

Centre de santé et de services sociaux
Lucille-Teasdale



Rapport annuel 2007-2008

***Déposé au conseil d'administration
du 17 juin 2008***

Table des matières

Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général	
Déclaration par le directeur général	
Structure de l'organisation.....	
Mission	
Portrait de la population du territoire	
Membres des conseils et comités	
Effectifs du CSSS par catégorie d'emplois	
Faits saillants de l'année 2007-2008.....	
Le projet clinique	
L'offre de service du CSSS	
1. Mission CLSC	
2. Mission d'hébergement	
3. La qualité des services	
4. Les directions de soutien à l'organisation	
5. La gestion des mesures d'urgence et la gestion des risques	
6. Le traitement des plaintes	
État des résultats (fonds d'exploitation)	
Suivi de l'entente de gestion	
Attentes administrative	
Annexe : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	

Lexique des principales abréviations

DI-TED :	déficiência intellectuelle-trouble envahissant du développement
DP :	déficiência physique
EFJ :	enfance-famille-jeunesse
PPA :	personnes en perte d'autonomie
RI :	ressource intermédiaire
RNI/RA :	ressource non-institutionnelle ou alternative
SAD :	soutien à domicile
SIPPE :	services intégrés en périnatalité et en petite enfance

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

Cette année le conseil d'administration a approuvé des changements dans la structure organisationnelle qui sont en continuité avec celle déjà existante. Cette structure incarne encore plus les valeurs qui animent et qui guident les actions des dirigeants et souligne l'importance de deux valeurs maîtresses, soit le respect et la qualité. La première valeur inclut le respect des personnes pour qui nous travaillons, le respect des intervenants qui sont essentiels à la réalisation de notre mission et le respect des partenaires avec qui nous collaborons. La seconde valeur s'inscrit dans la qualité des services et la qualité du milieu de vie, que ce soit dans les centres d'hébergement, les ressources d'hébergement alternatives ou dans la communauté. Plusieurs réalisations présentées dans le présent rapport annuel démontrent l'intégration de ces valeurs dans les actions quotidiennes des différentes directions.

En effet, c'est grâce aux équipes de travail dynamiques et créatives que de nombreux projets se sont concrétisés cette année. Le CSSS Lucille-Teasdale a inauguré une ressource régionale unique au Québec : une unité spécifique de type III dédiée à accueillir 14 résidents avec des troubles graves du comportement associés à des pertes d'autonomie physique. Le CSSS a également contribué au développement de ressources alternatives d'hébergement sur son territoire. En effet, une nouvelle ressource intermédiaire offre un milieu de vie adapté à 40 résidents en perte d'autonomie, dont 20 personnes présentant des déficits cognitifs. Les équipes de santé mentale ont pour leur part beaucoup progressé dans l'actualisation du Plan d'action ministériel en santé mentale dans un bel esprit de collaboration avec les partenaires. Du côté des services professionnels, le projet d'informatisation et d'automatisation des services de pharmacie a débuté par l'acquisition d'une ensacheuse à médicaments.

L'amélioration continue de la qualité a été au cœur de nos préoccupations cette année. La plus importante activité fût la préparation à la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé. En effet, le processus nous a amené à recueillir toute l'information en lien avec les normes et les pratiques organisationnelles requises. Ensuite, un grand nombre de personnes ont été sollicitées pour répondre à des questionnaires d'auto-évaluation et élaborer des plans d'amélioration en vue de la visite d'agrément qui a eu lieu en avril 2008. En plus de cette démarche, le CSSS Lucille-Teasdale a fait l'objet de deux visites ministérielles, l'une dans les ressources de type familial et l'autre au Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber. Le Collège des médecins a également procédé à une visite d'inspection professionnelle dans les sept centres d'hébergement. Enfin, le CSSS Lucille-Teasdale a participé, ainsi que les onze autres CSSS de Montréal, à un sondage de satisfaction coordonné par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et mené auprès des usagers des services à domicile, des proches aidants et des résidents des centres d'hébergement.

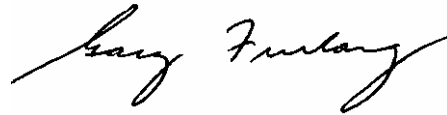
Un temps fort de l'année fut la signature des négociations locales avec les trois syndicats. Ces ententes ont exigé un travail de collaboration important et nous remercions tous les acteurs qui ont su accomplir ce mandat dans un climat de confiance entre les parties patronale et syndicales. Tout au cours de l'année, la situation financière du CSSS Lucille-Teasdale a été source de préoccupation. Les deux principales causes de ces difficultés sont l'augmentation importante des coûts reliés à la CSST ainsi que l'écart entre les services offerts en soins à domicile et les budgets de développements reçus. Malgré des mesures de redressement prises dès l'automne 2007, le bilan annuel se solde par un déficit d'environ 1%, soit 1 215 000 \$ qui a dû être absorbé par le solde du fonds.

En octobre 2007, la Fondation du CSSS Lucille-Teasdale a vu le jour. Un conseil d'administration provisoire a été formé avec certains membres des conseils des anciennes fondations maintenant fusionnées soit la Fondation du CLSC-CHSLD de Rosemont, la Fondation Résidence Maison-Neuve et la Fondation du Centre Hospitalier J.-Henri-Charbonneau. La Fondation du CSSS Lucille-Teasdale prépare un événement de lancement à l'automne 2008.

Nous tenons à remercier le personnel, les médecins, les gestionnaires et les bénévoles pour leur travail et leur engagement au sein du CSSS Lucille-Teasdale. Nous sommes fiers de l'ensemble des réalisations de ces équipes qui, directement ou indirectement, contribuent à améliorer l'état de santé et de bien-être des usagers et des résidents.

A handwritten signature in black ink, reading "Lise Tremblay". The signature is written in a cursive style with a large initial "L".

