>44 051</u>

---

<sup>1</sup> Seulement en 2008-2009.

Bilans sommaires condensés au 31 mars 2010						
Années	2010			2009		
	Actif	Passif	Solde de fonds	Actif	Passif	Solde de fonds
Fonds d'exploitation	13 630 450	14 170 464	(540 014)	13 765 146	14 163 005	(397 859)
Fonds d'immobilisations	22 564 187	22 370 874	193 313	21 350 041	21 156 728	193 313
Autres fonds	687 811	687 811		172 171	172 171	

### Charges brutes par centre d'activités - activités principales

	2010	2009
	\$	\$
<b>CLSC</b>		
<b>SERVICES À DOMICILE</b>		
• Soins infirmiers à domicile	5 006 173	4 616 795
• Soins infirmiers à domicile continus	204 635	
• Aide à domicile	7 429 165	6 800 319
• Services psychosociaux à domicile	2 266 226	1 828 771
• Nutrition à domicile	7 775	10 978
• Intervention communautaire - Soutien à domicile	131 873	142 511
• Gestion et soutien aux programmes - Soutien à domicile	1 044 840	828 898
• Ergothérapie à domicile	1 212 381	1 217 341
• Physiothérapie à domicile	602 128	535 339
<b>Total :</b>	<b>17 905 196</b>	<b>15 980 952</b>
<b>AUTRES</b>		
• Santé parentale et infantile - CLSC	1 739 441	1 593 263
• Santé scolaire	1 130 855	1 169 910
• Pharmacie en CLSC	21 295	33
• Nutrition - autres	107 042	112 448
• Gestion et soutien aux autres programmes	2 569 590	2 455 199
<b>Total :</b>	<b>5 568 223</b>	<b>5 330 853</b>
<b>PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE</b>		
• Services dentaires préventifs	371 164	367 324
• Vaccination massive et urgente	1 917 218	
• Prévention et protection de la santé publique (non réparti)	326 540	433 937
• Intervention communautaire - autres	676 670	675 266
• Lutte à une pandémie d'influenza	56 743	
<b>Total :</b>	<b>3 348 335</b>	<b>1 476 527</b>
<b>PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDES</b>		
• Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille (GMF)	99 021	72 054
• Info-Santé	2 398	28 893
• Services de santé courants	3 146 115	2 742 365
• Services psychosociaux - autres que Soutien à domicile	1 291 646	1 275 607
• Services psychosociaux (hors territoire)	166 205	266 302
• Centre de prélèvements	536 045	574 742
<b>Total :</b>	<b>5 241 430</b>	<b>4 959 963</b>

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

<u>CLSC (suite)</u>	2010	2009
	\$	\$
<b>PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE</b>		
• Centre de stérilisation	42 301	34 247
• Inhalothérapie - autres	1 087	3 070
• Radiologie générale	276 240	230 774
• Orthophonie pour enfants en CLSC	114 840	79 400
Total :	434 468	347 491
<b>PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>		
• Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	292 488	311 446
• Gestion et soutien au centre de jour	109 958	107 109
Total :	402 446	418 555
<b>AUTRES PROGRAMMES</b>		
• SANTÉ MENTALE - Services ambulatoires en première ligne	1 366 978	1 016 247
• JEUNES EN DIFFICULTÉ - Services psychosociaux pour jeunes et leur famille	2 768 927	3 387 442
• DEFICIENCE PHYSIQUE - Soutien aux familles-allocations	252 522	261 189
• DEFICIENCE PHYSIQUE - Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches	160 139	
Total :	4 548 566	4 664 878
<b>PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED</b>		
• Soutien aux familles des personnes D.I.-allocations	430 986	429 493
• Soutien aux familles des personnes TED-allocations	276 098	262 710
• Service aux usagers en milieu naturel - DI et TED	600 314	
Total :	1 307 398	692 203
<b><u>CENTRES D'HÉBERGEMENT</u></b>		
<b>NON EXCLUSIFS À UN PROGRAMME</b>		
• Services de pastorale	94 127	96 759
• Encadrement des ressources non institutionnelles	190 351	152 666
• Services sociaux	175 118	144 285
• Pharmacie-usagers hébergés	1 686 594	1 650 476
• Physiothérapie	323 294	238 718
• Ergothérapie	213 508	216 712
• Animation-loisirs	466 519	494 028
• Transport externe des usagers	163 560	175 402
• Besoins spéciaux	39 399	41 462
Total :	3 352 470	3 210 508
<b>PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE</b>		
• Inhalothérapie		305
• Déplacements des usagers entre établissements	116 439	107 123
• Nutrition clinique	279 370	262 297
Total :	395 809	369 725
<b>PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PPALV)</b>		
• Ressources intermédiaires - PPALV	1 163 530	359 857
• Ressources non institutionnelles d'hébergement - PPALV	867 513	700 935
• Supervision et suivi des usagers en RNI-personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	63 662	284 693
• Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	9 879 463	10 034 027
• Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	11 308 799	10 621 248
• Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	544 791	554 672
Total :	23 827 758	22 555 432

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

	2010	2009
	\$	\$
<b><u>ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES</u></b>		
• Administration des soins	2 025 319	1 979 013
• Coordination et soutien	81 188	65 212
• Direction générale	1 290 616	1 576 264
• Administration financière et du personnel	3 302 673	3 359 954
• Administration des services professionnels	248 829	255 096
• Approvisionnement et services	465 848	506 553
• Administration des services techniques	501 830	505 164
• Informatique	633 634	611 084
• Réception-archives et télécommunications	2 359 126	2 405 730
• Alimentation	4 624 791	4 476 074
• Buanderie	664 164	665 001
• Entretien des vêtements des usagers	137 465	132 246
• Cueillette, distribution et autres charges	464 385	427 816
• Personnel en prêt de service		21 338
• Frais généraux	(32 239)	(35 065)
<b>Total :</b>	<b>16 767 629</b>	<b>16 951 480</b>
<b><u>GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS</u></b>		
• Hygiène et salubrité	1 935 117	1 788 689
• Gestion des déchets biomédicaux	7 835	7 315
• Fonctionnement des installations	4 514 988	4 715 990
• Sécurité	426 007	260 540
• Entretien et réparation parc immobilier-mobilier-équipement	1 315 487	2 254 486
• Frais généraux	(79 891)	(95 787)
<b>Total :</b>	<b>8 119 543</b>	<b>8 931 233</b>
<b>PERSONNEL BÉNÉFICIAIRE DE MESURES DE SÉCURITÉ D'EMPLOI</b>	<b>130 025</b>	<b>178 315</b>
<b>CHARGES NON RÉPARTIES</b>	<b>238 843</b>	<b>1 170 498</b>
<b>TOTAL DES CHARGES BRUTES</b>	<b><u>91 588 139</u></b>	<b><u>87 238 613</u></b>

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE  
DES ADMINISTRATEURS<sup>1</sup>

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.

<sup>1</sup> 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  
[www.csss.pointe.ca](http://www.csss.pointe.ca)

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île regroupe les CLSC et centres d'hébergement suivants :

- **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