
Centre de santé et de services sociaux
Lucille-Teasdale



Rapport annuel 2009-2010

**Déposé au conseil d'administration
du 8 juin 2010**

Sommaire

Lexique des principales abréviations.....	3
Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général.....	4
Déclaration par le directeur général.....	5
Mission.....	6
Portrait de la population du territoire.....	8
Conseil d'administration.....	9
Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) et comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CECIIA).....	10
Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)	10
Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ...	11
Comité de vigilance et de la qualité	12
Comité des usagers.....	12
Comité de gestion des risques et de la qualité	13
Autres comités du conseil d'administration	15
Effectifs du CSSS par catégorie d'emploi.....	16
Faits saillants de l'année 2009-2010	17
L'offre de service du CSSS	18
Les réalisations spécifiques aux directions	21
La qualité des services	39
Les directions de soutien à l'organisation.....	42
État des résultats	46
Suivi de l'entente de gestion	48
Attentes administratives.....	53
Annexe – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	62

Lexique des principales abréviations

ASSS :	auxiliaire aux services de santé et sociaux
CAFE :	crise ado famille enfance
CII :	conseil des infirmières et infirmiers
CIIA :	conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CMPC :	comité de maintien et de la promotion des compétences
CRI :	clinique-réseau intégrée
DI-TED :	déficience intellectuelle - trouble envahissant du développement
DP :	déficience physique
EFJ :	enfance-famille-jeunesse
GMF :	groupes de médecine familiale
HTA :	haute tension artérielle
MPOC :	maladies pulmonaires obstructives chroniques
PPA :	personnes en perte d'autonomie
PTI :	plan thérapeutique infirmier
RI :	ressource intermédiaire
RNI/RA :	ressource non institutionnelle ou alternative
RSIPA :	réseau de services intégrés aux personnes âgées
SAD :	soutien à domicile
SARDM :	système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
SIPPE :	services intégrés en périnatalité et en petite enfance

Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel 2009-2010 du Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale.

La lutte à la pandémie de grippe A (H1N1) est sans contredit l'événement de l'année. Dès avril 2009, nous avons mis en branle le plan de pandémie en lien avec le réseau de la santé du Québec : planification de sites non-traditionnels d'évaluation, test d'étanchéité au masque N95 et formation en ligne sur la pandémie pour tout le personnel du CSSS et des partenaires de cliniques médicales du territoire, renforcement des mesures de prévention des infections dans les centres d'hébergement et dans les services des CLSC, etc.

Au cours de l'été, dans l'attente que le vaccin soit disponible, nous nous sommes préparé au mandat de vaccination massive de toute la population de notre territoire. Une entreprise sans précédent qui a mobilisé un grand nombre d'intervenants. En novembre et décembre, une centaine de personnes étaient présentes de 5 h 30 le matin à 21 h au Stade olympique pour vacciner la population. Pour mener à bien cette opération d'envergure, plusieurs employés du CSSS se sont délestés de leurs activités habituelles pour être réaffectés au Centre de vaccination pour la planification des horaires, l'accueil, l'évaluation et la vaccination. Nous avons notamment dû fermer les centres de jour et l'hôpital de jour pour une certaine période.

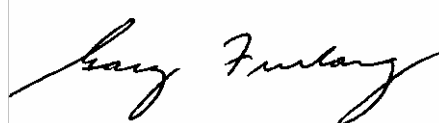
Compte tenu du nombre de personnes infectées à Montréal et de l'achalandage des urgences des hôpitaux, notre CSSS a été mandaté pour ouvrir une clinique de grippe. Encore là, des professionnels et des médecins du CSSS et de cliniques médicales du territoire ont réussi à mettre sur pied ce service en un temps record au CLSC Olivier-Guimond. Nous saluons l'engagement des nombreuses personnes qui ont planifié, organisé et qui ont été présentes au Centre de vaccination et à la Clinique de grippe.

Par ailleurs, comme vous le verrez dans le contenu de nos réalisations de ce rapport annuel, les autres employés ont réussi à assurer la continuité de tous les services et en développer de nouveaux, malgré les bouleversements qu'occasionnaient les activités reliées à la grippe A (H1N1). Nous remercions donc l'ensemble du personnel aussi bien clinique qu'administratif pour leur engagement et leur contribution quotidienne à l'amélioration de la qualité de vie et la santé de la population. De fait, ce que nous retenons de plus tangible de cette année de pandémie, c'est l'énergie et le leadership de nos équipes. Des équipes encore plus fortes et unies après avoir vécu une expérience hors du commun.

Nous soulignons également le soutien indéfectible de nombreuses personnes qui nous apportent, chacun à leur manière, une contribution précieuse. Ce sont les membres du conseil d'administration du CSSS, les membres de la Fondation et les bénévoles qui oeuvrent auprès de la clientèle.



Lise Tremblay
Présidente du conseil d'administration



Gary Furlong
Directeur général

Déclaration par le directeur général

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

Les résultats et les données du rapport annuel de l'exercice 2009-2010 du CSSS Lucille-Teasdale :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.



Gary Furlong
Directeur général

Mission

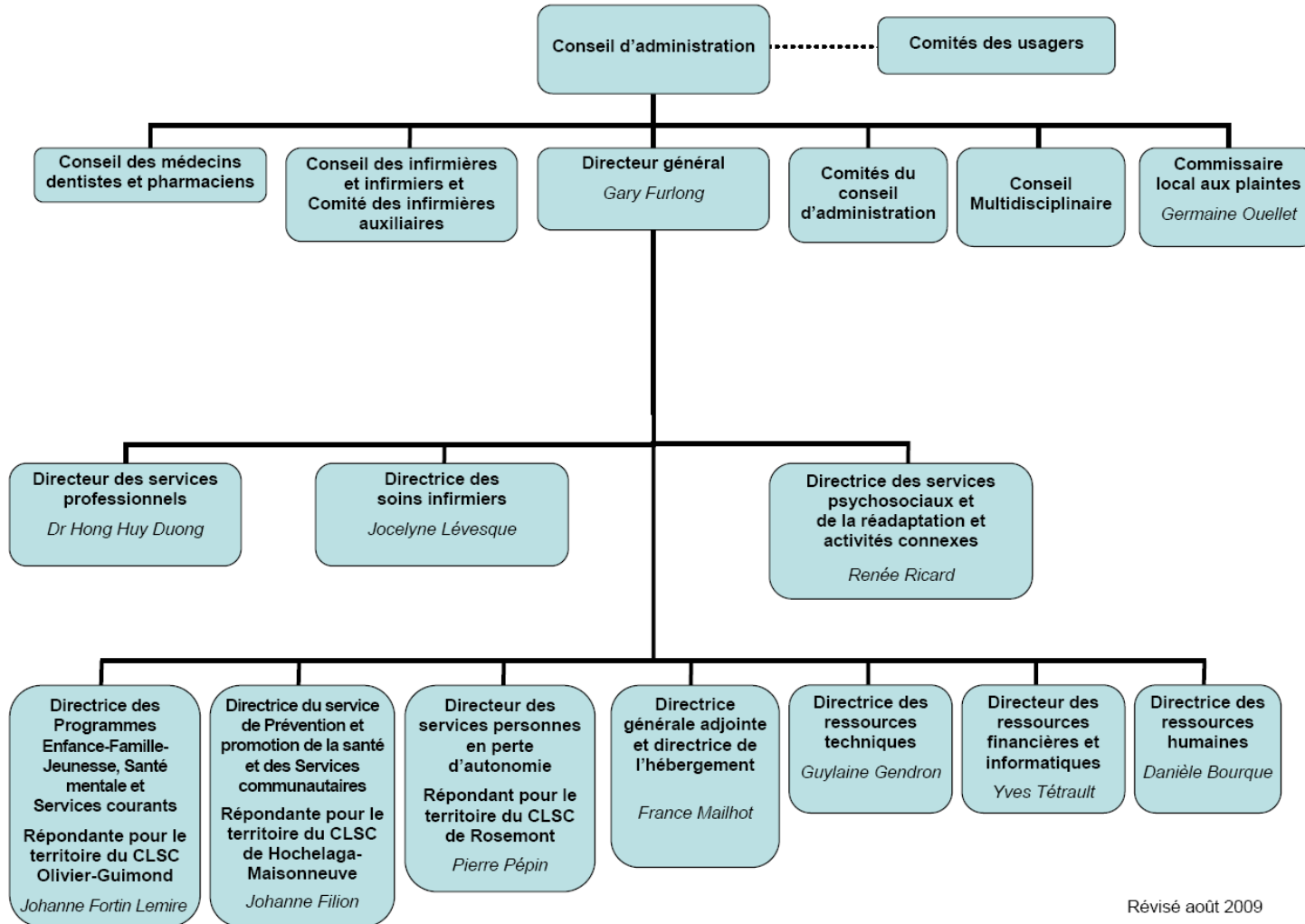
Le CSSS Lucille-Teasdale dispense des soins, des services de santé et des services sociaux et soutient le développement d'un réseau local de service afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population ainsi que l'accès aux services.

Nous desservons une population d'environ 172 000 personnes habitant dans trois quartiers de l'Est de Montréal, soit Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Ouest et Rosemont.

Nous comptons sur plus de 2 560 employés et médecins pour offrir des services de première ligne dans trois CLSC ainsi que des services d'hébergement aux personnes en perte d'autonomie dans sept centres d'hébergement et des services d'un centre de crise en santé mentale.

Notre établissement a choisi le nom de Lucille Teasdale comme dénomination sociale afin d'honorer la mémoire de docteur Teasdale, qui est une figure reconnue du domaine de la santé, ayant grandi dans le territoire même de notre Centre de santé et de services sociaux. D^{re} Teasdale fut la première Québécoise à obtenir un diplôme de chirurgienne, en 1955. Elle et son mari, Piero Corti, ont consacré leur vie à l'établissement d'un hôpital en Ouganda. D^{re} Lucille Teasdale a reçu de nombreux honneurs dont l'Ordre national du Québec et l'Ordre du Canada. Elle est décédée le 1er août 1996 et représente encore l'incarnation d'une véritable missionnaire de la santé.

Structure de l'organisation



Révisé août 2009

Portrait de la population du territoire

La population du territoire est de près de 172 000 personnes. Les écarts de revenus entre les quartiers du territoire sont importants, même si la moyenne ressemble à la moyenne régionale. La monoparentalité, la proportion de personnes seules, jeunes et âgées, continuent de démarquer le territoire par rapport à la région. Certaines portions du territoire sont caractérisées par l'âge avancé alors que d'autres accueillent une proportion importante de jeunes adultes (20-29 ans). La proportion de personnes immigrantes dépasse les 18 %, elle était de 15 % en 2001. Par ailleurs, 40 % des naissances du territoire ont été le fait de mères immigrantes (50 % dans Mercier-Ouest).

	CSSS L-T	Rosemont	H-M.	Mercier-O.	Montréal	Québec
Revenus (2005)						
Revenu médian des familles économiques (1) \$	50 457 \$	57 272 \$	41 895 \$	52 877 \$	54 660 \$	59 734 \$
Revenu médian des fam. éco. après impôt \$	44 735 \$	49 716 \$	38 124 \$	46 379 \$	48 195 \$	51 641 \$
Revenu moyen des familles économiques \$	60 832 \$	63 576 \$	49 234 \$	67 307 \$	74 662 \$	71 838 \$
% des familles éco. de faible revenu après impôt	16,7%	15,1%	25,2%	11,4%	16,6%	8,5%
% des personnes de faible revenu après impôt	25,5%	23,3%	35,0%	18,8%	22,8%	12,5%
% des moins de 6 ans à faible revenu après impôt	30,9%	25,5%	44,1%	24,8%	29,7%	14,3%
% des 65 ans + à faible revenu après impôt	23,6%	23,8%	34,2%	16,4%	17,0%	9,9%
Logement						
Loyer brut moyen \$	594 \$	598 \$	579 \$	610 \$	662 \$	603 \$
Valeur moyenne du logement \$ occupé par son propriétaire	254 854 \$	263 868 \$	215 898 \$	265 074 \$	306 766 \$	182 399 \$
Emploi, chômage						
Taux d'activité (2)	64,1%	64,3%	66,3%	60,9%	63,6%	64,9%
Taux d'emploi (3)	58,5%	58,7%	59,9%	56,6%	58%	60,4%
Taux de chômage (4)	8,6%	8,7%	9,7%	7,1%	8,8%	7%
Diplômes						
% des 25-64 ans ayant un certificat ou diplôme universitaire	26%	30%	22%	23%	33%	21%
% des 25-64 ans n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade	14%	14%	21%	16%	14%	17%
% des 15-24 ans n'ayant aucun diplôme	32%	31%	35%	31%	30%	37%
% des 15-24 ans ayant un certificat ou diplôme de cégep	21%	24%	18%	20%	20%	18%
% des 15-24 ans ayant certificat ou diplôme universitaire	10%	11%	9%	10%	14%	8%
Familles, ménages						
Couples avec enfants à la maison	13 710	6 850	3 065	3 795	199 860	914 885
Familles monoparentales	10 070	4 740	3 150	2 180	98 240	352 830
% monoparentalité	42%	41%	51%	36%	33%	28%
% des personnes en ménage privé vivant seules	24%	25%	26%	21%	17%	13%
% des personnes de 65 ans en ménage privé vivant seules	43%	45%	46%	36%	36%	31%
Immigration						
% personnes immigrantes sur la population en ménage privé	18,4%	19,9%	13,7%	20,9%	30,7%	11,5%
% des nouveaux immigrants (depuis 2001) sur pop " " "	5,3%	5,6%	5,5%	4,5%	7,5%	2,6%
Transport actif, population active occupée 15 ans et plus						
Transport en commun	40%	39%	45%	38%	33%	13%
À pied	7%	7%	9%	7%	8%	7%
Bicyclette	3%	3%	3%	1%	2%	1%
Âge de la population en ménages privés						
% 65 ans et plus	15,3%	16,6%	10,1%	18,7%	14,6%	13,5%
% 75 ans et plus	7,4%	8,5%	4,5%	8,8%	7,0%	5,8%
% 14 ans et moins	12,7%	13,0%	12,6%	12,2%	15,7%	16,8%
% des 20 à 29 ans	17,8%	16,2%	23,5%	14,3%	15,7%	12,9%
Naissances						
Naissances en 2009-2010	2 303	1 131	671	501		
% augmentation sur 2008-2009	2,6%	6,7%	0,6%	-3,1%		
% des enfants de mère immigrante (2009)	40,7%	47,4%	35,8%	52,1%		
% des enfants de mère ou père immigrants (2009)	49,8%	52,2%	41,6%	56,3%		

(1) Famille économique - Groupe de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et qui sont apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption.