Lise Tremblay
Présidente du conseil d'administration

A handwritten signature in black ink, reading "Gary Furlong". The signature is written in a cursive style with a large initial "G".

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 2007-2008 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 2008.



Gary Furlong
Directeur général

Mission

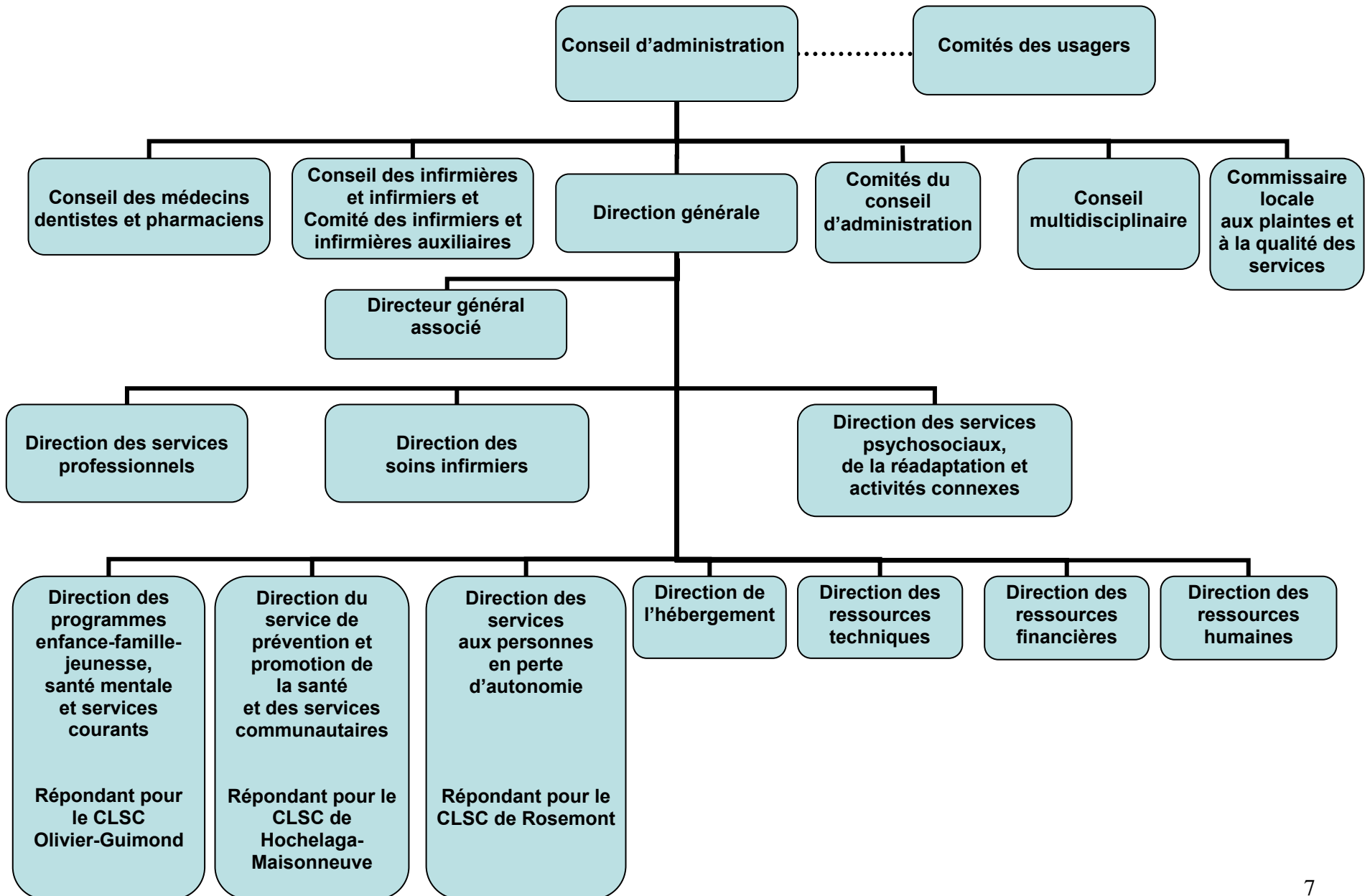
Le CSSS Lucille-Teasdale dispense des soins, des services de santé et des services sociaux et soutient le développement d'un réseau local de service afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population ainsi que l'accès aux services.

Nous desservons une population d'environ 171 000 personnes habitant dans trois quartiers de l'Est de Montréal, soit Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Ouest et Rosemont.

Nous comptons sur plus de 2400 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 docteure 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 des suites du sida, contracté dans ses fonctions, et représente encore l'incarnation d'une véritable missionnaire de la santé.

Structure de l'organisation



Portrait de la population du territoire

Grâce aux résultats du dernier recensement canadien (2006) publiés cette année, l'Observatoire populationnel du CSSS Lucille-Teasdale a pu mettre à jour notre « portrait » de la population. 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						
Revenu total en 2005 de la population de 15 ans et plus -						
Revenu moyen \$	28 372 \$	29 615 \$	24 401 \$	30 526 \$	32 946 \$	32 074 \$
Revenu moyen après impôt \$	23 952 \$	24 895 \$	20 951 \$	25 568 \$	26 793 \$	26 552 \$
Revenu moyen des familles économiques(1) en 2005 \$	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 2007-2008	2 028	985	595	448		
% augmentation sur 2006-2007	10.1%	7.1%	13.4%	12.3%		
% des enfants de mère immigrante	40.3%	42.6%	29.3%	49.9%		
% des enfants de mère ou père immigrants	49.3%	52.2%	39.4%	55.9%		

(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

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^e Isabelle Dubuc
Avocate
Représentante de la population

D^r Carl Fournier
Médecin omnipraticien
Représentant du Département régional de
médecine générale (DRMG)

M. François Gagnon-Clouâtre
Éducateur au CLSC de Hochelaga-
Maisonneuve
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

