



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



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

29 juin 2011



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 : 978-2-923911-01-4.

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 partenariat | 7 |
| Le portrait de la population de la Pointe-de-l'Île..... | 9 |
| La structure organisationnelle du CSSS..... | 15 |
| La prévention et la promotion : une priorité pour le CSSS..... | 17 |
| Les services généraux | 28 |
| Les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille..... | 35 |
| Les services aux personnes en perte d'autonomie..... | 42 |
| Les services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale..... | 52 |
| Les services aux personnes présentant des déficiences..... | 55 |
| Les services aux personnes anglophones de l'est de Montréal..... | 57 |
| Les services à l'école, au travail..... | 58 |
| Les services de soutien..... | 62 |
| Les mesures d'urgence..... | 63 |
| L'enseignement et la recherche..... | 65 |
| Les comités de résidents et le comité des usagers - Bénévolat et Fondation du CSSS..... | 69 |
| Les conseils professionnels..... | 75 |
| L'amélioration continue de la qualité..... | 78 |
| Le traitement des plaintes..... | 91 |
| Le personnel du CSSS..... | 93 |
| Les communications..... | 100 |
| Les ressources financières, matérielles et informatiques..... | 102 |
| Les ressources techniques et les immobilisations..... | 104 |
| Les états financiers..... | 110 |
| Annexe - Code d'éthique et de déontologie des administrateurs..... | 115 |

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



Nous sommes ce que nous faisons...

Des gens de valeurs

Sources d'inspiration et de mobilisation, les valeurs organisationnelles agissent à la fois comme des éléments unificateurs et comme un guide dans l'évolution d'un établissement. Elles sont une condition essentielle à sa bonne santé et à la création d'une culture organisationnelle forte et rassembleuse. Elles sont aussi signe que l'organisation a atteint une certaine maturité et est en mesure de se définir et d'exprimer clairement ses choix.

Appelées **ESPRI SANTÉ**, l'**E**ngagement, la **S**écurité, le **P**artenariat, le **R**espect et l'**I**nnovation sont les valeurs fièrement adoptées par le personnel, les cadres et le conseil d'administration du CSSS. Elles influenceront désormais l'ensemble des décisions prises par notre établissement.

Des gens d'excellence

L'approche Milieu de vie déployée dans nos quatre centres d'hébergement, basée sur une philosophie de gestion participative et un souci très important de l'amélioration de la qualité de vie des résidents, a remporté le prix d'excellence décerné annuellement par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la catégorie « valorisation et mobilisation des ressources humaines ». Ce prix récompense l'équipe de l'hébergement qui a osé sortir des sentiers battus et adopter une approche très humaine et reconnaissante de la contribution de tous les employés à l'amélioration de la qualité.

Des gens d'avant-garde

Nous croyons que c'est par l'innovation dans nos approches, nos pratiques et l'utilisation de technologies que nous parviendrons à toujours nous améliorer et à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle. Nous le croyons et nous osons...

Cette année, en collaboration avec sa Fondation, le CSSS s'est doté d'une centaine de consoles de télésoins qui permettent de suivre à distance l'état de santé et le bien-être des malades chroniques. Après une année d'utilisation de cette technologie, l'appréciation des usagers sur les télésoins quant à l'amélioration de leur qualité de vie est très élogieuse et les résultats en terme de capacité de suivis (nombre de personnes) sont très prometteurs. Une seconde année d'utilisation nous permettra certainement de confirmer ces premières tendances et de positionner les télésoins comme un outil d'une excellente qualité pour le suivi des malades chroniques à distance.

Des gens en quête de performance

La performance, pour le CSSS de la Pointe-de-l'Île, se définit par une organisation de travail favorisant l'augmentation de l'intervention directe auprès de la clientèle. Notre CSSS, comme l'ensemble des établissements du réseau, est confronté à une augmentation constante des besoins en santé de la population de son territoire. Nous nous sommes donc demandés comment faire autrement afin de nous assurer que nous augmentons le plus possible le nombre d'interventions auprès de la clientèle et diminuons les interventions qui n'apportent pas de valeur ajoutée. Avec le soutien d'une firme spécialisée, nous nous sommes lancés dans une démarche d'amélioration de la performance aux services à domicile et aux services en petite enfance. Quelques mois plus tard, les premiers résultats sont très convaincants et nous constatons une augmentation notable du nombre des interventions auprès de la clientèle et une diminution de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

et ce que nous faisons nous transforme...

Au cours de 2010-2011, le CSSS s'est orienté vers de nouvelles façons de faire. Nous poursuivrons nos efforts l'année prochaine et étendrons les bénéfices de ces approches novatrices à d'autres secteurs de notre CSSS. Les changements entrepris nous orientent vers un changement de culture organisationnelle et font du CSSS de la Pointe-de-l'Île un établissement où la performance, la remise en question et la recherche de nouveautés sont parties intégrantes de la notion de qualité de services.

Évidemment, un tel changement ne peut se réaliser sans l'engagement des cadres, des médecins et du personnel du CSSS. Nous tenons donc à remercier ceux et celles qui ont déjà pris le train du changement et nous saluons leur courage et leur détermination dans la remise en question qu'exige tout changement de pratique.



Cécile Légaré
Présidente



André Gagnière
Directeur général

**Composition du conseil d'administration
au 31 mars 2011**

Mme Cécile Légaré, présidente
M. Pierre Parent, 1^{er} vice-président
M. Bruno Lewis, 2^e vice-président
M. Jean-Claude Blanchard, 3^e vice-président
M. André Gagnière, secrétaire
Mme Lucie Bernier
M. Roch Bérubé
Mme Nicole Bourgeois
M. André Brunelle
Mme Nicole Daniel
Mme Mireille Doré
Dr André-Brisson Joseph
M. Michel Milot
Mme Viviane Montinard
Dr François-Yves Prévost
Trois postes sont présentement vacants.

Démission en cours d'année

Mme Nathalie Gravel, 18 janvier 2011
Dr Pierre Shebib, 21 septembre 2010

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.

Considérant les élections des conseils d'administration prévues à l'automne 2011, le comité ne s'est pas réuni sur le volet de formation des administrateurs.

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

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

Démission en cours d'année

Mme Nathalie Gravel, 18 janvier 2011

Déclaration de fiabilité des données



Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 du CSSS de la Pointe-de-l'Île, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

André Gagnière
Directeur général



« CHAPITRE I ¹

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

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

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

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

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

CHAPITRE I.1

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Depuis son implantation, le CSSS de la Pointe-de-l'Île consolide sa crédibilité et son engagement auprès de l'ensemble de ses partenaires. Dans notre CSSS, le partenariat est une facette incontournable de notre mission et de nos valeurs organisationnelles.

Dans la dernière année, nos actions ont été nombreuses dans chacun des quartiers de notre territoire. Nous soutenons systématiquement chacune des tables de développement social, issue du financement tripartite de la Direction de la Santé publique, de la Ville de Montréal et de Centraide. Chacune de ces instances locales reçoit de notre part un soutien adapté à leur besoin et aux besoins exprimés par les membres de ces tables. Ce soutien est tangible et amène nos organisateurs communautaires et d'autres intervenants à s'engager dans différents projets issus des quartiers et donnant un levier concret à la mobilisation citoyenne. Il apporte aussi un soutien à la population dans la prise en main sa santé. Pour chacun des quartiers : Mercier-est, Rivières-des-Prairies, Anjou, Pointe-aux-Trembles et Montréal-Est, nos actions soutiennent des démarches sur la revitalisation urbaine, les saines habitudes de vie, la réalisation de forum citoyen, l'accompagnement de concertations et d'organismes communautaires. L'année prochaine ainsi que celles à venir, nous maintiendrons ce soutien mais nous concentrerons nos efforts sur la liaison avec les services et les différents intervenants concernés.

Pour la prochaine année, nous allons poursuivre notre volonté et les actions déjà entreprises pour concrétiser nos partenariats dans une perspective de réciprocité et de collaboration. Nous voulons continuer à construire des projets communs avec notre réseau local. Pensons notamment à :

- une connaissance commune de notre population sur leurs habitudes de vie;
- une consolidation d'un portrait des personnes âgées;
- une meilleure connaissance de nos grands utilisateurs de services et au soutien de la coordination de ces cas complexes;
- la poursuite de notre volonté de mieux coordonner la gestion intégrée des maladies chroniques;
- au soutien des projets communautaires auprès des personnes âgées;
- la mise sur pied d'une maison de soins palliatifs;
- aux suites à donner au forum de la maturité scolaire;
- au soutien à la création d'une maison des naissances;
- au soutien des milieux à la mise en place d'écoles et milieux en santé
- au soutien de la coordination des environnements favorables créés pour aider les enfants 0-5ans.

Dans le cadre d'une demande explicite de notre ministre, nous avons préparé une cartographie des activités cliniques du CSSS et des cliniques médicales. Ce document trace un portrait de notre population et de nos effectifs médicaux. Les objectifs prioritaires se concentrent autour :

- d'un plan concret sur les maladies chroniques;
- d'actions sur la défavorisation;

- d'actions sur la victimisation des jeunes;
- des actions à prendre pour faire face à l'augmentation de la population et de son vieillissement;
- du soutien à l'organisation des services médicaux.

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



DONNÉES GLOBALES DE POPULATION

Population de la Pointe-de-l'Île

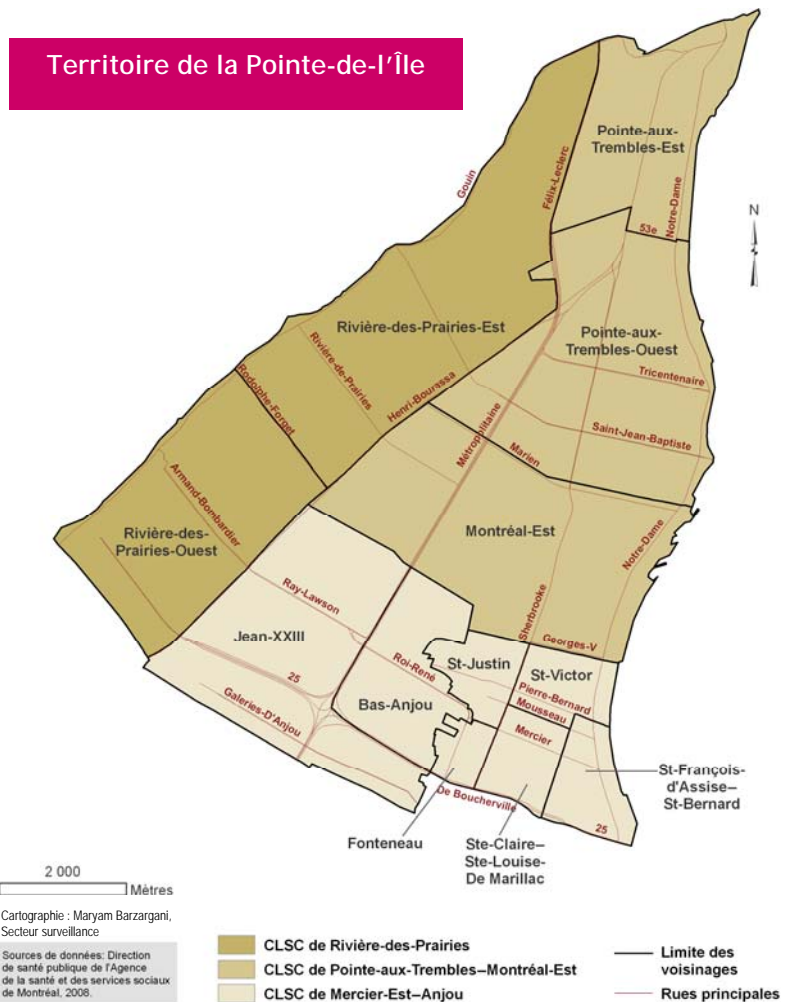
Situé à l'extrémité est de Montréal, le territoire du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île correspond à l'arrondissement municipal de Mercier—Hochelaga-Maisonneuve pour son quartier Mercier-Est (district de Tétreaultville), de l'arrondissement d'Anjou, de l'arrondissement de Rivière-des-Prairies—Pointe-aux-Trembles 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 personnes².

Évolution démographique

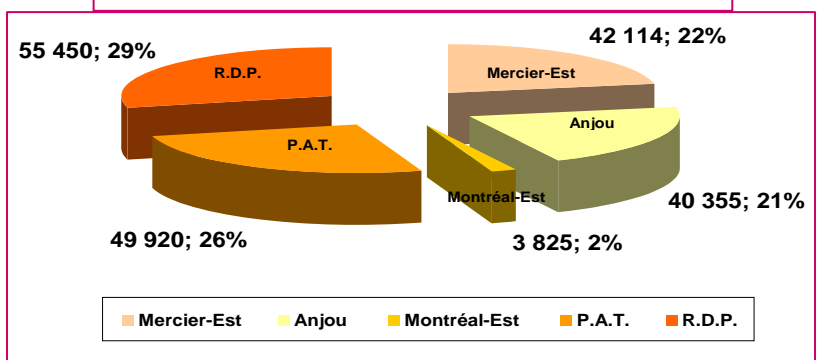
Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec³, d'ici 2011, la croissance de la population de la Pointe-de-l'Île devrait être nulle.

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 vieillissement⁴ 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



² 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.

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

⁴ 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'Île⁵, 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.

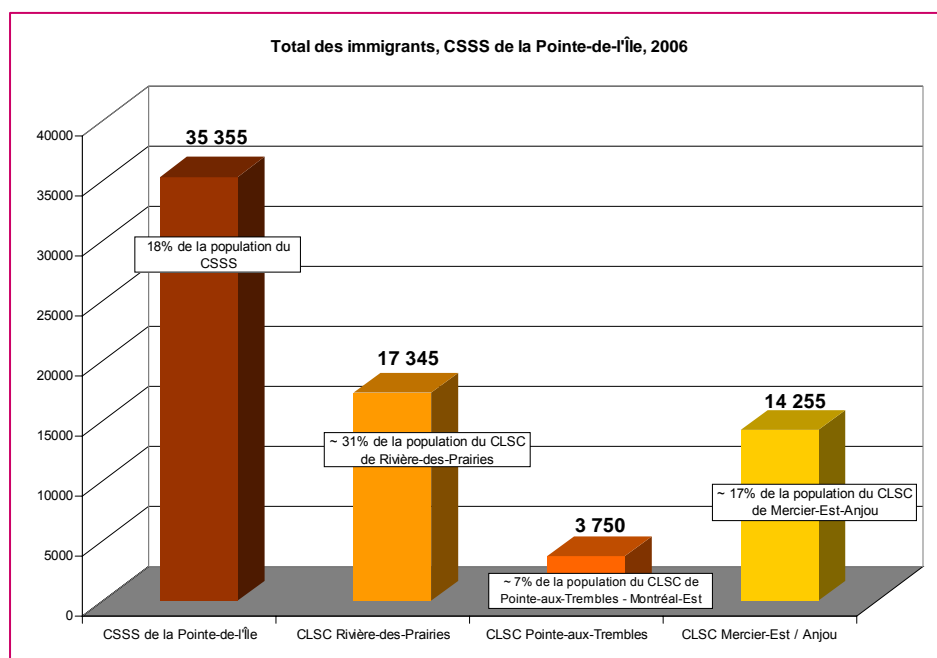
Population immigrante

Lors du dernier recensement en 2006, 18,8 % des résidents du territoire étaient des personnes immigrantes⁶ 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 immigrants⁷ 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 immigrante⁸ 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.

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

⁶ Direction de santé publique. *Op. cit.*, p. 6, 2009.

⁷ 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.

⁸ 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 ménages⁹ 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.¹¹

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 revenu¹² 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).

⁹ *Ibid.*, p. 4.

¹⁰ Direction de santé publique. *Op. cit.*, p. 6.

¹¹ *Ibid.*, p. 7.

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

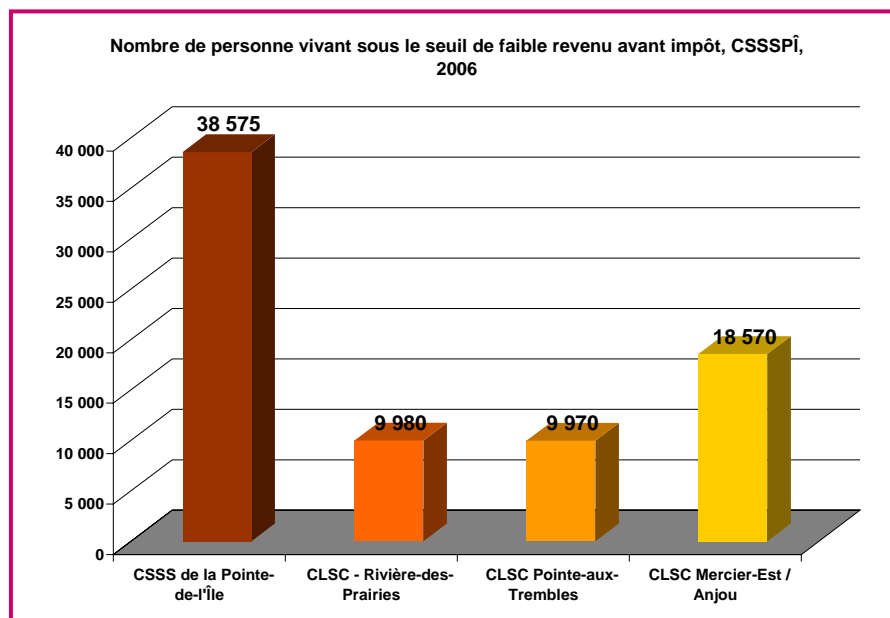


Tableau 3¹³
SEUILS DE FAIBLE REVENU, 2005

| 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

Maladies chroniques et vieillissement

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

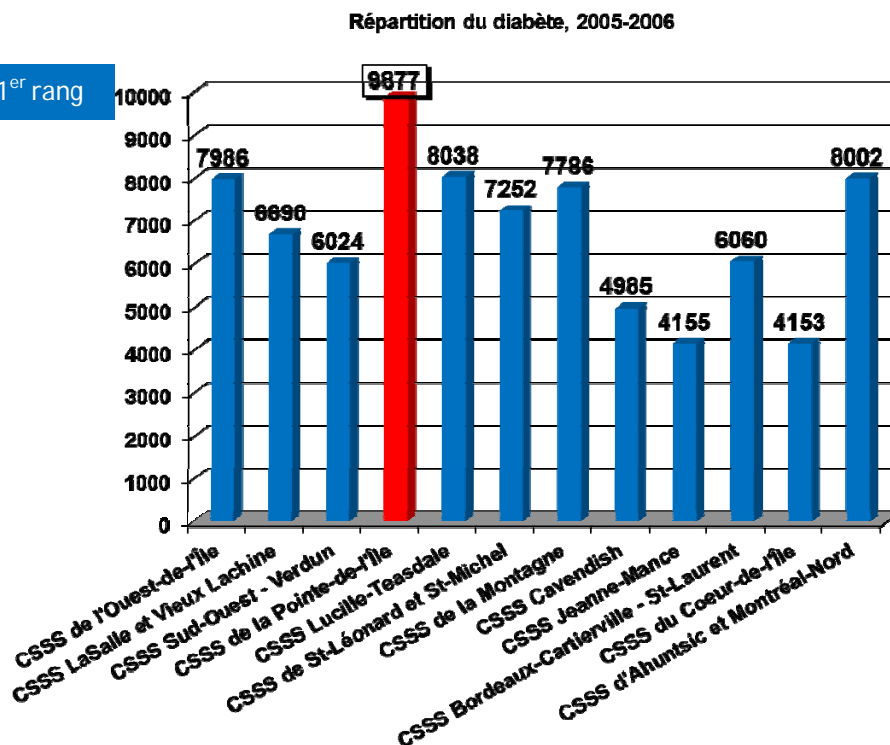
Étant donné leur période plus ou moins longue de latence¹⁴, les maladies chroniques apparaissent généralement à un âge plus avancé, autour de 45 ans, comme c'est le cas du diabète. À la Pointe-de-l'Île comme au Québec, la clientèle plus à risque d'être atteinte de maladie chronique connaît une croissance accélérée. Comme pour l'ensemble de Montréal, la population du territoire vieillit rapidement; les personnes âgées représentent une proportion de plus en plus importante de la population totale. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) diffusées par le MSSS, sur le territoire de la Pointe-de-l'Île, en 2016, 49 % de la population aura 45 ans et plus. En 2021, ce sera 50 % et en 2021 : 52 %.

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

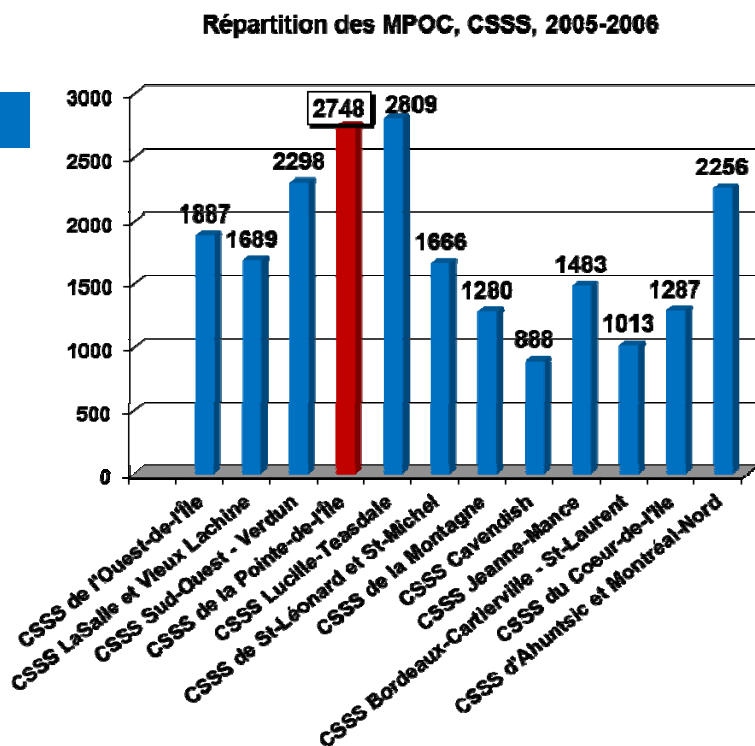
¹⁴ CSSS de la Pointe-de-l'Île. *Cartographie des activités cliniques du CSSS et des cliniques médicales du territoire*, avril 2011.

Dans cette perspective, il est prévisible que le vieillissement de la population, combiné à la croissance démographique de la Pointe-de-l'Île, entraînera une hausse sensible du nombre de personnes aux prises avec une maladie chronique.

CSSS de la Pointe-de-l'Île : 1^{er} rang

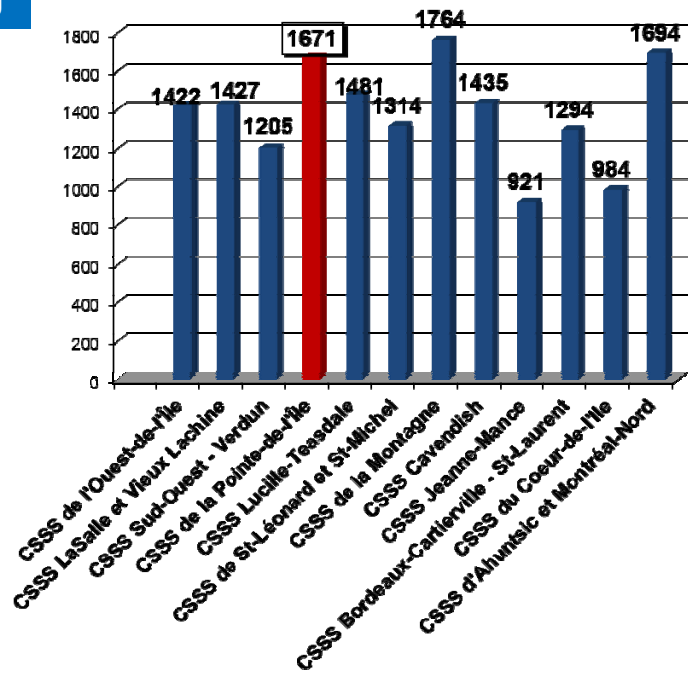


CSSS de la Pointe-de-l'Île : 2^e rang



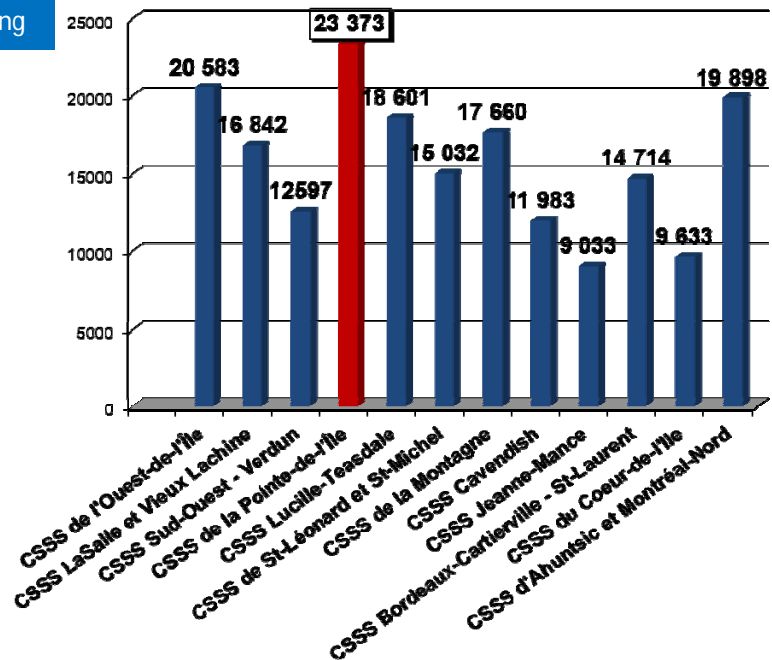
CSSS de la Pointe-de-l'Île : 3^e rang

Répartition de l'insuffisance cardiaque, CSSS, 2005-2006

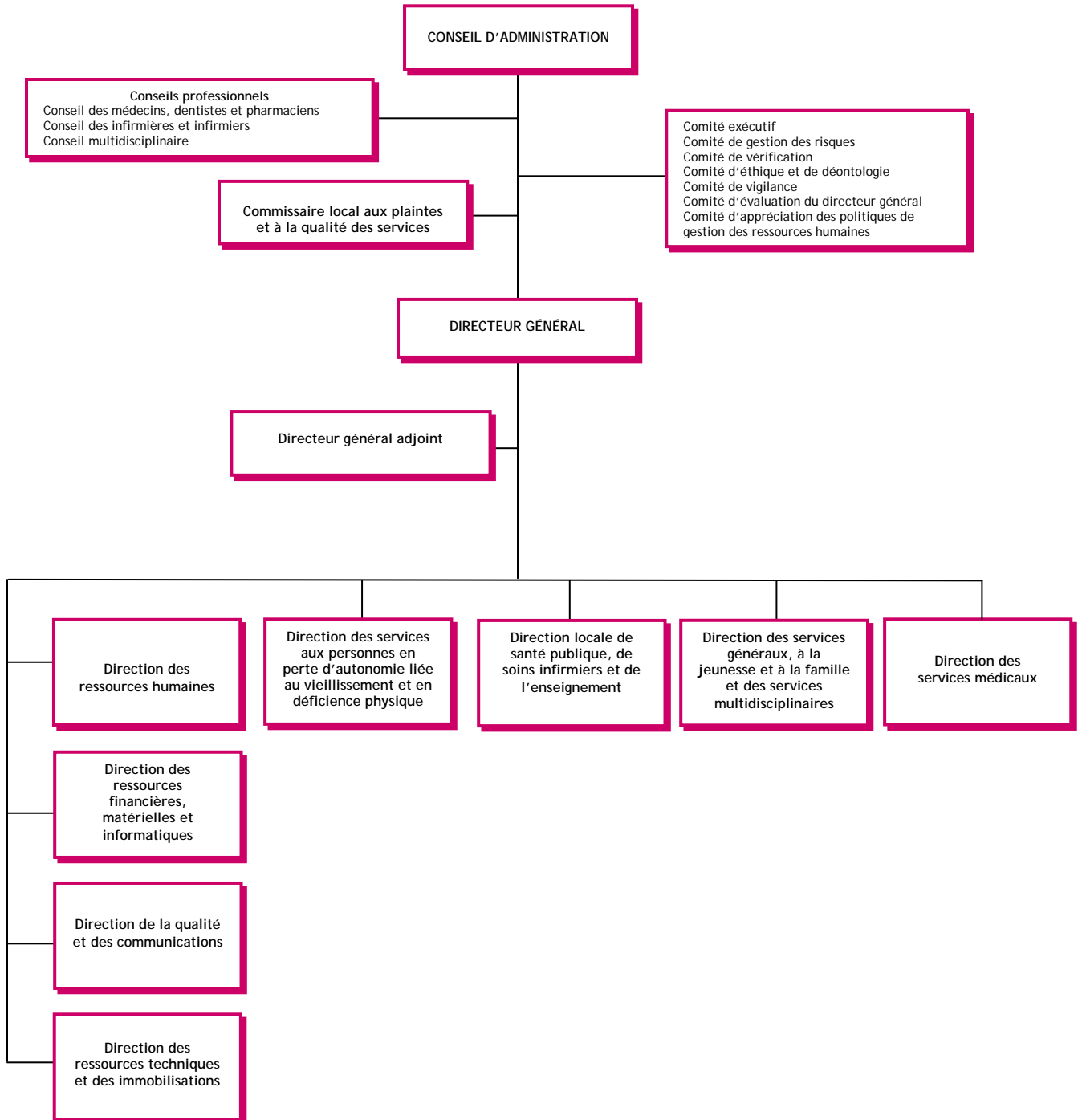


CSSS de la Pointe-de-l'Île : 1^{er} rang

Répartition de l'hypertension, CSSS, 2005-2006



La structure organisationnelle du CSSS





Engagement

En mots

Garantir que je mets mes compétences, ma passion et mon pouvoir au mieux-être de mon environnement.