(2) Taux d'activité : population active (au travail et en chômage) / population de 15 ans et plus

(3) Taux d'emploi : personnes occupées / population de 15 ans et plus

(4) Taux de chômage : chômeurs / population active (chômeurs + personnes au travail)

Membres des conseils et comités au 31 mars 2010

Conseil d'administration

M^{me} Lise Tremblay, PRÉSIDENTE
Retraitée
Représentante nommée par l'Agence

M^e Jean-Pierre Hébert, VICE-PRÉSIDENT
Directeur adjoint au Carrefour d'entraide
Lachine inc.
Cooptation – Organisme communautaire

M. François F. Robitaille, VICE-PRÉSIDENT
Retraité
Représentant de la population

M^e Marc Rochefort, VICE-PRÉSIDENT
Avocat
Représentant de la Fondation

M. Gary Furlong, SECRÉTAIRE
Directeur général du CSSS Lucille-Teasdale

M. Daniel Dauplaise
Préposé aux bénéficiaires au Centre
d'hébergement Marie-Rollet
Représentant des employés

M. François Gagnon-Clouâtre
Éducateur au CLSC de Hochelaga-
Maisonnette
Représentant du conseil multidisciplinaire

M^{me} Hélène Lachapelle
Retraitée
Représentante de la population

M^{me} Nicole Laliberté
Retraitée
Représentante du comité des usagers

M. Gérald Mathieu
Résident au Centre d'hébergement Marie-
Rollet
Représentant du comité des usagers

M. Pierre Riley
Directeur général de la Fédération des centres
d'action bénévole du Québec
Cooptation

D^r Maurice Thibault
Médecin à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Représentant nommé par l'Agence

M. Jacques Tricot
Agent de relations humaines au Centre de
crise de l'Entremise
Représentant du conseil multidisciplinaire

M^{me} Chantal Trudel
Infirmière au CLSC Olivier-Guimond
Représentante du conseil des infirmières et
infirmiers

D^{re} Anne-Marie Venne
Médecin au CLSC Olivier-Guimond
Représentante du conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECI) et comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CECIIA)

M^{me} Marie-Josée Simard, présidente (CII)
M^{me} Nicole Boulianne
M^{me} Mélanie Boulanger (CIIA)
M^{me} Nathalie Bousquet
M^{me} Mélanie Brown
M^{me} Maryse Charest
M^{me} Carolina Cortes, présidente (CIIA)
M^{me} Diane D'Amour (CIIA)
M. Gary Furlong
M^{me} Andrée Jauvin (CIIA)
M^{me} Johanne Laramée
M^{me} Claire Lavallée
M. Martin Leblanc
M^{me} Jocelyne Lévesque
M^{me} Marie-Claude Mélançon (CIIA)
M^{me} Marie-Josée Normand (CIIA)
M^{me} Marjolaine Pelletier
M^{me} Marie-Claude Robert

Le CII s'est réuni à sept reprises, incluant les Assemblées générales annuelles du CII et du CIIA. Les membres ont donné leurs avis et commentaires sur différents dossiers, notamment le guide d'accueil en hébergement, la formation des infirmières auxiliaires pour la thérapie intraveineuse, l'attraction et la rétention du personnel infirmier. Le CII et le CIIA ont participé à divers comités: rétention/attraction des professions en soins infirmiers, prévention et contrôle des infections, éthique clinique, concept milieu de vie, gestion des risques, orientation du projet clinique et, dans le cadre du projet de politique de distribution des médicaments et implantation des chariots à médicament, aux comités pharmaco-nursing médical et comité des chariots.

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)

M. François Gagnon-Clouâtre, président
M^{me} Pascaline Cosse
M. Gary Furlong
M. Marc Picard
M^{me} Renée Ricard
M. Martin Saint-Georges
M^{me} Francine Savaria

Au 1er avril 2010, le Conseil multidisciplinaire du CSSS Lucille-Teasdale regroupait 395 professionnels sous le volet de 22 professions ou titres d'emploi différents. Le CECM s'est réuni à 8 reprises dans plusieurs installations du CSSS. Il a donné son avis sur le Cadre de référence des services psychosociaux généraux et sur le Règlement sur les conflits d'intérêt au CSSS Lucille-Teasdale.

Le Conseil multidisciplinaire s'est penché sur les dossiers liés à la qualité des services et des pratiques professionnelles. Il a suivi de près l'implantation et l'impact des nouveaux programmes sur la qualité de la pratique et des services, notamment le programme 68. Le CECM s'est tenu informé des développements et de l'adoption de la Loi 21 et des membres du conseil multi ont poursuivi leur participation aux comités d'éthique clinique, d'orientation concept milieu de vie, de gestion des risques et d'orientation du projet clinique. Le CECM a confié au Comité de maintien et de la promotion des compétences le mandat opérationnel d'implanter et de faire le suivi des comités de pairs et des regroupements. Les membres du CMPC se sont rencontrés à 4 reprises au cours de l'année 2009-2010. Le comité vise à promouvoir la compétence des membres, notamment par son soutien aux deux

comités de pairs actifs - les thérapeutes en réadaptation physique en centre d'hébergement et les travailleurs sociaux en centres d'hébergement - et aux six regroupements professionnels actifs - Éducateurs du programme enfance / famille / jeunesse, Ergothérapeutes en centre d'hébergement, Techniciens en loisirs et récréologues en centre d'hébergement, Thérapeutes en réadaptation physique en centre d'hébergement, Travailleurs sociaux en centre d'hébergement, Psychologues en santé mentale adulte.

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

D^r Tuyen VoVan, président
D^r Hong Huy Duong
M. Gary Furlong
D^{re} Suzette Ghoubril
D^{re} Louise Laganière
M. Christian-Bernard Léger
D^r Gilles Liboiron
M. Jean-François Morin
D^{re} Johanne Plante
D^r Gamil Sary
D^{re} Anne-Marie Venne

Au cours de l'année 2009-2010, le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a tenu 6 réunions. Sur recommandation du comité des titres, l'exécutif a entériné les nominations de trois nouveaux médecins et accepté les démissions de quatre médecins.

Plusieurs ordonnances collectives ont été approuvées par le CMDP. Dans le cadre du processus d'uniformisation des formulaires, une grille permettant le suivi de l'anticoagulothérapie a été élaborée et un document intitulé «Seuil critique des paramètres biochimiques» a été retiré puisque les paramètres définis dans cette grille pouvaient représenter certains risques.

Une procédure concernant la distribution des médicaments ainsi que l'attribution des congés temporaires aux résidents ont été approuvées par le CMDP.

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Le comité d'évaluation médicale s'est réuni à quatre reprises. Au cours de l'année, les membres du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ont ciblé différents domaines pour l'analyse des dossiers actifs et inactifs dans les centres d'hébergement et les CLSC.

L'étude des dossiers a été répartie comme suit :

- Diabète 37 dossiers en CLSC
- Ostéoporose 57 dossiers en hébergement
- Transferts à l'hôpital 21 dossiers en hébergement
- Décès 87 dossiers en hébergement

Les membres ont constaté une amélioration dans la tenue des dossiers et ils ont recommandé de poursuivre le rappel aux médecins en ce sens. Des grilles pour l'étude des cas MPOC et les soins de fin de vie sont présentement en élaboration pour débiter différents domaines au cours de la prochaine année.

Comité de vigilance et de la qualité

M^e Jean-Pierre Hébert, président
M. Gary Furlong
M^{me} Nicole Laliberté
M^{me} Germaine Ouellet
M. François Robitaille

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité a fait rapport aux membres des plaintes reçues ainsi que des suivis de ses recommandations. Le comité a analysé plus particulièrement les problématiques liées à la gestion des ressources intermédiaires du CSSS.

Comité des usagers

M^{me} Nicole Laliberté, représentante des CLSC, présidente
M^{me} Lise Auger-Pagé, représentante de la Résidence du Jardin botanique
M. René Boileau, représentant des CLSC
M^{me} Jeannelle Bouffard, représentante des CLSC/Centres de jour
M^{me} Nicole Deschênes, représentante du Centre d'hébergement Éloria-Lepage
M^{me} Ghislaine Gagnon, représentante du Centre d'hébergement de la Maison-Neuve
M^{me} Pierrette Lamoureux, représentante du Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber
M^{me} Lucille Le Boudier, représentante du Centre d'hébergement Robert-Cliche
M. Gérald Mathieu, représentant du Centre d'hébergement Marie-Rollet
M^{me} Lise Ouimet, représentante des CLSC
M^{me} Corinne Plourde, représentante du Centre d'hébergement Rousselot
M^{me} Micheline Vermette, représentante du Centre d'hébergement J.-H.-Charbonneau

Le comité des usagers a tenu huit rencontres au cours desquelles il a abordé principalement les thèmes suivants : les activités de promotion afin de faire connaître le rôle du comité des usagers et des comités des résidents; les échanges avec les directions des programmes-clientèle du CSSS et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le partage d'informations sur les différentes instances et comités de travail du CSSS sur lesquels siègent des membres du comité des usagers.

Une des réalisations marquantes de la dernière année, fut d'organiser des rencontres d'information pour les résidents et les familles des ressources intermédiaires du CSSS Lucille-Teasdale. Ces activités de promotion ont suscité la mise en place d'un comité de résidents dans la ressource intermédiaire Jardin botanique. Le comité s'est également doté d'un site web au début de l'année 2010. Cet outil a pour but de promouvoir le comité des usagers et de permettre aux usagers et aux membres du comité d'échanger, d'exprimer leurs opinions et de faire part de suggestions.

Comité de gestion des risques et de la qualité

D^r Maurice Thibault, président
M^{me} Diane Frenette
M^{me} Guylaine Gendron
M. François Gagnon-Clouâtre
M^{me} Dominique Jérôme
M. Serge Laverdière
Mme Sylvie Lorange, remplacée par Mme Noëlla Robert et Mme Guylaine Landry successivement
M. Gérald Mathieu
M^{me} Christiane Morissette
M. Stéphane Nolin
M^{me} Germaine Ouellet
M^{me} Renée Ricard
M^{me} Suzanne Crête jusqu'en août 2009

Au cours de l'année 2009-2010 des changements se sont produits au niveau du poste de conseillère en gestion des risques et de la qualité. Deux personnes assument la coordination des activités reliées à la gestion des risques et à l'amélioration continue de la qualité.

Au cours de l'année, le comité de gestion des risques s'est réuni à quatre reprises. Les sujets traités sont :

- le suivi du plan d'action suite à la visite d'Agrément Canada,
- un état de situation des déclarations des incidents et des accidents,
- les événements sentinelles,
- la prévention et la gestion des infections,
- les liens avec le comité santé sécurité au travail.

Le comité a maintenu le suivi des transformations des processus de travail reliés à la distribution des médicaments. À cet effet, un comité pharmaco-nursing et médical a été créé par la direction des soins infirmiers. La conseillère en gestion des risques et de la qualité y participe et fait état des erreurs reliées à l'administration des médicaments et des mesures de prévention. Le comité de gestion des risques s'est préoccupé de la sécurité des usagers dans les processus reliés à la vaccination massive contre le virus H1N1.

Le comité de gestion des risques a émis des recommandations en regard de la sécurité des usagers :

- ⌘ - recommandation au comité de gestion local sur les orientations des pratiques sécuritaires pour les usagers nécessitant l'utilisation du lève-personne pour l'ensemble du CSSS ;
- ⌘ - recommandation au comité pharmaco-nursing en regard de la vérification de la médication ;
- ⌘ - recommandation auprès d'autres directions sur le risque de bris de confidentialité en lien avec l'inscription nominative sur les dossiers d'usagers et concernant la double vaccination contre le pneumocoque.

Le registre local dresse le portrait des incidents et des accidents du CSSS. Comme par le passé, la majorité des déclarations proviennent des centres d'hébergement. Cette année, la compilation des déclarations a été centralisée à la Direction des services psychosociaux de la réadaptation et activités connexes pour que toutes les déclarations soient validées par une conseillère en gestion des risques afin d'assurer une conformité des déclarations et des niveaux de gravité. Les données recueillies correspondent aux exigences du ministère et seront transférées au registre national au courant de l'année 2010 selon les prévisions ministérielles.

Nous sommes en mesure d'identifier le niveau de gravité de chacune des catégories d'incidents et d'accidents.

État de situation incidents /accidents :

	2009-2010	2008-2009
Nombre de déclarations	5572 (+4%)	5 338
Catégorie chutes	2559 (49 %)*	2 598 (49 %)
Catégories erreurs de médicaments	1275 (24 %)*	1 264 (24 %)
Catégorie blessures / environnement et autres	1107 (21 %)*	1 476 (27 %)

Le total de 5572 déclarations se ventile dans les mêmes proportions que l'année dernière. *Les pourcentages de chutes, erreurs de médicaments et autres événements sont approximatifs et ont été compilés à partir d'un sous-total. Une légère hausse du nombre de déclaration 4% reflète l'importance que le CSSS accorde à la prestation sécuritaire des services.