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
D^{re} Irma Clapperton (invitée de la Direction de la santé publique de Montréal)
M^{me} Suzanne Crête
D^r Carl Fournier
M. Gary Furlong
M^{me} Jocelyne Lévesque
M^{me} Francine Savaria
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^e Isabelle Dubuc
M. François Gagnon-Clouâtre
M^{me} Hélène Lachapelle
M. Pierre Riley
D^r Maurice Thibault
M^{me} Chantal Trudel

Comité de vigilance et de la qualité

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

Comité de gestion des risques et de la qualité

D^r Maurice Thibault, président
M^{me} Suzanne Crête
M^{me} Diane Frenette
M. François Gagnon-Clouâtre
M. Serge Laverdière
M. Alain Lemay
M. Gérald Mathieu
M^{me} Christiane Morissette
M. Stéphane Nolin
M^{me} Germaine Ouellet
M^{me} Marie-Josée Pelletier, gestionnaire de risques
M^{me} Renée Ricard

Comité stratégique d'orientation du concept milieu de vie

M^{me} France Mailhot, présidente
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. Mario Lapointe
M^{me} Sylvie Lefebvre
M. Claude Mainville
M^{me} Nicole Riel
M^{me} Lise Tousignant
D^r Boy Anh Tran

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

D^r Tuyen VoVan, président
D^{re} Lise Bélizaire-Da Costa
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
M. Stéphane Nolin
D^{re} Johanne Plante
D^r Gamil Sary
D^{re} Anne-Marie Venne

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)

M^{me} Jocelyne Lévesque, présidente
M^{me} Carolina Cortes, présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)
M^{me} Marie-Line Arsenault
M^{me} Mélanie Boulanger (CIIA)
M^{me} Nicole Boulianne
M^{me} Nathalie Bousquet
M^{me} Diane D'Amours (CIIA)
M^{me} Jocelyne Desfossés
M. Gary Furlong
M^{me} Andrée Jauvin (CIIA)
M^{me} Johanne Laramée
M. Claude Mainville
M^{me} Marie-Josée Normand (CIIA)
M^{me} Marjolaine Pelletier
M^{me} Marie-Claude Robert
M^{me} Alexandra Sivret
M^{me} Chantal Trudel

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

M^{me} Brigitte Lachance, présidente
M. François Gagnon-Clouâtre
M. Gary Furlong
M^{me} Sylvie Lefebvre
M^{me} Renée Ricard
M. Martin Saint-Georges
M. Guy Sainte-Marie
M^{me} Francine Savaria

Comité des usagers

M^{me} Nicole Laliberté, représentante des CLSC, présidente
M. René Boileau, représentant des CLSC
M^{me} Nicole Deschênes, représentante du Centre d'hébergement Éloria-Lepage
M^{me} Lucie Dupuis, représentante du Centre d'hébergement de la Maison-Neuve
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. Alain-Louis Pharand, représentant des CLSC
M^{me} Corinne Plourde, représentante du Centre d'hébergement Rousselot
M^{me} Lise Tousignant, représentante du Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber
M^{me} Micheline Vermette, représentante du Centre d'hébergement J.-H.-Charbonneau

Comité de logement social

M. Jean-Pierre Cyr
M. Gary Furlong
M^{me} France Goyette
M^{me} Nicole Laliberté
M^{me} Raymonde Levasseur
M. Pierre Riley
M^{me} Lise Tremblay

Effectifs du CSSS par catégorie d'emplois

Nombre d'employés, nombre de postes et d'équivalents temps complet par titres et catégories d'emploi et médecins

	Nombre d'employés	Nombre de postes	Équivalents temps complet (ETC)
Infirmière	176	221	172,63
Infirmier auxiliaire	246	201	140,16
Infirmière clinicienne	120	96	87,71
Préposé aux bénéficiaires	806	716	486,38
Auxiliaire familiale et sociale	129	95	94,20
Autres paratechniques	13	11	9,83
Services auxiliaires	269	205	150,72
Métiers	15	15	13,00
Professionnel de la santé	75	70	55,10
Professionnel des services sociaux	189	152	132,76
Technicien de la santé	46	37	28,80
Technicien des services sociaux	42	37	32,38
Pharmacien	9	5	5,00
Personnel de bureau	133	118	103,30
Technicien et professionnel de l'administration	59	56	53,60
Cadres et hors-cadre	139	144	124,70
TOTAL	2 466	2 179	1 690,27

Médecins dont 1 médecin associé et 6 spécialistes	57
Dentistes (ces professionnels ont des contrats de service avec le CSSS Lucille-Teasdale)	4

Faits saillants de l'année 2007-2008

Le projet clinique et organisationnel

Le projet clinique en santé mentale a fait l'objet de plusieurs actions cette année. Tout en poursuivant notre contribution aux travaux sous-régionaux pour l'organisation des services en santé mentale dans l'Est de Montréal, nous avons documenté la situation en regard des besoins de service et de la consommation des services en santé mentale pour la population du territoire. Nous avons aussi complété notre projet de plan d'action local sur l'implantation du projet clinique en santé mentale, pour les programmes de santé mentale Adulte et Enfance-Famille-Jeunesse. Ce plan d'action fera l'objet d'une consultation auprès des partenaires du CSSS à l'automne 2008. Par ailleurs, nous avons amorcé la formation des équipes de santé mentale Adulte et Enfant-Jeune, poursuivant en cela le déploiement du plan d'organisation régional des services de santé mentale.