En gestes

Je prends à cœur les succès de mon service et de mon organisation.
J'assume mes décisions, celles de mon service et de l'organisation.
Comme gestionnaire, je suis présent et disponible.

Mission

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île a comme principale responsabilité de promouvoir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible une gamme de services de santé et de services sociaux généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement, services qui se doivent d'être continus, intégrés, complémentaires et de qualité.

Sécurité

En mots

Assurer un environnement sécuritaire.

En gestes

Je signale les situations dangereuses et suggère des pistes de solution.
Je respecte les pratiques et les normes de sécurité.
Comme gestionnaire, je fais régulièrement la promotion des objectifs et des pratiques de sécurité.

Partenariat

En mots

Faire ensemble pour aller plus loin.

En gestes

Je fais preuve d'ouverture.
Je fais confiance.
J'utilise les forces et respecte le rythme de mes partenaires.

Respect

En mots

Être à l'écoute et conscient de l'autre, le reconnaître dans ses besoins, dans son apport et dans son expertise.

En gestes

J'écoute.
Je suis poli et courtois.
Je remercie et je reconnais les bons coups.

Innovation

En mots

Oser faire les choses autrement pour répondre aux besoins de ma clientèle.

En gestes

Je m'implique dans les changements.
Comme gestionnaire, j'encourage les nouvelles façons de faire.
Comme gestionnaire, je choisis un nouveau projet par année, avec mon équipe.

Après un exercice de réflexion de plus d'une année et la consultation de plus de 200 personnes au CSSS, le conseil d'administration a entériné un nouvel énoncé de mission et cinq valeurs organisationnelles : l'engagement, la sécurité, le partenariat, le respect et l'innovation.

Ces valeurs sont essentielles, car elles guident les choix et les façons de faire de tout le personnel, autant les cadres que les intervenants.

Elles donnent une base commune d'interprétation des décisions et de l'évolution de notre 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.

RÉSEAU MONDIAL DE LA SANTÉ

En 2009, Le CSSS a confirmé son adhésion 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 ce geste symbolique, le CSSS renouvelle clairement l'importance qu'il accorde à la promotion de la santé.



Réseau montréalais des CSSS
et des hôpitaux promoteurs de santé
Un réseau fondé par l'OMS

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.

Dans le respect de cette approche, nous nous engageons donc à mettre en place des actions et des gestes concrets en cohérence avec les 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.

En 2010-2011, le CSSS a réalisé trois projets, retenus à titre de meilleures pratiques de «Promotion de milieux de travail sains» et cités en référence dans le «Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux». Il s'agit des prix «J'ai du cœur» du CSSS, de la Fête de la rentrée et du programme «Ma santé, je m'en occupe».

Un bilan visant à évaluer le degré d'implantation des normes de l'OMS et du réseau montréalais a été complété en mars 2011 et guidera favorablement la poursuite de nos démarches.

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 2010-2011, les CLSC ont vacciné 3 649 enfants dans le cadre du programme d'immunisation des enfants et ont administré 13 236 doses.

| ENTENTES DE GESTION VACCINATION INFANTILE | | | |
|---|-------|----------|----------|
| Ententes | Cible | Résultat | Écart |
| Proportion d'enfants ayant reçu leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite Hib dans les délais | 60 % | 32,02 % | - 28 % |
| Proportion d'enfants ayant reçu leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais | 50 % | 48,21 % | - 2 % |
| Proportion d'enfants ayant reçu leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais | 60 % | 37,52 % | - 22,5 % |
| Nous vaccinons tous les enfants qui se présentent pour la vaccination au CSSS. Les écarts sont dus au fait que les enfants ne sont pas toujours vaccinés dans le délai de sept jours après leur naissance prescrit par la Santé publique. Ce délai varie de 7 à 14 jours en raison du temps que prennent les parents pour prendre rendez-vous. Afin d'améliorer nos résultats, nous avons déjà étendu la plage horaire de vaccination le soir, le jour et la fin de semaine. Nous vaccinons maintenant six jours/semaine. | | | |

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.

| 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 |
| 2009-10 | 1 510 | 2 974 | 2 258 | 2 277 | 518 | 558 | 275 | 283 | 2 537 | 2 992 |
| 2010-11 | 1 354 | 2 764 | 2 130 | 2 137 | 381 | 388 | 320 | 341 | 2 548 | 3 183 |

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 |
| 2009-2010 | 7 183 | 7 297 | 378 |
| 2010-2011 | 8 231 | 8 489 | 495 |

| Centre d'hébergement | Vaccination Influenza saisonnier | | Vaccination pneumocoque | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | % de résidents vaccinés 2009-2010 | % de résidents vaccinés 2010-2011 | % de résidents vaccinés 2009-2010 | % de résidents vaccinés 2010-2011 |
| François-Séguenot | 90,1 % | 90,9 % | 96 % | 85,7 % |
| Judith-Jasmin | 82,3 % | 81,3 % | 66,7 % | 49,3 % |
| Biermans | 76,6 % | 77,2 % | 46,2 % | 52,8 % |
| Pierre-Joseph-Triest | 79,9 % | 70,8 % | 45,3 % | 55,2 % |

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

En 2010-2011, deux règles de soins infirmiers ont été implantées dans les équipes soignantes. Il s'agit des règles de soins portant sur les mesures de contrôle et de prévention du *Staphylococcus aureus* résistant à la Méthycilline (SARM) et de l'entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV). Un formulaire de consentement à la vaccination contre le pneumocoque (pneumovax 23) a aussi été élaboré.

Durant l'année, l'équipe de prévention et contrôle des infections s'est positionnée et a fourni des recommandations sur les sujets suivants :

- au comité de gestion des fournitures médicales, le type de gants à acheter;
- l'isolement préventif de 48 heures des résidents lors d'admission ou d'un retour d'hospitalisation;
- le port de la blouse à manches longues en respect des pratiques de base;
- le matériel sécuritaire à employer;
- un avis sur le retour du matériel provenant du domicile vers les services;
- un appel à la vigilance aux employés revenant d'Haiti (à la suite du séisme);
- le transfert d'un usager porteur d'une bactérie multi-résistante (BMR);
- l'encombrement des chambres en hébergement.

Volets formation et conseil

La formation est un des principaux rôles joué par la conseillère de l'équipe. Cette année, en raison de la loi 100, l'équipe de prévention et contrôle des infections PCI a vu le nombre de formations diminuer. Toutefois, nous avons donné 11 formations sur les pratiques de base et les précautions additionnelles et une sur le *Clostridium difficile*, avec la collaboration d'un médecin. En tout, nous avons rencontré 111 personnes.

L'équipe de prévention et contrôle des infections a également répondu à 142 demandes provenant principalement de l'hébergement.

Utilisation de la solution hydro-alcoolique (SHA)

La quantité de solution hydro-alcoolique utilisée est un indicateur de qualité des soins. Comparativement à l'année précédente, la consommation de la solution a diminué de 16 %. Cette diminution s'explique par le fait que l'année 2009-2010 a connu la pandémie d'influenza A (H1N1). De plus, en comparant avec l'année 2008-2009, nous pouvons constater une augmentation de 20 % de l'utilisation de la SHA.

Contrôle des infections

Des audits sur les processus ont débuté lors des éclosions de gastro-entérite virale à la fin mars 2011. Ces évaluations permettent de voir si les mesures de prévention sont appliquées correctement.

À la suite du dépôt de la nouvelle politique et procédure concernant la prévention des infections lors des travaux de construction, de rénovation et d'entretien préventif, l'équipe PCI a effectué des suivis dans 11 situations, ce qui est tout nouveau pour l'équipe et ces demandes de suivis devraient aller en augmentant.

Surveillance épidémiologique des infections

Au CSSS de la Pointe-de-l'Île, les infections surveillées systématiquement sont : *Clostridium difficile*, ERV, SARM, plaies infectées, infections urinaires sur sonde ainsi que les éclosions (voir les tableaux 8, 9 et 10).

| 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 | 0,56 | 1/250 | 45 % |
| L'écart s'explique par le fait qu'une conseillère en prévention et contrôle des infections à temps complet a été en congé de maladie à partir du mois d'août et qu'une autre à temps partiel a quitté le CSSS au mois de novembre 2010. À l'exception d'une ressource à deux jours/semaine en février 2011, nous n'avons pu remplacer ces personnes. | | | |

Le comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales a tenu six rencontres au cours de l'année et il a développé un tableau de bord en prévention et contrôle des infections. À toutes les années, ce comité établit son plan d'action et s'assure que la prévention et le contrôle des infections sont déployés au sein de toutes les activités dans l'établissement.

Un programme de contrôle des infections nosocomiales est structuré et sera déployé au cours de la prochaine année.

Voici le résultat de la surveillance effectuée en 2010-2011 auprès des cas d'infection :

| | 2009-2010 | | 2010-2011 | |
|----------------|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Colonisations* | Nombre total de cas | Nombre de cas nosocomial | Nombre total de cas | Nombre de cas nosocomial |
| ERV | 5 | 0 | 12 | 0 |
| SARM | 9 | 1 | 17 | 2 |

* Les colonisations ne sont pas des infections. Elles ne sont donc pas comptabilisées dans le tableau 9. Le nombre d'incidences de colonisation à ERV a plus que doublé par rapport à l'an dernier. Cela est dû en grande partie au programme d'hébergement pour évaluation (PHPE) - Programme 68 qui a un grand roulement de clientèle.

| Année | Taux par 1000 jours-présence ou cathéter | C.difficile | ERV | SARM | Plaie infectée | Infection urinaire/sonde |
|-----------|--|-------------|-----|------|----------------|--------------------------|
| 2009-2010 | Total des infections | 0,2 | 0 | 0 | 0,04 | 3,13 |
| | Celles qui sont nosocomiales | 0,2 | 0 | 0 | 0,04 | 1,34 |
| 2010-2011 | Total des infections | 0,03 | 0 | 0,01 | 0 | 4,94 |
| | Celles qui sont nosocomiales | 0,01 | 0 | 0,01 | 0 | 2,47 |

* Des correctifs ont été apportés aux données de l'année 2009-2010.

- Nous avons eu six incidences d'infection à *C. difficile*, dont trois sont nosocomiales. Comparativement à l'année précédente, il y a eu une diminution d'infections nosocomiales à *C. difficile*. Les taux démontrent que 50 % de ces infections sont nosocomiales, comparativement à 100 % en 2009-2010.
- Il y a eu 38 infections urinaires sur sonde. De ce nombre, 19 d'entre elles correspondaient à la définition retenue selon la littérature comme étant des infections urinaires nosocomiales. Ces infections ont toutes été acquises au CSSS, donc sont toutes nosocomiales au sens propre du terme.

| Nombre d'éclosions | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| Gastroentérite | 4 | 6 | 6* |
| VRS | 1 | 0 | 0 |
| Influenza | 1 | 0 | 1 |

* En plus de ces 6 éclosions, nous avons participé à la gestion de l'éclosion de gastro-entérite à la ressource intermédiaire située au Manoir Claudette Barré.

Nous avons répertorié 410 autres situations infectieuses réparties dans le tableau 11, à partir d'observations quotidiennes inscrites (prise d'antibiotiques) sur les rapports des chefs d'activités en hébergement. Nous constatons des augmentations des infections pulmonaires de 37,4 % et des infections urinaires sur la clientèle non porteuse de sonde de 33,8 %. Ces infections ont entraîné une consommation d'antibiotiques, augmentant ainsi le risque de développer une infection à *C. difficile*.

| Infections | 2009-2010 | 2010-2011 |
|------------------------|------------|------------|
| Oreille | 2 | 5 |
| Pulmonaire | 123 | 169 |
| Zona | 6 | 6 |
| Organes génitaux | 2 | 2 |
| Yeux | 6 | 4 |
| Tissus | 19 | 21 |
| Urinaire (sans sonde) | 145 | 198 |
| Autres | 0 | 5 |
| Hépatique | 0 | 0 |
| Glandes endocriniennes | 0 | 0 |
| TOTAL | 303 | 410 |



PROMOTION DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES DANS LE RÉSEAU LOCAL

Afin de faire la promotion du système de prévention clinique et l'utilisation des pratiques cliniques préventives, auprès des intervenants du CSSS et auprès des groupes de médecine familiale (GMF), des cliniques-réseau et d'autres cliniques médicales sur son territoire, le CSSS a embauché une infirmière conseil en prévention clinique (ICPC).

En 2010-2011, cette infirmière a réalisé les activités suivantes :

- Visite de 15 cliniques médicales du territoire;
- Une moyenne de 25 à 32 interventions en CLSC;
- Création d'ateliers thématiques avec la collaboration de la DSP, dont :
 - trois ateliers sur l'examen médical périodique, auquel ont participé 42 professionnels (26 médecins et 17 infirmières);
 - neuf ateliers sur l'entretien motivationnel, offert à 97 professionnels (médecin, infirmières, intervenants psychosociaux, nutritionnistes, psychoéducateurs, auxiliaires familiales et sociales, hygiénistes dentaires).

En 2010-2011, le CSSS a développé une politique globale en saine alimentation qui inclut :

- les liens avec les concertations locales (volet sécurité alimentaire);
- des liens avec les autres partenaires locaux visant à encourager le développement d'initiatives et d'environnements favorables à la promotion d'une saine alimentation.

- Actualisation de la démarche auprès de 18 pharmacies, dont 14 nouveaux milieux, afin de promouvoir l'ordonnance collective régionale «Initier la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)» et l'offre de service du Centre d'éducation pour la santé et du Centre d'abandon du tabagisme du CSSS.

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.

En 2010-2011, un nombre de 141 interventions ont été effectuées auprès de 81 usagers. Durant une période de quatre mois, les services ont été suspendus ainsi que les formations spécifiques à la suite du départ d'un intervenant. Par ailleurs, des mesures ont été mises en place afin d'améliorer la performance du centre, notamment la confirmation des premiers rendez-vous des usagers par une agente administrative. Enfin, 7 heures par semaine ont été ajoutées au poste de l'intervenant en fonction. Déjà, dans les derniers mois de l'année, une augmentation des demandes est constatée.

| | |
|------------------------|-----|
| Nombre d'usagers | 81 |
| Nombre d'interventions | 141 |

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 2010-2011, les activités suivantes ont été réalisées au CES :

- Développement d'un volet d'activités physiques en groupe;
- Accueil de 23 stagiaires infirmières et de deux médecins en observation;

La clientèle du CES a été référée à 70 % par des intervenants professionnels, dont des médecins à 61 %. La clientèle sans référence représente 24 %, dont 4 % à la suite d'une publicité. Les médecins hors-secteur ont référé 20 % de la clientèle du CES. Enfin, 12 des 22 milieux cliniques du territoire ont référé de la clientèle au CES en cours d'année.

| CLSC de Mercier-Est– Anjou | CLSC de Pointe-aux- Trembles– Montréal-Est | CLSC de Rivière-des- Prairies |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| 45 % | 40 % | 15 % |



Centre d'abandon du tabagisme (CAT)

Intégré au Centre d'éducation pour la santé, le centre d'abandon du tabagisme offre un ensemble de services spécialisés, taillés sur mesure, pour accompagner les personnes souhaitant s'engager dans une démarche de cessation tabagique. Ces services sont accessibles dans les trois CLSC en rencontres individuelles et de groupe : du *counseling* intensif en abandon du tabac, un suivi personnalisé de durée variable selon les besoins, des stratégies efficaces pour faire face au sevrage de la nicotine, des conseils sur l'activité physique, l'alimentation et les façons de déjouer les effets du stress, des outils efficaces et pratiques et la référence vers un groupe de cessation tabagique (période prédéterminée dans l'année). Durant l'année 2010-2011, les interventions du CAT ont organisé deux groupes de cessation tabagique avec une participation moyenne de 15 personnes.

En 2010-2011, 217 interventions ont été effectuées auprès de 102 usagers. Durant une période de quatre mois, les services ont été suspendus ainsi que les formations spécifiques à la suite du départ d'un intervenant. Par ailleurs, des mesures ont été mises en place afin d'améliorer la performance du centre, notamment la confirmation des premiers rendez-vous des usagers par une agente administrative. Enfin, 7 heures par semaine ont été ajoutées au poste de l'intervenant en fonction. À la suite de ces ajustements, nous remarquons un achalandage supérieur, d'environ 50 %.

| CLSC | Nombre d'usagers | Nombre d'interventions |
|-----------|---------------------|---------------------------|
| 2009-2010 | 89 | 303 |
| 2010-2011 | 102 | 271 |

De plus, un déjeuner-causerie, en date du 28 avril 2011, a permis de présenter l'offre de service en cessation tabagique et d'échanger sur la nouvelle ordonnance collective régionale, la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). Un nombre de 20 personnes, dont 9 pharmaciens du territoire ont été recensés. Un compte rendu de cette rencontre a été acheminé à tous les participants et les pharmaciens du territoire.

Les campagnes des défis pour la santé «J'Arrête, j'y Gagne», Défis 5/30 et «Famille sans fumée» ont enregistré 150 inscriptions par le biais de trois activités réalisées dans le milieu. Une approche concertée avec le CSSS Lucille-Teasdale et l'Association canadienne du cancer pour la promotion de ces événements a eu cours.

En mai 2010, les intervenants du CES ont animé un kiosque de promotion à l'Hôpital Rivière-des-Prairies à l'intention du personnel, dans le cadre de la Semaine de la santé.

La clientèle du CAT a été référée à 53 % par des intervenants professionnels, dont des médecins à 25 % et des pharmaciens à 17 %. Enfin, 7 des 22 milieux cliniques du territoire ont référé de la clientèle au CAT en cours d'année.

| CLSC de Mercier-Est— Anjou | CLSC de Pointe-aux- Trembles— Montréal-Est | CLSC de Rivière-des- Prairies |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| 29 % | 60 % | 11 % |

Prévention du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 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 des femmes du territoire au programme de dépistage du cancer du sein s'établissait à 48 %. Ce taux est supérieur à celui observé pour l'ensemble du territoire montréalais qui est de 42,5 %. Une cible du nombre de participantes a été fixée à 70 % des femmes éligibles.

En 2010-2011, afin de faire la promotion de ce programme, une tournée d'information auprès des médecins de quatre cliniques médicales du territoire a été entreprise. Également, un plan d'action local visant l'implantation et le déploiement du projet «La femme au cœur d'une approche de réseau intégré de services en prévention du cancer du sein» a été élaboré et sera déployé au cours de la prochaine année.

Plan d'action local en santé publique 2010-2015

Le plan d'action local en santé publique pour notre territoire s'appuie sur les six grandes orientations énoncées par la Direction de santé publique de Montréal. Visant à ancrer l'ensemble des besoins de la population dans ce virage de promotion de la santé, une septième orientation a été ajoutée à celles-ci afin de rejoindre la population vieillissante habitant le territoire.

| |
|--|
| 1. Des enfants qui naissent et se développent en santé; |
| 2. Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire; |
| 3. Des milieux de travail exempts de menaces à la santé; |
| 4. Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques; |
| 5. Un environnement urbain favorable à la santé; |
| 6. Un système de santé qui sert aussi à prévenir; |
| 7. Vieillir en santé et en sécurité. |

L'objectif de ce plan est d'améliorer la santé de la population de notre territoire et de faire de notre CSSS et de notre réseau local un territoire qui :

- favorise des communautés en santé;
- améliore les environnements;
- permet des actions concrètes pour diminuer les maladies et améliorer la capacité de chacun à prendre la responsabilité de sa santé.

DÉVELOPPEMENT DURABLE

Engagement au plan de développement durable de la collectivité montréalaise

En janvier 2011, notre établissement s'est engagé sur 17 mesures, relativement au Plan de développement durable de la collectivité montréalaise 2010-2015. Ces mesures touchent notamment l'amélioration de la qualité de l'air ainsi que la qualité des milieux de vie, la gestion responsable des ressources et la valorisation, la réduction des gaz à effet de serre, la réduction du chauffage au bois en milieu urbain et le verdissement visant la diminution des îlots de chaleur.

Le CSSS participe également au comité des partenaires du Plan de développement durable de la collectivité Montréalaise.

Défi climat

Cette année, le CSSS a à nouveau participé au Défi climat, une vaste campagne de mobilisation pour la lutte aux changements climatiques au Québec. Ce défi sollicite des entreprises, des institutions publiques et des organismes à mobiliser leurs employés, étudiants et élèves à réduire leurs émissions de gaz à effet de serre en modifiant leurs habitudes de vie et de déplacement.

En plus des inscriptions individuelles de nos employés, un défi collectif, le *Défi Tasse Toi*, a permis de sensibiliser les participants à adopter des comportements éco-responsables, comme l'utilisation d'une tasse plutôt que d'un verre jetable, pour ainsi diminuer les gaz à effets de serre. Au total, plus de 80 employés ont participé à la démarche.

Table Aménagement et environnement de la Pointe-de-l'Île

La Table de concertation Aménagement et environnement de la Pointe-de-l'Île a organisé des rencontres en septembre et en décembre 2010, ainsi qu'en janvier et mars 2011. Ces rencontres ont permis de préciser le rôle de la concertation ainsi que celui de ses comités d'action. La Table de concertation compte présentement 3 comités dont la coordination est remise à des organismes du milieu. Ces comités d'action sont :

- le comité d'action santé-herbe à poux, coordonné par le CSSS;
- le comité de concertation accès à l'eau, coordonné par la ZIP Jacques Cartier;

- et le comité d'action gestion du territoire (interfaces résidentielles et industrielles), coordonné par l'Alliance pour une gestion des interfaces industrielles et résidentielles responsables (AGIIRR).

La Table de concertation organise un Forum partenaires et citoyens sur l'aménagement et l'environnement qui aura lieu en mai 2011.

Comité d'action santé-herbe à poux

L'herbe à poux est responsable de la rhinite allergique qui touche un Québécois sur six. La participation accrue des propriétaires, des associations, des organisations communautaires, des arrondissements et de la Ville de Montréal-Est au comité d'action santé-herbe à poux a permis de mettre en place des stratégies d'intervention sur notre territoire. Le projet pilote du CSSS et de la Direction de santé publique, visant la réalisation de la cartographie pour les territoires de Mercier-Est—Anjou et de Montréal-Est, a eu lieu en août et septembre 2010.

Les grands propriétaires terriens ont été mobilisés afin de réaliser une enquête sur leurs terrains. Ainsi, 12 propriétaires ont autorisé les visites qui ont permis, dans un premier temps, la réalisation de la cartographie et l'identification de 200 000 m² d'infestation à l'herbe à poux sur le territoire ciblé. Ces propriétaires seront appelés en 2011 à intervenir sur leurs terrains et des méthodes leur seront proposés afin de mieux contrôler l'herbe à poux. La poursuite du projet pour l'été 2011 vise à couvrir tout le territoire du CSSS, en incluant l'arrondissement Pointe-aux-Trembles et Rivière-des-Prairies. Ce projet est un exemple concret de travail effectué en partenariat avec notre réseau local.



ACCUEIL CENTRALISÉ

L'accueil centralisé est la porte d'entrée du CSSS pour toute demande de services et de soins en provenance de nos partenaires externes, de la clientèle et de leurs proches, de façon à les évaluer et à les orienter vers le bon service au CSSS. Ce service est en place depuis six ans et est cité en exemple à dans la région de Montréal. Le personnel infirmier y 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 jours fériés.

Cette année, l'équipe de l'accueil centralisé a reçu 11 018 demandes soit une augmentation de 9,4 % par rapport à l'an passé.

Nous travaillons à améliorer la collaboration avec nos divers partenaires, afin d'offrir un service rapide et de bonne qualité. L'harmonisation de certaines modalités de fonctionnement a été entreprise cette année ainsi que l'amélioration du processus de cheminement des demandes.

| Services | 2009-2010 | 2010-2011 |
|---|---------------|---------------|
| Services généraux | 2 059 | 2 315 |
| Services généraux à domicile | 2 968 | 2 847 |
| Services à domicile | 3 588 | 4 120 |
| Périnatalité | 280 | 318 |
| Services intégrés en périnatalité et petite enfance | 387 | 360 |
| Ressource non institutionnelle de convalescence | 267 | 290 |
| Services intensifs de soutien à domicile | 2 | 5 |
| RFI subaigus | 430 | 461 |
| SARCA | 26 | 50 |
| Santé mentale adulte et santé mentale jeunesse | 49 | 117 |
| Clinique de diabète | 12 | 135 |
| TOTAL | 10 068 | 11 018 |

LES SERVICES GÉNÉRAUX

Le guichet d'accès pour la clientèle sans médecin

Fonctionnel depuis octobre 2009, ce service consiste à faciliter l'accès à toute personne du territoire sans médecin qui en fait la demande à trouver un omnipraticien qui la prendra en charge. Deux infirmières, dont une clinicienne et une agente administrative font partie de cette équipe. Un nombre de 98 médecins participent au guichet dans la prise en charge de la clientèle.

Les objectifs du guichet visent à :

- Prioriser l'accès, selon la condition de santé et la disponibilité des effectifs médicaux, afin que chaque malade ait un médecin de famille.
- Centraliser la réception et le traitement des demandes de recherche de médecin de famille et de suivi pour épisode de grossesse.
- Évaluer le niveau de priorité de la demande et en assurer la référence médicale.
- Orienter la clientèle dans le réseau actuel de services disponibles (si la demande nécessite d'autres services qu'un médecin de famille, tels que l'accès à la clinique de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), l'accès à une consultation psychosociale, etc.)
- Gérer la liste d'attente, en réévaluant le contenu de celle-ci périodiquement, selon le niveau de priorité octroyé.
- Participer à la mise en place d'approches novatrices en partenariat avec les ressources médicales du territoire et répondre à des besoins spécifiques tels que, l'examen gynécologique périodique, les anovulants, l'hypertension, le diabète, etc.

Depuis son ouverture :

- 2 807 personnes ont trouvé un médecin par le biais du guichet;
- 2 521 personnes sont en attente, dont 136 répondent aux critères de vulnérabilité.

Le temps d'attente pour une évaluation effectuée par l'infirmière est de cinq semaines. Celle pour une prise en charge par le médecin est de moins d'une semaine pour la clientèle présentant certains critères de vulnérabilité, à l'exception des cas de santé mentale pour qui un délai moyen de 40 jours est noté.

Concernant le suivi de grossesse, la grande majorité des femmes enceintes sont référées hors territoire, car seul un médecin du territoire accepte de prendre quelques suivis de grossesse par année.

| Demande | 2009-2010 | 2010-2011 |
|--------------------|-----------|-----------|
| Suivi de grossesse | 360 | 628 |

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. Depuis trois ans, elle a maintenu son efficacité dans la prise en charge de la clientèle visée par ces services. Composée d'infirmières techniciennes et bachelières, en 2010-2011, l'équipe a planifié l'intégration d'infirmières auxiliaires.

| Année | Nombre de demandes | Nombre d'utilisateurs | Nombre d'interventions |
|-----------|--------------------|-----------------------|------------------------|
| 2009-2010 | 2 968 | 2 498 | 14 978 |
| 2010-2011 | 2 847 | 2 695 | 13 481 |

En 2010-2011, le nombre de demandes a légèrement diminué, représentant une baisse de 4 % comparativement à l'année précédente. Cependant, l'imprévisibilité du nombre de demandes quotidiennes et la réception tardive, en fin de journée, pour plusieurs d'entre elles constituent un défi pour l'équipe.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Centres de prélèvements

En 2010-2011, 75 137 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.

Le Service d'imagerie médicale

Cette année, le CSSS a rehaussé son équipement de graphie, localisé au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, à la suite d'un problème technique qui a occasionné une fermeture temporaire du service de mars 2010 à janvier 2011. Parallèlement, le CSSS a implanté un système de gestion informatisé d'imagerie médicale passant ainsi d'images sur support argentique à des images numériques.

| | Nombre d'utilisateurs | Nombre d'interventions |
|-----------|-----------------------|------------------------|
| 2009-2010 | 3 723 | 4 915 |
| 2010-2011 | 1 330 | 1 700 |

Le service de radiologie a fermé à la fin du mois de février 2010. Ce n'est qu'à partir de la période 7 de l'année 2010-2011 que le nouveau service d'imagerie médicale a été disponible à nouveau.

Le 24 janvier 2011, le service d'imagerie médicale a ouvert officiellement ses portes à la population du territoire.

SERVICES PHARMACEUTIQUES

La pharmacie

Depuis janvier 2011, le service de la pharmacie occupe de nouveaux locaux au Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest. La Pharmacie s'adapte aux nouvelles technologies afin de répondre aux exigences reliées à leur service de qualité.