Aucune demande de réclamation n'a été présentée à la Direction des programmes d'assurance et de dommages du réseau de la santé et des services sociaux (AQESSS). Seule une demande de compensation volontaire a été réglée en collaboration avec le service des assurances.

Le programme de formation sur les outils de gestion des risques s'est poursuivi au cours de l'année. Les formations touchent les principes généraux de la déclaration des événements, les indices de gravité, l'analyse et la divulgation des accidents. Plus de quarante personnes ont assisté aux formations parmi les gestionnaires des CH, les intervenants du CSSS travaillant dans les RNI et les responsables du programme scolaire.

La semaine de la sécurité en octobre 2009 a été soulignée par un concours où 110 participants ont exprimé des pistes de solution pour contrer un risque pour la sécurité des usagers. Deux participants se sont vu remettre des prix de participation.

Autres comités du conseil d'administration

Comité exécutif du conseil d'administration

M^{me} Lise Tremblay, présidente
M. François F. Robitaille, vice-président
M^e Marc Rochefort, vice-président
M^e Jean-Pierre Hébert, vice-président
M. Gary Furlong, secrétaire

Comité de vérification

M^e Marc Rochefort, président
M^e Jean-Pierre Hébert
M^{me} Hélène Lachapelle
M. François F. Robitaille
M^{me} Lise Tremblay

Comité d'orientation du projet clinique

M. François F. Robitaille, président
M^{me} Monique Chicoyne
M. Gary Furlong
M. Martin Saint-Georges
M^{me} Marie-Josée Simard
D^{re} Anne-Marie Venne

Comité de la qualité, de l'éthique et de la déontologie

M^e Jean-Pierre Hébert, président
M. Daniel Dauplaise
M. François Gagnon-Clouâtre
M^{me} Hélène Lachapelle
M. Pierre Riley
D^r Maurice Thibault
M^{me} Chantal Trudel

Comité d'éthique clinique

M^{me} Renée Ricard, Présidente
M^{me} Lynda Audet
Dr Daniel Bélec
M^{me} Doris Croisetière
M^{me} Johanne de Champlain
M^{me} Mireille Desbiens
M^{me} Isabelle Duclos
Dr Hong-Huy Duong
M^{me} Hélène Lachapelle
M^{me} Johanne Laramée
M^{me} Line Perreault
M. Pierre Riley
M. Victor Sheitoyan

Comité stratégique d'orientation du concept milieu de vie

M^{me} Mélanie Boulanger
M^{me} Nicole Courtois
M. Daniel Dauplaise
M^{me} Nicole Deschênes
M^{me} Lyne Évangéliste
M. Gary Furlong
M. Allan Furlotte
M^{me} Claire Girard
M^{me} Hélène Lachapelle
M^{me} Pierrette Lamoureux
M^{me} Sylvie Lefebvre
M^{me} France Mailhot
M^{me} Nicole Riel
M^{me} Marie-Josée Simard
D^r Boy Anh Tran

Comité de logement social

M^{me} Sylvie Brazeau
M^{me} Johanne Fillion
M. Gary Furlong
M^{me} Jo-Anne Laforge
M^{me} Nicole Laliberté
M^{me} Raymonde Levasseur
M^{me} Nicole René
M. Pierre Riley
M^{me} Lise Tremblay

Effectifs du CSSS par catégorie d'emploi

Nombre d'employés, nombre de postes et d'équivalents temps complet par titres et catégories d'emploi et médecins au 31 mars 2010			
	Nombre d'employés	Nombre de postes	Équivalents temps complet (ETC)
Infirmière	183	238	175.16
Infirmier auxiliaire	259	306	189.43
Infirmière clinicienne	126	129	116.6
Préposé aux bénéficiaires	814	715	502.58
Auxiliaire aux services de santé et sociaux	154	93	92.4
Autres paratechniques	18	22	14.96
Services auxiliaires	243	201	152.15
Métiers	13	13	11.8
Professionnelle et professionnel de la santé	80	70	60.7
Professionnelle et professionnel des services sociaux	205	172	159.53
Technicienne et technicien de la santé	52	43	36.10
Technicienne et technicien des services sociaux	47	40	34.95
Pharmacienne et pharmacien	11	5	5
Personnel de bureau	161	129	112.84
Technicienne, technicien et professionnelle, professionnel de l'administration	50	58	57.6
Cadres et hors-cadres	144	147	127.4
TOTAL	2 560	2 381	1 849.20

Portrait des effectifs médicaux

Membres actifs	
46 médecins	17 médecins en CLSC pour un total de 325 heures = 9,3 ETC 29 médecins en Centre d'hébergement pour un total de 470 heures = 12,8 ETC
1 psychiatre	
11 pharmaciens	

Faits saillants de l'année 2009-2010

Le projet clinique et organisationnel

Dans le projet clinique du programme Enfance-Famille-Jeunesse, nous avons traité du volet « services scolaires » à l'automne 2009 et nous avons procédé à une consultation auprès des équipes en ce qui a trait au volet 0-5 ans.

En Santé mentale, un portrait de la clientèle et un plan d'action ont été produits. Les travaux avec nos partenaires influencent nos mécanismes et modalités de dispensation des services. Puisque nous sommes en implantation, des ajustements doivent être fréquemment apportés à notre organisation des services. Malgré cela, nous considérons que ce partenariat favorise la clientèle et l'accès aux services.

En Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, une solide collaboration est déjà établie avec les CSSS de l'Est et le centre de réadaptation en déficience intellectuelle de notre territoire. Nous prévoyons mettre sur pied un comité de travail au CSSS.

Le projet clinique pour les services aux personnes en perte d'autonomie a été produit en novembre 2006 et une révision du document est à faire. Le dossier RSIPA est relancé et nous croyons que ceci amènera des modifications à l'organisation des services pour les personnes âgées.

En Toxicomanie et autres dépendances, un lien a été fait avec notre partenaire principal le centre de réadaptation Dollard-Cormier.

En Santé publique, un comité a été mis sur pied. Il est formé de représentants de chaque direction qui présentent les collaborations locales attendues et les perspectives dans leurs champs de responsabilité. Nous sommes à produire un plan d'action local.

Dans la Lutte contre le cancer, nous travaillons avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le CSSS de la Pointe-de-l'Île sur l'établissement de corridor de services.

En ce qui a trait au Plan d'action local intégré de 1re ligne, nous avons réalisé un état de situation quant au développement des GMF et cliniques-réseau de notre territoire et planifié le démarrage des travaux sur les continuums des maladies chroniques (diabète, MPOC, HTA). Nous avons aussi appuyé le projet d'une clinique médicale de notre territoire qui souhaite devenir CRI. Dans les trois prochaines années, nos cibles sont de développer trois GMF, une clinique-réseau et une clinique réseau intégrée.

L'offre de service du CSSS

Mission CLSC

Note concernant les données statistiques présentées dans ce chapitre : comme les systèmes d'information des trois CLSC ne sont pas intégrés, pour obtenir les données globales, nous avons additionné les données spécifiques aux trois CLSC, or quelques usagers peuvent avoir fréquenté plus d'un CLSC, ils sont donc comptabilisés deux fois. Nous estimons cette situation marginale. De plus, nous avons poursuivi la démarche d'amélioration de la qualité des données au cours de l'année, ce qui peut avoir eu des impacts sur l'entrée de données par les intervenants. Enfin, il est bon de savoir que les données statistiques de cette section ne peuvent être comparées à celles des indicateurs de la section suivante sur notre entente de gestion, puisque les premières prennent leur source par centre d'activité sans égard au profil des usagers tandis que les secondes visent des clientèles particulières sans égard au centre d'activité où elles reçoivent leurs services.

Usagers et interventions globalement dans les CLSC				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Nombre d'usagers	39 604	42 320	(2716)	(6,42)
Nombre d'interventions	364 340	349 116	15224	4,36

Usagers et Interventions par CLSC				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	15696	17706	(2010)	(11,35)
Nombre d'interventions	178600	171842	6758	3,93
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	11 215	11 174	41	0,37
Nombre d'interventions	83 836	77 314	6522	8,44
CLSC DE HOHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	12693	13440	(747)	(5,56)
Nombre d'interventions	101904	99960	1944	1,94

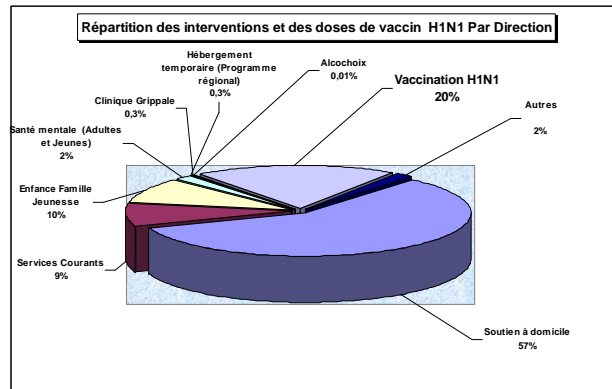
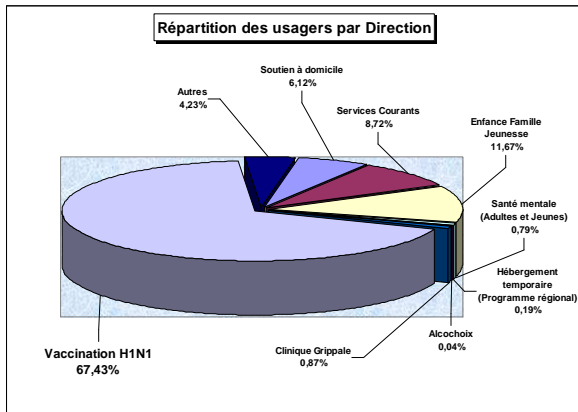
En plus de ces interventions, nous comptons cette année, les statistiques suivantes en ce qui a trait à la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1).

Centre de vaccination H1N1 (au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve et Stade olympique)	
Nombre d'usagers	90 049
Nombre d'interventions	90 070

Les graphiques suivants présentent la répartition des activités à travers les directions reliées à la mission CLSC.

Nombre d'usagers par direction				
	2009-2010	2008-2009	Écart	Écart %
Soutien à domicile (toute clientèle : PPA, DP, DI-TED) (inclut soins infirmiers, aide à domicile, services sociaux, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, psychogériatrie)	8175	8215	(40)	(0,49)
Services courants (toute clientèle qui se présente au CLSC avec ou sans rendez-vous) (inclut soins infirmières, services psychosociaux)	11 651	12 299	(648)	(5,27)
Enfance Famille Jeunesse (inclut services psychosociaux incluant le programme CAFE, santé parentale et infantile, services dentaires préventifs, santé scolaire, orthophonie, aide spécialisée, aide à domicile, équipe de stimulation précoce (psychoéducation et ergothérapie)	15 591	15 362	229	1,49
Santé mentale (Adultes et jeunes)	1 015	695	320	46,04
Hébergement temporaire (Programme régional)	245	207	38	18,36
Alcochoix (nouveau service en 2009-2010)	16	0	s. o.	s. o.
Clinique grippale (novembre à décembre 2009)	1 158	0	s. o.	s. o.
Vaccination H1N1	90 049	0	s. o.	s. o.
Autres (Vaccination antigrippale régulière, Centre d'abandon du tabagisme, Infirmières de proximité, Nutrition autre que SAD)	5654	10793	(5139)	(47,61)

Nombre d'interventions et de doses de vaccin H1N1 par direction				
	2009-2010	2008-2009	Écart	Écart %
Soutien à domicile (toute clientèle : PPA, DP, DI-TED) (inclut soins infirmiers, aide à domicile, services sociaux, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, psychogériatrie)	265 010	246 779	18231	7,39
Services courants (toute clientèle qui se présente au CLSC avec ou sans rendez-vous) (inclut soins infirmières, services psychosociaux)	38 737	40 326	(1589)	(3,94)
Enfance Famille Jeunesse (inclut services psychosociaux incluant le programme CAFE, santé parentale et infantile, services dentaires préventifs, santé scolaire, orthophonie, aide spécialisée, aide à domicile, équipe de stimulation précoce (psychoéducation et ergothérapie)	43 600	42 545	1055	2,48
Santé mentale (Adultes et jeunes)	7 748	5 292	2456	46,41
Hébergement temporaire (Programme régional)	1 475	1 554	(79)	(5,08)
Alcochoix (nouveau service en 2009-2010)	45	0	s. o.	s. o.
Clinique grippale (novembre à décembre 2009)	1 283	0	s. o.	s. o.
Vaccination H1N1	90 070	0	s. o.	s. o.
Autres (Vaccination antigrippale régulière, Centre d'abandon du tabagisme, Infirmières de proximité, Nutrition autre que SAD)	7134	12433	(5299)	(42,62)



Les réalisations spécifiques aux directions

Direction des programmes Enfance-Famille-Jeunesse, Santé mentale et Services courants

Les équipes ont toutes été grandement impliquées dans les activités liées à la préparation à la pandémie et à la vaccination contre la grippe A (H1N1). Ces activités d'une envergure exceptionnelle nous ont obligés à déléster certaines activités et à en reporter d'autres au cours de l'année.

Dans les services Enfance-Famille-Jeunesse, nous avons mis sur pied une équipe d'intervention Crise Ado Famille Enfance qui agit dans les milieux familiaux qui rencontrent des problèmes aigus. Un soutien intensif a été effectué par cette équipe dans 800 interventions cette année.