Le projet clinique pour les services aux personnes âgées en perte d'autonomie s'est poursuivi, avec plusieurs réalisations à son actif, notamment l'ouverture de la première ressource intermédiaire de 40 places dans le territoire. Quelques ajustements ont été apportés au plan d'action originel afin de l'adapter au plan régional de gestion intégré des urgences, déposé à l'automne 2007 par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Nous avons donc élaboré un plan d'action local à cet effet qui comporte trois axes principaux. Le premier vise les services en hébergement, soit de réduire le temps d'admission en centre d'hébergement et de diminuer les transferts à l'hôpital pour les résidents qui ont un problème de santé aigu. Le second objectif est de renforcer l'offre de service à domicile. Enfin le troisième est d'offrir des services de convalescence en ressource d'hébergement non institutionnelle à la suite d'une hospitalisation. Plusieurs travaux sont en cours pour rencontrer les objectifs de ce plan de gestion intégrée des urgences. Parmi nos réalisations, nous avons instauré un mécanisme de pré-admission pour préparer à l'avance les personnes qui sont en attente d'une place en hébergement, nous avons créé une ressource non institutionnelle pour convalescents de 15 places, nous avons mis en place un service de sans rendez-vous médical à domicile pour les usagers qui sont suivis par les services de soutien à domicile, mais qui n'ont pas encore de médecin de famille et nous avons instauré le programme de dépistage des personnes âgées vulnérables (PRISMA 7) à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR).

Par ailleurs nous devons souligner que l'offre de service du programme PPA a été affectée par des mesures de redressement budgétaire importantes à partir de l'automne 2007. En effet, les budgets de développement pour les services à domicile ont été beaucoup moindres qu'espérés et ce malgré une augmentation continue de la demande. Ce déséquilibre a eu un impact sur l'ensemble du budget du CSSS Lucille-Teasdale. Du fait des mesures mises en place, l'accessibilité aux services a été ralentie ou diminuée pour certaines clientèles, contrairement à ce qui est visé dans les objectifs du projet clinique.

En ce qui a trait au **projet clinique en services généraux**, les collaborations avec les cliniques réseau se sont poursuivies et certains projets plus spécifiques ont été instaurés, notamment un projet de dépistage et d'évaluation des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). De plus nous avons mis en place un service d'accompagnement des usagers qui sont à la recherche d'un médecin de famille, particulièrement les personnes avec profil de santé vulnérable et les futures mamans qui se cherchent un médecin pour suivi de leur grossesse.

Pour le projet clinique Enfance-Famille-Jeunesse, trois équipes créées en fonction des groupes d'âge 0-5 ans, 5-11 ans et 12 ans et plus ont complété les travaux de documentation de la situation quant à l'offre de service actuelle et les enjeux qui sont reliés aux services aux enfants, aux adolescents et à leur famille. Nous avons participé aux travaux régionaux sur

l'application de la nouvelle loi sur la protection de la Jeunesse et sur la réorganisation du continuum de services entre les CSSSs et les Centres jeunesse dans cette application. Enfin, un modèle de suivi partagé médecin-infirmière pour la santé et le développement des enfants 0-5 ans a été développé et fait l'objet d'une demande de soutien financier à l'Agence pour une phase d'expérimentation.

Le projet clinique en santé physique s'est actualisé à travers la poursuite des concertations avec nos partenaires de HMR et du CSSS de la Pointe-de-l'Île. Un projet sur l'expérimentation d'un suivi des personnes en anticoagulothérapie, en collaboration avec l'Institut de Cardiologie de Montréal, a reçu l'autorisation et le soutien financier de l'Agence. Ce projet pourra donc se réaliser en 2008-2009. Nous avons aussi reçu une subvention de l'Agence pour soutenir l'implantation du projet de continuum de service pour les personnes avec déficits cognitifs. Une formation sur le suivi systématique des personnes diabétiques a été donnée à nos infirmières des services courants et nous offrons maintenant ce service de suivi en collaboration avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Nous avons aussi réalisé un projet pilote de concertation de service en soins palliatifs, en collaboration avec l'organisme Entraide Ville-Marie et HMR. Enfin nous avons actualisé avec succès la nouvelle organisation des services post-hospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins subaigus. Nous sommes donc maintenant responsable d'évaluer et d'orienter la clientèle référée par les hôpitaux vers la ressource de réadaptation la plus appropriée, consolidant notre offre de service de réadaptation à l'URFI ou à domicile.

Mécanismes d'accueil et accès aux services du CSSS. Au cours de l'année, dans le cadre d'un projet de réorganisation du travail subventionné par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, nous avons procédé à l'évaluation de nos mécanismes d'accueil et accès aux programmes et services. Nous avons révisé ces mécanismes en cohérence avec les projets de guichet d'accès des programmes PPA (personnes en perte d'autonomie) et santé mentale. Le nouveau modèle d'accueil et accès sera implanté en 2008-2009.

L'offre de service du CSSS

1. 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.

Au total 39 428 personnes ont reçu des services des trois CLSC en 2007-2008, ce qui représente une baisse comparativement à l'an dernier.

Usagers et Interventions globalement dans les CLSC				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
Nombre d'usagers	39 428	41679	(2251)	(5,40)
Nombre d'interventions	335 445	346124	(10679)	(3,09)

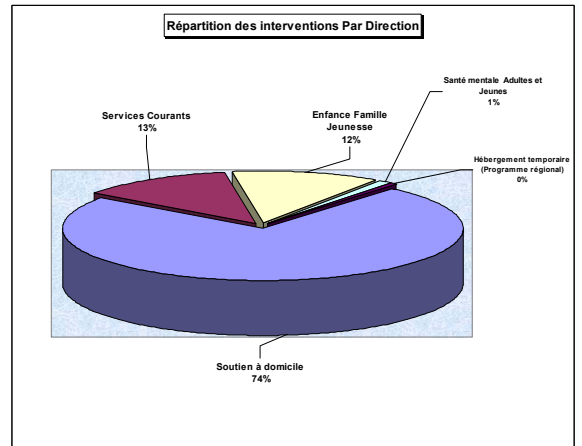
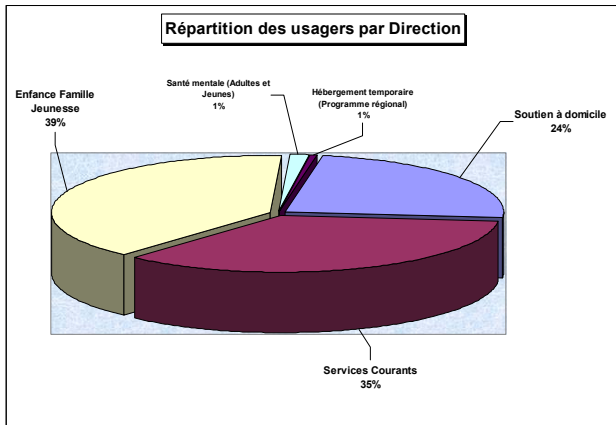
Le tableau suivant présente la répartition de la clientèle et des interventions par CLSC :