La pharmacothérapie et la production d'outils de gestion, comme les procédures de plus en plus raffinées et précises, se sont maintenues tout au long de l'année. La présence des assistantes techniques en pharmacie sur les unités de soins, en appui au personnel des soins s'est consolidée. L'augmentation de la disponibilité des pharmaciens reliés aux différentes demandes d'information sur les médicaments a contribué significativement à l'amélioration de la qualité des services aux usagers.

Instauré aussi en 2010-2011, le nouveau système d'information de la pharmacie (SIP) contribue à l'amélioration de la qualité des services à la clientèle en assurant une gestion plus élaborée et complète des dossiers pharmacothérapeutiques des résidents.

Cette année, la Direction des services médicaux a procédé à l'embauche d'un pharmacien à temps complet pour occuper le poste d'adjoint au chef pharmacien.

SERVICES MÉDICAUX

Effectifs médicaux

Avec ses 49 médecins omnipraticiens actifs, soit l'équivalent de 32 médecins à temps complet, le CSSS offre des services médicaux diversifiés.

Ils comprennent, entre autres, des cliniques avec et sans rendez-vous, des services médicaux courants, des services dans les différents programmes en CLSC (périnatalité, enfants de 0-5 ans, jeunesse, Soutien à domicile, santé mentale), dans les centres d'hébergement, ainsi qu'un programme sous-régional d'interruption volontaire de grossesse.

La Direction des services médicaux poursuit ses actions en étant toujours soucieuse des standards de qualité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

| Installations | Nombre de médecins | Nombre de postes équivalent en temps complet (ETC) |
|--|--------------------|--|
| CLSC de Mercier-Est—Anjou | 10 | 7,07 |
| CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est | 14 | 10,87 |
| CLSC de Rivière-des-Prairies | 14 | 9,88 |
| Centres d'hébergement (Biermans, Judith-Jasmin et Pierre-Joseph-Triest, François-Seguenot) | 7 | 3,5 |
| Programme Santé au travail | 4 | 2,66 |
| TOTAL | 49 | 33,98 |

En plus des 7 médecins œuvrant uniquement en soins de longue durée, 5 médecins ont une pratique mixte, CLSC-Centres d'hébergement incluant le programme 68.

À l'interne

Des efforts de recrutement ont permis de combler le départ du directeur des Services médicaux, en juin 2010, par l'embauche d'un nouveau directeur à temps complet depuis février 2011. À la suite de cette nomination, la Direction des services médicaux a été relocalisée au CLSC de Mercier-Est—Anjou.

Au CSSS, il y a 49 médecins avec des privilèges de pratique ayant une moyenne d'âge de 51,7 ans. Selon les données du Collège des médecins du Québec, au 31 décembre 2010, l'âge moyen était de 51,1 ans pour les omnipraticiens du Québec. Par ailleurs, 30 des 49 médecins du CSSS ont plus de 50 ans (61,2 %), dont 11 qui ont plus de 60 ans (22,4 %). L'hébergement en soins de longue durée est le secteur qui devra, au cours des prochaines années, attirer le plus notre attention compte tenu de l'âge moyen des médecins (60,7 ans). Des efforts importants de recrutement seront à faire par le CSSS pour combler les départs et préparer la relève, et ce, principalement dans le secteur de l'hébergement et de la santé mentale.

De plus, plusieurs médecins du CSSS continuent de s'impliquer dans la supervision de stages d'externat, et nous avons intensifié notre capacité d'enseignement avec six externes par année, sous la coordination du D^{re} Marjolaine Gourde.

Dans le dossier de la numérisation, les médecins s'impliquent dans le processus d'implantation du dossier numérisé et deux médecins participent au comité d'implantation.

Services médicaux avec et sans rendez-vous

Le CSSS offre des services médicaux sans rendez-vous dans deux de ses CLSC, soit celui de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et de Rivière-des-Prairies. Les usagers 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 |
|-----------|------------------|------------------|------------------------|
| 2009-2010 | Sans rendez-vous | 10 092 | 15 970 |
| | Avec rendez-vous | 8 824 | 19 383 |
| 2010-2011 | Sans rendez-vous | 9 910 | 15 792 |
| | Avec rendez-vous | 9 590 | 20 594 |

À l'externe

En 2010-2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Yves Bolduc, assisté du Dr Jacques Ricard, médecin conseil au MSSS, a présenté son plan d'action sur le développement de la première ligne dans l'Est de Montréal aux représentants des Tables locales du DRMG et des CSSS de l'Est. Dans ce plan, les deux priorités identifiées par le ministre sont de renforcer la première ligne médicale dans l'Est de Montréal, ainsi que l'accès aux plateaux techniques et aux ressources spécialisées.

Dr Jacques Ricard a également visité les équipes médicales du CSSS et certaines équipes médicales du territoire pour présenter le modèle de groupe de médecins de famille (GMF) et évaluer la possibilité de regroupement de médecins en GMF.

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'utilisateurs | Nombre d'interventions |
|-----------|------------------|-----------------------|------------------------|
| 2009-2010 | Sans rendez-vous | 12 864 | 18 423 |
| | Avec rendez-vous | 9 877 | 36 975 |
| 2010-2011 | Sans rendez-vous | 12 562 | 17 880 |
| | Avec rendez-vous | 10 003 | 34 825 |

Un projet d'intégration d'infirmières auxiliaires est en cours et cette démarche se poursuit dans certaines activités de soins, par exemple, à la clinique d'injection de vitamine B12.

Le centre d'action sur les maladies chroniques

Débuté en février 2010, le centre d'action sur les maladies chroniques, localisé au CLSC de Rivière-des-Prairies, offre un suivi périodique aux personnes atteintes de maladies chroniques. Une équipe interdisciplinaire, composée d'une nutritionniste, d'une infirmière et d'un kinésiologue assure le suivi de la clientèle diabétique ou souffrant d'hypertension artérielle sur une période de 24 mois.

| | Total |
|------------------------|-------|
| Nombre de groupes | 2 |
| Nombre d'interventions | 21 |
| Nombre de participants | 172 |

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Dans les cas d'interruption volontaire de grossesse, le CSSS a offert ce service à 228 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 53 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 |
|-----------|------------|----------------------|
| 2009-2010 | 376 | 68,9 % |
| 2010-2011 | 328 | 63,4 % |

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.

| | Total d'utilisateurs | Nombre d'interventions |
|-----------|----------------------|------------------------|
| 2009-2010 | 866 | 3 185 |
| 2010-2011 | 837 | 3 332 |

Parmi leurs responsabilités d'accueil, d'évaluation et d'orientation de la clientèle, les intervenants psychosociaux ont reçu cette année 6 536 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.

| Nombre d'utilisateurs | | | Moyenne d'interventions | | |
|-----------------------|----------|---------|-------------------------|----------|---------|
| Cible | Résultat | Écart | Cible | Résultat | Écart |
| 1 182 | 930 | -21,3 % | 4,47 | 3,88 | -13,2 % |

L'écart entre la cible et le résultat est dû à l'absence de personnel à l'accueil psychosocial et des services psychosociaux généraux sur une longue période.

Cette année, à la suite d'une analyse de l'utilisation de nos services psychosociaux pendant les fins de semaine et les jours fériés, nous avons réorienté l'offre de services en lien avec les heures d'ouverture de nos trois CLSC, dans le but de mieux utiliser nos ressources humaines. Ainsi, nous avons regroupé les services d'accueil durant les fins de semaine et les jours fériés dans une même installation, soit au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est.

Violence conjugale

En 2010-2011, le CSSS s'est engagé en participant à la Table du comité régional en violence conjugale, par l'entremise d'une travailleuse sociale des services psychosociaux. Également, la mise sur pied d'un comité violence interprogramme au CSSS agit comme relais d'information sur tout ce qui se fait en matière de violence. Enfin, notre CSSS a participé à l'établissement d'un comité sous-régional avec les partenaires de l'Est et la Direction de protection de la jeunesse (DPJ) pour le volet «Enfants témoins».

Les services aux enfants, aux jeunes

et à leur famille



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.

PETITE ENFANCE

Avec 2 026 naissances cette année sur le territoire, le nombre d'accouchements a légèrement diminué de 0,5 % depuis 2009-2010.

| Territoire | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Rivière-des-Prairies | 558 | 608 | 609 |
| Pointe-aux-Trembles– Montréal-Est | 492 | 520 | 511 |
| Mercier-Est–Anjou | 908 | 908 | 906 |
| TOTAL | 1 958 | 2 036 | 2 026 |

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 |
|-----------|-------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|
| 2009-2010 | 33 | 160 | 2 968 | 19 |
| 2010-2011 | 27 | 127 | 2 204 | 17 |

En plus de ces cours, plusieurs rencontres ponctuelles de groupe ont eu lieu en Petite enfance. Les sujets traités portaient sur l'éducation et la prévention, la nutrition, les rôles familiaux, les rôles parentaux, les activités physiques.

Après l'accouchement

Un contact téléphonique est fait auprès de chaque mère par l'infirmière du CSSS. Une visite postnatale est réalisée 24 à 72 h après le congé de l'hôpital, pour procéder à l'évaluation de l'état de santé de la mère et du bébé. Le parent est invité à se présenter à nos cliniques de relance en CLSC, au besoin.

Tableau 27
SUIVIS POSTNATALS AUPRÈS DES MÈRES, DES PÈRES ET DES ENFANTS

| | Nombre de rencontres pour clientèle régulière | | Nombre de rencontres pour clientèle de jeunes parents | | Nombre de rencontres pour clientèle en extrême pauvreté | |
|-----------|---|------------------------|---|------------------------|---|------------------------|
| | Nombre d'usagers | Nombre d'interventions | Nombre d'usagers | Nombre d'interventions | Nombre d'usagers | Nombre d'interventions |
| 2009-2010 | 1 913 | 4 174 | 154 | 1 042 | 234 | 2 019 |
| 2010-2011 | 1 904 | 4 372 | 136 | 1 145 | 206 | 1 973 |

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.

Des membres de l'équipe Petite enfance participent, en mai, aux fêtes de la famille des territoires des CLSC de Mercier-Est—Anjou, de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est et de Rivière-des-Prairies. L'objectif est de présenter les services offerts par la Petite enfance à la population du territoire.

Diverses rencontres de groupe sont également offertes à la population, telles «Relation entre parents et enfants de 1 à 5 ans» et «La discipline».

Clinique de santé Petite enfance

Depuis 2009, devant un manque important de médecins sur le territoire, le CSSS de la Pointe-de-l'Île a mis sur pied la clinique de santé Petite enfance. Installée dans les CLSC de Rivière-des-Prairies et de Mercier-Est—Anjou, la clinique offre le suivi aux enfants du territoire.

La clinique a pour objectifs de :

- pallier le manque d'accessibilité à un médecin de famille;
- améliorer l'accessibilité au suivi professionnel des enfants, de la naissance à 5 ans, par un travail interdisciplinaire infirmière-médecin et par l'établissement de corridors de services en deuxième ligne;
- assurer une détection précoce des problèmes de santé, des retards de développement et des troubles de comportement;
- participer à la réduction des recours aux urgences hospitalières.

Depuis deux ans, du 1er avril 2009 au 31 mars 2011, 1 192 enfants ont reçu un suivi de santé dans le cadre de cette clinique pour un total de 5 582 interventions. L'effet direct de cette clinique sur la prise en charge médicale permet une augmentation de 50 % de la clientèle 0-5 ans. En lien avec le nombre de naissances sur notre territoire, on estime que 29 % des enfants nés durant les deux dernières années bénéficient d'un suivi de cette clinique.

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

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

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

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'usagers (mères) | | Nombre d'interventions | |
|------------------|--------------------------|------------|------------------------|--------------|
| | 2009-2010 | 2010-2011 | 2009 -2010 | 2010-2011 |
| Extrême pauvreté | 102 | 98 | 744 | 897 |
| Jeunes familles | 53 | 62 | 440 | 680 |
| TOTAL | 155 | 160 | 1 184 | 1 577 |

| ENTENTE DE GESTION PROGRAMME SIPPE | | | |
|--|-------|----------|--------|
| | Cible | Résultat | Écart |
| Proportion de femmes nouvellement inscrites au programme SIPPE | 60 % | 52,1 % | -7,9 % |

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 | |
|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| Principales raisons d'intervention | Nombre d'utilisateurs | Nombre d'interventions | Nombre d'utilisateurs | Nombre d'interventions |
| Vaccination et immunisation préventive | 2 336 | 3 145 | 577 | 946 |
| État mal défini | 681 | 2 383 | 1 511 | 3 465 |
| Contraception et reproduction | 555 | 982 | 832 | 1 736 |
| Demande d'examen | 565 | 883 | 1 456 | 2 480 |
| Problèmes liés à la vie de famille | 236 | 773 | 190 | 1 109 |
| Empoisonnement et lésion traumatique | 203 | 605 | 472 | 1 421 |
| Suivis postnatal (mère) | --- | --- | 337 | 844 |
| Toutes autres raisons | --- | 3 306 | --- | 5 708 |
| TOTAL | --- | 12 077 | --- | 17 709 |

Services psychosociaux aux jeunes et à leurs familles

Les CLSC offrent des services psychosociaux et des services d'éducation spécialisée aux jeunes de 5 à 17 ans et à leurs parents, conformément au document de référence du MSSS «Offre de service jeunes en difficulté». 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.

Les familles reçoivent nos services sur une base volontaire, mais la complexité des besoins nous amène à augmenter l'intensité des interventions et à intervenir rapidement. Une portion de cette intervention intensive s'actualise à travers le nouveau service spécifique «Jeunes en difficulté».

Encore cette année, nous offrons les ateliers «Sac-Ado» aux parents d'adolescents. Un éducateur spécialisé 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. 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.

En matière de partenariat, le CSSS de la Pointe-de-l'Île et le Centre jeunesse (CJ) de Montréal se sont rencontrés dans le cadre du comité conjoint local; instance où les responsables échangent sur leurs services et partagent des solutions favorisant un meilleur partenariat. Ce travail se fait en respect des principes du Guide de partenariat CSSS-CJ qui assure la concertation entre les douze CSSS et les deux centres jeunesse de Montréal.

| CLSC | Nombre d'utilisateurs | | Nombre d'interventions individuelles | |
|----------------|-----------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|
| | 2009-2010 | 2010-2011 | 2009-2010 | 2010-2011 |
| Petite enfance | 651 | 608 | 4 847 | 4 139 |
| Jeunesse | 1 425 | 1 317 | 6 340 | 5 452 |

| ENTENTE DE GESTION JEUNES EN DIFFICULTÉ (INCLUANT LES SERVICES EN MILIEU SCOLAIRE) | | |
|--|---------------------|---------------------------------|
| | Nombre d'usagers | Nombre moyen d'interventions |
| Cible | 3 496 | 6,9 |
| résultat | 2 577 | 6,8 |
| Écart | -26,3 % | -0,9 % |
| Le résultat est dû à l'absence de personnel sur des postes non comblés. | | |

| CLSC | Nombre de groupes | Nombre de rencontres | Nombre de participants |
|-----------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 2009-2010 | 13 | 83 | 495 |
| 2010-2011 | 11 | 84 | 561 |

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

Le programme CAFE existe en Montérégie depuis 1999. Il a été bâti en partenariat avec l'Université de Sherbrooke pour assurer sa validité. Reconnue efficace, cette méthode d'intervention rapide et intensive est ciblée par le Ministère dans les orientations du programme—service Jeunes en difficulté. Un peu partout en province, les CSSS s'organisent pour assurer des interventions en situation de crise, pour les jeunes de 5 à 17 ans et leur famille. Le modèle de la Montérégie a servi de toile de fond pour le développement du programme CAFE sur l'île de Montréal. De décembre 2008 à septembre 2009, toutes les équipes CAFE de Montréal sont entrées en fonction. Le 17 septembre 2009 avait lieu le lancement officiel du programme à Montréal. Le service est disponible dans tous les CSSS de 15 h à 22 h, 7 jours sur 7, 365 jours par année. Il y a 48 intervenants CAFE dans 12 CSSS.

| | 2009-2010 | 2010-2011* |
|---------------------------|-----------|------------|
| Nombre d'usagers | 1 214 | 1 128* |
| Nombre d'interventions | 6 606 | 5 804 |

* Données disponibles jusqu'à la période 9.

Structure de coordination

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île est porteur et responsable de la coordination régionale du programme. Les personnes ressources sont le directeur général et le directeur des Services généraux à la jeunesse et à la famille et des Services multidisciplinaires du CSSS de la Pointe-de-l'Île, ainsi qu'une coordonnatrice régionale CAFE. Au niveau stratégique, c'est la Table régionale des directeurs du programme—service Jeunes en difficulté CSSS-CJ qui joue ce rôle, et, au niveau opérationnel, c'est le comité de programmation clinique CAFE. Des rencontres régionales avec l'ensemble des intervenants sont en place pour soutenir la pratique.

Partenariat

Pour assurer un succès, des liens significatifs ont été établis avec les partenaires :

- Un protocole d'entente administratif et clinique entre les 12 CSSS est signé pour assurer une application harmonisée du programme pour la région. Ce protocole contient une annexe pour la couverture du service la fin de semaine.

- Une entente officielle lie les CSSS et les deux centres jeunesse pour l'organisation des références est des mécanismes de communication.
- Un protocole de référence avec l'IRD)/liaison CAFE.
- Une entente est en place avec la centrale Info-Santé pour les références.
- Un contrat est établi avec l'Université de Sherbrooke pour la formation et l'utilisation des outils d'évaluation.
- Des ententes sont en développement avec le Service de police de la Ville de Montréal et l'Urgence psychosociale-Justice d'intervention rapide en délinquance (UPS-J).

Programme CAFE au CSSS de la Pointe-de-l'Île

Le programme CAFE fonctionne bien sur notre territoire et les partenaires, tant internes qu'externes, comprennent bien le service. Sur le terrain, quatre intervenants sont présents pour assurer une couverture de service de 15 h à 22 h, 7 jours sur 7, 365 jours par année. Des rencontres régionales permettent aux intervenants de développer leurs connaissances dans le cadre du soutien offert par la coordonnatrice régionale CAFE. Enfin, une collaboration plus étroite avec le Service de police de la Ville de Montréal est en voie de réalisation.

| | Nombre d'utilisateurs | Nombre moyen d'interventions |
|-----------|-----------------------|------------------------------|
| 2009-2010 | 231 | 1 114 |
| 2010-2011 | 236 | 1 199 |

Table régionale du programme-services Jeunes en difficulté

Coprésidée par le directeur général du CSSS de la Pointe-de-l'Île et par le directeur général des Centres jeunesse de Montréal, la Table régionale du programme-services jeunes en difficulté est composée des directeurs responsables du programme-services Jeunes en difficulté des 12 CSSS de Montréal, des directeurs des Centres jeunesse de Montréal et Batshaw, incluant les DPJ, et des représentants de l'Agence de Montréal.

Cette concertation est née de la volonté de mieux arrimer le programme Jeunes en difficulté afin de se donner un levier de coordination concret pour réaliser les objectifs et répondre aux caractéristiques de la région. En somme, la Table souhaite développer un langage commun, des outils communs et réaliser des projets en commun avec ses membres.

MANDAT DE LA TABLE RÉGIONALE DU PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ

- Jouer un rôle-conseil;
- Suivre les dénominateurs communs de l'offre de services du programme;
- Développer des projets concrets qui favorisent la continuité, la complémentarité et l'efficacité des services;
- Se donner un espace de coordination pour certains dossiers.

En 2009-2010, les membres de la Table ont créé un comité exécutif afin d'établir et de suivre les dossiers prioritaires. En 2010-2011, six rencontres ont eu lieu permettant d'élaborer un plan de travail avec les objectifs suivants :

- Coordonner l'évolution du programme Crise-Ado-Famille-Enfance;
- Assurer le suivi du Guide de partenariat CSSS et Centre Jeunesse;
- Élaborer un programme montréalais d'actions concertées en regard du phénomène de la négligence envers les enfants;
- Élaborer une politique sur le retrait du milieu familial et placement;
- Élaborer un positionnement montréalais pour la mise en place des équipes d'intervention jeunesse pour les jeunes présentant des problèmes multiples et complexes.



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 | 2009-2010 | | 2010-2011 | |
|--|------------------|------------------------|------------------|------------------------|
| | Nombre d'usagers | Nombre d'interventions | Nombre d'usagers | Nombre d'interventions |
| Soins infirmiers | 7 329 | 70 159 | 7 114 | 64 325 |
| Aide à domicile | 2 467 | 156 767 | 2 424 | 170 951 |
| Services psychosociaux | 2 532 | 18 879 | 2 902 | 19 857 |
| Ergothérapie | 875 | 5 285 | 791 | 4 660 |
| Physiothérapie | 959 | 5 901 | 1 219 | 7 525 |
| Nutrition | 16 | 81 | 67 | 201 |
| Nombre d'usagers différents et total d'interventions | 9 011 | 257 072 | 9 163 | 267 519 |

| | Cible | Résultat | Écart |
|------------------------------|---------|----------|--------|
| Nombre d'usagers | 5 526 | 5 524 | 0 % |
| Nombre moyen d'interventions | 154 507 | 178 979 | 15,8 % |

Arthroplastie du genou et de la hanche

Le CSSS participe au continuum de services en arthroplastie de la hanche ou du genou. Ces services permettent de réduire les listes d'attente, d'augmenter le nombre de chirurgies et de diminuer la durée moyenne des hospitalisations et des séjours en centre de réadaptation. Cette clientèle reçoit ainsi à domicile des services de rééducation en fonction des protocoles standardisés qui ont été établis. En 2010-2011, le nombre d'usagers desservis a augmenté de 12 % par rapport à l'an dernier.

| Nombre d'usagers 2009-2010 | Nombre d'usagers 2010-2011 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 233 | 261 |

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. En 2010-2011, nous avons connu une augmentation de 3 % des demandes par rapport à l'an dernier.

| Profil | Nombre d'utilisateurs 2009-2010 | Nombre d'utilisateurs 2010-2011 |
|------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Convalescence | 323 | 319 |
| Soins palliatifs | 43 | 35 |
| Hébergement | 30 | 54 |
| TOTAL | 396 | 408 |

Programme d'hébergement pour évaluation

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.

En 2010-2011, 171 usagers qui ne nécessitaient plus de soins actifs à l'hôpital, mais dont le retour à domicile était compromis, ont été pris en charge par le Soutien à domicile. Ces usagers et leurs proches ont été rencontrés à l'hôpital par les intervenants du Soutien à domicile, puis ont été transférés dans un des 30 lits d'évaluation pour orientation, si pertinent, situés dans les centres d'hébergement Pierre-Joseph-Triest et Biermans. Après l'évaluation, certains ont été orientés vers le milieu qui correspondait le mieux à leurs besoins, soit en hébergement permanent, à domicile avec une intensité de services appropriée ou dans des ressources privées. Parmi ces personnes prises en charge, 123 ont été orientées vers les milieux d'hébergement public.

Télésoins

En 2009, le CSSS a mis sur pied un service de télésoins pour sa clientèle aux prises avec des maladies chroniques. Ce service permet aux usagers de réaliser une autogestion de leur condition de santé par la prise des signes vitaux à la maison et leur transmission au CSSS via le Web. Il favorise aussi une plus grande sensibilisation des usagers suivis face à certaines habitudes grâce aux consignes données par le système.

Parmi les bénéfices procurés par le système, on relève :

- une meilleure orientation de l'utilisateur vers les professionnels de la santé;
- une diminution du recours à l'urgence et à l'hospitalisation;
- un potentiel important d'amélioration de la santé pour la clientèle ayant une maladie chronique;

- une approche qui permet de suivre plus d'usagers avec les mêmes ressources.

Au cours de l'année 2010-2011, 150 usagers ont pu bénéficier du service de télésoins pour une durée moyenne de quatre mois. L'objectif de l'année à venir est d'augmenter le nombre d'appareils de télésoins à 120. Au printemps 2011, un sondage effectué auprès de 10 utilisateurs démontre un taux de satisfaction de près de 90 % de la clientèle au regard de ce nouveau service.

Certification des résidences privées

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 20 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, en CLSC et dans les organismes communautaires.

| Année | Nombre de groupes | Nombre de participants |
|-----------|-------------------|------------------------|
| 2008-2009 | 9 | 103 |
| 2009-2010 | 8 | 111 |
| 2010-2011 | 10 | 137 |

Soins palliatifs à domicile

Les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale, 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.

| | Nombre d'usagers | Moyenne d'interventions |
|----------|------------------|-------------------------|
| Cible | 436 | 16 |
| Résultat | 385 | 8,53 |
| Écart | -11,7 % | -46,7 % |

La clientèle suivie en soins palliatifs provient de référence et tous les usagers sont pris en charge dans l'immédiat puis transférés à la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal pour un suivi dont leurs actions n'apparaissent pas dans nos données.

En partenariat avec la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal, 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.

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.

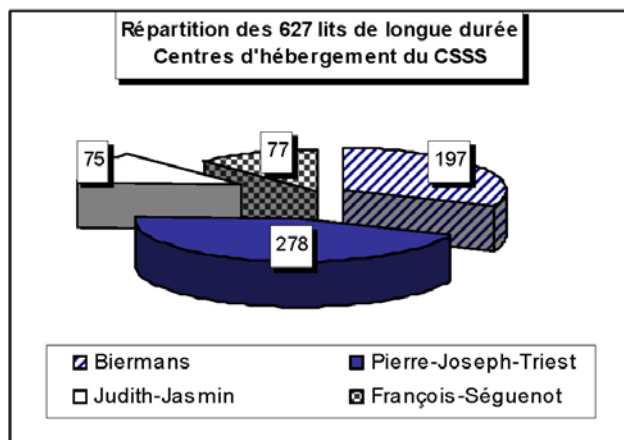
| Proches aidants | Nombre de subventions |
|--|-----------------------|
| Vivant avec une personne âgée en perte d'autonomie | 35 |
| Vivant avec une personne ayant une déficience physique | 8 |
| TOTAL | 43 |

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 2010-2011, le CSSS a organisé quatre groupes avec une moyenne de dix 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.

HÉBERGEMENT

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



Les services offerts sont les suivants :

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

Le Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest gère une unité spécifique de type 1, dotée d'une programmation adaptée aux personnes qui, en plus d'être en perte d'autonomie, présentent des troubles de comportement. Cette unité est pourvue d'un lit d'hébergement temporaire.

| Centre d'hébergement | Nombre de personnes hébergées | Nombre d'heures/soins par jour |
|----------------------|-------------------------------|---|
| Biermans | 56 | Entre 0,5 h et 1,50 h/jour |
| | 103 | Entre 1,5 h et 2,5 h/jour |
| | 10 | Programme d'hébergement pour évaluation (PHPE), Programme 68) |
| | 28 | 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 | 71 | Entre 1,5 h et 2,5 h/jour |
| | 152 | Plus de 3 h/jour |
| | 20 | Programme d'hébergement pour évaluation (PHPE), Programme 68 |
| | 34 | Lits unité spécifique |
| | 1 | Hébergement temporaire |

| Centre d'hébergement | Taux d'occupation | Jours présence |
|----------------------|-------------------|----------------|
| Biermans | 99,14 % | 71 286 |
| François-Séguenot | 99,67 % | 28 011 |
| Judith-Jasmin | 99 % | 27 093 |
| Pierre-Joseph-Triest | 99,02 % | 100 473 |
| TOTAL | 99,21 % | 226 263 |

| | Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence soins infirmiers et soins d'assistance | Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en services professionnels autres qu'infirmiers |
|-----------------|--|---|
| Cible | 3 | 0,23 |
| Résultat | 2,8 | 0,23 |
| Écart | -7 % | 0 % |

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

En octobre 2010, l'établissement s'est vu décerné un Prix d'excellence du ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la mobilisation du personnel par le programme Milieu de vie.

L'équipe du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest, en partenariat avec l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal a développé 20 lits de Programme d'hébergement pour évaluation (PHPE - Programme 68), afin de contribuer à la fermeture des lits de longue durée dans les hôpitaux du territoire. Nous disposons maintenant de 30 lits dans ce programme en hébergement. De plus, l'équipe du Centre d'hébergement Biermans a rehaussé l'intensité des services de 10 autres lits, à la demande de l'Agence.

En février 2011, le Ministère a réalisé une visite d'appréciation de l'implantation de l'approche Milieu de vie dans les centres d'hébergement François-Séguenot, Judith-Jasmin et Pierre-Joseph-Triest. Les visiteurs ont noté la progression importante réalisée par les équipes de l'hébergement dans l'implantation de cette approche depuis 2007.

En mars 2011, l'équipe Milieu de vie a implanté un important programme d'accompagnement en fin de vie pour les résidents et les proches aidants.

En collaboration avec la Direction de la qualité et des communications, un sondage de satisfaction auprès des résidents et des familles a eu lieu dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.

En 2010-2011, 280 préposés aux bénéficiaires ont reçu un deuxième module de formation du programme : *Agir auprès de la personne âgée*, une importante formation sur le respect des droits et la prévention des abus auprès des résidents, qui vise également l'amélioration de l'approche relationnelle dans la prestation des soins et des services.