Nous avons aussi mis en place une équipe de stimulation précoce pour agir auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans qui présentent des retards dans leur développement. Dans les services scolaires, nous avons initié une table clinique d'intervention interdisciplinaire autour de problématiques plus complexes qui demandent la collaboration intersectorielle.

Depuis juin 2009, nous avons inscrit 2372 personnes et trouvé des médecins pour 764 personnes, principalement des femmes enceintes et des personnes ayant des problèmes de santé chronique. Nous avons maintenant un accueil santé centralisé qui traite les demandes de services pour l'ensemble des services généraux du CSSS.

Du côté des partenaires du réseau local de santé, nous avons soutenu la mise en place d'une clinique GMF à la Clinique-réseau 3000 où nous comptons 2 infirmières à temps complet.

En Santé mentale Jeunes, nous avons développé la fonction liaison : précision de critères permettant de prioriser les demandes reçues, interventions rapides à l'étape du guichet d'accès lorsque les besoins identifiés des usagers le requièrent. Il y a aussi eu une intensification des travaux afin d'améliorer les arrimages tant à l'interne du CSSS, notamment par la «table clinique 0-18 ans», qu'à l'externe par le comité conjoint CSSS et HMR en particulier.

En Santé mentale Adulte, nous avons poursuivi les travaux d'harmonisation et de complémentarité avec nos différents partenaires soit les hôpitaux, les CSSS de l'Est et le Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Est de Montréal (ROCSME) concernant le projet clinique et l'avancée de nos travaux d'implantation du plan d'action. Nous avons aussi travaillé à planifier le transfert de la clientèle recevant des services à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine vers les services de première ligne. De plus, une rencontre avec le comité des usagers du CSSS a eu lieu afin d'informer les membres de l'avancement des travaux concernant le transfert de la clientèle. Le guichet d'accès étant

plus fonctionnel, nous constatons que le nombre d'usagers différents ayant obtenu des services du guichet a quadruplé cette année.

Au Centre de crise l'Entremise, nous avons soutenu le développement du Réseau Sentinelles en prévention du suicide de l'est de Montréal, en collaboration avec le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel et le CSSS de la Pointe-de-l'Île. À ce jour, nous retrouvons 250 sentinelles formées qui sont en lien avec les ressources dans la région.

Nous offrons le programme AlcoChoix+ aux personnes qui désirent un soutien face à leur consommation. À ce jour, environ 35 usagers ont reçu des services.

Les données statistiques

Total du CSSS

SERVICES À TOUTE LA POPULATION					
	Unités de mesure	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Soins infirmiers (avec et sans rendez-vous)	Usagers	10957	11522	(565)	(4,90)
Services sociaux Adultes (avec et sans rendez-vous)	Usagers	793	916	(123)	(13,43)
Nutrition Adultes et EFJ	Usagers	822	855	(33)	(3,86)
Centre de prélèvements	Usagers	57278	59298	(2020)	(3,41)
Nombre vaccins Antigrippaux administrés (Grippe saisonnière)		6260	12298	(6038)	(49,10)
Nombre vaccins Pneumovax administrés		451	812	(361)	(44,46)
Nombre de Vaccins administrés H1N1 (Vaccination massive et (jusqu'au 18 décembre)		88794	-	s. o.	s. o.
Nombre de Vaccins administrés H1N1 (à partir du 19 décembre)		1529	-	s. o.	s. o.
Clinique grippale	Usagers	1158	-	s. o.	s. o.

Détails par CLSC

SOINS INFIRMIERS (AVEC ET SANS RENDEZ-VOUS)				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	3934	4647	(713)	(15,34)
Nombre d'interventions	12431	14688	(2257)	(15,37)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	2471	2584	(113)	(4,37)
Nombre d'interventions	8043	8376	(333)	(3,98)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	4552	4291	261	6,08
Nombre d'interventions	14443	13872	571	4,12

SERVICES SOCIAUX ADULTES (AVEC ET SANS RENDEZ-VOUS)				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	270	299	(29)	(9,70)
Nombre d'interventions	1671	1464	207	14,14
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	185	193	(8)	(4,15)
Nombre d'interventions	834	815	19	2,33
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	338	424	(86)	(20,28)
Nombre d'interventions	1315	1111	204	18,36

CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	21444	23670	(2226)	(9,40)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	17654	18605	(951)	(5,11)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	18180	17023	1157	6,80

Services externes de toxicomanie (programme ALCOCHOIX)				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Nombre d'usagers	16	-	s. o.	s. o.
Nombre d'interventions	45			
Nombre d'usagers sans suivi (demandes de services seulement)	21			

SANTÉ MENTALE

SANTÉ MENTALE JEUNES

	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	70	45	25	55,56
Nombre d'interventions	1273	823	450	54,68

SANTÉ MENTALE ADULTES

	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	167	182	(15)	(8,24)
Nombre d'interventions	2065	1600	465	29,06
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	126	122	4	3,28
Nombre d'interventions	1566	1321	245	18,55
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Guichet d'accès				
Nombre d'usagers	544	183	361	197,27
Nombre d'interventions	1143	339	804	237,17
<i>Services débutés en août 2009</i>				
Équipe de suivi				
Nombre d'usagers	211	198	13	6,57
Nombre d'interventions	1701	1210	491	40,58
TOTAL Hochelaga-Maisonneuve				
Nombre d'usagers	653	347	306	88,18
Nombre d'interventions	2844	1549	1295	83,60

CENTRE DE CRISE L'ENTREMISE

	2009-2010	2008-2009	Variation
Nombre d'usagers	1441	1 608	(167)
Taux d'occupation	43%	57 %	(14%)

AVIS DE NAISSANCE					
Territoires	2009-2010	2008-2009	Écart %	2006-2007	Écart %
Hochelaga-Maisonneuve	671	667	0,60	572	17,31
Olivier-Guimond	501	517	(3,09)	382	31,15
Rosemont	1131	1060	6,70	886	27,65
TOTAL	2303	2028	13,56	1840	25,16

DES SERVICES AUX ENFANTS, AUX JEUNES ET À LEUR FAMILLE					
	Unités de mesure	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Services psychosociaux (Jeunes en difficulté et leur famille)	Usagers	2596	2297	299	13,02
Santé parentale et infantile	Usagers	8080	7693	387	5,03
Services dentaires préventifs	Usagers	4104	3826	278	7,27
Santé scolaire	Usagers	4977	5056	(79)	(1,56)
Orthophonie	Usagers	132	157	(25)	(15,92)

SANTÉ PARENTALE ET INFANTILE				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	3494	3417	77	2,25
Nombre d'interventions	7591	7416	175	2,36
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	1983	1695	288	16,99
Nombre d'interventions	3721	3667	54	1,47
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	2603	2581	22	0,85
Nombre d'interventions	9026	9497	(471)	(4,96)

SERVICES PSYCHOSOCIAUX (JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE)				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	777	669	108	16,14
Nombre d'interventions	4205	4109	96	2,34
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	717	559	158	28,26
Nombre d'interventions	4438	3183	1255	39,43
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	1102	1069	33	3,09
Nombre d'interventions	6174	5496	678	12,34

La Direction des services aux personnes en perte d'autonomie

Dans le programme d'Aide à domicile, nous avons mis en place des comités d'allocation de services en aide à domicile dans les trois CLSC pour appliquer les balises de l'aide. Nous avons également formé des comités PDSB (procédure de déplacement sécuritaire des bénéficiaires) dans les trois CLSC. Nous avons également mis en application les éléments de la Loi 90 encadrant la délégation d'actes d'exceptions par les infirmières aux ASSS.

Dans le programme Services sociaux, nous avons adopté une définition commune de la spécificité de la pratique sociale au PPA. Nous avons aussi vécu un changement de la pratique dans le cadre de la mise en place du Programme 68.

Au sein du programme Réadaptation, nous avons reçu les résultats du sondage de satisfaction de la clientèle en suivi posthospitalier de réadaptation démontrant un taux de satisfaction se situant entre 80 et 90%. Au cours de l'année, nous avons accru notre collaboration avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et les autres CSSS pour favoriser l'orientation des usagers du programme 68. Mentionnons aussi que le service externe de réadaptation pour les personnes âgées (SARCA), que nous avons développé à la demande de l'Agence, remporte un vif succès et est déjà surchargé avec un taux d'occupation de 170%.

Au programme Soins infirmiers, nous avons participé activement aux activités liées à la pandémie de grippe A (H1N1). Nous avons aussi implanté le PTI (plan thérapeutique infirmier) dans les trois CLSC.

Dans le programme Ressources Non institutionnelles, nous avons assisté à l'ouverture de la résidence Espace Bellechasse pouvant accueillir 14 personnes atteintes de déficiences physiques.

En toute fin d'année, en mars 2010, nous avons concrétisé la mise en place d'un guichet d'accueil centralisé.

Les données statistiques

Le tableau suivant illustre la distribution des usagers et des interventions par CLSC :

SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (par CLSC)				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	4061	3972	89	2,24
Nombre d'interventions	144028	132633	11395	8,59
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	2026	1972	54	2,74
Nombre d'interventions	59155	53237	5918	11,12
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	1984	2165	(181)	(8,36)
Nombre d'interventions	61069	60013	1056	1,76

SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (par service)					
	Unités de mesure	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Soins infirmiers à domicile	Usagers	6824	6825	(1)	(0,01)
	Interventions	91068	82977	8091	9,75
Aide à domicile	Usagers	2114	1985	129	6,50
	Interventions	140238	127260	12978	10,20
Services sociaux à domicile	Usagers	2522	2475	47	1,90
	Interventions	19162	17739	1423	8,02
Nutrition à domicile	Usagers	562	538	24	4,46
	Interventions	2178	2047	131	6,40
Ergothérapie à domicile	Usagers	1347	1298	49	3,78
	Interventions	6510	6458	52	0,81
	Visites	3553	3262	291	8,92
Physiothérapie à domicile	Usagers	1002	946	56	5,92
	Interventions	5095	5230	(135)	(2,58)
	Visites	4479	4813	(334)	(6,94)
Psychogériatrie	Usagers	149	156	(7)	(4,49)
Hébergement temporaire	Usagers	245	207	38	18,36
Réadaptation postchirurgie genou ou hanche	Usagers	272	257	15	5,84
Soutien à la famille (Déficience physique, DI, TED)	Usagers	428	419	9	2,15

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	3513	3454	59	1,71
Nombre d'interventions	48505	46462	2043	4,40
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	1805	1716	89	5,19
Nombre d'interventions	20594	19595	999	5,10
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	1506	1655	(149)	(9,00)
Nombre d'interventions	21969	21053	916	4,35

AIDE À DOMICILE				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	1144	1058	86	8,13
Nombre d'interventions	79227	72343	6884	9,52
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	478	431	47	10,90
Nombre d'interventions	30654	25710	4944	19,23
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	492	496	(4)	(0,81)
Nombre d'interventions	30357	29246	1111	3,80

ERGOTHÉRAPIE À DOMICILE				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	600	576	24	4,17
Nombre de visites à domicile	1554	1417	137	9,67
Nombre d'interventions	2862	2328	534	22,94
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	337	296	41	13,85
Nombre de visites à domicile	987	852	135	15,85
Nombre d'interventions	1674	1542	132	8,56
CLSC DE HOHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	410	426	(16)	(3,76)
Nombre de visites à domicile	1012	993	19	1,91
Nombre d'interventions	1974	2588	(614)	(23,72)

PHYSIOTHÉRAPIE À DOMICILE				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	506	448	58	12,95
Nombre de visites à domicile	2435	2583	(148)	(5,73)
Nombre d'interventions	2625	2687	(62)	(2,31)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	189	176	13	7,39
Nombre de visites à domicile	831	904	(73)	(8,08)
Nombre d'interventions	899	958	(59)	(6,16)
CLSC DE HOHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	307	322	(15)	(4,66)
Nombre de visites à domicile	1206	1326	(120)	(9,05)
Nombre d'interventions	1571	1585	(14)	(0,88)

SERVICES SOCIAUX À DOMICILE				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	1238	1184	54	4,56
Nombre d'interventions	9758	7840	1918	24,46
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	530	525	5	0,95
Nombre d'interventions	4880	4946	(66)	(1,33)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	754	766	(12)	(1,57)
Nombre d'interventions	4524	4953	(429)	(8,66)

NUTRITION À DOMICILE				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	292	264	28	10,61
Nombre d'interventions	1050	973	77	7,91
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	111	119	(8)	(6,72)
Nombre d'interventions	454	486	(32)	(6,58)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	159	155	4	2,58
Nombre d'interventions	674	588	86	14,63

SERVICES AUX PERSONNES AVEC MALADIES CHRONIQUES					
	Unités de mesure	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
MPOC (Maladies pulmonaire obstructives chroniques)	Usagers	795	853	(58)	(6,80)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), hôpital de jour, centres de jour et halte-répît					
	N ^{bre} de places / lits	Taux d'occupation		N ^{bre} de jours d'ouverture / année	Durée moyenne de séjour / n ^{bre} de présences
		2009-2010	2008-2009		
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) – (J.-H.- Charbonneau)	33	96 %	95,9%	s. o.	42 jrs
Hôpital de jour (J.-H.- Charbonneau)	25	38,2 %	55,5%	253	9,5 présences/jr
Centre de jour (Éloria- Lepage)	35	70.37%	73,4%	224*	6200
Centre de jour (Robert- Cliche)	30	64,18 %	62,1%	225**	5084
Halte-répît (Maison-Neuve)	10	n. d.	65,9%	154	
SARCA (programme dans le cadre du désengorgement des urgences)	10	110%	55,0%	253	10,5 présences/jr

* 36 jours fermés pour diverses raisons (ex. : éclosion gastro)

** 15 jours fermés

Ressources dans la communauté				
Programmes	N ^{bre} de places /lits	Taux d'occupation/jours présence		
		2009-2010	2008-2009	2007-2008
Ressources de type familial 10 Ressources réparties	74	92,12% 24 102 j.p.	93,3% 24 542 j.p.	92,6% 23 183 j.p.
RNI convalescence (Posthospitalisation HMR) Manoir Louisiane	23	202 pers. admises 93,8 % DMS 09-10 : 38,5 jours	145 pers. admises 95,90% DMS 08-09: 41,8 jours	115 pers. admises 85,30% DMS 07-08: 39,9 jours
Ressources intermédiaires Manoir Louisiane	31	97,42% 11 023 j.p.		n. d.
Jardin Botanique	40	98,98% 36 850 j.p.	91,70% 21 575 j.p.	n. d.
Le Symbiose	62			s. o.. (ouverture en 2008)
Ressources alternatives Propulsion	15	n. d.		
Pignon sur roues	10	n. d.		
Espace Bellechasse	14	n. d.		
Grand total	269			

La Direction des services de prévention et promotion de la santé et des services communautaires

Mesures d'urgence

En tant que direction responsable des mesures d'urgence, l'opérationnalisation du plan de pandémie a été très prenante et nous avons pu apprécier l'excellente collaboration de toutes les directions dans l'organisation logistique de cette situation exceptionnelle. Quelques semaines plus tard, les mesures d'urgence étaient à nouveau sollicitées à la suite du tremblement de terre à Haïti. Plus de 75 employés (intervenants psychosociaux, infirmières et gestionnaires) ont alors donné leurs disponibilités pour participer à l'accueil de la population haïtienne à l'aéroport Pierre-Eliot Trudeau.