Usagers et Interventions par CLSC				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	17156	17790	(634)	(3,56)
Nombre d'interventions	168555	175227	(6672)	(3,81)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	9 557	10 300	(743)	(7,21)
Nombre d'interventions	71 809	72 201	(392)	(0,54)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	12715	13589	(874)	(6,43)
Nombre d'interventions	95081	98696	(3615)	(3,66)

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

Nombre d'usagers par Direction				
	2007-2008	2006-2007	Écart	Écart %
Soutien à domicile (toute clientèle : PPA, DP, DI-TED) (inclut soins infirmiers, aide à domicile, services sociaux, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, psychogériatrie)	8147	8063	84	1,04
Services courants (toute clientèle qui se présente au CLSC avec ou sans rendez-vous) (inclut soins infirmiers, services psychosociaux)	12 029	12534	(505)	(4,03)
Enfance Famille Jeunesse (inclut services psychosociaux, santé parentale et infantile, services dentaires préventifs, santé scolaire, orthophonie, aide spécialisée, aide à domicile)	13 492	13921	(429)	(3,08)
Santé mentale (Adultes et Jeunes)	422	632	(210)	(33,23)
Hébergement temporaire (Programme régional)	208	273	(65)	(23,81)

Nombre d'interventions par Direction				
	2007-2008	2006-2007	Écart	Écart %
Soutien à domicile (toute clientèle : PPA, DP, DI-TED) (inclut soins infirmiers, aide à domicile, services sociaux, nutrition, ergothérapie, physiothérapie, psychogériatrie)	238 494	240655	(2161)	(0,90)
Services courants (toute clientèle qui se présente avec ou sans rendez-vous) (inclut soins infirmiers, services psychosociaux)	40 767	44533	(3766)	(8,46)
Enfance Famille Jeunesse (inclut services psychosociaux, santé parentale et infantile, services dentaires préventifs, santé scolaire, orthophonie, aide spécialisée, aide à domicile)	38 388	43619	(5231)	(11,99)
Santé mentale Adultes et Jeunes	3 933	4390	(457)	(10,41)
Hébergement temporaire (Programme régional)	1 563	1939	(376)	(19,39)



Au total, on constate une diminution du nombre d'usagers desservis par rapport à l'année précédente. Les diminutions se retrouvent dans tous les programmes, sauf au Soutien à domicile, où on retrouve une légère augmentation des clients desservis et ce malgré le plan de redressement budgétaire qui a dû être fait dans cette direction. Les écarts sont expliqués dans les sections spécifiques aux directions.

Les réalisations spécifiques aux directions

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

L'année a été marquée par nos efforts à développer des alliances et offrir des services en collaboration avec la communauté et les partenaires (organismes communautaires, groupes d'intervention, CEGEP). Par exemple, nous avons implanté les activités du Centre d'éducation pour la santé, en collaboration avec les deux cliniques réseaux du territoire. L'infirmière clinicienne en prévention et promotion de la santé a également amorcé un travail de collaboration avec les cliniques médicales, les pharmacies et différents organismes du milieu. La recherche de médecins de famille est un enjeu de taille pour la population. Aussi, nos services d'accueil ont offert un soutien à la clientèle et ont travaillé à établir des liens particuliers avec les cliniques du quartier.

Le déploiement du Plan d'action en santé mentale pour la clientèle Jeunes et Adultes, s'est poursuivi cette année, en étroite concertation avec les établissements de l'est de Montréal (Hôpital Louis-H.-Lafontaine, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Rivière-des-Prairies, CSSS de la Pointe-de-l'Île, CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, CSSS Ahunatic-Montréal-Nord). Nous sommes à planifier l'organisation du guichet d'accès pour le territoire. Différentes modalités ont été mises en place pour faciliter l'avancement des travaux dont un budget de transition provenant de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui a aussi permis de consolider les équipes. Une entente de collaboration a été signée avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le service de pédopsychiatrie et le CSSS pour confirmer l'offre de service qui sera faite à la population des jeunes dans le territoire.

Cette année encore, l'opération vaccination contre l'influenza a été coordonnée en concertation avec toutes les équipes impliquées. Avec 11 529 personnes vaccinées, on constate cependant une baisse comparativement à l'an dernier.

Cette année, il y a eu ajout de 2 jours par semaine en orthophonie pour la clientèle des jeunes; nous amorcerons une réflexion sur les services et priorités, en collaboration avec les services de

2^e ligne. L'avancement des travaux pour le développement d'un projet de suivi intégré pour les enfants de 0-5 ans en collaboration avec les infirmières de petite enfance et médecins du CSSS, le service de pédiatrie de HMR et de l'Hôpital Ste-Justine nous permet de dire que les services pourront être mis en place en cours d'année.

L'équipe du Centre de crise a travaillé, pour sa part, à l'élaboration et à la mise en place d'activités d'intervention dans le milieu. Les intervenants ont mis l'accent sur le soutien auprès des partenaires pour les interventions en situation de crise et un cadre de référence est en voie d'être adopté afin de guider ce type d'intervention.