L'équipe des services alimentaires a déployé le logiciel PRO MENU dans les quatre centres d'hébergement, à la suite d'une subvention obtenue du MSSS. Ce logiciel permet de personnaliser l'offre de service en alimentation clinique, de mesurer les valeurs nutritives des menus et de faciliter l'harmonisation des menus et la gestion des inventaires.

Cette année, l'équipe Milieu de vie a débuté une collaboration avec le titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie, M. Yves Couturier.

Enfin, nous avons déposé le plan d'action Milieu de vie pour les années 2010-2014.

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 2010-2011, ces trois centres de jour ont desservi 519 personnes et, tous les jours, une moyenne de 77 personnes les fréquentait. Au 31 mars 2011, 76 % des usagers avaient 75 ans et plus et 55 % avaient plus de 80 ans. Un nombre de 26 usagers ont plus de 90 ans, dont 13 fréquentent le centre de jour de Rivière-des-Prairies. Cette année, 35 % des usagers utilisent le transport adapté de la STM, ce qui permet de maximiser la présence aux activités thérapeutiques en centre de jour. Près de 66 % 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 | |
|--|----------------------|---------|--|---------|------------------------------|---------|
| | 2009-10 | 2010-11 | 2009-10 | 2010-11 | 2009-10 | 2010-11 |
| Nouvelles admissions | 54 | 68 | 54 | 60 | 32 | 45 |
| Usagers desservis | 199 | 204 | 146 | 159 | 155 | 156 |
| Usagers inscrits au 31 mars | 136 | 137 | 99 | 100 | 110 | 110 |
| Nombre de jours/présence | 6 274 | 6 428 | 4 446 | 4 810 | 5 040 | 5 213 |
| Nombres de jours d'activités par année | 230 | 244 | 221 | 238 | 165 | 174 |

En 2010-2011, les centres de jour ont mis en application la politique de prévention des chutes et l'adaptation des procédures, ainsi que les ressources intermédiaires et l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) du CSSS.

Une nutritionniste a animé cinq rencontres de groupe dans les centres de jour sur les thèmes de l'alimentation de la personne âgée, les étiquettes alimentaires et le diabète. Cette professionnelle a reçu 20 références de consultation nutritionnelle et ainsi évalué et suivi individuellement 59 personnes.

Dans chaque centre de jour, des activités pour la clientèle sont développées autour d'une thématique spécifique. En 2010-2011, voici les activités qui ont été réalisées dans chacun d'entre eux.

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

Thématique spécifique : «Du p'tit train-train du matin au p'tit train qui va loin, la vie file si vite... ». Les usagers ont été invités à réfléchir sur l'analogie du choix des chemins que l'on prend durant sa vie, en référence avec la thématique du train, ses départs, ses arrêts, ses déraillements, ses changements de voies, que tous faisons continuellement au cours du grand voyage de la vie.

- Ajout d'un groupe de relaxation dans la programmation régulière.
- Présentation de capsules info-santé à l'intérieur des groupes : maladie d'Alzheimer, insomnie, incontinence urinaire, arthrite;
- Intégration de la technique du Qi Cong dans un groupe d'exercices;
- Croisières sur la rivière des Mille-Îles, à l'été 2010, reliées au thème de l'an dernier);
- Activités colorées du thème de l'année: Halloween au temps de la belle époque du train 1920-1930, décoration de Noël, du sapin, de centres de table, Noël en famille, fête du terroir, là où le train s'arrête;
- Conférence sur la communication avec les personnes ayant des problèmes de démence de type Alzheimer pour les aidants naturels;
- Participation à la Table des aînés de Montréal-Est et Pointe-aux-Trembles;
- Rencontres de réévaluation avec les gestionnaires de cas du;
- Participation à la mise en place d'un sondage sur la qualité des services en centre de jour;
- Participation au groupe d'intérêt des centres de jour de Montréal.

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

Thématique spécifique : «Le plaisir, source de bien-être». Cette thématique annuelle a été abordée avec la clientèle en quatre sous-thèmes : «J'ai du plaisir dans mes relations avec les autres»; «J'ai du plaisir dans l'exercice», «Je découvre mes plaisirs» et «J'ai du plaisir dans mon assiette». La programmation se poursuit tout au long de l'été avec des activités spéciales et des sorties. Un alourdissement de la clientèle au niveau physique a été remarqué à ce centre de jour, où 72 % de la clientèle utilise une aide technique pour circuler.

- Ajout d'une nouvelle activité à la programmation, afin de promouvoir la vitalité intellectuelle, soit : «Musclez vos méninges». Ce printemps, le projet a été adapté pour la clientèle italophone, avec la participation des Services communautaires canadiens-italiens du Québec qui ont offert la traduction de documents, et avec la participation d'une stagiaire pour la traduction orale;
- Développement d'un partenariat avec le Cégep Marie-Victorin pour la création d'un milieu d'enseignement clinique au centre de jour : un professeur physiothérapeute et quatre étudiants (futurs thérapeutes en réadaptation physique) sont présents à raison de trois demi-journées par semaine, pour animer des groupes d'exercices aux personnes atteintes de Parkinson et d'arthrite. Des suivis individuels sont aussi offerts en physiothérapie.
- Conférence offerte aux proches aidants et au grand public «Agir pour accompagner, aider et protéger» : participation de 21 personnes;
- Livraison de 3 556 repas de la popote roulante.

Le Centre de jour Pierre-Joseph-Triest

Thématique spécifique : «Faisons connaissance». D'octobre 2010 à mai 2011, des activités intergénérationnelles ont eu lieu avec des élèves de 1^{re} et de 2^e année provenant de l'école Chénier à Anjou et des usagers atteints de Parkinson. Sous le thème «La tête haute», ce projet a rejoint 18 aînés et 20 jeunes. Ces élèves, qui ont été sensibilisés à cette maladie et les participants à ce projet ont reçu un prix Méritas, décerné par l'Association «L'amitié n'a pas d'âge».

- Conférences de la nutritionniste sur le guide alimentaire, le diabète, et les collations santé pendant le mois de la nutrition;
- À l'été 2010, visite au parc Bellerive qui a permis à 15 usagers de découvrir le quartier de Mercier-Est;
- En janvier 2011, ajout à la programmation de l'activité «Musclez vos méninges», pour promouvoir la vitalité intellectuelle.

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^{er} avril 2010 au 31 mars 2011, 98 références ont été faites à Villa Médica Inc., par rapport à 60 en 2009-2010. En date du 31 mars 2011, 33 usagers sont encore en traitement une à deux fois par semaine, pour une durée maximale de 12 semaines. Un nombre de 90 personnes différentes ont été suivies, pour une moyenne de 13 traitements, au cours de 1 170 visites. Dans 75 % des cas, le problème était relié au système musculosquelettique.

Des 90 personnes qui ont utilisé cette ressource en 2010-2011:

- 39 % vivaient seuls;
- 53 % ont plus de 75 ans;
- 46 % habitaient à Anjou et Mercier-Est;
- 21 % habitaient Pointe-aux-Trembles;
- 33 % habitaient Rivière-des-Prairies;
- 40 % des demandes étaient référées par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le CHUM et l'hôpital Santa Cabrini.

UNITÉ TRANSITOIRE DE RÉCUPÉRATION FONCTIONNELLE (UTRF)

Le CSSS dispose de 22 lits de soins posthospitaliers dans son unité transitoire de récupération fonctionnelle, située 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.). En 2010-2011, le taux d'occupation de cette unité est de 89,1 %.

Des 305 usagers qui ont utilisé cette ressource de convalescence, en 2010-2011:

- 286 ont été admis;
- 69 % vivaient seuls;
- 61 % étaient non connus du CSSS;
- 52 % provenaient du territoire;
- 75 % sont retournés à domicile avec ou sans services du Soutien à domicile;
- ont séjourné en moyenne pendant 25,7 jours, comparativement à 28 jours en 2010-2011;
- 70 % étaient des femmes;
- 75 % 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, ainsi que 33 places pour une clientèle âgée de moins de 65 ans, présentant des problèmes physiques.

- La ressource intermédiaire Limoges, dans le secteur Anjou, contient 16 places, pour des usagers présentant un déficit cognitif;
- La ressource intermédiaire Claudette Barré, dans le secteur Mercier-Est, dispose de 29 places, pour une clientèle présentant des déficits cognitifs;

Une nouvelle ressource intermédiaire de 52 places doit ouvrir ses portes en mai 2011, à Montréal-Est, ainsi qu'une autre de 48 places, à Pointe-aux-Trembles à la fin de l'année 2012. Enfin, le CSSS prévoit développer une autre ressource de plus de 48 places à Rivière-des-Prairies.

Lits en attente de ressources intermédiaires

Le CSSS de la Pointe-de-l'Île est le gestionnaire de places en attente pour ressource intermédiaire, en partenariat avec le Manoir Claudette Barré, résidence privée certifiée sur son territoire.

Dans le but d'aider au désengorgement des urgences à Montréal, des lits ont été ouverts, en octobre 2010, au 3^e étage du Manoir pour la clientèle s'étant présentée à l'urgence, mais qui ne peut plus retourner à domicile.

Cette clientèle a besoin de moins de 3 heures de soins par jour et est en attente d'une place en ressource intermédiaire. Au 31 mars 2011, 18 personnes y ont reçu des services.

PROGRAMME MILIEU DE VIE EN RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Dans toutes ses ressources intermédiaires, le CSSS s'engage à mettre en place les caractéristiques d'un «milieu de vie», c'est-à-dire que :

- L'utilisateur est chez lui;
- Une approche personnalisée lui est offerte;
- Le personnel est à l'écoute de ses besoins.

Ainsi, la ressource intermédiaire :

- Favorise le respect et la dignité de la personne;
- Offre le confort et la sécurité à l'utilisateur tout en maintenant et en renforçant ses capacités et son développement individuel;
- Maximise son maintien de l'autonomie tout en respectant ses habitudes de vie et son rythme fonctionnel;
- Favorise les interactions entre l'utilisateur et ses proches;
- Favorise une philosophie d'intervention centrée sur l'utilisateur et sa famille tout en lui offrant un plan d'intervention individualisé;
- Priorise les valeurs de l'utilisateur afin de reconnaître ses droits, respecter ses choix, lui offrir de l'information et le faire participer à l'ensemble des décisions le concernant;
- Mise sur la créativité, la flexibilité, la souplesse et l'adaptation dans l'organisation de son milieu pour mieux répondre à ses besoins.

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 2010-2011, cinq groupes ont été organisés et portaient sur les thèmes suivants : la créativité, la gestion du stress, la réinsertion sociale et le soutien aux personnes atteintes de maladies physiques. Ces groupes étaient constitués d'une moyenne de 7,46 participants.

| | Nombre de groupes | Nombre de rencontres | Total de participants |
|-----------|-------------------|----------------------|-----------------------|
| 2009-2010 | 6 | 67 | 477 |
| 2010-2011 | 5 | 50 | 373 |

| ENTENTE DE GESTION SANTÉ MENTALE | | | |
|--|-------|----------|---------|
| Usagers | Cible | Résultat | Écart |
| Nombre de jeunes ayant reçu des services | 338 | 125 | -63 % |
| Nombre d'adultes ayant reçu des services | 1 961 | 970 | -50,5 % |
| Nombre total d'usagers ayant reçu des services | 2 299 | 1 095 | -52,4 % |
| La cible en santé mentale a été calculée par l'Agence en fonction d'une équipe complète d'intervenants. Or, le déploiement de l'équipe en Santé mentale jeunesse a été réalisé au cours de l'année et celui de l'équipe en Santé mentale adulte est encore en cours de réalisation à la fin de l'année. Nous n'avons donc pas pu atteindre la cible. | | | |

TRANSFORMATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

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 (HMR), l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL), l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP), les CSSS Lucille-Teasdale, Saint-Léonard et Saint-Michel et, pour le volet à la jeunesse, avec le CSSS d'Achunsiac 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. Au niveau des équipes de suivi, la nomination de coordonnatrices professionnelles jeunesse et adulte en soutien au chef de programme a permis d'actualiser la révision des processus de travail, augmentant l'efficacité du service offert à notre clientèle.

Santé mentale jeunesse

Des travaux avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal nous permettent de procéder à la troisième phase d'embauches pour trois intervenants. Ceci devrait permettre un accès aux services dans les délais prescrits par le Plan d'action en santé mentale, soit un délai de sept jours pour une première évaluation, et un délai de 30 jours pour amorcer des interventions de suivi.

Guichet d'accès en santé mentale jeunesse et équipe de suivi

Depuis le 1er avril 2011, nous disposons d'un «guichet unique» pour l'accueil des demandes de services en santé mentale jeunesse. Le délai pour procéder à une pré-évaluation au guichet se situe entre 7 et 14 jours, mais tous les usagers qui font une demande reçoivent un appel à l'intérieur de trois jours.

Au cours de l'année 2010-2011, l'équipe de santé mentale jeunesse a réalisé les activités cliniques suivantes :

- Mise sur pied de «Défis cliniques» : trois heures d'échange clinique autour d'un thème offertes mensuellement;
- Révision mensuelle des charges de cas;
- Supervision individuelle obligatoire pour les jeunes professionnels, avec moins de deux années d'expérience en santé mentale.

Au niveau de sa programmation, l'équipe de santé mentale jeunesse a poursuivi son travail en interdisciplinarité, tel que le recommandent les données probantes en santé mentale. Elle a cependant dû reporter le début des groupes pour «personnes anxieuses» à l'automne prochain, et réfléchit à la mise sur pied d'un groupe de parents de jeunes avec doubles problématiques : santé mentale et toxicomanie, ou, encore, avec les jeunes eux-mêmes.

Comités interétablissements avec les partenaires de l'Est

La reprise des rencontres du comité-conjoint clinique avec l'HRDP s'est effectuée en cours d'année ainsi que la création d'un comité de liaison avec les deux agentes de l'HRDP nouvellement nommées. Ces comités visent à clarifier et à ajuster le continuum de services entre la 1^{re} et la 2^e ligne.

Santé mentale aux adultes

Du côté de la santé mentale adulte, le comité directeur a terminé les travaux concernant le transfert des ressources humaines et de la clientèle de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Le 17 juin 2011, nous accueillerons treize intervenants de cet hôpital, ainsi que 600 usagers.

En concertation avec le Regroupement des ressources communautaires en santé mentale de l'Est, un comité composé de représentants de CSSS, d'organismes communautaires, de centres hospitaliers et d'utilisateurs de services, travaille sur la hiérarchisation des services et les processus de transfert. Conformément au mandat du plan d'action en santé mentale, la mise en place de nos équipes, par le transfert des connaissances de la 2^e ligne vers la 1^e ligne, vient bonifier les notions cliniques en lien avec l'arrivée d'une nouvelle clientèle peu connue jusqu'alors des CSSS.

Guichet d'accès en santé mentale adulte et équipes de suivi

Comme pour la clientèle jeunesse, depuis le 1^{er} avril 2011, un guichet unique est en place pour la clientèle adulte du territoire. L'équipe du guichet comprend trois intervenants à temps complet, soit deux infirmiers et une travailleuse sociale, de même qu'un psychologue consultant et une travailleuse sociale travaillant à raison de deux jours par semaine. Quant aux équipes de suivi, elles sont composées de 14 professionnels répartis dans trois installations du CSSS. Le processus de transfert de la mesure transitoire, de juin 2010 à juin 2011, permettra l'ajout de 13 postes équivalents à temps complet dans cette équipe, le 17 juin 2011.

Au cours de l'année 2010-2011, l'équipe de santé mentale adulte a réalisé les activités cliniques suivantes :

- Poursuite des «Défis cliniques» : trois heures d'échange clinique autour d'un thème offertes mensuellement, sur une base volontaire;
- Début des révisions de charges de cas à chaque mois.

Au niveau de la programmation, l'équipe a actualisé l'orientation «rétablissement», qui amène un changement de pratique d'une révision de l'offre de services pour une réponse plus adaptée à la nouvelle clientèle transférée.

Les services aux personnes

présentant des déficiences



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

| Programme | Nombre d'utilisateurs 2009-10 | Nombre d'interventions 2009-10 | Nombre moyen d'interventions 2009-10 | Nombre d'utilisateurs 2010-11 | Nombre d'interventions 2010-11 | Nombre moyen d'interventions 2010-11 |
|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Déficience physique | 1 422 | 57 355 | 40,3 | 1 384 | 55 571 | 40,2 |
| Déficience intellectuelle | 556 | 3 679 | 6,6 | 506 | 3 645 | 7,2 |
| Troubles envahissants du développement | 243 | 1 232 | 5,1 | 277 | 1 278 | 4,6 |

En conformité avec le plan d'accès régional pour la clientèle déficiente, l'équipe DI-TED a mis sur pied son «guichet d'accès» et procédé à la mise en place de diverses procédures cliniques afin de respecter les délais d'accès aux services. Des travaux importants ont eu lieu afin d'unifier la liste d'attente des demandes de services et ainsi optimiser la prise en charge de notre clientèle.

Les rencontres avec notre partenaire principal le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Gabrielle-Major ont permis l'élaboration d'un document de référence concernant les services de 1^{re} et 2^e ligne pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Ce document a été rédigé par les CSSS de l'est de Montréal et le CRDI Gabrielle-Major. L'objectif principal du document est de dégager les bases d'un projet clinique DI-TED commun aux trois territoires de CSSS de l'est de Montréal. Des principes directeurs y sont énumérés ainsi que de nombreuses définitions (intervenant pivot, épisodes de services, plan de services, plan de services individualisé intersectoriel, parcours clientèle et établissement de diagnostics).

| 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 | 469 | 4,7 % |
| Ayant une déficience physique recevant des services | 171 | 199 | 16,4 % |

| ENTENTE DE GESTION DÉFICIENCES (SERVICES À DOMICILE SEULEMENT) | | | |
|---|-------|----------|---------|
| | Cible | Résultat | Écart |
| Nombre de personnes recevant des services (DI-TED) | 180 | 98 | -45,6 % |
| Nombre moyen d'interventions par usager (DI-TED) | 12,35 | 7,22 | -41,5 % |
| Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services | 1 335 | 1 254 | -6,1 % |
| Nombre moyen d'interventions par usager ayant une déficience physique | 42,65 | 43,91 | 3 % |

Les clientèles de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement (TED) ne sont pas toutes suivies aux Services de soutien à domicile (SAD). 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 le SAD, 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 43. À la lumière de ces données, le CSSS rencontre les cibles fixées par l'Agence.

| ENTENTE DE GESTION DI-TED | | | |
|--|-------|----------|-------|
| | Cible | Résultat | Écart |
| Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges avec niveau de priorité «urgent» | 90 % | 89 % | - 1 % |
| Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges avec niveau de priorité «élevé» | 90 % | 72 % | -18 % |

L'écart est dû au personnel en maladie long terme, poste dépourvu de titulaire, à l'implantation du guichet d'accès en cours d'année et la transformation des pratiques professionnelles liées au plan d'accès en cours.

| ENTENTE DE GESTION DÉFICIENCE PHYSIQUE | | | |
|--|-------|----------|-------|
| | Cible | Résultat | Écart |
| Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges avec niveau de priorité «urgent» | 90 % | 100 % | 10 % |
| Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges avec niveau de priorité «élevé» | 90 % | 100 % | 10 % |

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 2009-2010 | Total d'interventions 2009-2010 | Nombre d'usagers 2010-2011 | Total d'interventions 2010-2011 |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Jeunesse, familles et scolaire | 478 | 2 053 | 481 | 2 442 |
| Adultes | 117 | 606 | 82 | 365 |
| Soutien à domicile | 50 | 262 | 39 | 120 |
| TOTAL | --- | 2 921 | --- | 2 927 |

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

| Nombre de groupes différents rencontrés | Nombre de participants |
|---|------------------------|
| 4 | 117 |



LES SERVICES EN MILIEU SCOLAIRE

Les équipes multidisciplinaires en milieu scolaire sont présentes dans les écoles du territoire de la maternelle au 5^e secondaire. Composées de travailleurs sociaux, d'infirmières, d'hygiénistes dentaires, ces équipes d'intervenants offrent des services aux jeunes et à leurs familles, de nature préventive ou curative, selon les besoins du milieu scolaire. De plus en plus sollicitées, nos équipes se joignent aux équipes-écoles dans un objectif de travailler davantage en multidisciplinarité.

Écoles et milieux en santé

Par l'approche Écoles et milieux en santé, déployée conjointement par la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île et le CSSS, les intervenants du CSSS soutiennent les écoles primaires et secondaires du territoire en proposant 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.

| ENTENTE DE GESTION ÉCOLE EN SANTÉ | | | |
|--|-------|----------|-------|
| | Cible | Résultat | Écart |
| Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé | 45 % | 45 % | 0 % |

La collaboration entre les différents acteurs s'est poursuivie avec l'activité «Ma sexualité m'appartient» dans deux écoles secondaires de Pointe-aux-Trembles pour les élèves de secondaire I et II. L'objectif principal de ce projet est de prévenir l'adhésion des jeunes filles et des garçons aux gangs de rue. Il vise également à conscientiser les jeunes à l'influence des médias sur les idéaux corporels ainsi que sur les relations amoureuses et sexuelles saines et égalitaires. Il insiste sur les choix auxquels les jeunes peuvent être confrontés : la recherche d'un cercle d'amis positifs, le renforcement des valeurs sociales et familiales, la persévérance scolaire, etc.

De plus, un microprojet sur la problématique du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) a été réalisé dans deux écoles de la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île.

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 |
|-----------|------------------|------------------------|
| 2009-2010 | 6 259 | 7 422 |
| 2010-2011 | 6 138 | 7 461 |

L'infirmière :

- dépiste les troubles auditifs et visuels;
- informe les élèves sur les maladies contagieuses et les allergies graves;

- vaccine les élèves de la 4^e année du primaire contre l'hépatite B;
- vérifie le carnet de vaccination;
- fait de la consultation individuelle ou réfère les élèves aux ressources appropriées.

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

En 2010-2011, la vaccination contre le virus du papillome humaine (VPH) a eu lieu comme prévu au secondaire.

| | Nombre de rencontres groupe | Nombre de participants |
|-----------|-----------------------------|------------------------|
| 2009-2010 | 196 | 5 386 |
| 2010-2011 | 104 | 2 586 |

Hygiène dentaire en milieu scolaire

L'équipe d'hygiénistes dentaires applique le programme de santé publique dans toutes les écoles primaires afin de réduire de 50 % les problèmes de carie chez les enfants de 6 à 12 ans. Lors du dépistage dentaire chez les élèves de maternelle et de 3^e année, les hygiénistes identifient les enfants vulnérables à la carie, déterminent les besoins de référence et observent le taux de consultation chez le dentiste. À ce titre, l'équipe a rejoint 3 275 jeunes de maternelle et de 3^e année. Au primaire, les hygiénistes dentaires ont réalisé l'opération des scellements auprès d'enfants ciblés.

De plus, 1 053 jeunes ont fait l'objet d'un suivi relié aux problèmes rencontrés, pour un total de 1 759 interventions. Enfin, 182 activités de groupe ont permis de diffuser à 3 498 jeunes une information de qualité sur la prévention en santé dentaire.

Services psychosociaux en milieu scolaire

Le CSSS offre des services psychosociaux aux jeunes des écoles du territoire ainsi qu'à leur famille. Impliqué dans les maisons de jeunes, aux tables de concertation locales et dans les projets d'écoles, le CSSS a pour objectif de développer des services adaptés aux différents milieux et de travailler en priorité avec les familles à risque élevé de détérioration psychosociale. Les intervenants sociaux suivent des enfants en difficulté scolaire ou familiale, avec l'autorisation des parents. En outre, le CSSS a organisé 16 groupes avec un contenu éducatif auxquelles ont participé 629 élèves.

| CLSC | Nombre d'usagers | Interventions individuelles |
|-----------|------------------|-----------------------------|
| 2009-2010 | 1 425 | 6 340 |
| 2010-2011 | 1 317 | 5 452 |

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.

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. L'équipe de ce programme travaille 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 d'identifier les risques, d'informer sur les effets au niveau de 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.

Entreprises rejointes

Cette année, notre équipe est intervenue auprès de 237 entreprises, comparativement à 165 l'an dernier, et a rejoint environ 10 000 travailleurs au travers des différentes activités prévues au programme, notamment la surveillance environnementale et médicale, les séances d'information sur les risques et l'organisation des premiers secours et des premiers soins. Nous constatons une augmentation du nombre d'entreprises visitées cette année. Cette situation est principalement due à l'arrivée de trois ressources en hygiène du travail au cours du mois de mai 2010. Les efforts investis dans les dernières années pour le recrutement ont porté leurs fruits. Il nous reste maintenant à retenir ces nouvelles recrues.

Démarche hors norme

La démarche hors norme, implantée depuis 2006, se poursuit. Elle 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).

Troubles musculosquelettiques

Compte tenu que les troubles musculosquelettiques (TMS) représentent plus de 40 % des coûts d'indemnisation pour lésions professionnelles à la CSST, il était prévu que chaque équipe de santé au travail de Montréal se dote d'un ergonome. C'est ce que nous avons fait au mois de décembre et son mandat est de soutenir les intervenants qui sensibilisent les milieux de travail par diverses activités d'information. Ainsi, au cours de l'année 2010, neuf entreprises ont reçu de l'information. Nous pensons qu'avec l'acquisition d'un ergonome au sein de notre équipe, nous serons en mesure d'augmenter sensiblement le nombre d'interventions réalisées au cours de l'année 2011.

Autres projets

L'équipe de santé au travail a participé à deux projets innovateurs durant l'année 2010 :

- La poursuite du projet de laboratoire de promotion de la santé, en collaboration avec la Direction de santé publique de Montréal (DSP) va bon train. L'enjeu sur lequel l'équipe interviendra en promotion est d'offrir un soutien aux entreprises dès leur démarrage. La prochaine étape de ce projet est de déterminer quels seront les partenaires qui pourront travailler avec l'équipe. Ce projet permettra de développer de nouvelles pratiques et d'élargir notre offre de services actuelle.
- L'équipe participe à un projet avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST). Il vise à associer des intervenants en santé au travail à des enseignants de l'enseignement professionnel, afin d'identifier un risque à la santé et de leur fournir l'information ou la formation pertinente sur ce risque, dans le but de la communiquer à leurs étudiants. Le risque retenu est « les poussières de bois » et plusieurs écoles seront touchées par ce projet.

Ces deux projets sont soutenus par la conseillère en promotion de la santé qui s'est jointe à mi-temps à notre équipe en juillet 2010, grâce à un prêt de service de la DSP de Montréal.

Ressources de l'équipe

L'équipe de santé au travail est maintenant complète au niveau de ses ressources, à l'exception des effectifs médicaux.

Voici le nombre de ressources en santé au travail :

- huit infirmières;
- une assistante du supérieur immédiat;
- huit techniciens en hygiène;
- deux hygiénistes;
- un ergonomiste;
- une conseillère en promotion de la santé;
- trois agentes administratives;
- un médecin;
- une coordonnatrice.



Information clinique

Au cours de l'année 2010-2011, la gestion de l'information clinique a été très active dans les dossiers suivants :

- la révision de l'ensemble des formulaires contenus au dossier des usagers;
- l'implantation de l'index patient organisationnel (e-Clinibase) qui permet au CSSS d'identifier le même usager dans les différentes bases de données;
- la concordance de nos données d'usagers avec celle de la RAMQ;
- la mise en place de normes de numérotation des dossiers pour la pharmacie et la radiologie;
- l'élaboration de processus de numérisation des dossiers d'usagers antérieurs et actuels ainsi que la mise en place d'un centre de numérisation;
- le développement de capsules de formation en ligne;

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 également responsable de la production régulière de statistiques, en collaboration avec le personnel cadre des installations, et de la validité des données clinico-administratives contenues au dossier de l'usager.

En 2010-2011, les archives ont répondu à 2 592 demandes d'accès à l'information, parmi lesquelles douze dossiers ont exigé un déplacement à la Cour. Elles sont réparties de la façon suivante dans ce tableau.

| Année | Centres d'hébergement du CSSS | Demandes extérieures | Demandes internes |
|-----------|-------------------------------|----------------------|-------------------|
| 2010-2011 | 9 | 1 985 | 598 |

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.

Les mesures d'urgence



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

PLANS LOCAUX DE MESURES D'URGENCE

L'année 2010-2011 aura 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 et la mobilisation et le souci de bien intervenir 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, de même qu'une nouvelle procédure en cas de présence d'un individu armé. Là aussi, l'ensemble du personnel a reçu les consignes d'usage.

Plusieurs incidents en lien avec nos systèmes d'alarme nous avaient antérieurement occasionné des coûts supplémentaires en raison de la réglementation du service d'incendie de la Ville de Montréal sur les alarmes non-fondées. Ces amendes répétitives, non justifiées, nous ont été remboursées presque en totalité.

Dans le tableau suivant, pour chacun des événements survenus, un rapport a été rédigé et analysé par les comités locaux de mesures d'urgence. Des mesures de rétablissement et des 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) | --- | --- | 4 | 1 | 4 | 2 |
| Bleu (urgence médicale) | 2 | --- | 5 | --- | 8 | 5 |
| Jaune (usager manquant) | --- | --- | 1 | --- | 1 | 4 |
| Blanc (personne violente) | 1 | 1 | --- | 1 | 4 | 6 |
| Orange (accueil sinistrés) | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TOTAL | 3 | 1 | 10 | 2 | 17 | 17 |

PLANS DE MESURES D'URGENCE EXTERNES

L'année 2010-2011 n'aura pas été marquée par un évènement majeur spécifique, à l'exception d'une période de chaleur extrême qui a sévi en début juillet 2010.