Services communautaires et santé publique

L'équipe des services communautaires a poursuivi ses activités de soutien aux organismes communautaires et aux instances de concertations tout en s'inspirant de son cadre de référence.

L'équipe a été mobilisée de façon importante dans le cadre de l'organisation et de la réalisation des cliniques de vaccination contre la grippe A (H1N1) tant à l'interne qu'à l'externe. De ce fait, plusieurs activités d'ordre administratif et professionnel ont dû être délestées.

Sur les trois territoires de nos CLSC, nous avons été associés à certains faits marquants : pour le quartier Rosemont, nous participons activement à la « Table de l'Est de Rosemont » qui est un regroupement d'acteurs intéressés à intervenir sur les enjeux de l'est du quartier.

Du côté de Mercier-Ouest, territoire du CLSC Olivier-Guimond, signalons la démarche faite par le Comité Action Jeunesse de Mercier-Ouest qui a mené au lancement des États généraux jeunesse; les dix ans de la fête de quartier, réalisée par Mercier-Ouest en fête et ses partenaires; le développement de la sécurité alimentaire par l'implantation d'un kiosque de fruits et légumes dans le secteur Guybourg soutenu par des activités d'animation, le tout réalisé en concertation avec Mercier-Ouest - quartier en santé (MOQS).

Pour le territoire de Hochelaga-Maisonneuve, les travaux autour du Forum de développement social de Hochelaga-Maisonneuve se sont poursuivis. Nous avons aussi continué notre travail auprès des nombreuses concertations, notamment : « Québec en forme » et « Avenir d'enfants ».

Du côté de la prévention et de la promotion de la santé, les travaux pour la mise à jour du plan d'action local (PAL) en santé publique se poursuivent.

Mission d'hébergement

La Direction de l'hébergement a poursuivi ses efforts afin de mobiliser et d'impliquer tous les acteurs concernés pour favoriser un Milieu de vie en action. Elle a pour ce faire organisé des grands rassemblements pour les 7 centres d'hébergement, soit :

- Rassemblement des comités Milieu de vie (3^e édition) - janvier 2010
- Rassemblement des gestionnaires (5^e édition) - 16 février et 16 mars 2010
- Rassemblement des comités des résidents (3^e édition) - juin 2009
- Rassemblement des bénévoles (1^{re} édition) - mai 2009

De même, le mois de mai a été décrété mois Milieu de vie et le 24 novembre, la journée du sourire dans note CSSS. Les comités Milieu de vie de chacun des 7 centres d'hébergement ont organisé, pour ces occasions, des activités spéciales. Nous avons également lancé, en janvier 2009, le concours *J'anime le Milieu de vie* dans les 7 centres d'hébergement. Dans le cadre de ce concours, plus de 100 projets d'animations diverses ont été réalisés pour les résidents par des employés, bénévoles, membres de famille au cours de l'année 2009-2010.

En ce qui a trait à la promotion et l'actualisation du code d'éthique, une vidéo a été réalisée, en collaboration avec le comité des usagers. Cette vidéo sert d'outil, de réflexion et d'enseignement avec les résidents, les membres de famille, les bénévoles et les employés.

Le grand chantier 2009-2010 de la direction de l'hébergement a porté sur la révision des processus et du guide d'accueil. Un nouveau guide d'accueil a été élaboré de même qu'un plan d'action qui sera réalisé au cours des 2 prochaines années.

Dans plusieurs de nos centres d'hébergement, le plan d'action PPALV 2005-2010 de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal a eu des impacts quant à l'alourdissement de la clientèle à l'admission. Aussi, trois de nos centres ont implanté de nouvelles procédures de distribution des médicaments par ensacheuse.

Au plan de la formation, nos sept centres d'hébergement ont déployé au cours de l'année le premier de deux thèmes de la formation nationale « Agir auprès de la personne âgée » qui s'adresse à l'ensemble des préposés aux bénéficiaires. Cette formation se poursuivra en 2010-2011.

Au Centre d'hébergement J.-Henri-Charbonneau, nous avons réalisé la rénovation des salons et des salles à manger des 3 unités de vie et la relocalisation des fumoirs. Au Centre d'hébergement de la Maison-Neuve, des travaux d'aménagement pour transformer 17 chambres en 8 chambres plus grandes et plus fonctionnelles de même qu'agrandir une salle à manger d'étage ont été complétés en mars 2010. Une révision des plans de travail des préposés aux bénéficiaires jour/soir/nuit et l'intégration des informations importantes sur les résidents a également été réalisée.

Au Centre d'hébergement Éloria-Lepage, toujours en lien avec le plan régional PPALV, un processus de révision de l'organisation du travail a été amorcé afin de déterminer la structure de travail à mettre en place sur les unités de vie lorsque les 92 lits de moins de 3 heures/soins auront été complètement alourdis pour recevoir des résidents de plus de 3 heures/soins à l'admission.

Au Centre d'hébergement Rousselot, nous avons procédé à une révision des rôles et responsabilités des assistantes du supérieur immédiat, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires et à la mise en place en octobre 2009 d'une nouvelle organisation de travail sur les unités de vie. Nous avons aussi débuté la revue de l'organisation du travail de même que les rôles et responsabilités du personnel du service alimentaire.

Au Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber, la transformation de 15 lits d'hébergement régulier en lits d'hébergement pour évaluation, pour répondre aux besoins des hôpitaux Notre-Dame, St-Luc et Ste-Mary's, a permis de recevoir près de 140 usagers au cours de l'année. Ces lits sont réservés à la clientèle âgée dont le retour à domicile est compromis à la suite d'un épisode de soins dans ces centres hospitaliers. L'orientation de cette clientèle vers ces lits d'évaluation se fait par l'intermédiaire des travailleurs sociaux de nos CLSC qui ont aussi la responsabilité d'évaluer ces résidents en collaboration avec l'équipe d'intervenants en milieu d'hébergement. À la suite de cette évaluation, la personne âgée peut soit retourner à domicile avec des services du CLSC, être transférée dans une ressource non-institutionnelle (RNI), en résidence privée ou dans un centre d'hébergement public. La durée de séjour moyenne de cette clientèle dans les lits d'évaluation est d'environ 35 jours dont les 15 premiers jours sont réservés pour l'évaluation.

Au Centre d'hébergement Marie-Rollet, nous avons élaboré un plan d'action et mis en place une équipe de travail pour revoir l'organisation du travail sur les unités de même que les rôles et responsabilités des assistantes du supérieur immédiat (ASI), infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. En collaboration avec les ressources humaines, nous avons aussi réalisé un projet pilote de formation pour soutenir l'application de la politique pour un environnement sans abus, violence et harcèlement. Cette formation a été donnée à tous les employés sur les 3 quarts de travail et ces sessions de sensibilisation se poursuivent dans l'ensemble du CSSS.

Au Centre d'hébergement Robert-Cliche, en collaboration avec le centre Gabrielle-Major, nous avons accueilli 4 stagiaires dans le cadre d'un projet d'intégration sociale. Ces stagiaires sont disponibles pour effectuer de menus travaux pour les résidents des unités de vie. Nous avons également mis en place un projet « Activité de fin de vie » permettant aux résidents et leur famille de vivre avec sérénité cette étape difficile du départ.

Installation	Nombre de places/lits	Critères d'admission
Centre d'hébergement Robert-Cliche	100	3 h et +
Centre d'hébergement Marie-Rollet	110 dont 27 jeunes de la clientèle multihandicapée	3 h et +
Centre d'hébergement Éloria-Lepage	67	3 h et –
	89	3 h et +
Centre d'hébergement de la Maison-Neuve	131	1.5 h et –
	14	3 h et +
Centre d'hébergement J.-H.- Charbonneau	162	3 h et +
Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber	300 dont 15 lits en évaluation/orientation et 6 lits en hébergement temporaire	3 h et -
	51	3 h et + (unités spécifiques de type I et de type II)
Centre d'hébergement Rousselot	150	3 h et –
	7	3 h et +
	14	3 h et + (unité spécifique de type III)
Total	1 195	

La qualité des services

La responsabilité d'assurer le soutien à la qualité des services est une priorité partagée par l'ensemble des directions de l'établissement qui voient à instaurer une culture de qualité et de sécurité dans l'établissement. Cependant, les directions professionnelles, soit la direction des soins infirmiers, la direction des services professionnels, la direction des services psychosociaux, de réadaptation et activités connexes jouent un rôle prépondérant en cette matière. Ces directions accompagnent notamment les conseils professionnels (CII, CM et CMDP) en regard des responsabilités qu'ils exercent. De plus, ces directions assurent le soutien aux équipes des programmes en ce qui a trait aux protocoles de soins et d'intervention, des pratiques cliniques probantes.

Le comité « qualité, recherche et enseignement clinique » s'assure de l'intégration et de la coordination de l'ensemble des activités reliées à la qualité des services.

La Direction des services professionnels

Table locale des pharmacies communautaires

Les pharmaciens communautaires sont des partenaires importants sur le territoire du CSSS compte tenu des services qu'ils offrent à la population. En mai 2009, la direction des services professionnels, en collaboration avec la direction des soins infirmiers et la direction des services courants, a initié des rencontres avec les pharmacies communautaires. L'objectif de ces rencontres étant d'établir des liens de collaboration et de travailler ensemble sur différents dossiers afin d'offrir un meilleur service à la communauté. Suite à ces rencontres, des ordonnances collectives en soins infirmiers ont été révisées afin de les ajuster à la pratique professionnelle des pharmaciens et, régulièrement, des ordonnances collectives sont soumises par les pharmacies communautaires et sont déposées au CMDP pour approbation.

Plan régional effectifs médicaux

Chaque année, le CSSS Lucille-Teasdale fait parvenir à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal la liste des besoins à combler en médecins. Cette année, nous aurons le privilège de recevoir un nouveau médecin dans un de nos CLSC.

Pour une deuxième année, en octobre dernier, le CSSS Lucille-Teasdale a participé à la Journée carrière Québec 2009. Cet événement a permis de faire connaître notre CSSS ainsi que nos besoins en rencontrant les médecins résidents à la recherche d'un poste.

Coordonnateur médical

Le DRMG a désigné le directeur des services professionnels pour assumer les fonctions de coordonnateur médical par intérim pour notre territoire. Son mandat est de collaborer à la mise sur pied et au fonctionnement du guichet unique pour la prise en charge des clientèles orphelines. Il doit assurer la liaison entre le CSSS et les médecins des cliniques-réseau, des CLSC et des cabinets du territoire.

Clinique de grippe

La direction des services professionnels a été très impliquée avec le DRMG local en novembre dernier pour mettre sur pied la clinique de grippe dans un temps record. Des efforts ont été déployés afin de mobiliser les médecins du CSSS ainsi que ceux du territoire pour assurer une présence quotidienne entre 8 h et 20 h et ce, incluant les fins de semaine pendant 4 semaines consécutives. En moyenne, une soixantaine de personnes se sont présentées à chaque jour entre le 9 novembre et 4 décembre 2009.

Programme de formation «Les mardis de Lucille-Teasdale»

Le comité d'éducation médicale continue du CSSS a poursuivi son objectif d'offrir une formation continue aux médecins dans le but d'améliorer la qualité des soins et répondre à une responsabilité territoriale en regard des services de santé et services sociaux de première ligne. Les activités se tiennent régulièrement le 2^e mardi du mois. Huit activités au cours de l'année ont été organisées et un total de 414 médecins, pharmaciens et spécialistes ont pu bénéficier de ces activités.

Service de la pharmacie

Le service de la pharmacie a procédé au remplacement du logiciel de la pharmacie utilisé au site J.-H.-Charbonneau. Cela a permis de hausser la qualité de l'acte pharmaceutique à cet endroit, d'uniformiser les pratiques pharmaceutiques des deux sites ainsi que dans les quatre centres d'hébergement desservis par la pharmacie. Ce remplacement a demandé la prestation de nombreuses séances d'information auprès des employés des soins infirmiers de trois centres d'hébergement (J.-H.-Charbonneau, Éloria-Lepage et La Maison-Neuve). Il a fallu également former les employés (assistantes techniques et pharmaciennes) de la pharmacie de J.-H.-Charbonneau. Enfin, il aura été nécessaire de retranscrire dans le nouveau logiciel, un par un, les quelques quatre cents dossiers pharmaceutiques des résidents que gère la pharmacie de Charbonneau.