Les données statistiques

Total du CSSS

SERVICES À TOUTE LA POPULATION					
	Unités de mesure	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
Soins infirmiers (avec et sans rendez-vous)	Usagers	11058	11623	(565)	(4,8)
Services sociaux Adultes(avec et sans rendez-vous)	Usagers	1138	1061	77	7,26
Nutrition Adultes et EFJ	Usagers	768	819	(51)	(6,23)
Centre de prélèvements	Usagers	58324	58639	(315)	(0,54)
Nombre vaccins Antigrippaux administrés		11529	13190	(1661)	(12,59)
Nombre vaccins Pneumovax administrés		783	1059	(276)	(26,06)

Note :

- Nous constatons une baisse de la demande de service pour les soins infirmiers en sans rendez-vous en CLSC, principalement au CLSC de Rosemont. Ce phénomène peut être relié en partie avec la consolidation des deux cliniques réseau de notre territoire, la Clinique 3000 située sur le territoire du CLSC de Rosemont et la Clinique Maisonneuve-Rosemont-Domus-Médica, située sur le territoire du CLSC Olivier-Guimond. La centralisation du service Info-Santé peut avoir eu un certain impact. En effet, la proximité des infirmières d'Info-Santé des CLSC les incitaient à référer dans certains cas aux soins infirmiers courants du CLSC. D'un autre côté, on observe une augmentation des demandes de service par référence des hôpitaux ou médecins.
- Nous notons une baisse de la clientèle ayant demandé le vaccin antigrippal malgré des efforts pour rapprocher les cliniques massives de la population dans les trois quartiers du territoire. Le retard dans le démarrage régional de la campagne de vaccination et la température non clémente au cours de la campagne sont deux éléments d'explication possibles. La stratégie de la campagne 2008-2009 sera repensée en fonction de l'expérience de la dernière année.

Détails par CLSC

SOINS INFIRMIERS (AVEC ET SANS RENDEZ-VOUS)				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'utilisateurs	4571	4887	(316)	(6,47)
Nombre d'interventions	14654	17585	(2931)	(16,67)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'utilisateurs	2422	2553	(131)	(5,13)
Nombre d'interventions	7865	8599	(734)	(8,54)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'utilisateurs	4065	4183	(118)	(2,82)
Nombre d'interventions	13693	13821	(128)	(0,93)

SERVICES SOCIAUX ADULTES (AVEC ET SANS RENDEZ-VOUS)				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'utilisateurs	361	408	(47)	(11,52)
Nombre d'interventions	1827	2306	(479)	(20,77)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'utilisateurs	236	228	8	3,51
Nombre d'interventions	817	875	(58)	(6,63)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'utilisateurs	541	425	116	27,29
Nombre d'interventions	1913	1249	664	53,16

- La baisse du nombre d'utilisateurs desservis à Rosemont vient principalement d'une baisse de la demande pour les services sans-rendez-vous. La centralisation du service Info-Santé peut avoir eu un certain impact. En ce qui a trait à l'augmentation des services rendus au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve, elle s'explique par une nouvelle répartition des tâches entre les intervenants des services sociaux et de santé mentale Adulte.

CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'utilisateurs	23999	24 413	(414)	(1,70)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'utilisateurs	18042	18 132	(90)	(0,50)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'utilisateurs	16283	16 094	189	1,17

- L'achalandage des trois centres de prélèvements est stable.

SANTÉ MENTALE 2007-2008				
--------------------------------	--	--	--	--

SANTÉ MENTALE ENFANTS-JEUNES				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'utilisateurs	47	19	Non comparable	
Nombre d'interventions	498	80		
Les services ont débuté en septembre 2006 avec une équipe réduite.				

SANTÉ MENTALE ADULTES				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'utilisateurs	131	143	(12)	(8,39)
Nombre d'interventions	1249	1054	195	18,50
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'utilisateurs	94	145	(51)	(35,17)
Nombre d'interventions	968	1035	(67)	(6,47)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'utilisateurs	150	325	(175)	(53,85)
Nombre d'interventions	1218	2 148	(930)	(43,30)

- En santé mentale Adulte, la clarification des critères d'orientation des utilisateurs entre les services psychosociaux généraux et le programme santé mentale peut expliquer une partie de la diminution des utilisateurs desservis. En effet, 2007-2008 a été une année de transition dans le contexte de l'intégration d'une première équipe et du développement de la programmation en santé mentale. En ce qui a trait à la baisse des services rendus au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve, elle s'explique par une nouvelle répartition des tâches entre les intervenants des services sociaux et de santé mentale Adulte.

CENTRE DE CRISE L'ENTREMISE				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
Nombre de demandes de services	1600	1267	333	26%
Taux d'occupation	67%	39%		28%

- Au centre de crise de l'Entremise, l'augmentation peut être attribuable à une démarche de communication auprès des référents.

AVIS DE NAISSANCE					
Territoires	2007-2008	2006-2007	Écart %	2005-2006	Écart %
Hochelaga-Maisonneuve	595	572	4,02	538	10,59
Mercier-Ouest	448	382	17,28	365	22,74
Rosemont	985	886	11,17	876	12,44
TOTAL	2028	1840	10,22	1779	14,00

DES SERVICES AUX ENFANTS, AUX JEUNES ET À LEUR FAMILLE					
	Unités de mesure	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
Services psychosociaux (Jeunes en difficulté et leur famille)	Usagers	2217	2346	(129)	(5,50)
Santé parentale et infantile	Usagers	7025	6760	265	3,92
Services dentaires préventifs	Usagers	3587	3614	(27)	(0,75)
Santé scolaire	Usagers	3835	4465	(630)	(14,11)
Orthophonie	Usagers	120	94	26	27,66