Chaleur accablante et extrême

Environnement Canada définit une vague de chaleur extrême lorsque la température égale ou est supérieure à 32°C sur une période de plus de trois jours consécutifs. Toutefois, la température n'est qu'une composante de la chaleur; la chaleur dépend aussi de l'humidité, de la vitesse du vent et de la charge de radiations. Nous avons connu cette période du 5 au 10 juillet 2010.

Grâce à notre plan de mesures d'urgence en cas de chaleur accablante, nous avons mis en œuvre les actions prévues dans notre volet intervention. Nous sommes intervenus à l'interne avec nos résidents, nos usagers et avec les membres du personnel. Plusieurs directives ont été émises dans le but d'assurer le confort nécessaire.

Nous sommes aussi intervenus auprès de notre clientèle plus vulnérable à domicile. Cette clientèle ciblée a été contactée afin de s'assurer d'une climatisation minimale. Nous avons renforcé nos arrimages avec les arrondissements et la ville de Montréal-Est afin de faciliter le transport de cette clientèle vulnérable vers des haltes climatisées.

Notre plan de mesures d'urgence étant mis en application pour la première fois, cet exercice nous a permis de constater certains ajustements que nous devons apporter, notamment notre lien avec la Société de transport de Montréal.



Enseignement

Dans la perspective d'assurer des services de qualité optimale, le CSSS contribue à la formation de la relève professionnelle et collabore aux travaux de chercheurs portant sur les problématiques reliées aux clientèles et aux services de première ligne.

L'enseignement et la recherche ont pris un essor particulier en 2010, d'une part par le renouvellement de notre contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal, consolidant ainsi un partenariat existant depuis quelques années déjà, et d'autre part, par une démarche de réflexion sur notre milieu d'accueil qui a mené à la conception du plan d'action 2010-2013 en enseignement.

Stages de formation

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 ces tableaux illustrent l'étendue des domaines d'apprentissage et la richesse de notre partenariat avec les maisons d'enseignement, ils nous permettent également de mesurer l'implication du personnel du CSSS dans l'accompagnement de ces étudiants en stage.

| TABLEAU 51 Stages et établissements de formation | Nombre de stages |
|---|---------------------|
| Cégep de Maisonneuve | 7 |
| Cégep Marie-Victorin | 21 |
| Centre Daniel-Johnson | 2 |
| Collège Ahuntsic | 7 |
| Collège Édouard-Montpetit | 2 |
| Collège John Abbott | 2 |
| Collège Laflèche | 1 |
| Collège Saint-Sacrement | 2 |
| Collège St-Jean-Vianney | 2 |
| École Dalbé-Viau | 2 |
| École des métiers des Faubourgs | 164 |
| École hôtelière de Montréal | 2 |
| École internationale de zoothérapie | 2 |
| EMICA | 2 |
| Université de Montréal | 30 |
| Université de Sherbrooke | 3 |
| Université du Québec à Montréal | 4 |
| Université du Québec en Outaouais | 1 |
| Université McGill | 2 |
| TOTAL | 258 |

| TABLEAU 52 Stages et disciplines de formation | Nombre de stages | Nombre de jours |
|---|---------------------|--------------------|
| Assistance aux bénéficiaires en établissement | 41 | 574 |
| Assistance à domicile (auxiliaire aux services de santé et sociaux) | 18 | 288 |
| Cuisine d'établissement | 2 | 30 |
| Ergothérapie | 1 | 45 |
| Gérontologie | 1 | 19 |
| Gestion des risques majeurs | 1 | 40 |
| Gestion publique | 1 | 93 |
| Mécanique de machine fixe | 2 | 10 |
| Médecine | 2 | 80 |
| Psychoéducation | 2 | 144 |
| Santé, assistance et soins infirmiers | 92 | 1 037 |
| Sciences infirmières | 27 | 729 |
| Secrétariat | 4 | 48 |
| Service social | 5 | 366 |
| Techniques d'archives médicales | 8 | 94 |
| Techniques d'éducation spécialisée | 4 | 211 |
| Techniques d'hygiène dentaire | 10 | 45 |
| Techniques de diététique | 1 | 40 |
| Techniques de loisirs | 2 | 4 |
| Techniques de réadaptation physique | 16 | 216 |
| Techniques de travail social | 2 | 13 |
| Zoothérapie | 2 | 30 |
| TOTAL (nombre d'étudiants) | 258 | 4 250 |

Collaboration à la recherche

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

| TABLEAU 53 INVENTAIRE DES RECHERCHES EN COURS ENTRE LE 1 ^{ER} AVRIL 2010 ET LE 31 MARS 2011 | | |
|---|---|--|
| Chercheur | Titre | Objectif |
| 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 1 ^{re} ligne en lien avec le plan d'action en santé mentale. |
| Louise Fournier et Pascale Roberge, 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"> - Outiller et soutenir les acteurs impliqués dans les soins et services de 1^{re} ligne en santé mentale; - Étudier les facteurs contextuels et organisationnels facilitant ou entravant l'implantation de telles stratégies. |

| Chercheur | Titre | Objectif |
|--|---|---|
| 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. |
| Josiane Le Gall, CSSS de la Montagne | Le point de vue des intervenants sur les défis et enjeux posés par la diversité religieuse dans les pratiques professionnelles en CSSS. | Dégager : - les manifestations de la religion dans l'intervention; - les différentes questions soulevées par ces situations; - les stratégies et solutions proposées ou adoptées par les intervenants. |
| 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 1 ^{re} ligne (2005-2010) dans deux régions du Québec : Montréal et Montérégie | Comprendre les facteurs reliés à l'évolution des modèles organisationnels de 1 ^{re} ligne à travers le processus de la réforme. |
| 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 | 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. |

| Chercheur | Titre | Objectif |
|---|---|---|
| Andrée Sévigny, Unité de recherche du 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 (interventions efficaces) 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. |
| Suzanne Dessureault, étudiante à la maîtrise, École de travail social, l'Université du Québec à Montréal | Des pratiques gestionnaires pluralistes dans un programme étatique de prévention en périnatalité et petite enfance | Analyser les repères normatifs qui guident les pratiques des gestionnaires responsables des SIPPE face au problème spécifique rattaché aux aspects contradictoires pouvant exister entre les objectifs d'application standardisés et des objectifs d'accompagnement vers «l'empowerment» individuel et collectif des jeunes parents pauvres. |
| Marie-Hélène Doucet, étudiante à la maîtrise en santé communautaire à l'Université de Montréal et agente de planification, programmation et recherche à la DSP de Montréal; Louise Séguin, professeure titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal | Exploration de l'expérience des infirmières en santé communautaire pour la promotion de l'allaitement maternel, dans le cadre de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés. | Explorer l'expérience des infirmières dans la promotion de l'allaitement maternel. |
| Lucie Richard, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal | Évaluation évolutive des laboratoires de promotion de la santé. | <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir et décrire le processus de développement du laboratoire et son appropriation par les professionnels et les gestionnaires des CSSS. - Améliorer la compréhension des processus qui favorisent l'innovation en promotion de la santé et soutenir le développement d'un laboratoire pertinent pour les professionnels. |

Les comités de résidents et le comité des usagers

- Bénévolat et Fondation du CSSS



COMITÉS DES USAGERS

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.

En début d'année, le comité des usagers a défini son plan d'action afin d'établir ses priorités ainsi qu'un échéancier. Il s'est également doté d'une procédure pour la gestion des budgets des comités de résidents.

À la suite d'un reportage diffusé sur les services alimentaires en centre d'hébergement, les membres ont vérifié les sommes que le CSSS consacrait au repas, soit 6,78 \$ pour repas et collation par résident. Ce montant équivaut au coût défrayé par une famille moyenne par repas.

En 2010-2011, le comité a embauché une personne-ressource, après entente avec le CSSS, parmi le personnel. Elle est maintenant dédiée au comité des usagers et aux comités de résidents deux jours et demi par semaine et son salaire est imputé des budgets du comité des usagers et des comités des résidents.

Avec l'aide de la Direction de la qualité et des communications, le comité des usagers s'est doté d'un plan de communication visant à le faire connaître.

Des représentants du comité ont assisté à la rencontre des usagers et des familles des ressources intermédiaires Limoges et Claudette-Barré afin de leur présenter leur mandat et leurs fonctions.

Le commissaire aux plaintes a présenté le contenu de sa tournée 2010-2011, intitulée «Vision commune du régime d'examen des plaintes».

Devant l'impossibilité de combler trois postes vacants au sein du comité des résidents du Centre d'hébergement Judith-Jasmin, et considérant l'opinion de Me Sonia Amziane de l'AQESSS à l'effet que malgré de multiples efforts déployés, l'établissement n'a pas pu combler ces postes, le comité des usagers a autorisé le jumelage des comités de résidents de ce centre avec celui du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest.

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.

Voici les dossiers qui ont retenu l'attention du comité des usagers en 2010-2011:

- La fusion possible avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies;
- Le service de radiologie du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est;
- Le contrat d'affiliation de l'établissement avec l'Université de Montréal;
- L'informatisation des dossiers des usagers;
- Le plan d'organisation de l'établissement, à la suite d'un départ à la retraite d'un cadre supérieur;
- La situation budgétaire de l'établissement;
- La vision, les valeurs de l'établissement;
- La réorganisation des services d'accueil psychosociaux le samedi et les jours fériés;
- Le projet de loi 127 sur la composition et les responsabilités des conseils administration;
- La création possible d'une maison de soins palliatifs dans l'Est de la Ville de Montréal;
- La création possible de groupes de médecine familiale;
- La visite d'inspection ministérielle des centres d'hébergement Judith-Jasmin, François-Séguenot et Pierre-Joseph-Triest;
- Le guide d'accompagnement en fin de vie;
- Le service de soutien à domicile.

En fin d'année budgétaire, le comité des usagers et les comités de résidents été informés des changements apportés aux règles budgétaires par le Ministère. Par conséquent, les comités ne pourront garder en réserve que 50 % de leur budget annuel. Cette année, selon une mesure exceptionnelle, les comités sont autorisés à utiliser leur surplus pour l'achat d'équipements visant le mieux-être des usagers. Toute utilisation de cette nature doit être approuvée à l'avance, tant par le comité des usagers que par le conseil d'administration du CSSS. La date butoir pour effectuer ces dépenses a été fixée au 30 juin 2011, après cette date, les budgets seront coupés.

Le comité des usagers a autorisé des dépenses pour les comités de résidents. Les surplus accumulés par le comité des usagers seront utilisés pour tenir une enquête sur la satisfaction des usagers et le déploiement du plan de communication.

| BILAN FINANCIER 2010-2011 DU COMITÉ DES USAGERS | |
|---|--------------|
| Solde au 1 ^{er} avril 2010 | 75 096,47 \$ |
| Total des revenus pour l'année | 52 304,06 \$ |
| Total des dépenses pour l'année | 48 222,37 \$ |
| Solde au 31 mars 2011 | 79 178,16 \$ |

COMPOSITION DU COMITÉ DES
USAGERS
DU CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE
AU 31 MARS 2011

Mme Hélène Canac-Marquis, catégorie jeunes (14-17 ans);
Mme Mireille Doré, catégorie personnes recevant des services généraux;
Mme Céline Dubé, catégorie personnes en perte d'autonomie ou à autonomie restreinte recevant des services à domicile, en centre de jour ou en ressources intermédiaires;
M. Pierre Parent, représentant du comité des résidents, C.H. Biermans;
Mme Joanne Laterreur, représentante du comité des résidents, C.H. François-Séguenot;
Mme Christiane Duclos, catégorie adultes (18 ans et plus);
Mme Sarah Brutus, catégorie famille avec jeunes enfants (0-13 ans).

Représentation

M. Pierre Parent et Mme Mireille Doré représentent le comité au conseil d'administration du CSSS. Madame Céline Dubé siège, à titre de représentante du comité des usagers, au comité de gestion des risques de l'établissement. Le comité des usagers est membres du Comité pour la protection des malades et du Comité provincial des comités des usagers.

COMITÉS DES RÉSIDENTS

Cette année, le nombre de comités de résidents est passé de quatre à trois comités, en date du 11 janvier 2011, compte tenu de l'impossibilité de combler les postes vacants du comité des résidents du Centre d'hébergement Judith-Jasmin.

Le comité des usagers du CSSS a donc accepté la fusion du comité de résidents du Centre Judith-Jasmin avec celui du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest.

COMITÉ DES RÉSIDENTS
DU CENTRE D'HÉBERGEMENT BIERMANS
M. Pierre Parent, président
Mme Blanche Régnier, vice-présidente
Mme Monique Cournoyer, secrétaire
Mme Lucille Paquet, conseillère
Mme Marguerite Séguin, conseillère

COMITÉ DES RÉSIDENTS
DU CENTRE D'HÉBERGEMENT FRANÇOIS-SÉGUENOT
Mme Johanne Laterreur, présidente
M. Richard Pedneault, vice-président
Mme Marie-Rose Lavallée, secrétaire-trésorière
Mme Jacqueline Perron, conseillère
Mme Pauline Nader, conseillère

COMITÉ DES RÉSIDENTS
DES CENTRES D'HÉBERGEMENT PIERRE-JOSEPH-TRIEST
ET JUDITH-JASMIN
M. Léonie Demers, présidente
M. Lionel Martineau, vice-président
Mme Marie-Pierre Nolène, trésorière
Mme Léonie Demers, conseillère
M. Yvon Laberge, conseiller
Mme Denise Matte, conseillère (J.-Jasmin)
M. Réjean Meloche, conseiller (J.-Jasmin)

BÉNÉVOLAT

Nous avons poursuivi le maintien de près de 200 bénévoles principalement dans nos centres d'hébergement. L'implication de chacun des bénévoles est constante et est faite en étroite collaboration avec le personnel des centres d'hébergement. Les bénévoles contribuent à leur façon à s'impliquer dans l'amélioration des milieux de vie.

Nous avons aussi reçu des étudiants en médecine qui, dans le cadre d'un cours, sont venus faire du bénévolat de septembre à mai. La collaboration de notre personnel avec ces étudiants a été remarquable.

Enfin, nous avons souligné nos bénévoles par un 5 à 7 et une conférence. Le thème de cette année a été la passion et notre invité était Mylène Paquette, une jeune préposée aux bénéficiaires qui effectue des traversées de l'Atlantique à la rame.

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. La Fondation voit à ce que les investissements soient utilisés efficacement pour l'amélioration des services de santé pour les résidents de notre communauté.

Le conseil d'administration s'est réuni à deux occasions, le 26 avril 2010 et le 17 novembre 2010, pour planifier ses activités en lien avec sa mission. Les procès-verbaux du conseil d'administration de la Fondation ainsi que les rapports financiers sont disponibles auprès de la Direction générale du CSSS de la Pointe-de-l'Île

Voici les principales activités de la Fondation réalisées au cours de l'année 2010 :

- Campagne de financement auprès des usagers du Soutien à domicile du CSSS de la Pointe-de-l'Île;
- Organisation d'une campagne de financement auprès du personnel du CSSS de la Pointe-de-l'Île (orientations et concept de la campagne, demande de licence de tirage, ouverture d'un compte bancaire);
- Transfert de fonds de la Fondation du CHSLD Biermans-Triest de 120 000 \$ à la Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île;
- Programme de reconnaissance des partenaires de prestige, adopté par le conseil d'administration de la Fondation, et présentation d'une proposition d'emplacement du tableau d'honneur dans chacune des installations du CSSS;
- Demande de soutien financier destiné aux comités Milieu de vie des centres d'hébergement Biermans et Pierre-Joseph-Triest, adoptée par le conseil d'administration de la Fondation;
- Discussion sur l'organisation d'un *Milieu de vie et famille* au profit de la Fondation;
- États financiers au 31 mars 2010, adoptés par le conseil d'administration de la Fondation;
- Modification aux Règlement généraux : exercice financier - article 10.1 (année financière);
- Recrutement de nouveaux membres au sein du conseil d'administration de la Fondation;
- Nouvelles représentations auprès de grands donateurs;
- Entente de partenariat avec le Conseil régional des Caisses Desjardins de l'Est de Montréal dans la réalisation du programme de *Télésoins*;
- Comité d'organisation du tournoi de golf du 13 septembre 2011 et identification des principales tâches;
- Renouvellement de l'adhésion de la Fondation, pour la période du 1^{er} novembre 2010 au 30 juin 2011, au Programme d'aide et d'accompagnement social *Interagir* pour le Centre de jour de Rivière-des-Prairies, adopté par le conseil d'administration de la Fondation;
- Nomination d'un nouveau membre au conseil d'administration, M. Henri Bouchard.



COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FONDATION DU CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE POUR L'ANNÉE 2010

Me Jacques Lamoureux, président
M. Pierre Parent, trésorier
M. André Gagnière, secrétaire
M. Pierre Frattolillo, membre
Mme Cécile Légaré, membre
M. Michel Milot, membre
M. Ian Rivard, membre
M. Henri Bouchard

Les projets auxquels participe la Fondation du CSSS

Programme de télésoins

Dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux, caractérisé par la rareté des ressources humaines, le manque à gagner financièrement, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes aux prises avec des maladies chroniques ainsi que l'accroissement des demandes de soutien à domicile, des pratiques différentes d'interventions adaptées aux nouvelles réalités s'imposent pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle. Les principaux enjeux sont l'amélioration de l'accessibilité et la continuité des services ainsi que la personnalisation des soins. En ce sens, le Programme de télésoins est une façon d'outiller le client pour qu'il soit en mesure de se prendre en charge et pour qu'il ait tout le pouvoir sur son état de santé.

Sur le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île, les maladies chroniques comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), les maladies cardiovasculaires et le diabète augmentent annuellement. De plus, nous avons des taux les plus importants de ces maladies comparativement à Montréal. Le système de télésoins est un outil informatique fiable et simple d'utilisation, permettant d'établir une relation entre le client à domicile et les professionnels du CLSC via un lien électronique bidirectionnel sécurisé. Ainsi, une infirmière suit quotidiennement l'état de santé du patient et peut intervenir rapidement au moindre signe de détérioration.

Programme «activités de vie»

Stimulation de l'autonomie des résidents par des activités sur mesure

Faire de nos centres d'hébergement des milieux où il fait bon vivre et où les personnes hébergées se sentent «comme à la maison» est un défi de tous les jours. Au-delà des soins quotidiens, une attention particulière est donc accordée à la qualité de vie de ces personnes. C'est dans cette optique que nous souhaitons leur offrir davantage d'activités pour les distraire et stimuler leur autonomie physique et intellectuelle.

Activités spéciales :

- Repas thématiques (Noël, St-Valentin, Pâques, fête des mères et des pères, etc.);
- Soirées thématiques pour éviter ennui et solitude (cinéma, bingo, spectacle, etc.);
- Hymne au printemps, musique et collations spéciales;
- Pièces de théâtre ou spectacles préparés par les employés pour les résidents;
- Zoothérapie, bouquet de ballons et carte de souhaits lors des anniversaires;
- Autres...

Équipements spécialisés

Repas aux chambres pour les personnes immobilisées

De plus en plus de résidents ne peuvent se déplacer pour prendre leurs repas. Afin d'assurer un service de qualité à leur chambre, il faut penser à une multitude de détails : heures de repas, fraîcheur des aliments, température des mets chauds, présentation... La solution préconisée est d'équiper les centres d'hébergement de chariots de distribution alimentaire à température contrôlée qui répondent en tous points aux besoins particuliers de ces personnes à mobilité réduite. Le repas est un aspect essentiel de leur qualité de vie et il faut donc leur offrir un service approprié.

Trousse de fin de vie

Draps santé, jetées chaudes, jaquettes adaptées, radio, CD de musique, panier avec accessoires de soins, bougie électrique, débarbouillette, diffuseur d'huile essentielle, *LazyBoy* à roulettes pour permettre à la famille ou aux proches de veiller confortablement le résident, thermos à café, lampe de table à intensité, sont là les éléments qui se trouvent dans la trousse de fin de vie.

En 2010-2011, la Fondation du CSSS a réalisé les activités de financement suivantes :

| Campagnes | Montant |
|---|-------------------|
| Auprès des usagers des Services de soutien à domicile | 6 000 \$ |
| Auprès du personnel du CSSS | 13 100 \$ |
| Auprès de Desjardins | 200 000 \$ |
| Auprès de la compagnie Xstrata | 200 000 \$ |
| TOTAL | 419 100 \$ |

PRÉSENCE DE LA FONDATION DANS LE MILIEU À TITRE DE MEMBRE OU DE PARTICIPANT

Société de développement économique de Rivière-des-Prairies et Pointe-aux-Trembles
Centre local de développement
Chambre de commerce de la Pointe-de-l'Île
Chambre de commerce de l'Est de Montréal
et participation à diverses activités à caractère public, communautaire, institutionnel, privé.

La Direction tient à remercier les membres du conseil d'administration de la Fondation et tout le personnel du CSSS pour leur implication dans l'organisation et leur contribution dans la prévention et la promotion de la santé des résidents du territoire de la Pointe-de-l'Île.

Les conseils professionnels



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

- le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- le conseil des infirmières et infirmiers (CII) ;
- le conseil multidisciplinaire (CM).

CONSEIL DES MEDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

En 2010-2011, Le CMDP a procédé à la nomination du Dr François-Yves Prévost, à titre de médecin-conseil des services médicaux de première ligne au CSSS.

Également, à la suite de la démission du Dr Pierre Shebib à titre de membre du conseil d'administration du CSSS, le CMDP a recommandé le Dr François-Yves Prévost à ce poste.

En novembre 2010, une ordonnance collective sur la contraception hormonale a été adoptée.

Enfin, le CMDP s'est positionné à l'effet que les médecins qui effectuent des visites à domicile auprès de la clientèle puissent apporter le dossier du patient lors de la visite. Dans la situation où le dossier serait numérisé, le médecin doit avoir accès à ce dossier au chevet du patient pour des raisons de sécurité et de qualité de l'acte médical. Un avis a été acheminé à la présidente du conseil d'administration du CSSS.

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDP

Dre Francine Bastien, présidente
Dre Manon Blais, vice-présidente
Dr François-Yves Prévost, secrétaire
Dre Danièle Lemieux, trésorière
Dre Annie Bouthillier
Dr Edward Chirito
Dr Jean Corbeil
Dr Doan Trang Do
Dr Pierre Shebib
M. André Gagnière, directeur général
Dr Réal Cloutier, directeur des Services médicaux
Avec la participation de Mme Nathalie Loisel, conseillère cadre

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

Les travaux sur l'uniformisation du dossier médical sont maintenant terminés grâce à l'implication importante des membres du comité d'évaluation de l'acte médical. La présidente du comité a été mandatée pour participer aux réunions du comité des dossiers afin de structurer un dossier clinique informatisé et numérisé.

Une étude des dossiers de décès dans les quatre centres d'hébergement du CSSS par critères implicites a été effectuée durant l'année 2010-2011.

Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie est constitué de deux pharmaciens, dont le pharmacien-chef et de trois médecins représentant les installations du CSSS. Le comité veille à ce que le service de la pharmacie s'assure, maintienne et développe des services de haut niveau pour les résidents en centre d'hébergement du CSSS.

En 2010-2011, le comité de pharmacologie s'est penché sur les dossiers suivants :

- Relocalisation de la pharmacie;
- Dossier de pharmacothérapie;
- Mise en place d'une procédure de délégation de la vérification contenant-contenu aux assistants techniques seniors en pharmacie (ATSP);
- Instauration d'une liste d'abréviations permises et non permises au CSSS;
- Développement d'un formulaire d'ordonnances de départ et de retour d'hôpital;
- Application des recommandations du National Institute for Occupational Safety On Health (NIOSH), afin de mettre en place les mesures nécessaires visant à protéger la santé et la sécurité de nos résidents et de nos employés avec les produits dangereux.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Le conseil multidisciplinaire regroupe environ 280 professionnels provenant de huit installations différentes et de plus de 24 disciplines. Les pouvoirs et mandats du CM sont assumés par un comité exécutif (CECM). Ce comité est composé de membres élus, d'un représentant de la direction et d'un membre siégeant d'office.

Entre octobre 2010 et janvier 2011, le CECM n'a pu siéger qu'une fois, en raison d'une série de départs. En janvier 2011, une assemblée générale spéciale a eu lieu afin d'élire un nouvel exécutif. De février à ce jour, le nouvel exécutif a siégé cinq fois.

Le CM a été représenté dans divers comités : le comité aviseur du comité clinique, le comité de gestion des risques, le comité des maladies chroniques, le conseil d'administration et le comité d'éthique clinique. Il a fourni un avis sur le plan d'action organisationnel de la mobilisation du personnel et, à la demande de la Direction générale, celui-ci devra analyser la pertinence et l'efficacité de la supervision clinique dans sa forme actuelle et faire ses recommandations.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Le conseil des infirmières et infirmiers est composé de l'ensemble des infirmières et infirmiers qui exercent leurs fonctions dans l'établissement, incluant celles et ceux qui assument des fonctions cadres reliées à la prestation des services infirmiers. Le CII a, entre autres, la responsabilité d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers au CSSS. Il regroupe plus de 250

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF (CECM)

M. Rémy Berthelot, président
M. Martin Bergeron, vice-présidente
Mme Karine Imbeault, secrétaire-trésorière
Mme Marie-Josée Gauthier, membre
Mme Sylvie Houle, membre
Mme Marie-Ève Marcotte-Bussières, membre
M. Stéphane Rousseau, directeur des Services généraux, à la jeunesse et à la famille et des Services multidisciplinaires
M. André Gagnière, directeur général

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF (CECII)

Mme Hélène Mailloux, présidente, C.H. Judith-Jasmin
Mme Jocelyne Brideau, vice-présidente, Installation Anjou
Mme Nathalie Rochon, secrétaire, C.H. Biermans
Mme Martine Courcy, C.H. François-Séguenot
Mme Nathalie Gravel, ressources intermédiaires et non institutionnelles
Mme Jocelyne Harvey, C.H. Judith-Jasmin
Mme Geneviève Lavallée, C.H. Pierre-Joseph-Triest
Mme Nathalie Loiselle, CLSC de Mercier-Est—Anjou
Mme Lorraine Bordeleau, vice-présidente du CIIA par intérim, C.H. Pierre-Joseph-Triest
Mme Josée Ricard, présidente du CIIA (démission en janvier 2011)
Mme Danielle L.-Sasseville, directrice locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement
M. André Gagnière, directeur général

membres et assume ses fonctions par l'intermédiaire d'un comité exécutif. Parce qu'il exerce un rôle conseil auprès du conseil d'administration et du directeur général de l'établissement, le CII est un levier d'influence important. Il constitue un canal privilégié par lequel les infirmières et infirmiers peuvent transmettre directement leurs recommandations.

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

- Présentation du rapport annuel au CA;
- Modification au Règlement de régie interne concernant la composition du CII;
- Rencontre du directeur général dans le cadre des restrictions liées à la Loi 100;
- Nomination d'une représentante du CECII au CA;
- Participation à la consultation des dossiers soumis par les directions programmes ou conseils et représentation : programme Pro-Action, rapport des indicateurs de la gestion des risques et recommandation transmise à la directrice de la Qualité et des Communications, plan d'action en enseignement, programme santé mentale (volet jeunesse et adulte), site intranet, grille d'identification de situations éthiques.
- Présentation du rapport annuel par le commissaire local aux plaintes;
- Adoption de la procédure de régie interne du CIIA;
- Poursuite de la mise en œuvre du plan de communication visant la visibilité du CII, le rayonnement professionnel, la reconnaissance des membres, l'accessibilité et les intérêts professionnels;
- Élaboration d'une pochette d'accueil destinée aux nouveaux membres du comité exécutif;
- Édition du journal Le Point CII;
- Coordination majeure en ce qui concerne l'accès à l'information par les infirmières;
- Production de guides d'accueil des infirmières d'agence en CLSC dans certains secteurs;
- Participation active au processus de l'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- Fusion de deux sous-comités : comité de maintien et de promotion de la compétence et comité d'appréciation de l'acte infirmier;
- Recommandation pour intégrer les listes d'abréviations permises et non permises dans le dossier d'accueil du personnel infirmier.

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);
- Harmonisation des pratiques dans les quatre centres d'hébergement (exemples : ordonnance collective sur l'administration de la nitroglycérine);
- Représentation à divers comités au sein de l'établissement : Milieu de vie, gestion des risques, fin de vie;
- Mise en place du journal Le Point CIIA visant à informer sur la pratique;
- Modification à la Procédure de régie interne du CIIA concernant la composition de l'exécutif adoptée par le CII.

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF (CECIIA)

Mme Josée Ricard, présidente, C.H. François-Séguenot (démission en janvier 2011)
Mme Lorraine Bordeleau, vice-présidente par intérim, C.H. P.-Joseph-Triest
Mme Cynthia Moquin, secrétaire, C.H. François-Séguenot
Mme Marie Nirva Joseph, C.H. Judith-Jasmin
Mme Marie Mirka Dorisma, C.H. Biermans
Mme Sophie Critchley, C.H. P.-Joseph-Triest
Mme Hélène Mailloux, présidente du CII
Mme Danielle L.-Sasseville, directrice locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement

L'amélioration continue de la qualité



SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

En 2010-2011, la Direction de la qualité et des communications a débuté un exercice d'évaluation de la satisfaction de la clientèle afin d'être en mesure d'apporter des améliorations aux services offerts.