L'été et l'automne 2009 ont vu s'alourdir les tâches exécutées par les employés du service de la pharmacie à cause de deux imprévus : la transformation de 15 lits à Jeanne-Le Ber en lits d'évaluation/orientation (programme 68) et l'apparition de la pandémie de grippe de type A(H1N1). Ces deux événements ont nécessité plusieurs changements (surtout administratifs et techniques) et réajustements dans l'exercice des tâches quotidiennes.

En janvier 2010, nous avons procédé au changement du type de distribution des médicaments pour deux centres d'hébergement (La Maison-Neuve et Éloria-Lepage), des cartes alvéolées vers les sachets produits par notre ensacheuse. Là encore, il a fallu donner des séances d'information au personnel infirmier touché par ce changement, puis procéder au changement.

La phase 1 du projet SARDM se terminant le 31 mars 2010, il a fallu procéder à la reddition des comptes, et notre CSSS semble avoir répondu aux attentes de l'Agence de Santé de Montréal. En même temps, il a été nécessaire de débiter l'élaboration du dossier en vue du démarrage de la phase 2 du projet SARDM, qui devrait être officiellement lancé à l'automne 2010.

Toujours dans le contexte du projet SARDM, nous avons continué à procéder à la délégation des tâches pharmacien-assistant technique, processus complexe et délicat, qui devra se poursuivre encore durant la prochaine année de nos activités.

La Direction des soins infirmiers

Plusieurs défis ont été relevés, notamment en ce qui concerne la contribution, la collaboration et le soutien clinique en lien avec l'alerte internationale contre la pandémie d'influenza A d'origine porcine H1N1 et les différents mandats et projets développés par le CSSS.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

L'équipe des conseillères cadre de la Direction des soins infirmiers a été étroitement associée à celle des mesures d'urgence et aux différentes directions dans le cadre du Programme de lutte contre la pandémie d'influenza A d'origine porcine H1N1 afin de répondre aux mandats attendus et dédiés au CSSS. Soulignons notamment, les formations sur la pandémie d'influenza A d'origine porcine H1N1, la vaccination, les pratiques de base et les protections additionnelles. Le soutien clinique au centre de vaccination massive et la planification, la formation et le soutien clinique auprès du personnel à la clinique grippale du CLSC Olivier-Guimond. La surveillance des bactéries multi résistantes ainsi que la gestion des éclosions de maladies en milieu hébergement ont été des priorités d'interventions tout au long de l'année.

Nous constatons que de plus en plus, de demandes de soutien ou de formations proviennent des milieux CLSC mais plus particulièrement des ressources non institutionnelles. Entre autres réalisations, l'équipe a formé 98% des intervenants en hygiène et salubrité. L'entente de gestion concernant la production d'un répertoire de zones grises en hygiène et salubrité ainsi que la catégorisation et l'entretien de ce répertoire ont été finalisés et transmis au comité des directeurs.

SOUTIEN CLINIQUE

Les conseillères cadres en soins infirmiers ont offert du soutien clinique et des formations auprès du personnel et bénévoles. Il a été offert selon des besoins identifiés soit par l'élaboration, la révision et l'harmonisation de documents, (matériels clinique, outils et technique de soins) ou sous forme de formations et de mises à jour. La mise en place de lits d'évaluation et orientation (Programme 68) a suscité des besoins particuliers de soutien et de formation cliniques.

PTI

Le programme d'implantation du PTI suit son cours et atteint presque tous les objectifs attendus. Près de 98% des PTI sont faits en hébergement et le nombre augmente régulièrement en milieu CLSC.

PRÉCEPTORAT

L'implantation de ce programme a été réalisée en cours d'année. En janvier 2010, une infirmière clinicienne a été embauchée à titre de préceptrice. Déjà, une vingtaine d'infirmières auxiliaires œuvrant sur le quart de nuit ont reçu une formation concernant la thérapie intraveineuse et l'installation des cathéters courts. Des outils et grilles d'évaluation en lien avec les compétences du personnel infirmier sont en cours élaboration.

COLLABORATION AUX DIVERSES DIRECTIONS

L'équipe à la DSI, étant une direction conseil, elle participe et collabore avec toutes les directions. Cette année, il y a eu notamment des liens étroits avec la Direction des ressources humaine pour l'attraction et la rétention du personnel infirmier, le Service de pharmacie afin d'assurer la coordination de l'implantation des chariots de distribution des médicaments dans deux centres d'hébergement et une contribution pour de meilleures pratiques de distribution sécuritaire avec l'équipe de la Direction de l'hébergement. La Direction du PPA a reçu un soutien clinique important pour le personnel œuvrant dans les ressources intermédiaires (RNI), GMF et au Programme 68. La Direction EJP et SC et l'équipe DSI ont travaillé de concert en ce qui concerne l'application d'ordonnances collectives dans la communauté et enfin soulignons l'arrimage avec la Direction des ressources financières afin de viser l'harmonisation des produits et équipements du CSSS.

STAGES EN SOINS INFIRMIERS

Nous recevons des stagiaires de niveau universitaire dans les programmes CLSC et collégial en milieu hébergement. Nous avons notamment des liens avec les collèges de l'est de Montréal, les universités McGill, de Montréal, Sherbrooke pour des stagiaires du niveau premier cycle et deuxième cycle. De plus, nous avons reçu quatre stagiaires en médecine de l'Université de Montréal en prévention et contrôle des infections.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Le conseiller cadre en soins infirmiers et en ressources informationnelles est président du Comité provincial des utilisateurs du logiciel « Sichel et Clinibase ». Il a mis sur pied un comité « Clinibase » en collaboration avec l'équipe de la direction de l'hébergement afin de favoriser l'utilisation du logiciel dans

l'organisation du travail au quotidien et donné des formations auprès d'infirmières et de plusieurs intervenants. La DSI a également mis à profit la nouvelle plate forme du site intranet pour déposer tous les documents en soins infirmiers et assurer leur mise à jour.

La Direction des services psychosociaux, de la réadaptation et activités connexes

La direction des services psychosociaux, de la réadaptation et des activités connexes est responsable du processus d'agrément. Bien que le CSSS ait reçu l'agrément d'Agrément Canada sans condition en janvier 2009, les travaux d'amélioration continue de la qualité se sont poursuivis dans toutes les équipes de travail du CSSS. Les préparatifs ont été amorcés en vue de la prochaine visite d'agrément qui aura lieu en avril 2011.

La direction étant aussi responsable de la gestion des risques, des liens sont constamment faits entre la gestion des risques et le processus d'amélioration continue de la qualité lié à l'agrément. L'application des pratiques organisationnelles requises (POR) vise la prestation sécuritaire des services à nos usagers et résidents.

La direction coordonne aussi le comité de la recherche, de l'enseignement et des pratiques professionnelles. Le personnel des différentes directions a accepté de participer aux sept projets de recherche pour lesquels le comité avait recommandé la participation du CSSS. Près de 70 stagiaires ont été accueillis dans les différents programmes et services tant en CLSC qu'en hébergement. Au plan des pratiques professionnelles, la direction est l'interlocuteur du Curateur public pour l'arrimage des pratiques du CSSS avec celles du Curateur public pour la protection des majeurs inaptes.

Le comité d'éthique clinique a répondu à trois demandes de consultations.

Comme toutes les directions, la direction des services psychosociaux a contribué à la campagne de vaccination massive contre la grippe H1N1 et à la clinique grippale en diffusant de l'information sur les aspects psychosociaux d'une pandémie.

Le traitement des plaintes

Au cours de l'année 2009-2010, 192 dossiers ont été ouverts au bureau de la commissaire aux plaintes. Il s'agissait de 82 plaintes, 14 interventions sur demande ou sur initiative de la clientèle, 6 plaintes médicales, 74 demandes d'aide des usagers et 16 consultations données.

Des 82 plaintes et interventions, 67 proviennent des CLSC incluant les ressources alternatives et 29 des Centres d'hébergement.

Durant l'année, la commissaire locale a fait beaucoup d'activités de promotion auprès des usagers et du personnel et échangé sur les droits des usagers. La commissaire agit aussi à ce titre pour trois autres centres d'hébergement de notre territoire dans un contexte de partenariat avec notre établissement. Ce sont le CHSLD Notre-Dame de Lourdes, l'Institut Polonais et Ma maison Saint-Joseph.

Les directions de soutien à l'organisation

La Direction des ressources humaines

Dans le contexte de la pénurie de la main-d'œuvre, où plusieurs titres d'emplois demeurent difficiles à combler, nos efforts de recrutement se sont traduits par 559 embauches au cours de l'exercice dont 140 ont été requises pour réaliser la vaccination massive de notre population contre la grippe A (H1N1). Parmi les activités de promotion et de recrutement, mentionnons notre participation à treize événements emploi carrière. Soulignons que près de 1400 candidats ont été rencontrés en entrevue de sélection et nous avons procédé à l'affichage de 405 postes à l'interne. Nous avons amorcé avec nos partenaires syndicaux l'exercice de conversion des heures de remplacement pour l'ensemble des titres d'emploi ainsi que l'évaluation du processus de titularisation du personnel infirmier avec l'objectif de stabiliser

davantage les postes ainsi créés dans les différents services. Le taux de recours au personnel d'agences pour tous les titres d'emploi a par ailleurs progressé de 8.99 en 2008-2009 à 9.44 en 2009-2010. À cet égard, nous avons mis en place un tableau de bord pour identifier périodiquement le taux de recours à cette main d'œuvre dans les différents services et ciblé les actions appropriées pour en diminuer leur utilisation.

Nous avons également mis à jour, en collaboration avec les différentes directions, notre plan d'action identifiant des mesures pour favoriser l'attraction, la rétention et l'augmentation de la présence et de la disponibilité au travail. Il va sans dire que le continuum Planification de la main d'œuvre – attraction – recrutement – rétention – organisation du travail demeure une priorité organisationnelle. De plus, nous avons réalisé le portrait de la main-d'œuvre en regard de la loi d'accès à l'égalité à l'emploi, élaboré et actualisé un programme et un guide d'accueil harmonisés et développé dans une approche intégrée et basée sur les compétences-clés, un programme d'appréciation de la contribution, lequel sera mis en application en 2010-2011.

La centralisation des activités de remplacement s'est poursuivie et nous avons révisé la structure de postes et l'organisation du travail afin que notre offre de service couvre l'ensemble des services du CSSS avec un élargissement horaire sur sept jours/semaine, le tout implanté progressivement à compter du mois de mai 2010. Il faut souligner les efforts considérables qui ont été déployés pour l'affectation des équipes, soit au-delà de 100 personnes assignées quotidiennement à la clinique de vaccination massive.

Le maintien du climat de confiance et du partenariat avec les instances syndicales a été une priorité et nous avons tenu vingt-quatre rencontres en comité de relations de travail et une vingtaine de rencontres sur différents dossiers. Nous avons également soutenu les gestionnaires dans l'application des dispositions des conventions collectives, sur la gestion des conditions de travail ainsi que dans le cadre de projets de réorganisation du travail.

En regard de la présence et de la santé sécurité au travail, on observe en 2009-2010 pour l'ensemble du CSSS une augmentation de 4.5% des heures indemnisées en assurance salaire, ce qui se traduit par un taux d'assurance salaire de 6.10 comparativement à 6.06 en 2008-2009, représentant la norme régionale attendue. En ce qui concerne les accidents du travail, on constate une diminution de 6.5% des événements accidentels avec perte de temps comparativement à l'année précédente. Nous avons maintenu notre rigueur dans le suivi des absences et de la mise en place de stratégies locales visant à assurer la sécurité de la clientèle et des employés et ce, en collaboration avec l'ensemble des gestionnaires. Nous avons poursuivi les activités en lien avec le programme « Ma santé je m'en occupe » avec quatorze conférences sur la santé du cœur qui ont rejoint 729 participants, soit un taux de participation de 42%. Notre programme d'aide aux employés a connu un taux d'utilisation de 11.3% comparativement à 9.5% l'année précédente.

La politique pour promouvoir un environnement sans abus, sans violence et harcèlement a été approuvée par le conseil d'administration. Pour soutenir son application dans l'établissement, des sessions de sensibilisation à cette politique sont offertes depuis janvier au personnel des différentes installations. Nous avons également élaboré un dépliant expliquant la politique, et le comité d'aide, de traitement et de prévention est en voie de formation. Cette année, dans le cadre du mois de la reconnaissance, qui vise à souligner la contribution des employés et des équipes de travail à l'amélioration de la qualité des services, nous avons de plus témoigné notre reconnaissance à 345 collègues pour leur fidélité à l'organisation.

En ce qui concerne le développement des ressources humaines, un cadre de référence a été développé et sera soumis au processus de consultation auprès de différentes instances. Les activités de formation dispensées au cours de l'année ont répondu à différents besoins entre autres d'ordre clinique, aux changements de pratique ou technologiques et ont totalisé 1,55% de la masse salariale comparativement à 1.423% en 2008-2009.

La Direction des ressources financières

Comme dans d'autres domaines, l'année 2009-2010, à la Direction des finances, a été fortement influencée par la préparation à une pandémie ainsi qu'à la campagne de vaccination massive. Avec le personnel des approvisionnements, nous avons dû planifier les réserves de façon à pouvoir répondre aux besoins advenant l'arrivée d'une pandémie. Ces mêmes personnes ont participé à coordonner toute la logistique concernant la campagne de vaccination massive et la clinique de grippe. De plus, les équipes de la paie, du budget et de la comptabilité ont dû s'assurer de la bonne comptabilisation des coûts de façon à répondre aux différentes redditions de compte demandées par les instances gouvernementales.