- En Enfance-Famille-Jeunesse, plusieurs facteurs viennent expliquer les baisses, principalement des absences non remplacées, à la suite de problème de recrutement pour environ 3.5 postes temps complet en CLSC, une diminution du nombre d'élèves, la formation pour la nouvelle loi sur la protection de la jeunesse, l'articulation du programme Santé mentale Jeunes, une certaine diminution de la demande de services, l'assignation d'une travailleuse sociale à l'organisme Aide à l'enfance en difficulté (AED), dans un contexte où il ne se fait pas de statistiques des interventions réalisées.
- Enfin, nous avons aussi vécu une année de transition par la formation de l'équipe en santé mentale Jeunes qui fait en sorte que certains enfants auparavant suivis par les services sociaux réguliers d'EFJ le sont maintenant plutôt par l'équipe de Santé mentale Jeune de notre CSSS.
- En périnatalité, l'augmentation des usagers et interventions est liée à l'augmentation des naissances dans le territoire. La hausse d'usagers en orthophonie s'explique par l'augmentation du nombre d'heures en orthophonie.

SANTÉ PARENTALE ET INFANTILE				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	3170	2970	200	6,73
Nombre d'interventions	6499	5775	724	12,54
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	1525	1474	51	3,46
Nombre d'interventions	3497	3343	154	4,61
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	2330	2316	14	0,60
Nombre d'interventions	9563	10169	(606)	(5,96)

SERVICES PSYCHOSOCIAUX (JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE)				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'utilisateurs	617	635	(18)	(2,83)
Nombre d'interventions	3258	3776	(518)	(13,72)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'utilisateurs	501	482	19	3,94
Nombre d'interventions	2845	2907	(62)	(2,13)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'utilisateurs	1099	1229	(130)	(10,58)
Nombre d'interventions	5334	7234	(1900)	(26,26)

1.2. La Direction des services aux personnes en perte d'autonomie

La Direction des services aux personnes en perte d'autonomie a offert des services à 8 024 personnes en 2007-2008, un nombre comparable à l'an dernier (7 945 personnes).

Au cours de l'année, la Direction a procédé à une mise à niveau des services, notamment en ce qui a trait à l'offre de service à domicile en termes d'accessibilité, de diversité et d'intensité. La Direction a poursuivi sa collaboration au repérage de la clientèle vulnérable à la salle d'urgence de HMR et a travaillé sur un projet de garde médicale en disponibilité pour la clientèle du programme sur semaine de 8h à 20h. Ce projet s'est concrétisé en avril 2008. Les intervenants ont participé à de nombreuses activités de partenariat au sein des tables de concertation des aînés et lors des activités communautaires du quartier.

Le développement d'un réseau de ressources non institutionnelles s'est poursuivi cette année avec l'ouverture de 40 places à la Résidence du Jardin Botanique pour des personnes en pertes d'autonomie, dont 20 avec déficits cognitifs.

Depuis le 21 octobre 2007, la vocation régionale de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive a été modifiée afin de recevoir des clients qui vivent sur le territoire du CSSS et qui souffrent de problèmes orthopédiques (fractures et autres) ou de problèmes de santé divers qui les classent dans des besoins de soins subaigus. Dorénavant, la clientèle qui a besoin de soins plus spécialisés comme la neurologie est dirigée ailleurs à Montréal dans des hôpitaux de réadaptation désignés.

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)				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	3914	3949	(35)	(0,89)
Nombre d'interventions	131286	134041	(2755)	(2,06)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	1909	1889	20	1,06
Nombre d'interventions	50783	49656	1127	2,27
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	2201	2107	94	4,46
Nombre d'interventions	55416	55805	(389)	(0,70)

SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (par service)					
	Unités de mesure	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
Soins infirmiers à domicile	Usagers	6658	6634	24	0,36
	Visites	78648	75565	3083	4,08
Aide à domicile	Usagers	1901	1924	(23)	(1,20)
	Visites	121824	121405	419	0,35
Services sociaux à domicile	Usagers	2513	2394	119	4,97
	Visites	5735	5613	122	2,17
Nutrition à domicile	Usagers	496	426	70	16,43
	Visites	1492	1180	312	26,44
Ergothérapie à domicile	Usagers	1253	1289	(36)	(2,79)
	Visites	3104	2866	238	8,30
Physiothérapie à domicile	Usagers	955	919	36	3,92
	Visites	4692	4601	91	1,98
Psychogériatrie	Usagers	163	160	3	1,88
Hébergement temporaire	Usagers	208	273	(65)	(23,81)
Réadaptation post-chirurgie genou ou hanche	Usagers	243	225	18	8,00
Soutien à la famille (Déficience Physique, DI, TED)	Usagers	392	365	(14)	(3,69)

- Note : La baisse d'hébergement temporaire s'explique par la diminution des références et des demandes pour ce service. Le taux d'occupation est à son maximum, mais on observe que les personnes ont des durées de séjour plus longues.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	3339	3364	(25)	(0,74)
Nombre d'interventions	44508	44170	338	0,77
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	1682	1646	36	2,19
Nombre d'interventions	18552	18129	423	2,33
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	1637	1624	13	0,80
Nombre d'interventions	20085	19139	946	4,94

AIDE À DOMICILE				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	1057	1091	(34)	(3,12)
Nombre d'interventions	72183	71594	589	0,82
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	402	398	4	1,01
Nombre d'interventions	24319	23610	709	3,00
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	442	435	7	1,61
Nombre d'interventions	25469	26351	(882)	(3,35)

ERGOTHÉRAPIE À DOMICILE				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	456	494	(38)	(7,69)
Nombre de visites à domicile	1299	1129	170	15,06
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	369	357	12	3,36
Nombre de visites à domicile	914	874	40	4,58
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	428	438	(10)	(2,28)
Nombre de visites à domicile	891	863	28	3,24