À ce titre, un sondage sur la satisfaction des résidents en centre d'hébergement a été réalisé du 24 janvier au 24 février 2011 auprès de 191 personnes, soit 84 résidents et 104 proches.

Les résultats de ce sondage montrent que les résidents et leurs proches sont, de manière générale, satisfaits à 81 %.

Plus spécifiquement, les résultats se détaillent comme suit :

- Environnement physique et humaine : 90 %;
- Soins et services : 81 %;
- Respect des goûts/décisions : 80 %;
- Alimentation : 75 %;
- Activités : 60 %.

Après analyse, nous avons déterminé que les volets à améliorer sont :

- les activités : causeries, loisirs;
- l'alimentation : repas, collations;
- les soins et services : délai, aide, soins et services spécialisés;
- le respect des goûts et décisions;
- la propreté des lieux (chambres, toilettes, environnement);
- l'approche envers les résidents.

Pour la prochaine année, il faudra déterminer la fréquence et les types des sondages à faire, étudier comment arriver à une plus grande harmonisation entre les centres d'hébergement pour certains volets, et comment utiliser les causeries comme outil pour approfondir l'étude des sources d'insatisfaction que ce sondage révèle.

AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

Au début de l'automne, les Services à domicile (SAD), suivis des Services à la petite enfance (SPE) se sont lancés dans une démarche d'amélioration de la performance. L'objectif poursuivi était d'augmenter notre capacité à répondre aux demandes croissantes de services en améliorant notre performance.

Afin de mener à bien cette démarche, le CSSS s'est associé à une firme spécialisée dans l'amélioration de la performance qui avait pour mandat d'outiller et d'accompagner les gestionnaires afin qu'ils développent leurs habiletés à :

- mobiliser leurs équipes pour atteindre les cibles d'amélioration;

- se questionner et à identifier, avec les employés, les opportunités d'amélioration;
- évaluer l'atteinte des cibles et revoir avec les employés les raisons des écarts, si les cibles ne sont pas atteintes.

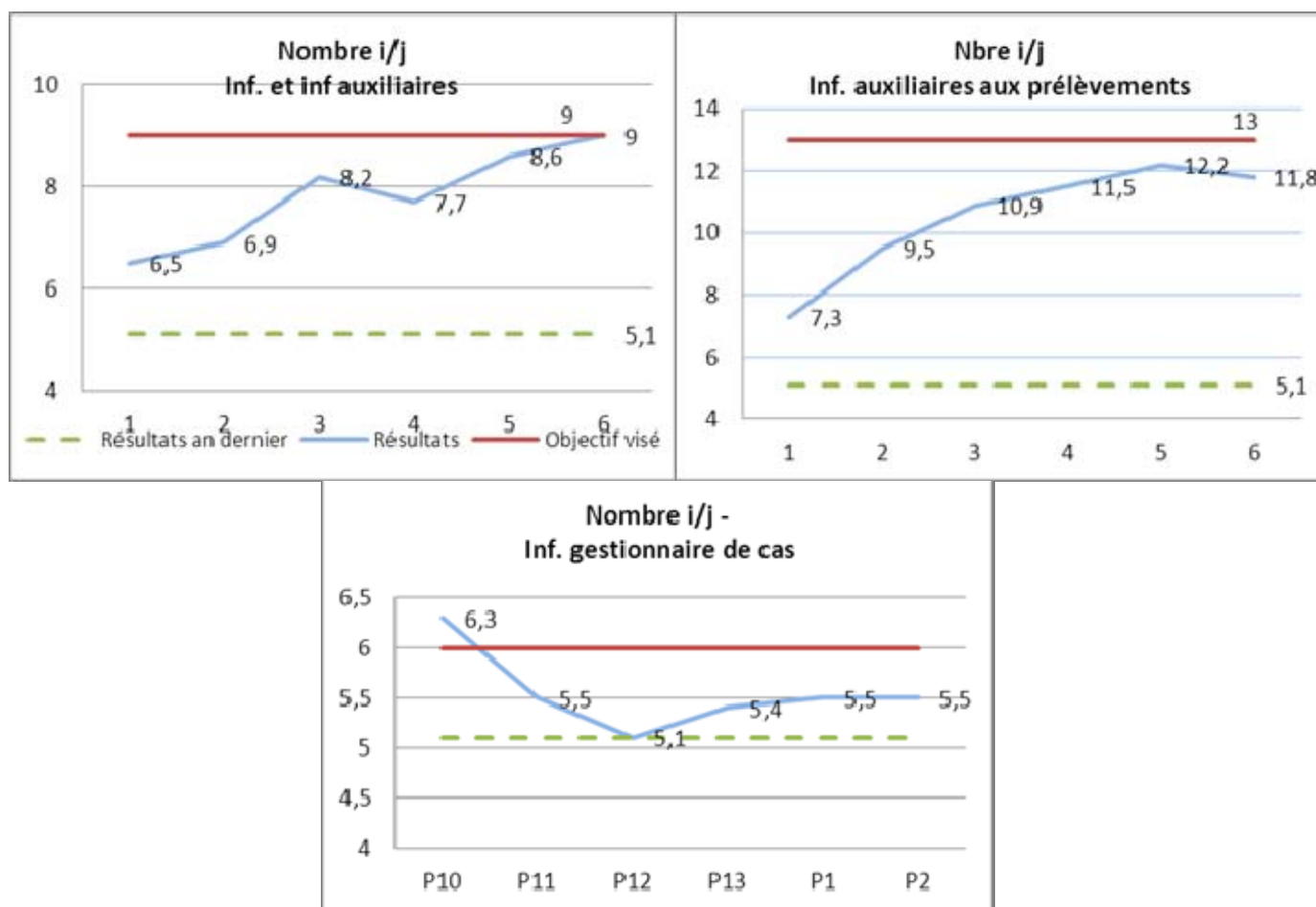
Il est prévu que cette démarche s'échelonne sur une année et se fasse en respect du personnel en place.

Après sept mois, les résultats obtenus, plus particulièrement en SAD, sont très encourageants :

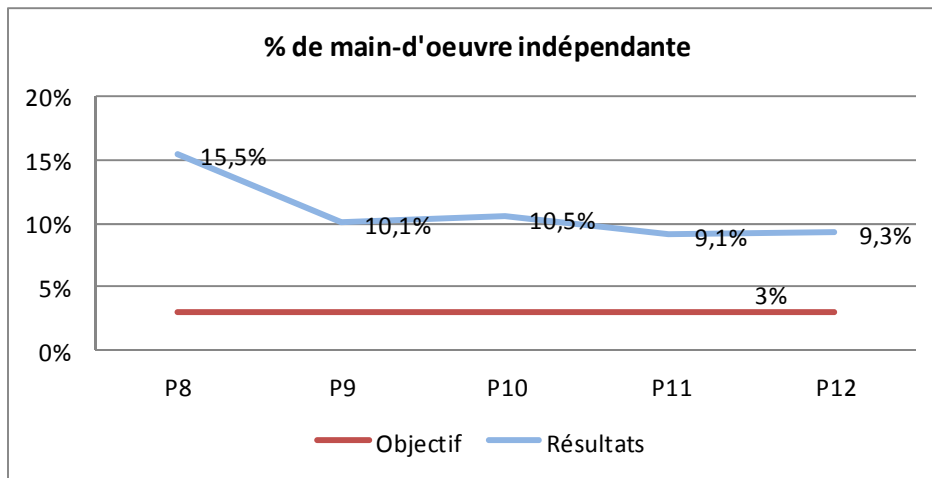
Plus de services en soins infirmiers

Dans le cadre de l'amélioration de la performance, les soins infirmiers au SAD ont été divisés en trois catégories : les infirmières et infirmières auxiliaires aux soins (sans gestion de cas), les infirmières auxiliaires assignées exclusivement aux prélèvements et les infirmières gestionnaires de cas.

Grâce à une diminution des tâches administratives, à une recherche de solutions face aux problèmes rencontrés, à une meilleure planification des interventions et à un suivi quotidien des objectifs fixés, on constate que la performance des infirmières s'est beaucoup améliorée.

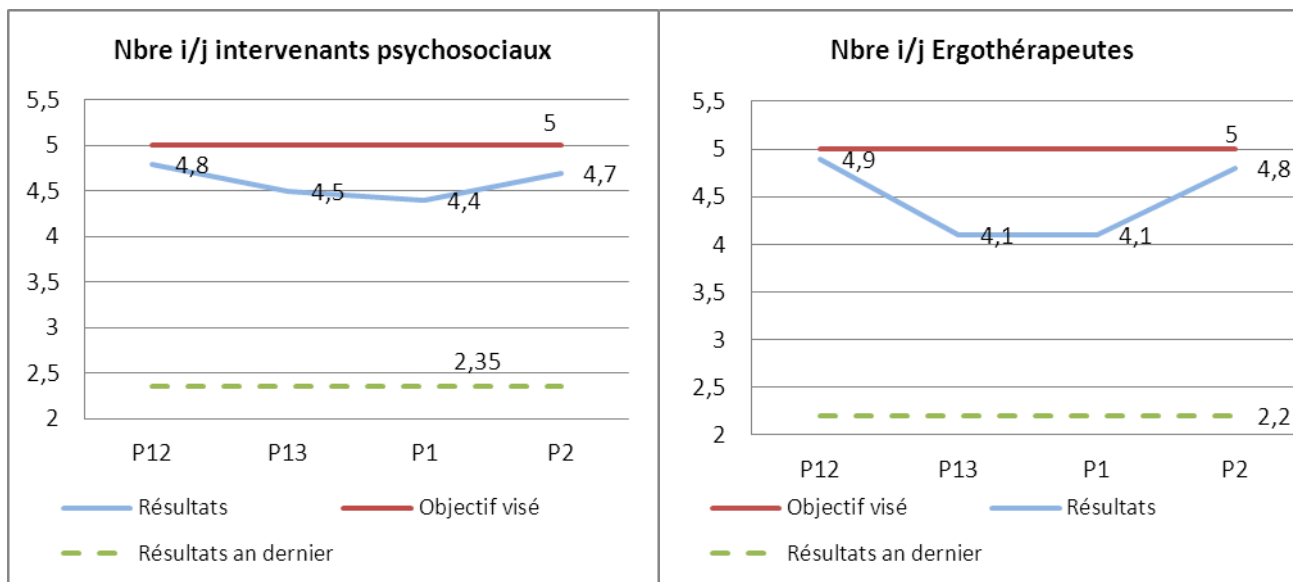


Cette amélioration de la performance a permis au CSSS de diminuer de manière importante l'emploi de personnel d'agences (appelé la main-d'œuvre indépendante) qui entraînait des coûts élevés. L'objectif poursuivi est de ne pas dépasser 3 % d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et de remplacer progressivement ce personnel par des infirmières et des infirmières auxiliaires permanentes.



Des services psychosociaux et d'ergothérapie qui s'améliorent aussi

Afin d'intégrer les changements progressivement, les intervenants psychosociaux et les ergothérapeutes ont débuté la démarche après les infirmières et les infirmières auxiliaires. Après une période ou deux d'ajustements dans la saisie des données, les résultats affichent aussi une progression et l'atteinte des objectifs n'est plus très loin.



Grâce à une équipe de cadres convaincus de l'importance d'améliorer notre performance pour bien répondre aux besoins des usagers, mais grâce au personnel qui s'est impliqué dans cette démarche, nous sommes parvenus à résorber plusieurs problèmes récurrents aux services à domicile. L'équipe de la Petite enfance est sur la même voie et des résultats similaires devraient être atteints dans les mois à venir.

LES SOINS INFIRMIERS

La Direction locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement a dispensé de la formation continue tout au long de l'année au personnel infirmier et à d'autres catégories d'emplois. Cependant, la Loi 100, qui a imposé des restrictions budgétaires, a eu pour conséquence l'arrêt de certaines formations jusqu'au 31 mars 2011.

| Formation | Catégories de personnel | | |
|---|--|----------------------------|---------|
| | Infirmières et infirmières auxiliaires | Préposés aux bénéficiaires | Autres* |
| Réanimation cardio-respiratoire (RCR-DEA) | 28 | --- | 7 |
| Ordonnances collectives | 23 | --- | --- |
| Plan thérapeutique infirmier (PTI) | 6 | --- | 4 |

* toute autre catégorie de personnel incluant le personnel cadre.

Tout au long de l'année, ce secteur d'activités s'est penché sur les dossiers suivants :

- Formation aux agents multiplicateurs de la politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : les contentions, ainsi que de la politique et procédure sur la prévention des chutes. Cette formation s'est tenue de concert avec l'hébergement. Le virage et la volonté qu'a pris l'établissement pour réduire les contentions sont dignes de mention à cet égard et rejoignent les directives que le MSSS a prises à ce niveau;
- Formation et soutien sur l'application de la Loi 90 en regard du champ de pratique de l'infirmière auxiliaire, dispensés aux intervenants des services généraux du CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est ainsi que pour le Soutien à domicile en CLSC;
- Soutien au déploiement des activités confiées aux non-professionnels pour les CLSC, les centres de jour et les ressources intermédiaires;
- Révision et harmonisation de plus de 200 formulaires touchant les soins infirmiers dans le cadre du dossier clinique informatisé (OACIS) et du comité GID;
- Déploiement et formation des infirmières de l'hébergement sur l'utilisation des civières d'immobilisation et de transfert (Scoop). Cette nouvelle technologie permet de mobiliser en toute sécurité la clientèle qui a chuté;
- Révision du règlement 17 relatif aux modalités d'application des mesures de contrôle;
- Coordination du processus d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ayant débuté en décembre 2010;

- Collaboration aux travaux de centralisation de la pharmacie et au système automatisé et robotisé de la distribution de médicaments (SARDM);
- Suivi, avec les centres hospitaliers, des résidents et usagers post-hospitalisés qui reviennent avec des plaies. Les efforts déployés de part et d'autres depuis les deux dernières années ont permis de réduire considérablement l'ampleur de ce phénomène;
- Soutien constant auprès du personnel de l'hébergement dans le suivi des plaies;
- Suivi de l'implantation du Plan thérapeutique infirmier;
- Participation aux analyses des plaintes transmises par le commissaire local aux plaintes et à la gestionnaire des risques;
- Harmonisation des pompes volumétriques en lien avec les pratiques organisationnelles requises (POR) de l'agrément;
- Poursuite des travaux sur les ordonnances collectives;
- Participation à l'élaboration et à la formation du guide clinique pour l'infirmière en santé mentale, pour l'évaluation, la surveillance et le suivi pharmacologique dans le cadre du transfert de la clientèle de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine vers les CSSS de l'Est;
- Soutien à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée de 1^{re} ligne;
- Collaboration étroite avec la Direction des ressources humaines au processus d'embauche des infirmières;
- Analyse des dossiers de compétences chez les infirmières et infirmières auxiliaires et recommandations;
- Poursuite des travaux sur l'harmonisation des fournitures médicales.

Également, le programme de soutien clinique, le préceptorat, visant l'encadrement du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) ayant moins de cinq ans de pratique dans la profession a permis de rejoindre plus de 20 intervenants œuvrant en hébergement. Pendant plus de trois mois, chaque personne a bénéficié d'un encadrement clinique personnalisé, dispensé par une conseillère clinique.

De plus, une révision majeure avec l'Université de Montréal sur l'encadrement des stages a eu lieu pour les étudiantes infirmières. Ainsi, notre processus d'accueil a été revu et une nouvelle modalité d'encadrement pour les stagiaires infirmières est maintenant offerte. D'année en année, les infirmières des programmes de services accueillent de plus en plus de stagiaires, ce qui contribue largement à la relève infirmière de notre établissement.

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 2010-2011, 3 157 incidents et accidents ont été déclarés pour l'ensemble de nos installations. En comparaison avec l'année dernière, le taux de déclaration d'incidents-accidents (AH-223) demeure en phase de stabilisation. Les accidents avec conséquences majeures sont en légère baisse cette année. De

| | 2009-2010* | 2010-2011 |
|--|--------------|--------------|
| Chutes | 1 317 | 1 328 |
| Médication- Pharmacartes | 746 | 694 |
| Blessure d'origine inconnue | 360 | 354 |
| Agression | 148 | 85 |
| Autres | 853 | 696 |
| TOTAL | 3 424 | 3 157 |
| * Incluant ressources intermédiaires et ressources non institutionnelles | | |

plus, depuis quatre ans, les chutes et les erreurs de médication demeurent les deux principales sources de déclaration.

Situations à risque

Au total, 13 situations à risque ont été identifiées et suivies par le comité au courant de cette année. Les situations à risque ont été classifiées en deux catégories : celles affectant la clientèle et celles de nature administrative. Toutes les situations ont requis une recommandation ou un avis du comité.

| SITUATIONS À RISQUE | |
|---|--|
| DE TYPE CLIENTÈLE | DE TYPE ADMINISTRATIF |
| <ul style="list-style-type: none"> • Numérisation des dossiers clientèle en CLSC. | <ul style="list-style-type: none"> • Déclaration des incidents et des accidents par les médecins. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Encombrement des chambres des résidents en hébergement. | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans l'inscription de l'analyse des incidents et des accidents au SSSS. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Accès sécuritaire au débarcadère au centre de jour de Rivière-des-Prairies. | <ul style="list-style-type: none"> • Développement de la gestion des risques en CLSC. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Entreposage sécuritaire des produits dangereux pour les résidents en hébergement. | <ul style="list-style-type: none"> • Encombrement des espaces menant au centre de jour en CLSC. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'intrus. | <ul style="list-style-type: none"> • Retour des équipements. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Erreurs dans les prélèvements. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Transfert des dossiers d'utilisateurs. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation sécuritaire des fauteuils roulants motorisés. | |

Événements sentinelles

Un événement « sentinelle » est un accident ayant des conséquences graves pour le client ou un événement mineur qui se répète souvent et qui pourrait entraîner des conséquences graves pour notre clientèle. Le comité suit et analyse ces déclarations. Il peut soit formuler des recommandations, soit demander la création de groupes de travail afin de trouver des solutions et d'améliorer la sécurité dans notre CSSS. En 2010-2011, neuf événements sentinelles ont été suivis par le comité.

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. En 2010-2011, le comité a poursuivi les objectifs spécifiques suivants :

- évolution de l'implantation du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SSSS);
- création d'outils efficaces pour le suivi des situations à risque et des incidents/ accidents de type sentinelle;
- poursuite de la promotion de la culture de sécurité;

- formation de tous les membres sur le fonctionnement du comité;
- création de liens entre le CGR et les comités partenaires de gestion des risques : comité pharma-soins, comité prévention et contrôle des infections, comité de prévention des chutes, comité paritaire en santé au travail.

Le comité a tenu cinq rencontres. Le nombre de rencontres cette année est comparable au nombre de l'année précédente et répond adéquatement aux besoins de l'organisation en matière de gestion des risques.

À l'automne 2010, neuf membres du comité ont participé à une formation d'une durée de sept heures offerte par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques. Les membres du comité ayant participé à cette formation ont eu la chance de mieux saisir la nature du rôle confié au comité de gestion des risques au sein d'un établissement et d'apprendre comment les membres peuvent participer de manière active et efficace aux travaux du comité.

Assurance

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.

COMPOSITION DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Mme Cécile Légaré, présidente du Conseil d'administration et présidente du comité gestion des risques;
 M. Mario Biuzzi, chef d'administration de programme, C.H. Pierre-Joseph-Triest;
 Mme Josiane Froville, auxiliaire des services de santé et sociaux, Soutien à domicile;
 Mme Nathalie Roy, chef d'administration de programme aux Services généraux, CLSC de Rivière-des-Prairies;
 Mme Céline Dubé, membre du comité des usagers;
 Docteure Manon Blais, médecin au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
 Mme Martine Courcy, infirmière, C.H. François-Séguenot, représentante Conseil des infirmiers et des infirmières;
 Mme Sophie Crichley, infirmière auxiliaire, C.H. Pierre-Joseph-Triest, représentante du Comité des infirmiers et infirmières auxiliaires;
 M. Jean-Claude Guilbault, travailleur social, Santé mentale, représentant du Conseil multidisciplinaire;
 Mme Hélène Barral, directrice de la Qualité et des Communications;
 Mme Maria Filia, conseillère cadre à la qualité des services et gestionnaire de risques par intérim;
 M. Marcel Jean, directeur des Ressources techniques et des Immobilisations;
 Mme Hélène Foisly, conseillère cadre aux activités cliniques, Direction locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement;
 M. Denis Lessard, chef du Service de santé et sécurité du travail, Direction des ressources humaines.

Mouvements des membres au cours de 2010-2011

M. Yves Trudel, du comité des usagers a été remplacé par Mme Céline Dubé;
 Mme Lorraine Bordeleau du CIIA a été remplacée par Mme Sophie Crichley;
 Mme Mary-Eve Loux de la Direction de la qualité et des communications a été remplacée par Mme Maria Filia;
 Mme Lucie Benoit du CII a été remplacée par Mme Martine Courcy;
 Mme Anne Loiselle de la Direction des ressources humaines a été remplacée par M. Denis Lessard;
 Mme Louise Filiatrault, agente administrative à la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique et secrétaire pour le comité a été remplacée par Mme Marjorie Nantel.

Culture de la sécurité

« Une semaine de la sécurité » s'est déroulée entre le 9 et le 13 mai 2011 dans toutes les installations du CSSS. Voici les thèmes abordés :

- l'hygiène des mains;
- les cinq bons dans l'administration des médicaments;
- le programme d'aide aux employés;
- l'entreposage sécuritaire des produits dangereux;
- la déclaration des accidents de travail;
- les codes d'urgence et la procédure à utiliser lors de la présence d'un intrus muni d'arme à feu;
- l'accès aux installations par des personnes non identifiées.

En matière de gestion des risques, les messages véhiculés étaient :

- préciser la déclaration des chutes des usagers afin de réduire le plus possible la sous-catégorie « trouvé par terre »;
- déclarer pour la victime d'une agression et non pour l'agresseur, à moins que ce dernier ne subisse des conséquences lors de l'événement;
- distinguer la déclaration d'incidents/accidents pour les usagers de celle des employés.

La conseillère cadre en gestion de la qualité et gestionnaire de risques a continué à donner la formation en gestion des risques aux employés du CSSS afin de promouvoir la culture de déclaration des incidents et accidents sur le système informatisé. Des formations aux nouveaux employés utilisateurs du SSSS sont offertes.

SÉCURITÉ ET MÉDICAMENTS

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 locale de santé publique, des soins infirmiers et de l'enseignement |
| Pharmacien chef |
| Pharmacien chef adjoint |
| Conseillère cadre à la Direction des services médicaux |
| Conseillère cadre à la qualité des services et gestionnaire de risques |
| Chef assistante technique senior en pharmacie (ponctuellement) |
| Infirmières et, ponctuellement, infirmières auxiliaires des quatre centres d'hébergement |

| Problématiques | 2010-2011 |
|--|------------|
| Médicaments : | |
| - Omission | 209 |
| - Erreur interceptée avant administration | 206 |
| - Dose | 166 |
| - Autre | 33 |
| - Heure d'administration | 29 |
| - Nature du médicament | 21 |
| - Identité de l'utilisateur | 18 |
| - Entreposage | 8 |
| - Voie d'administration | 4 |
| - Allergie | 3 |
| - Infiltration | 0 |
| TOTAL d'incidents-accidents déclarés de médicaments | 697 |

Sur les 697 incidents-accidents déclarés, 69 ont eu lieu en CLSC alors que 613 sont survenus en centre d'hébergement. Parmi ces derniers, on note 209 omissions, 206 erreurs interceptées avant l'administration et 166 erreurs de dosages.

Durant l'année 2010-2011, le comité pharma-soins a aussi réalisé les activités suivantes :

- Présentation aux membres du comité du système automatisé et robotisé de distribution de médicaments (SARDM);
- Implantation du nouveau système informatique de la pharmacie :
 - Implantation de la nouvelle feuille d'administration des médicaments (FADM) à l'ensemble des unités de soins,
 - Gestion des étiquettes dans la FADM;
- Déménagement de la pharmacie;
- Élaboration d'une nouvelle procédure de la pharmacie régissant l'utilisation de la liste des médicaments au CSSS;
- Harmonisation des commandes et des livraisons de narcotiques pour les centres d'hébergement du CSSS qui se font toutes la même journée;
- Harmonisation des abréviations permises et non permises au CSSS;
- Développement d'un service d'aide et de pharmacothérapie du lundi au vendredi de 8 h à 16 h à la pharmacie;
- Poursuite des rencontres cliniques entre le pharmacien, l'infirmière et le médecin;
- Début des travaux sur l'harmonisation des heures d'administration des médicaments pour les centres d'hébergement du CSSS;
- Harmonisation de la grille d'élimination intestinale en lien avec l'ordonnance collective DSI-OC-11;
- Validation de la disponibilité de la colle cutanée au magasin du CSSS en lien avec l'ordonnance collective DSI-OC-34;
- Retour sur l'utilisation de la règle des 5 BONS au CSSS et lien fait avec l'utilisation des méthodes de soins infirmiers de l'AQESSS;

- Formalisation de la nécessité d'apposer la signature au bas de chacune des FADM et d'apposer les initiales des infirmières et infirmières auxiliaires au fur et à mesure de l'administration de la médication d'un résident.

ÉTHIQUE

Comité d'éthique clinique

Le comité d'éthique clinique du CSSS en est à sa cinquième année d'existence. Il a pour but de réfléchir, d'échanger et de donner des avis sur des questions éthiques liées à la prestation des soins et des services.

Il peut être consulté dans des situations complexes, après que les dimensions 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.

COMPOSITION DU COMITE D'ETHIQUE CLINIQUE

Mme Josée-Anne Dunberry, ergothérapeute
 M. François Gagnon, animateur spirituel (titre en révision)
 M^e Alain Klotz, avocat spécialisé en droit de la santé
 Mme Geneviève Lavallée, infirmière
 Mme Murielle Pépin, conseillère externe en éthique clinique
 Mme Liliane Perreault, intervenante psychosociale (démission septembre 2010)
 Dr François-Yves Prévost, médecin
 M. Stéphane Rousseau, directeur des Services généraux à la jeunesse et à la famille et des Services multidisciplinaires

Entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011, le comité d'éthique clinique s'est rencontré en cinq occasions. En cours d'année, il a émis les cinq fiches éthiques suivantes :

- Fiche 1 : Arrêt de traitement, lors de maladie dégénérative;
- Fiche 2 : Refus d'un soin par une personne inapte;
- Fiche 3 : Sortie sans permission d'un résident;
- Fiche 4 : Objection de conscience et soins de fin de vie;
- Fiche 5 : Relation du personnel avec des usagers à l'extérieur des heures de travail.

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.

COMPOSITION DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DE SERVICES

M. Roch Bérubé, président
 M. André Gagnière, directeur général et secrétaire
 Mme Nicole Bourgeois
 Mme Mireille Doré
 Mme Cécile Légaré
 M. Pierre Jolin, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
 Mme Hélène Barral, directrice de la Qualité et des Communications

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 2010-2011, le comité de vigilance et de la qualité des services s'est réuni à trois reprises, et il a entre autres abordés les sujets suivants :

- Suivis des plans d'action relatifs au rapport d'investigation du coroner (Événement du 2 février 2008) et du Protecteur du citoyen (22 janvier 2010, dossier jeune);
- Évaluation de la situation des Services de soutien à domicile et de l'attente;
- Plan d'action 2009-2012 du comité de prévention et contrôle des infections;
- Activités du commissaire local : Bilan 2009-2010, suivi période de ses recommandations, Tournée du commissaire local auprès des intervenants : « *Pour une vision commune de l'examen des plaintes* », Plan de travail 2010-2011.
- Bilan 2009-2010 du comité de gestion des risques et suivi des statistiques des incidents-accidents tout au long de l'année;
- Bilans par les directions de l'atteinte du plan d'amélioration demandé par Agrément Canada;
- Plan d'amélioration du Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest — Visite ministérielle des 6 et 7 janvier 2010;
- Résultats du sondage de satisfaction de la clientèle — Février à août 2009.
- Résultats du sondage sur la mobilisation du personnel — 8 octobre 2010;

Comité de révision

Cette année, le comité de révision a reçu une demande relative à l'insatisfaction d'un usager quant à l'attitude d'un médecin lors d'une consultation en CLSC.

COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION

Mme Nicole Bourgeois, présidente
Dre Diane Brideau
Dr Van Tri Nguyen

Au cours de l'année 2010-2011, le comité s'est réuni à quatre reprises afin de procéder à la révision du traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur. À la fin de son examen, le comité a confirmé la conclusion du médecin examinateur. Par ailleurs, dans un objectif d'amélioration de l'exécution de ses fonctions, le comité de révision a déposé auprès de la présidente du conseil d'administration une série de recommandations découlant de ses travaux.