Tout au long de l'année, les différentes équipes ont travaillé à développer des procédures ou des outils permettant de mieux répondre aux différentes demandes des services de l'établissement ou de l'Agence. En fin d'année, un service de caisse pour les résidents a été implanté à Robert-Cliche.

La Direction des ressources techniques

Plusieurs projets de maintien d'actifs et de rénovations fonctionnelles visant la qualité de vie des résidents et du personnel ont été réalisés ou planifiés tout au cours de l'année. Ces projets incluent la décontamination des salles de bain des résidents du CH Robert-Cliche ainsi que la correction de la chute à linge. De nouveaux salons et fumeurs ont été aménagés au Centre J.-H.-Charbonneau à la satisfaction des résidents. Les services alimentaires de ce même centre sont maintenant équipés de nouvelles chambres froides. Des petits projets ont aussi été réalisés au Centre Jeanne-Le Ber tel que l'aménagement d'une cuisinette et d'un poste infirmier, la décoration de la salle des loisirs et l'installation de leviers sur rail. Des activités de décontamination du sous-sol ont eu lieu au Centre d'hébergement Éloria-Lepage ainsi que le remplacement de la bouilloire. Le projet de rénovation des chambres au Centre de la Maison-Neuve s'est poursuivi.

L'équipe des ressources techniques a apporté sa contribution à l'opération de vaccination massive A(H1N1). L'aménagement des lieux physiques et la gestion de la sécurité ont été des défis de taille auxquels l'équipe s'est acquittée avec professionnalisme. Nous avons assuré une présence constante sur les sites afin de répondre aux besoins immédiats des intervenants et de la population.

Les services techniques sont également engagés dans la démarche de développement durable. Des plans d'action de gestion des matières résiduelles sont en cours et nous visons l'obtention de l'attestation *ICI on Recycle*. Les activités sont complétées au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve et se poursuivent dans les autres installations. Nous avons entamé une démarche d'évaluation pour la réalisation de projets éconergétiques dans nos installations. Trois entreprises de services éconergétiques pré-qualifiées à l'issue d'une première phase d'appel de candidatures sont présentement à développer des propositions complètes de services éconergétiques.

Les Services informatique et de téléphonie

L'équipe informatique offre le support à plus de 1600 utilisateurs pour un parc de 983 ordinateurs, imprimantes et plusieurs applications. Une augmentation du parc informatique soit 61 ordinateurs supplémentaires nous demande un support plus important. L'ajout des chariots à médicaments exige un soutien différent auprès des utilisateurs. Le service des télécommunications (téléphonie) voit au bon fonctionnement des 11 systèmes différents ainsi que plus de 1800 téléphones. Au cours de l'année, le service informatique a traité plus de 9421 demandes de services.

Les services informatique et de téléphonie ont été très en demande avec la mise en place des installations liées à la pandémie de grippe A (H1N1) et la préparation du déménagement du CLSC Rosemont. Nous avons aussi réalisé plusieurs projets, soit la deuxième phase du projet d'amélioration de la structure ADS, le maintien des actifs, l'ajout de 61 ordinateurs au parc informatique, le début du projet e-clinibase, le début de la migration de tous les sites RTSS vers la nouvelle structure RITM. 50% complété au 31 mars 2010, la catégorisation des actifs informationnels, l'implantation de 35 chariots à médicaments sur les 72 prévus, l'implantation de plusieurs logiciels dans différentes directions, l'installation d'un écran d'information au Centre d'hébergement Rousselot (à la cafétéria pour diffusion de messages aux employés) et le dépôt d'un appel d'offre en téléphonie.

Le Service des communications

Le Service des communications a été très sollicité dans le cadre de la lutte à la pandémie de grippe A (H1N1). En collaboration avec le MSSS et l'Agence de Montréal, de nombreuses actions ont été entreprises pour diffuser l'information appropriée aux employés, aux partenaires institutionnels et communautaires et à la population en ce qui a trait à la prévention et à la vaccination. Les relations avec les médias ont été tout particulièrement intenses durant la période de vaccination massive au Stade olympique. En cours d'année, on compte 33 requêtes des médias, dont la moitié concernant la vaccination. En février 2010, une nouvelle version du site web a été lancée. Nous comptons 288 pages d'information qui ont été consultées par 5000 internautes par mois en moyenne. Du côté de l'intranet, l'intégration de cet outil dans la culture organisationnelle se poursuit et nous comptons en moyenne 15 000 visites par mois.

La Fondation du CSSS Lucille-Teasdale : une première année prometteuse

La Fondation a poursuivi sa mission de soutenir des projets d'amélioration de la qualité de vie des résidents et des usagers du CSSS.

La deuxième campagne de financement de la Fondation s'est déroulée à l'automne 2009 et comportait trois volets : une activité de financement auprès des fournisseurs et partenaires du CSSS, une campagne auprès des employés du CSSS Lucille-Teasdale et enfin la sollicitation directe auprès des résidents et de leurs familles. Cette deuxième campagne a permis d'amasser à ce jour environ 40 000 \$¹.

Notre Fondation est encore très jeune. Elle est en compétition avec un grand nombre de causes toutes pertinentes et cela pose un grand défi en regard de notre capacité à lever des fonds. Par ailleurs, par les témoignages que nous avons reçus suite au soutien que nous avons pu apporter à 49 projets, pour un total de 91 316 \$, nous sommes persuadés d'avoir contribué à améliorer la qualité de vie et la qualité des services de santé et de services sociaux aux personnes qui reçoivent des services du CSSS Lucille-Teasdale et qui vivent dans les trois quartiers de Mercier-Ouest, Hochelaga-Maisonneuve et Rosemont. Fort de ces résultats, nous poursuivons avec conviction le développement de la fondation.

¹ Comme la campagne s'est déroulée à l'automne 2009, les résultats apparaîtront aux états financiers de l'année 2009-2010.

État des résultats

Sommaire - Exercice terminé le 31 mars 2010

	2009-2010	2008-2009
	\$	\$
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux et Ministère de la santé et des services sociaux	136 886 576	128 663 767
Usagers	18 758 037	18 264 596
Ventes de services	667 558	683 132
Recouvrements	817 071	557 038
Donations	30 780	37 168
Autres	157 411	380 227
TOTAL	157 317 433	148 585 928
Charges		
Salaires	85 591 488	79 804 043
Avantages sociaux	21 042 748	20 054 466
Charges sociales	14 108 129	13 669 733
Médicaments	2 257 553	2 371 239
Fournitures médicales et chirurgicales	1 639 262	1 370 861
Denrées alimentaires	2 573 807	2 482 606
Créances douteuses	91 681	322 650
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobile, rétention et quart stable de nuit		627 684
Entretien et réparations	1 221 473	2 397 076
Autres	28 582 118	25 870 556
TOTAL	157 108 259	148 970 914
Excédent Activités principales	209 174	(384 986)
CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS :		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds	-	709 734
Affectés au fonds d'immobilisations – autres	(197 029)	(306 293)
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS	12 145	18 455

	2009-2010	2008-2009
	\$	\$
ACTIVITÉS ACCESSOIRES		
Revenus		
Financement public et parapublic	170 565	135 004
Revenus commerciaux	73 838	73 922
TOTAL	244 403	208 926
Charges		
Salaires	90 305	50 091
Avantages sociaux	15 219	7 394
Charges sociales	13 830	6 645
Autres	121 197	134 089
TOTAL	240 551	198 219
Excédent Activités accessoires	3 852	10 707
CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS :		
Affectées au fonds d'immobilisations	(2 652)	(4 698)
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU EFFECTUÉES À D'AUTRES FONDS	1 200	6 009
FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES		
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES DU FONDS D'EXPLOITATION	213 026	(374 279)
FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES		
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES DU FONDS D'EXPLOITATION APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS	13 345	24 464

Suivi de l'entente de gestion

Ce chapitre traite des résultats des attentes spécifiques à l'entente de gestion convenue entre le CSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en 2009. On y retrouve les statistiques propres aux secteurs d'activités qui ont fait l'objet d'ententes spécifiques. De plus, nous joignons le suivi des attentes administratives des ententes de gestion déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Il s'agit d'une partie des activités du CSSS qui fait l'objet d'une attention plus précise et détaillée aux fins de la reddition de compte.

Mission CLSC

Indicateurs soutien à domicile

Légende

Vert	Cible atteinte
Jaune	Cible non atteinte (0 - 5%)
Rouge	Cible non atteinte (Plus de 5%)

INDICATEURS DU SOUTIEN À DOMICILE

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	5103	31,90
Résultats année précédente	5159	29,96
Cible CSSS	5159	29,96
Écart Cible		
Écart Cible %	(56)	1,94
	(1,09)	6,49

SOINS PALLIATIFS		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	389	11,73
Résultats année précédente	408	11,85
Cible CSSS	495	14
Écart Cible	(106)	(2,27)
Écart Cible %	(21,41)	(16,22)

DÉFICIENCE PHYSIQUE		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	873	62,57
Résultats année précédente	848	55,71
Cible CSSS	1079	41,03
Écart Cible	(206)	21,54
Écart Cible %	(19,09)	52,50

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	68	30,71
Résultats année précédente	97	19,42
Cible CSSS	104	15
Écart Cible	(36)	15,71
Écart Cible %	(34,62)	104,71

COMMENTAIRE

La méthode de calcul du MSSS ne tient pas compte du fait que les usagers avec DI ou TED desservis dans d'autres programmes que le SAD ne sont pas pris en compte par le MSSS, ce qui sous-évalue le nombre d'usagers et d'interventions.

INDICATEURS DES SERVICES COURANTS, SANTÉ MENTALE et JEUNESSE

SERVICES PSYCHOSOCIAUX COURANTS		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	1038	5,09
Résultats année précédente	1122	4,40
Cible CSSS	1122	4,40
Écart Cible	(84)	0,69
Écart Cible %	(7,49)	15,78

SANTÉ MENTALE	
	Nombre d'usagers
Résultats année en cours	938
Résultats année précédente	686
Cible CSSS	1785
Écart Cible	252
Écart Cible %	(47,45)

SANTÉ MENTALE - JEUNES	
	Nombre d'usagers
Résultats année en cours	70
Résultats année précédente	41
Cible CSSS	240
Écart Cible	29
Écart Cible %	(70,83)

COMMENTAIRES

La cible à atteindre représente une augmentation de 53% par rapport à la cible de l'an dernier (il n'y avait pas de cible distincte pour les adultes et pour les jeunes) et de 64% par rapport aux résultats atteints l'an dernier (61,6% pour la clientèle adulte et 82,9% pour les jeunes).

JEUNES EN DIFFICULTÉ		
	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	2601	6,65
Résultats année précédente	2298	6,38
Cible CSSS	2352	7
Écart Cible	249	(0,35)
Écart Cible %	10,57	(4,94)

MISSION : Centre d'hébergement

**NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR JOUR
PRÉSENCE EN SOINS INFIRMIERS ET SOINS D'ASSISTANCE**

Résultats année en cours 2009-2010	3.10
Résultats année précédente 2008-2009	3,05
Cible CSSS	3,00
	Cible atteinte

**NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR JOUR
PRÉSENCE EN SERVICES PROFESSIONNELS AUTRES
QU'INFIRMIERS**

Résultats année en cours 2009-2010	0,23
Résultats année précédente 2008-2009	0,21
Cible CSSS	0,15
	Cible atteinte

Attentes administratives

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience.	Élaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services.	En cours	
		Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008.	À finaliser	
		Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur.	En cours	
Déficience physique	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience.	Élaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services.	En cours	
		Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008.	À finaliser	
		Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur.	À finaliser	
Dépendances	Implanter le programme Alcochoix +.	Niveau d'implantation du programme Alcochoix +.	Réalisé	
	Référer les jeunes évalués « feu rouge », à l'aide de l'outil DEP-ADO, au mécanisme d'accès pour les jeunes.	Identification et/ou maintien d'un agent de liaison pour le mécanisme d'accès.	Réalisé	
	Implanter les orientations ministérielles relatives au programme-service dépendances.	Actualisation de la formation des intervenants de 1re ligne au programme « Adulte en dépendance ».	À finaliser	
		Niveau de mise en oeuvre des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme.	Non amorcé	
Gestion de la main d'oeuvre	Au plus tard le 31 mars 2010, l'établissement déposera, à la Direction gestion des réseaux (DGR) de l'Agence, un plan d'action visant l'attraction et la rétention du personnel, l'augmentation de la présence et de la disponibilité au	Dépôt d'un plan d'action à la DGR démontrant l'engagement de la haute direction à revoir l'organisation du travail et les conditions d'exercice.	En cours	

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
	travail.			
		Niveau de réalisation de l'ensemble des activités prévues au cadre normatif pour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.	Réalisé	En continu
Gestion de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles	Intégrer la gestion de la diversité culturelle dans l'offre de service.	L'établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Adoption par résolution du conseil d'administration ou entérinée par le comité de direction.	En cours	
		L'établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Le processus de développement de la politique a inclus des consultations, validation et la concertation des divers partenaires du milieu.	En cours	
		La politique adoptée a été diffusée: des mécanismes de rappel à la mémoire ont été prévus.	Non amorcé	
		La politique adoptée a été diffusée auprès des cadres.	Non amorcé	
		La politique adoptée a été diffusée auprès des employés.	Non amorcé	
		La politique adoptée a été diffusée auprès des clients et famille ainsi que la communauté.	Non amorcé	
	Indiquer dans le rapport annuel de gestion (établissements publics) ou dans le rapport annuel d'activités (établissements privés conventionnés) les mesures prises et les résultats obtenus en lien avec la politique de gestion de la diversité culturelle.	Reddition dans le rapport annuel des mesures prises et des résultats obtenus compte tenu des objectifs de la politique.	En cours	

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
Gestion de l'accessibilité des services en langue anglaise	Respecter le « Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise » dans l'offre de service.	L'établissement s'assure que tous les services nommés au Programme d'accès sont accessibles en anglais.	Réalisé	
Gestion des actifs informationnels	Préparer un plan triennal de maintien des actifs informationnels selon le gabarit préparé par l'Agence.	Le plan est conforme au gabarit.	Réalisé	
		Le plan est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information.	Réalisé	
	Préparer un inventaire des actifs informationnels.	L'inventaire est conforme au gabarit.	En cours	
		L'inventaire est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information.	En cours	
		L'inventaire est mis à jour au 31 décembre 2009.	En cours	
	Appliquer les mesures obligatoires et minimales du Cadre de gestion des actifs informationnels - volet sécurité.	Il y a indication dans le rapport financier annuel (questionnaire à l'intention de la haute direction).	À finaliser	
	Mettre en place la solution anti-virus Trend Micro.	L'Établissement confirme que la solution est appliquée.	Réalisé	
Gestion des mesures d'urgence et de sécurité civile	Dans le cadre de la coordination locale des mesures d'urgence en cas de sinistre, développer et maintenir un arrimage avec les municipalités ou les arrondissements du territoire.	développement et maintien des arrimages avec les municipalités ou les arrondissements.	En cours	
Jeunes en difficulté	Assurer l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide.	Hiérarchie des services à offrir aux personnes suicidaires définie.	En cours	
		Niveau d'implantation de réseaux de sentinelles.	En cours	L'implantation est faite en partenariat avec les CSSS de l'Est. Avec l'ajout de budget, nous pourrions consolider à 100%.

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
		Soutien à apporter aux sentinelles défini et mis en œuvre.	Réalisé	
	Compléter, s'il y a lieu, l'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE).	L'équipe mobile d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE) est complétée, formée et est entrée en fonction.	Réalisé	
	Définir le projet clinique pour le programme « Jeunes en difficulté » en tenant compte de la publication récente du MSSS « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience ».	Adoption d'un projet clinique « Jeunes en difficulté ».	En cours	
	Collaborer, s'il y a lieu, à la mise en place des services de supervision des droits d'accès.	Niveau de mise en place des services de supervision des droits d'accès.	À finaliser	
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Poursuivre le développement de ressources intermédiaires pour les personnes en perte d'autonomie (PPALV) dans chacun des territoires de CSSS selon le « Plan d'action 2005-2010 pour les personnes âgées de la région de Montréal ».	Collaboration à la démarche de l'Agence pour le développement de places en ressources intermédiaires (PALV).	Réalisé	
	Terminer, s'il y a lieu, l'implantation du plan d'action « Milieu de vie ».	Déployer la formation « Agir auprès de la personne âgée » s'adressant aux préposés aux bénéficiaires en fonction de la planification prévue dans l'établissement et selon les budgets alloués.	En cours	
		terminer, s'il y a lieu, l'implantation des composantes du Plan d'action « Milieu de vie ».	Réalisé	En continu
	Compléter, s'il y a lieu, l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	consolidation de l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle « e-smaf » en CSSS.	En cours	

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
		Création ou maintien d'une table de concertation multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées.	Réalisé	
		Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes : implantation d'un processus de repérage des personnes vulnérables.	À finaliser	
		Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes : mécanismes de concertation locaux.	Non amorcé	
		Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes : gestionnaire de cas.	En cours	
		Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes : guichet d'accès aux services.	Réalisé	
		Niveau d'implantation du système informatique RSIPA en CSSS.	Non amorcé	
	Collaborer à la démarche coordonnée par l'Agence pour le rehaussement des places requises en CHSLD sur le territoire de Montréal.	collaboration à la démarche de l'Agence pour le rehaussement des places en CHSLD.	À finaliser	
Santé mentale	Implanter et maintenir le guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale.	Niveau d'implantation du guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale pour les adultes ainsi que les enfants et les jeunes.	À finaliser	En santé mentale jeune, des effectifs supplémentaires sont nécessaires pour compléter les activités du guichet.
	Maintenir des mécanismes de liaison avec les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques.	Développement d'ententes de service CSSS – CH.	À finaliser	

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
	Collaborer au Plan d'action régional en santé mentale, incluant la participation au plan stratégique visant à associer aux CSSS et à leurs partenaires les services de 1re ligne actuellement fournis par les CHSP ou les CHSGS.	Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour jeunes et adultes : faire un plan de transfert des responsabilités et des patients, pour assurer la continuité des services réalisés pour les adultes et les enfants – jeunes.	En cours	Au niveau adulte, les travaux seront complétés fin avril. En santé mentale jeune, aucun transfert n'est prévu tant que l'équipe ne sera rehaussée (ajout d'effectifs).
		Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour les jeunes et pour les adultes : articulation d'un programme d'accueil et de développement du personnel transféré dans les équipes adultes et enfants – jeunes.	Réalisé	
		Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour les jeunes et pour les adultes : dépôt d'un plan d'effectifs en vue du transfert des ressources humaines vers les équipes de 1re ligne adultes et enfants – jeunes.	Réalisé	
		Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour jeunes et adultes : en collaboration avec les partenaires, réalisation d'un plan de communication visant la population, les usagers et les partenaires quant à l'offre de service.	Réalisé	
Santé physique	Conformément au rapport du Vérificateur général du Québec, élaborer et suivre un processus formel et systématique d'évaluation des fournitures médicales utilisées et de normalisation.	La participation d'un comité multidisciplinaire.	Réalisé	
		L'élaboration d'un répertoire des décisions.	Amorcé	
		L'utilisation de critères d'évaluation.	Réalisé	

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
	Collaborer à la mise en oeuvre des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer de la région de Montréal (PQLC).	Élaboration d'un volet de lutte contre le cancer au projet clinique.	Amorcé	
		Mise en place et maintien de corridors de services diagnostiques et thérapeutiques en oncologie.	Non amorcé	
	Poursuivre et consolider l'implantation des quatre sections du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale :	l'établissement a mis en place un mécanisme permettant de s'assurer que le protocole est implanté et appliqué.	Réalisé	
	Poursuivre la formation des intervenants concernés par le Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale :	les intervenants concernés par l'application du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale sont formés.	À finaliser	Devrait être terminé au plus tard en septembre 2010.
	Contribuer au plan de lutte contre une pandémie d'influenza.	L'établissement confirme qu'il a révisé son plan local de lutte contre une pandémie d'influenza.	En cours	
		L'Établissement met en oeuvre les actions nécessaires à l'accomplissement des travaux prioritaires identifiés par l'Agence.	En cours	
	Soutenir le modèle régional d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation.	Atteinte d'un taux minimal d'occupation de 95 % pour les lits de réadaptation en CHR et URFI.	Réalisé	
		Mise en oeuvre des conditions visant à offrir des services de physiothérapie la fin de semaine et les jours fériés aux usagers ayant subi une chirurgie PTH-PTG et dont la condition le requiert (missions CHSGS, CHR, CSSS).	Réalisé	L'accès est assuré au besoin.
		Réduction ou maintien de la DMS dans les CHR et URFI.	À finaliser	

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
		Suivi du cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus (missions CHSGS, CHR, URFI, CSSS).	Réalisé	
	Assurer la mise à jour et le suivi du « Plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence, version 2009 ».	Dépôt, à la Direction gestion des réseaux de l'Agence, de la mise à jour du « Plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence, version 2009 ».	Réalisé	
Santé publique	Accroître la couverture contre le pneumocoque chez les résidents en CHSLD.	Quatre-vingt (80) pourcent des résidents en CHSLD ont été vaccinés contre le pneumocoque. Indiquer le taux atteint dans la section des commentaires.	À finaliser	Cinquante-huit (58) pourcent des résidents ont été vaccinés.
	Accroître la couverture vaccinale contre l'influenza chez les résidents en CHSLD.	Quatre-vingt (80) pourcent des résidents en CHSLD ont été vaccinés contre l'influenza depuis l'automne. Indiquer le taux atteint dans la section des commentaires.	Réalisé	Quatre-vingt neuf (89) pourcent % ont été vaccinés contre H1N1, 76% ont été vaccinés contre l'influenza : notez que certains résidents qui avaient été vaccinés contre le H1N1 ont refusé le vaccin de l'influenza.
	Accroître la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé.	Soixante (60) pourcent des travailleurs de la santé ont été vaccinés contre l'influenza depuis l'automne. Indiquer le taux atteint dans la section des commentaires.	Amorcé	Soixante-six (66) pourcent des travailleurs ont été vaccinés contre le H1N1. La campagne de vaccination contre l'influenza a été décalée.
	Convenir avec la DSP de l'Agence des modes de reddition de comptes des crédits de santé publique affectés au déploiement du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	Un bilan financier des crédits de santé publique affectés annuellement à la mise en oeuvre du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	À finaliser	
	Disposer d'un Plan d'action local de santé publique (PAL) 2009-2012 qui s'inscrit dans les six grandes orientations du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2008-2012.	Un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 élaboré pour décembre 2009.	En cours	

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
	Élaborer un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 en partenariat avec le réseau local.	Un portrait des partenariats mis à contribution dans le cadre de l'élaboration et de la mise en oeuvre du Plan d'action local de santé publique réalisé.	En cours	
	Réaliser le contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	Un contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012 (incluant les sommes allouées annuellement dans le cadre des mesures de santé publique).	Amorcé	
	Convenir des indicateurs à inscrire au tableau de bord du système d'appréciation de la performance élaboré en collaboration avec la Direction de santé publique (DSP).	Des indicateurs d'appréciation de la performance du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	Non amorcé	
Services généraux - activités cliniques et aide	Valider et transmettre à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) les rapports de reddition de comptes des cliniques-réseau dans les délais impartis.	Rapports mensuels de gestion des cliniques-réseau validés par le CSSS et transmis à la DAMU de l'Agence dans les délais impartis.	Réalisé	
		Rapports trimestriels de dépenses des cliniques-réseau validés par le CSSS et transmis à la DAMU de l'Agence dans les délais impartis.	Réalisé	
	Atteindre les cibles de développement du Plan d'action régional intégré de 1ère ligne.	Les cibles de développement de GMF/CR/CRI et de projets de maladies chroniques pour la première année du plan sont atteintes.	Réalisé	
	Collaborer à la mise en oeuvre de l'offre de service en périnatalité.	Implantation des différentes composantes de l'offre de service en périnatalité.	Réalisé	
	Participer à la mise à jour du répertoire de ressources en santé et services sociaux (RRSSS) et valider les données sur les ressources des territoires de CSSS.	Mettre à jour les ressources du répertoire par territoire de CSSS et en assurer la validité.	Réalisé	

Annexe – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Ce code d'éthique a été approuvé par le conseil d'administration le 14 septembre 2004.

Au cours de l'année 2009-2010, aucun cas n'a été traité, aucun manquement n'a été constaté et aucune personne n'a été révoquée ou suspendue.

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 conflit 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. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

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.

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 soeur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

e) **établissement** désigne les installations suivantes :

- Centre administratif – Centre d'hébergement J.-Henri-Charbonneau sis au 3095, rue Sherbrooke Est à Montréal;
- CLSC de Hochelaga-Maisonneuve sis au 4201, rue Ontario Est à Montréal;
- CLSC de Rosemont sis au 5650, rue d'Iberville à Montréal;
- CLSC Olivier-Guimond sis au 5810, rue Sherbrooke Est à Montréal;
- Centre d'hébergement de la Maison-Neuve sis au 2300, rue Nicolet à Montréal;
- Centre d'hébergement Éloria-Lepage sis au 3090, avenue de la Pépinière à Montréal;
- Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber sis au 7445 rue Hochelaga à Montréal;
- Centre d'hébergement Marie-Rollet sis au 5003, rue Saint-Zotique à Montréal;
- Centre d'hébergement Robert-Cliche sis au 3730, rue Bellechasse à Montréal;
- Centre d'hébergement Rousselot sis au 5655, rue Sherbrooke Est à Montréal;
- Centre de crise de l'Entremise sis au 3010, rue Pierre-Tétreault à Montréal.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

L'ADMINISTRATEUR, DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS:

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

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.

7. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

À cette fin, l'administrateur,

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

9. 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

10. 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

11. 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.

12. 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

13. 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.

14. S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.

15. Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur,

16. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.

17. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

18. Évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.

L'ADMINISTRATEUR AUTRE QUE LE DIRECTEUR GÉNÉRAL ET LES CONFLITS D'INTÉRÊTS

19. 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'un des établissements 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 visée 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).

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL ET LES CONFLITS D'INTÉRÊTS

20. 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.

21. 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.

22. 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 par l'établissement avec une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

23. 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, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

Biens de l'établissement

24. Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

25. 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.

26. 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 compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

27. 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.

28. Doit s'interdire, 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 et qui ont des liens avec l'établissement.

Transparence

29. 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

30. S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.

31. S'abstient de manoeuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

32. S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

L'ADMINISTRATEUR,
APRÈS LA FIN DE SON MANDAT:

*Agit avec prudence, discrétion,
honnêteté et loyauté*

À cette fin, l'administrateur,

33. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'un proche, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

34. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'un proche 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.

35. 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.

36. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.

37. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Introduction d'une demande d'examen

38. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du *Comité d'éthique et de déontologie* ou, s'il s'agit de ce dernier, 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

39. 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

40. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de

manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

41. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer 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

42. 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 au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

43. Le conseil d'administration se réunit à huit 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

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

ENGAGEMENTS

45. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe III du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.