L'AGRÉMENT

Le 30 novembre 2010, Agrément Canada nous a décerné notre agrément définitif pour la période 2008-2011. Pour obtenir cette accréditation, le CSSS devait répondre à certaines conditions dont celle de refaire un sondage auprès de son personnel sur le climat de travail afin d'évaluer les améliorations réalisées depuis deux ans. Ce sondage a été fait en septembre et les réponses des 633 répondants montrent une nette progression depuis 2008.

De manière générale, nous nous sommes améliorés dans toutes les catégories étudiées par le Conseil québécois d'agrément, soit :

- la réalisation des personnes dans leur travail;
- l'implication du personnel dans leur travail et dans l'atteinte des objectifs de l'organisation;
- la collaboration entre les personnes et les équipes;
- le soutien des gestionnaires à l'égard des employés;
- la communication;
- le *leadership*.

| Indicateur | Résultats 2008 en % | | Résultats 2010 en % | | |
|-------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|-------------|-----------------------|
| | CSSS | Couleur ¹⁵ | CSSS | Autres CSSS | Couleur ¹⁵ |
| Réalisation | 71,27 | | 74,03 | 75,32 | |
| Implication | 61,16 | | 68,92 | 67,92 | |
| Collaboration | 69,69 | | 72,81 | 75,10 | |
| Soutien | 59,16 | | 64,42 | 65,78 | |
| Communication | 56,80 | | 61,55 | 63,35 | |
| <i>Leadership</i> | 58,42 | | 62,66 | 66,07 | |

La plus importante progression se situe au niveau de l'implication des employés dans leur travail avec une amélioration de près de 8 %.

La couleur jaune nous indique que nous avons maintenant atteint un climat de travail qui doit être consolidé, en poursuivant les actions que nous menons dans ce sens depuis deux ans.

Les résultats par catégorie professionnelle...

De manière plus particulière :

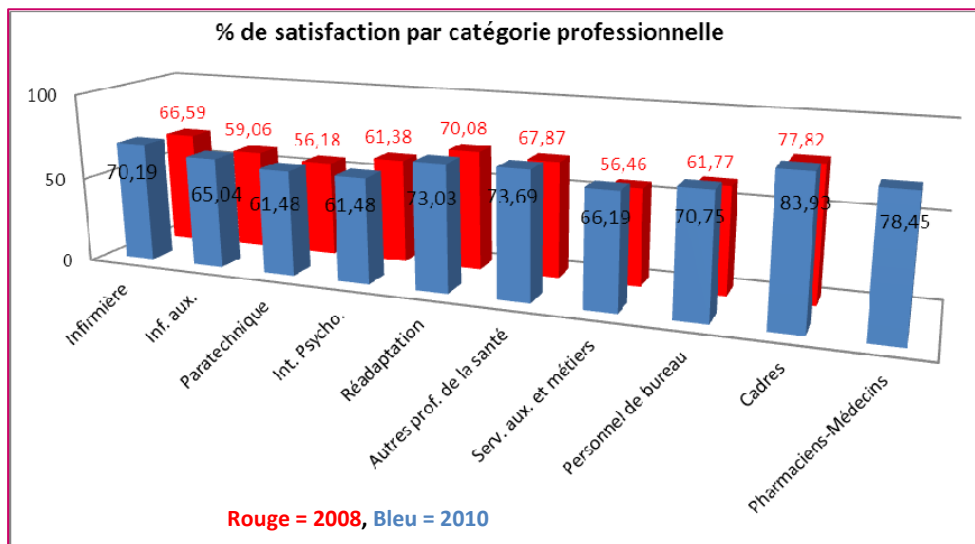
- les cadres, les pharmaciens, les médecins et les autres professionnels de la santé¹⁶ expriment plus de satisfaction sur le climat de travail;
- les intervenants psychosociaux et le personnel paratechnique¹⁷ sont les deux catégories qui affichent la moins grande satisfaction.

¹⁵ Codes couleurs : couleur verte : zone d'excellence, couleur jaune : résultats à consolider ou à améliorer, zone rouge : zone de faiblesse.

¹⁶ Assistant en pharmacie, éducateur, hygiéniste dentaire, technicien en hygiène dentaire, hygiéniste du travail, orthophoniste, technicien en hygiène du travail, technicien en loisirs, technologue en radiologie, conseiller clinique non cadre, animateur de pastorale...

¹⁷ Auxiliaire familiale et sociale et préposé aux bénéficiaires.

Par contre, les réponses du personnel des services auxiliaires et métiers¹⁸ ainsi que du personnel de bureau se sont beaucoup améliorées depuis 2008 puisque les résultats pour ces deux catégories professionnelles se sont accrus de près de 9 %. De même, les résultats des infirmières auxiliaires, des cadres, du personnel paratechnique et des autres professionnels de la santé se sont améliorés de plus de 5 %.



¹⁸ Aide cuisinier, aide en alimentation, buandier, cuisinier, conducteur, gardien de sécurité, opérateur de machine à laver, préposé service alimentaire, ouvrier de maintenance, ouvrier d'entretien général, préposé à la buanderie, préposé à l'entretien ménager...

Le traitement des plaintes



En 2010-2011, le commissaire local a conclu 173 dossiers de différents types de plaintes, comparativement à 164 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. Cette année, une attention a été portée afin de bien informer l'usager de la différence

entre la plainte et l'assistance, notamment celle que le droit au deuxième recours n'est possible que par la plainte, et non par l'assistance.

Les plaintes représentent environ 51 % des dossiers conclus, comparativement à 41 % l'année dernière, et à 43 % il y a deux ans. Ces 173 dossiers ont généré l'examen de 212 objets ainsi répartis entre les missions de l'établissement.

| | Nombre 2008-09 | Nombre 2009-10 | Nombre 2010-11 |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Plaintes | 78 | 67 | 88 |
| Assistances | 90 | 83 | 77 |
| Interventions | 15 | 14 | 8 |

| Mission | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 |
|--------------------------|------------|------------|------------|
| En centres d'hébergement | 65 | 38 | 19 |
| En CLSC | 146 | 155 | 185 |
| Hors CSSS | 10 | 11 | 8 |
| TOTAL | 221 | 204 | 212 |

En centre d'hébergement, le nombre d'objets a diminué de 50 % par rapport à l'an passé, et de 70 % par rapport à il y a deux ans. En CLSC, le nombre d'objets a progressé au cours des deux dernières années. Voici la répartition, par motif, des 212 objets de tous types de plaintes.

| Motifs des objets | Plaintes et interventions | Assistances |
|---------------------|---------------------------|-------------|
| Accessibilité | 23 | 24 |
| Aspect financier | 2 | 3 |
| Droits particuliers | 6 | 8 |
| Organisation | 1 | 7 |
| Relations | 26 | 2 |
| Soins et services | 77 | 25 |
| Autres motifs | --- | 8 |
| TOTAL | 135 | 77 |

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, 71 % des plaintes et des interventions ont fait l'objet de mesures correctives, comparativement à 73 % l'an passé et à 79 % il y a deux ans. Ainsi, 107 mesures d'amélioration ont été apportées.

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, dont les services sont principalement rendus à leur domicile.

Le commissaire local a répondu à six demandes de consultation, pour des motifs comme l'encombrement des chambres des résidents, le refus de résidents de recevoir les visites de surveillance de nuit, les conditions de cessation d'hébergement (programme d'hébergement pour évaluation), les comportements perturbateurs des proches et l'encadrement de leurs visites, l'acceptation de cadeaux par le personnel et les conflits d'intérêts, ainsi que l'analyse d'un événement grave ayant affecté une résidente.

Des acteurs internes sollicitent aussi l'opinion du commissaire local sur l'orientation de politiques ou procédures, dans la volonté de respecter les droits et responsabilités des usagers.

Le commissaire a présenté des rapports particuliers au comité de direction du CSSS et fait une tournée interne de promotion et d'information qui a permis de rencontrer 325 employés.

Il a également collaboré au fonctionnement du régime des plaintes, par exemple sa présence à des comités internes (comités des usagers, de gestion de risques), à des activités d'orientation de la Direction générale, à des rencontres internes de mise à niveau du fonctionnement du régime, à des rencontres statutaires avec la Direction de la qualité et des communications et la Direction générale, ou des activités 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

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 2010-2011, les médecins examinateurs ont conclu neuf dossiers de plaintes, soit deux en centre d'hébergement et sept en CLSC. Ces neuf dossiers ont généré l'examen de 10 objets différents ainsi répartis : deux sur les relations et huit sur les soins et services.

Enfin, un de ces 10 objets a été conclu avec mesures, entraînant l'application de deux mesures pour atténuer les conséquences des situations problématiques ou en éviter la répétition.



Pour la Direction des ressources humaines, l'année 2010-2011 a été marquée par les départs et l'arrivée de nouvelles personnes, dont la directrice, qui ont occasionné une réorganisation du travail dans certains secteurs d'activités, toujours avec l'objectif d'assurer de meilleurs services à notre clientèle.

Au cours de l'année, le CSSS a établi un partenariat avec la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île afin de devenir un centre accueillant en stage les finissants au titre d'emploi de préposés aux bénéficiaires et ainsi favoriser notre recrutement. Nous envisageons d'étendre ce partenariat à d'autres titres d'emploi.

Également, dans le but d'obtenir pour chaque poste une description d'emploi, une formation d'aide à la rédaction de description de poste a été offerte à tous les gestionnaires. Un registre de descriptions de postes a aussi été élaboré.

Nous avons aussi procédé à la révision d'une disposition des ententes locales pour la liste de rappel, permettant de planifier à plus long terme les remplacements et ainsi assurer une meilleure planification des ressources, tout en permettant aux employés de connaître à l'avance leur horaire de travail. Ceux-ci consultent maintenant leur horaire sur un guichet électronique.

Nous avons également élaboré un calendrier d'affichage comportant neuf affichages entre septembre et juin. Cette planification améliore l'efficacité de l'activité et permet une meilleure vue d'ensemble des postes disponibles.

PORTRAIT DU PERSONNEL

Au 31 mars 2011, le CSSS de la Pointe-de-l'Île comptait 1 502 employés.

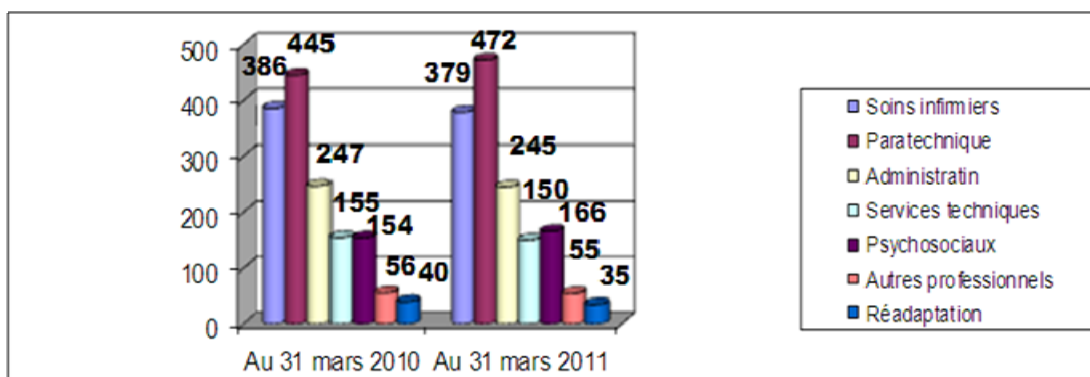
LES RESSOURCES HUMAINES DU CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

| | Exercice 2010-2011 | Exercice 2009-2010 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Note 1 : | | |
| Effectifs de l'établissement | 1 502 | 1 399 |
| Les cadres : (en date du 31 mars) | | |
| - Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 65 | 69 |
| - Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 1,38 | 1,4 |
| - Nombre de cadres en stabilité d'emploi | --- | --- |
| Les employés réguliers : (en date du 31 mars) | | |
| - Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 545 | 535 |
| - Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 265,93 | 216 |
| - Nombre d'employés en sécurité d'emploi | --- | --- |
| Les occasionnels: | | |
| - Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice | 674 865,34 | 702 655 |
| - Équivalents temps complet (b) | 364,82 | 379 |

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

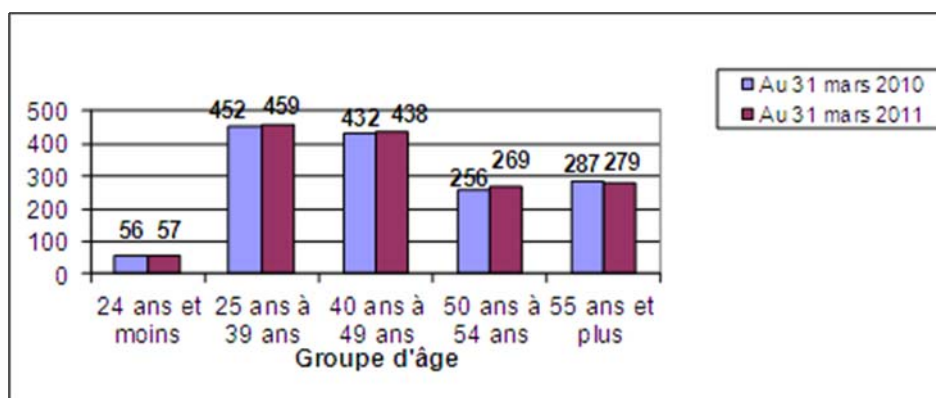
(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

Ci-contre, la répartition du personnel dans les différents secteurs du CSSS.

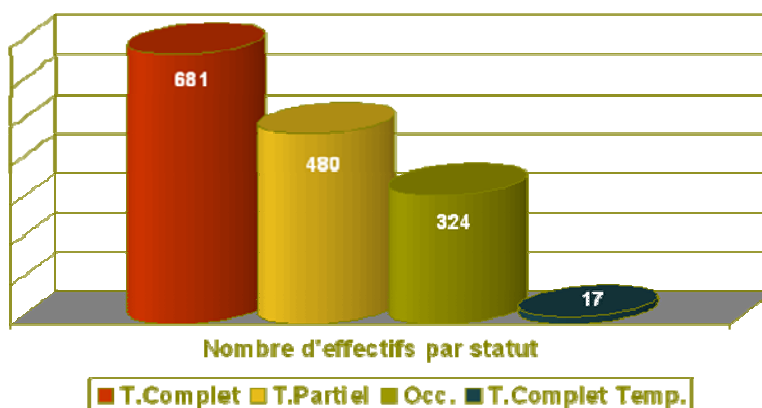


Âge moyen

L'âge moyen du personnel est de 44 ans. Notons que 548 employés ont 50 ans ou plus, ce qui représente 36,5 % de l'ensemble du personnel et 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 pose de sérieux défis de renouvellement de main-d'œuvre.



Parmi les employés, 681 d'entre eux occupent un statut à temps complet, 480 un statut à temps partiel, 324 un statut occasionnel et 17 un statut de temps complet temporaire.



DOTATION

Le dossier de la main-d'œuvre demeure prioritaire pour l'établissement. Cette année, 227 personnes ont été embauchées afin de combler les postes suivants :

| Titre d'emploi | Nombre de personnes embauchées | Nombre de personnes rencontrées en entrevue |
|--|--------------------------------|---|
| Préposé aux bénéficiaires | 39 | 81 |
| Préposé au service alimentaire | 9 | 17 |
| Infirmière auxiliaire | 20 | 33 |
| Agente administrative | 13 | 33 |
| Préposé à l'entretien ménager | 5 | 9 |
| Infirmière | 15 | 34 |
| Travailleur social professionnel | 17 | 35 |
| Infirmière clinicienne | 7 | 8 |
| Auxiliaire aux services de santé et sociaux | 5 | 5 |
| Technicienne en travail social | 4 | 5 |
| Employé retraité réembauché et nouveau cadre | 93 | 81 |
| TOTAL | 227 | 341 |

| ENTENTE DE GESTION MAIN-D'OEUVRE | | | |
|--|---------|----------|---------|
| | Cible | Résultat | Écart |
| Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier | 4,09 % | 1,77 % | 2,32 % |
| Pourcentage de recours à la MOI en personnel infirmier | 16,69 % | 17,56 % | -0,87 % |
| Pourcentage de recours à la MOI pour les infirmières auxiliaires | 5,03 % | 2,88 % | 2,15 % |
| Pourcentage de recours à la MOI pour les préposées aux bénéficiaires | 2,51 % | 0,95 % | 1,56 % |
| Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières | 60 % | 39 % | -21 % |
| 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. | | | |

DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

Formation

En 2010-2011, le CSSS a contribué grandement dans le développement de son personnel. En effet, les dépenses de formation pour cette année représentent 1,18 %¹⁹ de la masse salariale

¹⁹ En provenance de nos systèmes financiers (SAP).

et cumulent un total de 24 732²⁰ heures de formation. En 2010-2011, plus de 72 % des employés du CSSS ont reçu une formation.

| Employés | Nombre d'employés différents formés | Coûts * | Heures* |
|--------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|
| Total | 1 180 | 846 172 \$ | 24 732 |

*Sont exclus :

- Une grande partie des dépenses non déclarées lors de la demande de formation, telles que les repas, le déplacement, le stationnement ou l'hébergement;
- Les heures et le salaire des employés pour la supervision;
- 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 bénéficiaires marginaux.

Comité reconnaissance

Depuis quelques années déjà, la Direction générale du CSSS a mis sur pied un comité de reconnaissance du personnel. Ce comité a comme mandat de développer des activités de reconnaissance du travail des employés ainsi que des bons coups accomplis par ceux-ci. 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 d'excellence.

COMPOSITION DU COMITÉ DE RECONNAISSANCE

M. Denis Bénard, directeur général adjoint
 Mme Michèle Gauthier, directrice des Ressources humaines
 Mme Hélène Barral, directrice de la Qualité et des Communications
 Mme Mathilda Abi-Antoun, directrice des Services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique
 M. Stéphane Rousseau, directeur des Services généraux, à la jeunesse et à la famille et des services multidisciplinaires
 M. Marcel Jean, directeur des Ressources techniques et des immobilisations
 Mme Suzie Larrivée, conseillère cadre au développement organisationnel et à la formation

Comité Prix d'excellence

C'est en 2009 que 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.

COMPOSITION DU COMITÉ PRIX D'EXCELLENCE

Mme Nicole Bouchard, Centre d'hébergement Biermans
 Mme Josette Leclerc, Centre d'hébergement François-Séguenot
 Mme Michelle Morache, Centre d'hébergement Judith-Jasmin
 M. Phaniel Bellamy, Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest
 Mme Irène Joly, CLSC de Mercier-Est—Anjou
 M. André St-Georges, CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est
 Mme Linda Payette, CLSC de Rivière-des-Prairies
 M. Robert Duverger, Installation Anjou

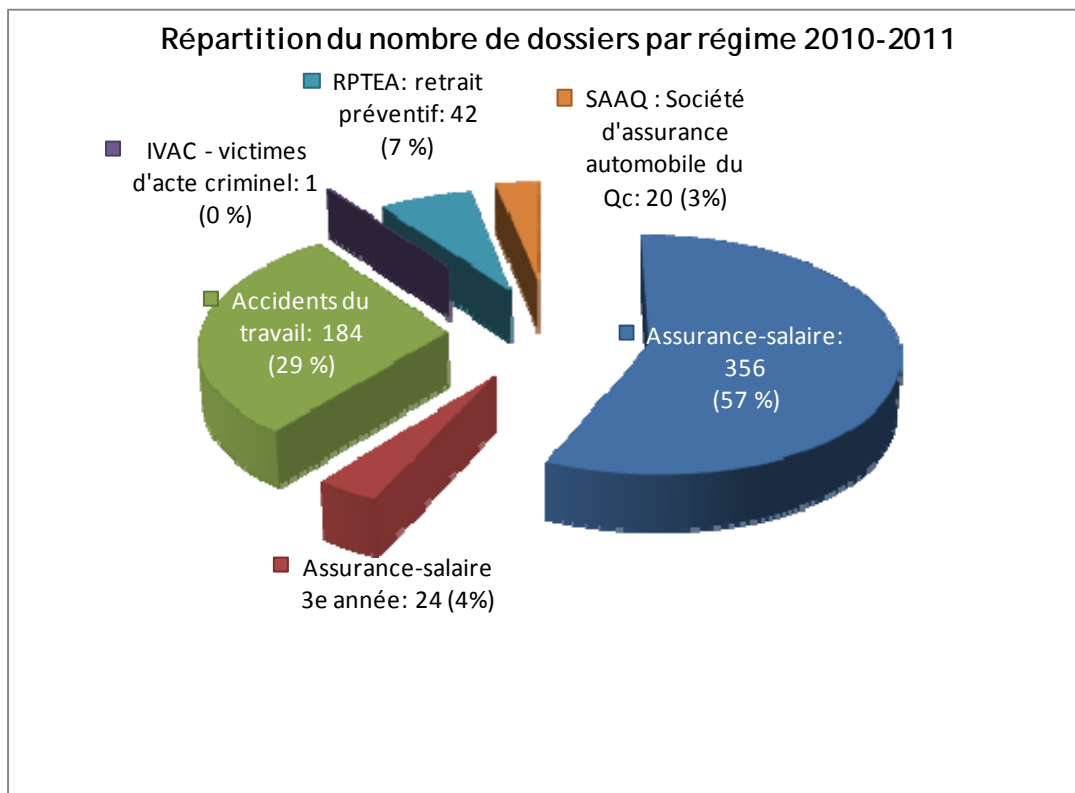
²⁰ En provenance de nos systèmes financiers (SAP).

Pour l'année 2010, un prix «J'ai du cœur» a été remis pour un employé de chacune des installations. Cette catégorie de prix reconnaît les employés, les cadres ou les médecins, pharmaciens qui répondent aux critères suivants :

- C = Cordialité et courtoisie;
- O = Ouverture au besoin de la clientèle et/ou des autres employés;
- E = Engagement envers les autres;
- U = Unanimentement reconnu pour son sourire
- R = Rayonnement dans son équipe ou son installation.

SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL (SST)

Composée de quatre personnes, dont une agente administrative, deux agentes de gestion SST et un chef de service, l'équipe SST est responsable de la gestion des différents régimes d'invalidité. De plus, elle soutient les activités de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et promeut la qualité de vie au travail, en conformité avec les valeurs du CSSS.



Assurance-salaire

Pour l'année 2010-2011, les efforts et les suivis faits dans le cadre du plan de la gestion intégrée de la présence au travail (GIPT) a permis au CSSS d'obtenir un résultat au-delà de la cible identifiée. Le GIPT fait partie et doit faire partie intégrante de la gestion pour maintenir et poursuivre l'amélioration. Le tableau suivant représente les résultats obtenus.

| ENTENTE DE GESTION ASSURANCE-SALAIRE | |
|--------------------------------------|--------|
| Cible | 6,93 % |
| Résultat | 6,69 % |
| Écart | 0,24 % |

Comité paritaire en santé et sécurité du travail

Au cours de la dernière année, outre le suivi de certains dossiers en prévention, un groupe d'employés a participé à une formation sur l'ergonomie de bureau. Cette formation a été donnée par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS).

Acti-Menu

Le programme Acti-Menu appuie les gestionnaires et accompagne les employés pour qu'ils améliorent leur bien-être et limitent les risques d'être atteints de maladie. Au cours de la dernière année, nous avons offert la formation sur l'activité physique. Nous sommes fiers d'être engagés dans ce programme depuis déjà quelques années.

Test d'ajustement des masques N-95

Dans l'éventualité d'une pandémie, il est de notre responsabilité de s'assurer que les tests d'ajustement des masques N-95 aient été faits auprès de nos employés. Cette activité se poursuit donc, lors des journées d'accueil de nos nouveaux employés.



LES COMMUNICATIONS 2010-2011 EN BREF :

- Bulletins internes : *Le Point CSSS, le Point CA; Point CII, Point CM, Point Médical, Défi Clientèle*
- Bulletin pour la clientèle : *L'Entr'aînés.*
- Informations électroniques : *intranet et Internet;*
- Relations avec les médias : *communiqués, rencontres de presse, revue de presse;*
- Événements spéciaux : *assemblée annuelle d'information, affiliation universitaire, inauguration de la radiologie, Semaine de la sécurité, fête de la rentrée..;*
- Production du rapport annuel;
- Élaborations de plan de communication pour la promotion d'activités internes et externes : campagne de vaccination, promotion de la radiologie, amélioration de la performance;
- Outils promotionnels : *dépliants, vidéo, affiches...*
- Campagne de collecte de fonds pour la Fondation;
- 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 pour lesquels est interpellée 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 du CSSS restent aussi des activités de communication internes d'importance.

Cette année, la direction a privilégié les communications internes et plusieurs dossiers stratégiques ont retenu son attention :

- La mobilisation du personnel a représenté une des priorités de communication à l'interne. Le lancement auprès des employés des valeurs Espri santé a couronné une démarche de plus d'une année. Le personnel peut maintenant s'appuyer sur des valeurs partagées et une définition plus précise de la mission et de la vision organisationnelle.
 - Le CSSS a entrepris au début de l'automne une démarche d'amélioration de la performance pour laquelle nous avons développé un bulletin interne d'information et un plan de communication soutenant les cadres dans cet important changement de culture organisationnelle.
 - La Fondation du CSSS de la Pointe-de-l'Île a lancé une campagne de collecte de fonds auprès des employés sous la forme de la vente de billets donnant droit à la participation de 5 tirages de lots de 2000 \$. La direction a été étroitement liée à cette campagne afin d'en assurer la conception et la promotion.
- En plus de produire régulièrement deux bulletins internes, soit 5 numéros du *Point CSSS* et 9 numéros du *Point CA*, la Direction a travaillé à la création de deux journaux : *Défi clientèle*, qui a pour mission d'informer le personnel de l'évolution de notre démarche d'amélioration de la performance, et *L'Entr'aînés* qui découle de la fusion des journaux *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, dix plans de communication ont été élaborés en collaboration avec différentes directions afin de soutenir leurs activités promotionnelles internes ou externes : qualité de l'air, promotion des valeurs, campagne de collecte de fonds auprès des employés, amélioration de la performance, campagne de vaccination, promotion de l'imagerie médicale sur le territoire, promotion des bons coups, promotion du comité des usagers, promotion des services de santé mentale jeune, tarification des stationnements. La Direction a aussi réalisé divers outils de communication, tels que des affiches, des enseignes et une grille graphique afin de répondre à des besoins d'information du personnel. Elle a aussi conçu ou mis en page une dizaine de dépliants.
- Après cinq ans d'existence, la direction a décidé d'évaluer ses canaux et ses outils de communication. Cette évaluation a débuté par une analyse du cheminement de l'information à travers les canaux de communication à l'interne. L'audit réalisé a permis de cerner certaines zones à améliorer pour s'assurer que l'information circule de manière fluide. De la même manière, un sondage de satisfaction a été diffusé auprès des lecteurs du journal Le Point CA. Ce sondage montre que de manière générale le format et le contenu du journal sont appréciés. Les répondants ont toutefois émis la suggestion de privilégier la publication du journal en format électronique pour ceux qui avaient facilement accès à l'intranet.

Communications externes

Le CSSS a ralenti son plan de développement de la notoriété en raison des restrictions budgétaires liées à la loi 100. Toutefois, la couverture de nos grands événements par les journalistes des hebdomadaires locaux nous ont permis de continuer à communiquer à la population l'évolution de nos services; l'inauguration de la nouvelle radiologie au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est, l'assemblée générale annuelle ou la campagne de vaccination contre l'influenza sont de bons exemples de ces communications.



La Direction des ressources financières, matérielles et informatiques est responsable des activités relatives au budget, à la comptabilité générale, à la fiducie, à la paie et à l'approvisionnement. Elle a aussi sous sa responsabilité l'informatique et la téléphonie.

Ressources financières et matérielles

La direction a poursuivi ses activités courantes et les différents services ont été interpellés plus spécifiquement dans les dossiers suivants :

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

- Poursuite des travaux du comité d'harmonisation des fournitures médicales conjointement avec la DSI;
- Élaboration de plusieurs appels d'offres répondant aux exigences de la Loi sur les contrats des organismes publics;
- Redditions de comptes adressées aux différentes instances, plus particulièrement en lien avec la production du rapport financier annuel (AS-471);
- Révision des tâches pour assurer la polyvalence et le continuum des activités administratives;
- Renforcement des contrôles internes par une meilleure ségrégation des tâches;
- Participation à la préparation du dossier et des informations pour le traitement de l'équité salariale des cadres;
- Amélioration du processus de production de paie en lien avec notre fournisseur;
- Implication soutenu dans plusieurs dossiers organisationnels (OACIS, SARDM, RSIPA etc.);
- Accueil, intégration et formation de nouveaux employés ainsi que l'accueil et l'accompagnement de stagiaires;
- Soutien accru aux gestionnaires pour l'évaluation des coûts de main-d'œuvre indépendante dans le but de réduire le recours au personnel en provenance d'agences;
- Amélioration continu du processus budgétaire par des consultations et des rencontres avec les gestionnaires.

Ressources informatiques

Les ressources informatiques offrent des services d'assistance et de soutien technique pour les technologies de l'information et la téléphonie ainsi que la gestion de projets et la sécurité des actifs informationnels. Elles 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, tout en veillant à harmoniser les pratiques.

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

- La mise en place d'un nouveau système d'informations pour les services de radiologie;
- Le remplacement du système d'informations pour les services de la pharmacie;
- La participation à l'évaluation et à la planification des ressources technologiques dans le cadre du projet OACIS, pour la phase de numérisation des dossiers cliniques;
- La participation à la planification des ressources dans le cadre du projet de réseau des soins intégrés aux personnes âgées (RSIPA), à l'évaluation des technologies offertes et la mise en œuvre de tests de connectivité à travers le territoire de desserte;
- La migration de notre réseau de télécommunications RTSS vers le nouveau RITM;
- L'augmentation de 40% du nombre d'ordinateurs et leur déploiement;
- La participation à l'élaboration d'un appel d'offre régional pour le remplacement des systèmes téléphoniques par une téléphonie IP;
- L'accueil et l'accompagnement de stagiaires.

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.

La Direction des ressources techniques et des immobilisations se compose de plus de 50 employés travaillant dans les différentes installations du CSSS. Il s'agit d'employés d'hygiène et salubrité, d'ouvriers d'entretien, de technicien en bâtiment, de technicien en mécanique, de buandiers, de préposés à la buanderie, de chefs d'activités et de chefs de services.

- 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.

Durant l'année 2010-2011, la direction a effectué une réorganisation :

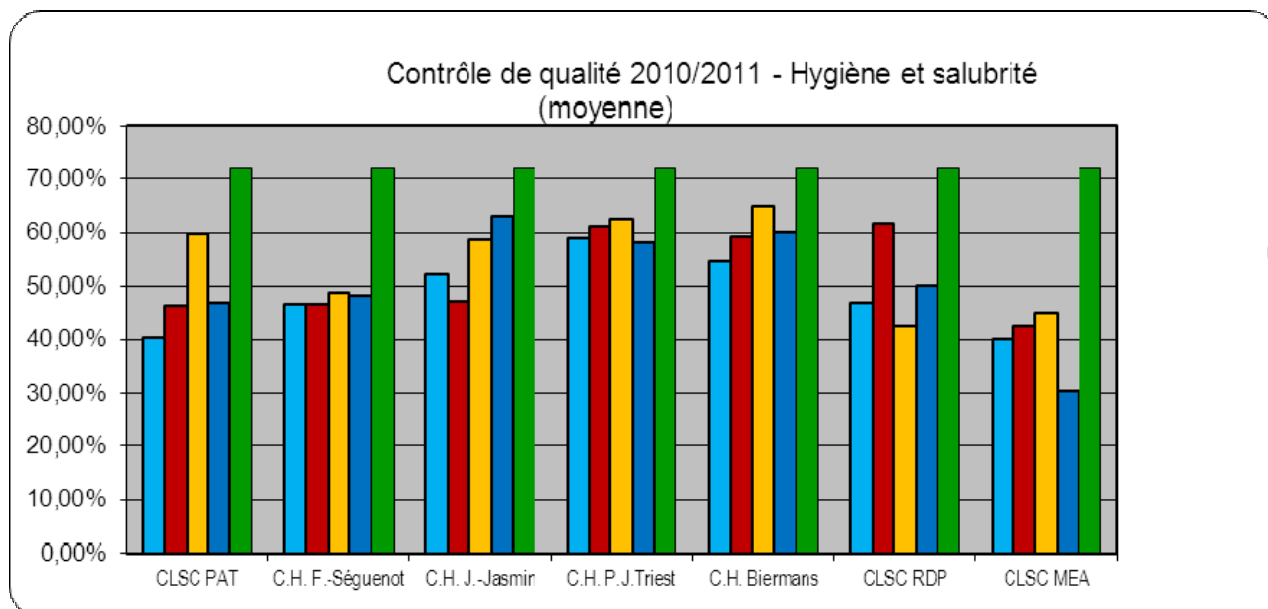
- La nomination d'un chef de service du fonctionnement et des installations matérielles, responsable du fonctionnement et de l'entretien des activités des centres d'hébergement, des CLSC de Pointe-aux-Trembles et de Rivière-des-Prairies et de l'évaluation des ressources intermédiaires.
- La nomination d'un chef d'activité en hygiène et salubrité, et de la buanderie des centres d'hébergement, ainsi que des CLSC de Pointe-aux-Trembles et de Rivière-des-Prairies, également responsable de la sécurité (agents de sécurité) en centre d'hébergement.
- La nomination d'un responsable des espaces locatifs du CLSC de Mercier-Est-Anjou et de l'Installation Anjou, de la gestion de projets et de la gestion des espaces des installations du CSSS.

Hygiène et salubrité

L'amélioration constante de la qualité des services d'hygiène et de salubrité dans toutes les installations du CSSS est un des objectifs importants de la Direction. Divers projets en ce sens ont eu cours en 2010-2011 ou sont en voie d'être réalisés, tels :

- La formation des employés d'hygiène et salubrité sur les techniques de travail et de désinfection;
- Un nombre de 250 heures de formation allouées aux nouvelles techniques de travail, aux nouveaux produits et aux mesures de prévention des infections, dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité;
- L'élaboration de plans de travail pour tous les employés en hygiène et salubrité et l'évaluation de qualité réalisée régulièrement par une firme externe;
- L'ajustement des heures de services en regard des besoins de la clientèle et du service d'urgence lors des repas et des pauses du personnel.

Le graphique suivant démontre les contrôles de qualité effectués trimestriellement dans les centres d'hébergement et bi-annuellement dans les CLSC. Le maximum de points possible d'un prototype est de 18 sur 25 ou 72 %. Voilà pourquoi l'objectif a été fixé à 72 %, car il est impossible d'atteindre une note parfaite de 100 %. Les contrôles de qualité sont faits après que les employés d'hygiène et salubrité soient passés, parfois le lendemain de l'entretien, ce qui, par exemple, peut déjà laisser une légère trace de poussière accumulée.



Contrôles : ■ Avril 2010 ■ Juin 2010 ■ Septembre 2010 ■ Janvier 2011 ■ Objectifs 72 %

Répertoire des surfaces

Les surfaces ont été répertoriées pour les quatre centres d'hébergement et des 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 et services et soins généraux.

| 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 | Réalisé |
| Désignation des entités responsables | Réalisé |

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

Accord de principe de l'entité responsable de la production et de la désignation

En effectuant l'analyse de chaque zone grise, un accord de principe a été établi afin de déterminer l'entité responsable de la production. Il y a eu planification du partage des tâches reliées à la gestion des zones grises et identification des responsables.

Accord de principe au conseil d'administration de l'établissement de la production et de la désignation

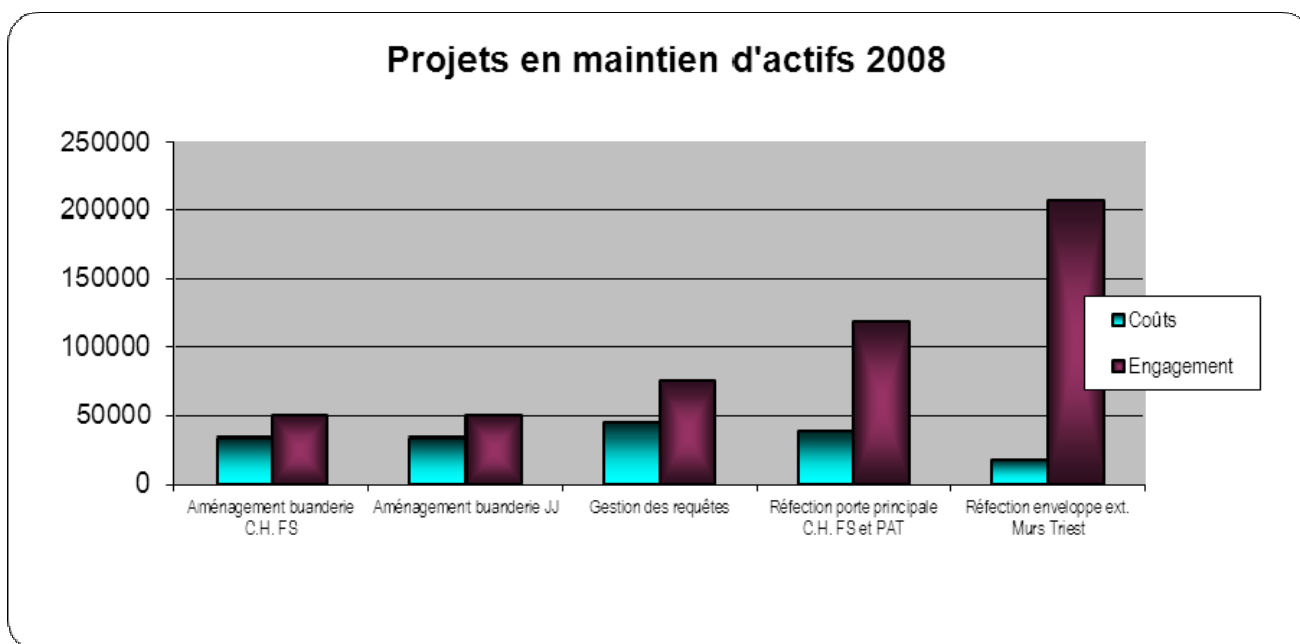
Le dossier des zones grises a été présenté au conseil d'administration à l'automne 2010.

Application

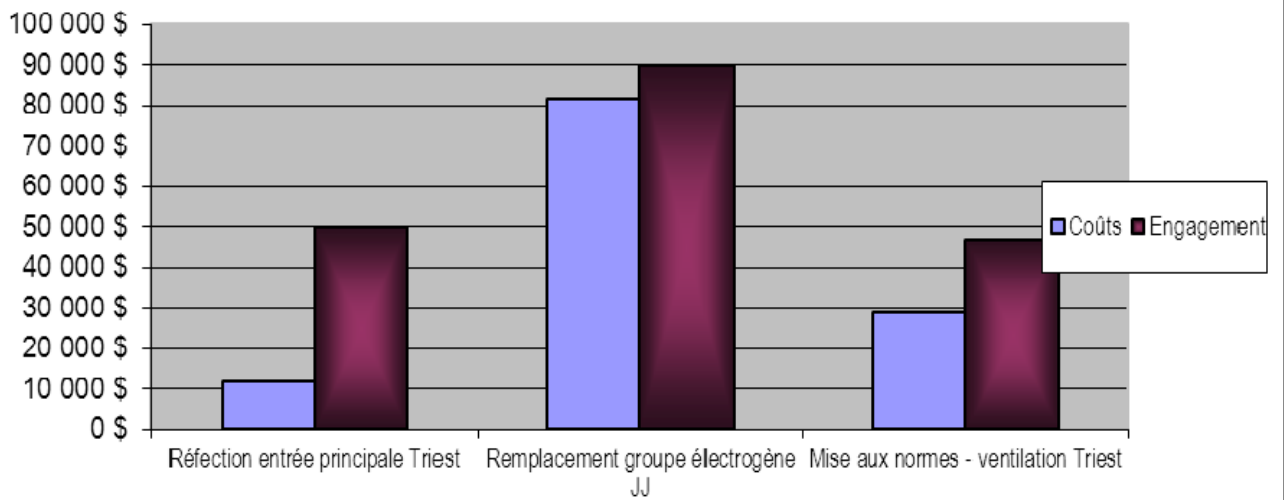
Les zones grises, sous la responsabilité du service d'hygiène et salubrité, seront assumées au printemps 2011 avec l'ajout de main-d'œuvre.

PROJETS D'ENTRETIEN

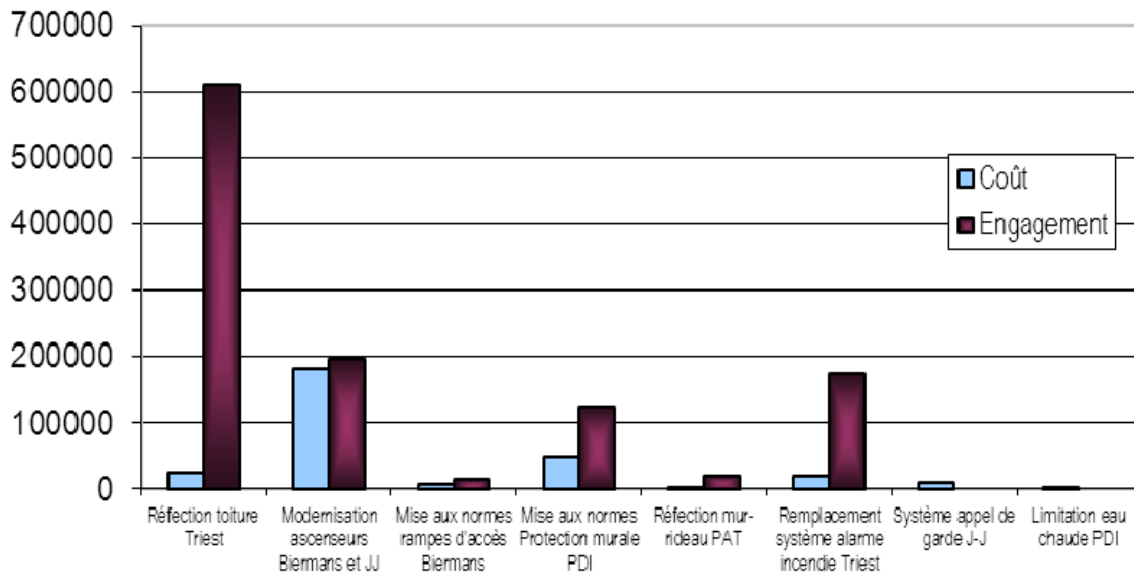
Les graphiques suivants présentent l'évolution des projets d'entretien en cours au CSSS.



Projets en maintien d'actifs 2009



Projets en maintien d'actifs 2010



Projets en rénovation fonctionnelle 2009-2010-2011

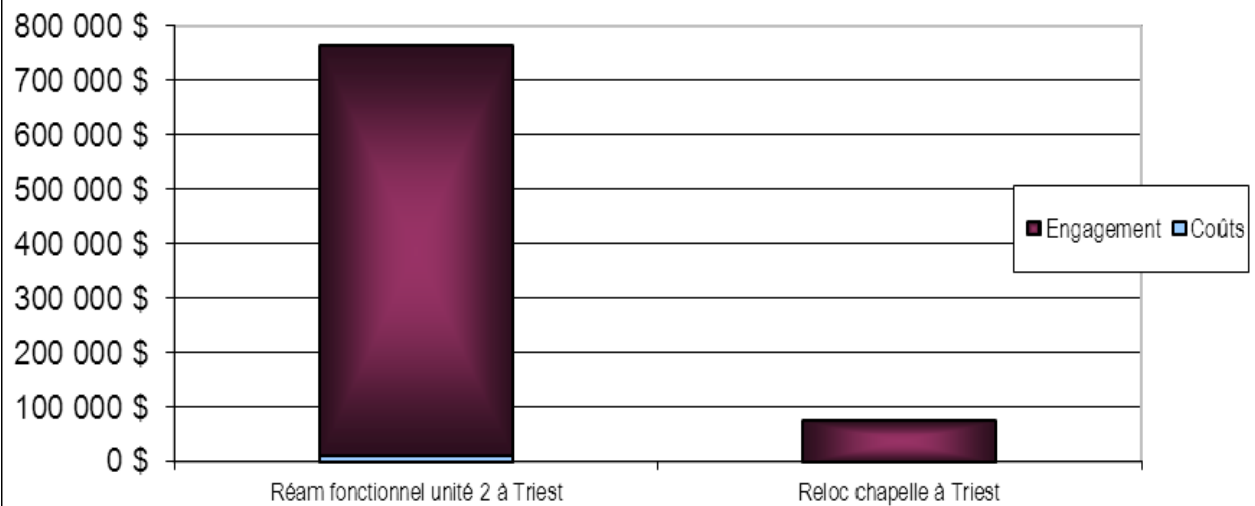


Tableau 64
PROJETS TERMINÉS EN 2010-2011

| | |
|---|---|
| CSSS | <ul style="list-style-type: none"> • Thermographe de l'entrée principale et des tableaux de distribution électriques du CSSS. |
| Centre d'hébergement Biermans | <ul style="list-style-type: none"> • Réfection des bassins de toitures; • Modernisation de l'ascenseur; • Remplacement du revêtement de plancher du corridor de l'aile D au sous-sol |
| Centre d'hébergement François-Séguenot | <ul style="list-style-type: none"> • Remplacement des planchers de salles de bain thérapeutiques; • Modification de deux chambres réfrigérées. |
| Centre d'hébergement Judith-Jasmin | <ul style="list-style-type: none"> • Mise aux normes et installation de nouveaux équipements aux services alimentaires. |
| Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest | <ul style="list-style-type: none"> • Aménagement des locaux pour la centralisation des opérations de la pharmacie. |
| CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est | <ul style="list-style-type: none"> • Réaménagement de la salle de radiologie. |

| Tableau 65 PROJETS EN COURS | |
|--|--|
| CSSS | <ul style="list-style-type: none"> • Mise aux normes de la protection murale; • Limitation d'eau chaude; • Préparation d'un tableau de bord; • Projet d'efficacité énergétique. |
| Centre d'hébergement Biermans | <ul style="list-style-type: none"> • Mise aux normes des rampes d'accès. |
| Centre d'hébergement François-Séguenot | <ul style="list-style-type: none"> • Aménagement de la buanderie; • Réfection de la porte principale; |
| Centre d'hébergement Judith-Jasmin | <ul style="list-style-type: none"> • Aménagement de la buanderie; • Remplacement du groupe électrogène; • Modernisation des ascenseurs; • Système d'appel de garde; |
| Centre d'hébergement Pierre-Joseph-Triest | <ul style="list-style-type: none"> • Réfection de l'enveloppe extérieure des murs; • Réfection de l'entrée principale; • Mise aux normes de la ventilation systèmes 8A et 8B; • Réfection de la toiture; • Remplacement du système d'alarme incendie; • Réaménagement fonctionnel de l'unité spécifique; • Relocalisation de la chapelle; |
| CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est | <ul style="list-style-type: none"> • Réfection de la porte d'entrée principale et des employés; • Réfection du mur-rideau. |

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 2011, à l'égard desquels la firme Raymond Chabot Grant Thornton a exprimé une opinion sans réserve dans son rapport daté du 14 juin 2011.

États financiers condensés

ÉTATS DES RÉSULTATS CONDENSÉS
DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011
CSSS DE LA POINTE-DE-L'ÎLE

| <u>ACTIVITÉS PRINCIPALES</u> | <u>\$</u> 2011 | <u>\$</u> 2010 |
|--|-------------------|-------------------|
| Revenus | | |
| Agence de la santé et des services sociaux de Montréal | 81 682 947 | 81 068 303 |
| Autres revenus | 11 317 988 | 10 526 010 |
| <u>Total :</u> | <u>93 000 935</u> | <u>91 594 313</u> |
| Charges | | |
| Salaires | 51 531 470 | 51 809 128 |
| Avantages sociaux | 12 673 462 | 12 570 826 |
| Charges sociales | 7 119 048 | 6 882 975 |
| Autres charges | 21 065 202 | 19 999 567 |
| Charges non réparties | 597 951 | 238 843 |
| <u>Total :</u> | <u>92 987 133</u> | <u>91 501 339</u> |
| Excédent des revenus sur les charges | <u>13 802</u> | <u>92 974</u> |
| | | |
| <u>ACTIVITÉS ACCESSOIRES</u> | | |
| Revenus | 2 196 711 | 1 967 008 |
| Charges | 2 133 326 | 1 949 716 |
| Excédent des revenus sur les charges | <u>63 385</u> | <u>17 292</u> |

| Bilans sommaires condensés au 31 mars 2011 | | | | | | |
|--|------------|------------|----------------|------------|------------|----------------|
| Années | 2011 | | | 2010 | | |
| | Actif | Passif | Solde de fonds | Actif | Passif | Solde de fonds |
| Fonds d'exploitation | 15 343 123 | 15 865 950 | (522 827) | 13 630 450 | 14 170 464 | (540 014) |
| Fonds d'immobilisations | 23 882 793 | 23 689 480 | 193 313 | 22 564 187 | 22 370 874 | 193 313 |
| Autres fonds | 562 792 | 562 792 | | 687 811 | 687 811 | |

Charges brutes par centre d'activités - activités principales

| | 2011 | 2010 |
|---|-------------------|-------------------|
| | \$ | \$ |
| CLSC | | |
| SERVICES À DOMICILE | | |
| • Soins infirmiers à domicile | 5 197 936 | 5 006 173 |
| • Soins infirmiers à domicile continus | 214 961 | 204 635 |
| • Aide à domicile | 7 864 980 | 7 429 165 |
| • Services psychosociaux à domicile | 2 600 909 | 2 266 226 |
| • Nutrition à domicile | 24 688 | 7 775 |
| • Intervention communautaire - Soutien à domicile | 142 201 | 131 873 |
| • Gestion et soutien aux programmes - Soutien à domicile | 1 464 880 | 1 044 840 |
| • Ergothérapie à domicile | 1 174 568 | 1 212 381 |
| • Physiothérapie à domicile | 720 739 | 602 128 |
| Total : | 19 405 862 | 17 905 196 |
| AUTRES | | |
| • Santé parentale et infantile - CLSC | 1 777 034 | 1 739 441 |
| • Santé scolaire | 1 207 120 | 1 130 855 |
| • Pharmacie en CLSC | 63 118 | 21 295 |
| • Nutrition-autres | 134 936 | 107 042 |
| • Gestion et soutien aux autres programmes | 2 570 533 | 2 569 590 |
| Total : | 5 752 741 | 5 568 223 |
| PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE | | |
| • Services dentaires préventifs | 330 825 | 371 164 |
| • Vaccination massive et urgente | 20 704 | 1 917 218 |
| • Prévention et protection de la santé publique (non réparti) | 250 678 | 326 540 |
| • Intervention communautaire-autres | 684 358 | 676 670 |
| • Lutte à une pandémie d'influenza | | 56 743 |
| Total : | 1 286 565 | 3 348 335 |
| PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDES | | |
| • Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille (GMF) | 77 733 | 99 021 |
| • Info-Santé | | 2 398 |
| • Services de santé courants | 2 920 336 | 3 146 115 |
| • Services psychosociaux - autres que Soutien à domicile | 1 361 492 | 1 291 646 |
| • Services psychosociaux (hors territoire) | 211 877 | 166 205 |
| • Centre de prélèvements | 562 296 | 536 045 |
| Total : | 5 133 734 | 5 241 430 |

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

| | 2011 | 2010 |
|---|-------------------|-------------------|
| | \$ | \$ |
| CLSC (suite) | | |
| PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE | | |
| • Centre de stérilisation | | 42 301 |
| • Inhalothérapie - autres | | 1 087 |
| • Radiologie générale | 192 031 | 276 240 |
| • Orthophonie pour enfants en CLSC | 47 417 | 114 840 |
| Total : | 239 448 | 434 468 |
| PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT | | |
| • Supervision et suivi des usagers en RNI-personnes en perte d'autonomie | 22 869 | |
| • Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie | 318 009 | 292 488 |
| • Gestion et soutien au centre de jour | 101 645 | 109 958 |
| Total : | 442 523 | 402 446 |
| AUTRES PROGRAMMES | | |
| • SANTÉ MENTALE - Services ambulatoires en première ligne | 1 733 832 | 1 366 978 |
| • JEUNES EN DIFFICULTÉ - Services psychosociaux pour jeunes et leur famille | 2 726 305 | 2 768 927 |
| • DEFICIENCE PHYSIQUE - Soutien aux familles-allocations | 299 254 | 252 522 |
| • DEFICIENCE PHYSIQUE - Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches | 116 378 | 160 139 |
| Total : | 4 875 769 | 4 548 566 |
| PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED | | |
| • Soutien aux familles des personnes D.I.-allocations | 447 014 | 430 986 |
| • Soutien aux familles des personnes TED-allocation | 314 044 | 276 098 |
| • Service aux usagers en milieu naturel - DI et TED | 654 354 | 600 314 |
| Total : | 1 415 412 | 1 307 398 |
| CENTRES D'HÉBERGEMENT NON EXCLUSIFS À UN PROGRAMME | | |
| • Services de pastorale | 105 326 | 94 127 |
| • Encadrement des ressources non institutionnelles | 134 685 | 190 351 |
| • Services psychosociaux à domicile | 90 182 | |
| • Services sociaux | 197 783 | 175 118 |
| • Pharmacie-usagers hébergés | 1 646 426 | 1 686 594 |
| • Physiothérapie | 349 834 | 323 294 |
| • Ergothérapie | 262 318 | 213 508 |
| • Animation-loisirs | 495 223 | 466 519 |
| • Transport externe des usagers | 200 235 | 163 560 |
| • Besoins spéciaux | 49 843 | 39 399 |
| Total : | 3 531 855 | 3 352 470 |
| PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE | | |
| • Déplacements des usagers entre établissements | 130 729 | 116 439 |
| • Nutrition clinique | 285 610 | 279 370 |
| Total : | 416 339 | 395 809 |
| PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PPALV) | | |
| • Ressources intermédiaires - PPALV | 1 440 459 | 1 163 530 |
| • Ressources non institutionnelles d'hébergement - PPALV | 1 067 969 | 867 513 |
| • Supervision et suivi des usagers en RNI-personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement | | 63 662 |
| • Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie | 9 714 544 | 9 879 463 |
| • Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie | 11 922 098 | 11 308 799 |
| • Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie | 601 210 | 544 791 |
| Total : | 24 746 280 | 23 827 758 |

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

| | 2011 | 2010 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | <u>\$</u> | <u>\$</u> |
| <u>ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES</u> | | |
| • Administration des soins | 2 135 985 | 2 025 319 |
| • Coordination et soutien | 77 768 | 81 188 |
| • Direction générale | 1 374 107 | 1 290 616 |
| • Administration financière et du personnel | 3 074 896 | 3 302 673 |
| • Administration des services professionnels | 209 035 | 248 829 |
| • Approvisionnement et services | 455 308 | 465 848 |
| • Administration des services techniques | 494 733 | 501 830 |
| • Informatique | 632 863 | 633 634 |
| • Réception-archives et télécommunications | 2 665 523 | 2 359 126 |
| • Alimentation | 4 800 111 | 4 624 791 |
| • Buanderie | 668 194 | 664 164 |
| • Entretien des vêtements des usagers | 124 238 | 137 465 |
| • Cueillette, distribution et autres charges | 472 499 | 464 385 |
| • Personnel en prêt de service | 204 227 | |
| • Frais généraux | (31 353) | (32 239) |
| Total : | 17 358 134 | 16 767 629 |
| <u>GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS</u> | | |
| • Hygiène et salubrité | 1 924 569 | 1 935 117 |
| • Gestion des déchets biomédicaux | 8 678 | 7 835 |
| • Fonctionnement des installations | 4 464 729 | 4 514 988 |
| • Sécurité | 256 007 | 426 007 |
| • Entretien et réparation parc immobilier-mobilier-équipement | 1 210 428 | 1 315 487 |
| • Frais généraux | (79 891) | (79 891) |
| Total : | 7 784 520 | 8 119 543 |
| PERSONNEL BÉNÉFICIAIRE DE MESURES DE SÉCURITÉ D'EMPLOI | | 130 025 |
| CHARGES NON RÉPARTIES | 597 951 | 238 843 |
| TOTAL DES CHARGES BRUTES | <u>92 987 133</u> | <u>91 588 139</u> |

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS¹

TABLE DES MATIÈRES

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

ANNEXES

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

PRÉAMBULE

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

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

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

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

A) OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

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

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

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

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

B) DÉFINITIONS

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

C) DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

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

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

À cette fin, l'administrateur :

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

Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

Neutralité

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

Discrétion

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

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

Relations publiques

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

Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

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

Conflits de rôle ou d'intérêts

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

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

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

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

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

Avantages ou bénéfices indus

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

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

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

Transparence

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

Interventions abusives

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

Concernant le directeur général

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

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

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

Le directeur général et les activités politiques partisans

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

L'exclusivité de fonctions du directeur général

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

Biens de l'établissement

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

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

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

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

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

D) MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Comité d'éthique et de déontologie

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

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

Examen sommaire

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

Tenue de l'enquête

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

Information de l'administrateur concerné

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

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

Transmission du rapport au Conseil

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

Décision

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

Sanctions

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

E) ENGAGEMENTS

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



ANNEXE I
DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

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

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

déclare les intérêts suivants :

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

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉES.

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

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

3. J'occupe les emplois suivants :

EMPLOI

EMPLOYEUR

préciser l'emploi et nommer l'employeur

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

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

Signature de l'administrateur



ANNEXE I
DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Déclaration des intérêts
du directeur général

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

déclare les intérêts suivants :

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

NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉS.

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

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

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

EMPLOI

EMPLOYEUR

préciser l'emploi et nommer l'employeur

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

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____

LE _____

Signature du directeur général



ANNEXE II
AFFIRMATION DE L'ADMINISTRATEUR

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

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

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

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

Signé à _____

le _____

Signature



ANNEXE III
AFFIRMATION DU RESPONSABLE DE L'APPLICATION DU CODE

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

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

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

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

Signé à _____

le _____

Signature

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



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

9503, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1L 6P2
Téléphone : 514 356-2572
www.cssspointe.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
- **Installation Anjou**
7905, boulevard Louis-H. La Fontaine, bureau 201
Montréal (Québec) H1K 4E4
Téléphone : 514 353-1441
- **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