PHYSIOTHÉRAPIE À DOMICILE				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	474	465	9	1,94
Nombre de visites à domicile	2586	2591	(5)	(0,19)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	157	192	(35)	(18,23)
Nombre de visites à domicile	730	733	(3)	(0,41)
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	324	262	62	23,66
Nombre de visites à domicile	1376	1277	99	7,75

SERVICES SOCIAUX À DOMICILE				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	1273	1315	(42)	(3,19)
Nombre d'interventions	8201	11644	(3443)	(29,57)
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	455	388	67	17,27
Nombre d'interventions	4917	4827	90	1,86
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	785	691	94	13,60
Nombre d'interventions	4601	5624	(1023)	(18,19)

NUTRITION À DOMICILE				
	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
CLSC DE ROSEMONT				
Nombre d'usagers	252	242	10	4,13
Nombre d'interventions	919	898	21	2,34
CLSC OLIVIER-GUIMOND				
Nombre d'usagers	107	87	20	22,99
Nombre d'interventions	535	421	114	27,08
CLSC DE HOCHELAGA-MAISONNEUVE				
Nombre d'usagers	137	97	40	41,24
Nombre d'interventions	521	407	114	28,01

SERVICES AUX PERSONNES AVEC MALADIES CHRONIQUES					
	Unités de mesure	2007-2008	2006-2007	Variation	Variation %
MPOC (Maladies pulmonaires obstructives chroniques)	Usagers	911	898	13	1,45

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), hôpital de jour, centres de jour et halte-répit

Données statistiques

SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE					
Programmes	Nombre de places/lits	Critères d'admission	Taux d'occupation		Jours/présence
			2007-2008	2006-2007	
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) – (J.-H.-Charbonneau)	33	Réadaptation profil gériatrique	90,5 %	90,5 %	10 920 270 admissions Durée moyenne de séjour : 41
Hôpital de jour (J.-H.-Charbonneau)	25	Réadaptation profil gériatrique	52 %	55,8 %	244 jours ouverts Durée de séjour : 3 mois
Centre de jour (Éloria-Lepage)	35	N/A	74,1 %	75,2 %	228 jours ouverts Nb de présence : 5961
Centre de jour (Robert-Cliche)	30	N/A	65,5 %	72,5 %	231 jours ouverts Nb de présence : 4310
Ressources de type familial	32 places CSSS 35 places régionales	1.5 et -	92,6 %	98 %	23 183
Halte-répit	10 places/jour	N/A	79,8 %	71,3 %	151 jours ouverts (ouvert 3 jrs/sem) Nb de présences : 1075
RNI convalescence (post-hospitalisation HMR)	15	3 et -	120 personnes admises		Durée moyenne de séjour : 40 jours
Ressources intermédiaires	40	3 et -	N/D		N/D
Ressources alternatives	31	3 et -	N/D		N/D

- Le centre de jour Éloria-Lepage a vu ses activités restreintes quelques semaines le temps de travaux pour cause de moisissure tandis que le centre de jour Robert-Cliche a connu une baisse de son taux d'occupation à la suite de plusieurs changements dans son personnel régulier qui a entraîné des problèmes de remplacement.

1.3. La Direction du service de prévention et promotion de la santé et des services communautaires

De nombreux organismes communautaires ont reçu les services de notre équipe et ce sur l'ensemble du territoire. À ce chapitre, les services demandés sont souvent axés sur les modalités de recherche de financement ou sur des enjeux de réseautage. Les services communautaires du CSSS Lucille-Teasdale sont aussi très présents dans les instances de concertation de quartier. Ils ont notamment collaboré avec « Mercier-Ouest quartier en santé », « Vivre et vieillir à Rosemont » et la « Table enfance-famille de Hochelaga-Maisonneuve ». On compte notamment une belle concertation avec les organismes *Mercier Ouest quartier en santé et le Conseil de développement social et communautaire de Hochelaga-Maisonneuve* pour le dépôt d'un mémoire conjoint lors des audiences publiques sur le projet de modernisation de la rue Notre-Dame.

La prévention et la promotion de la santé sont quant à elles intégrées au sein des projets cliniques des différents programmes et plusieurs professionnels dans les directions s'impliquent dans des activités ponctuelles de promotion des services tout en maintenant leurs activités quotidiennes. Certaines de leurs actions sont au cœur même des objectifs associés aux saines habitudes de vie, notamment les réalisations du Centre d'éducation pour la santé, la campagne de vaccination et les contributions des intervenants scolaires dans le projet « Écoles et milieux en santé ». Enfin, on souligne la création d'un comité vert au sein du CSSS Lucille-Teasdale qui vise l'implantation d'un environnement durable.

Dans chacune de ces activités, nous avons établi des liens de collaboration avec des collègues et des partenaires préoccupés par la santé de la population du territoire. Parmi ces rencontres de partenaires, la tournée de la présidente du conseil d'administration et de la direction générale auprès des mairies des arrondissements a permis de poursuivre notre dialogue avec ces instances qui disposent de leviers importants dans les domaines de l'environnement, de la sécurité, du transport et de la pollution, pour ne nommer que ceux-là.

Du point de vue organisationnel, l'équipe des services communautaire s'est engagée dans une démarche de programmation de l'offre de ses services. Cette démarche fera l'objet de consultation auprès de nos collègues interne et partenaires externes au cours de la prochaine année.

2. Mission d'hébergement

La Direction de l'hébergement gère 1 211 lits, répartis dans sept centres d'hébergement. Nous avons effectué 370 admissions en 2007-2008 et le taux de roulement moyen est de 30%. Le taux d'occupation global est de 99.51 %; ce taux est calculé sans tenir compte des fermetures temporaires autorisées pour travaux de réfection ou les éclosions.

Les activités reliées au milieu de vie se sont poursuivies de différentes manières dans chacun des centres. Un premier rassemblement du comité des usagers et des comités des résidents a eu lieu en avril 2007 dans le cadre de l'intégration d'une vision commune du milieu de vie. On a également tenu le deuxième rassemblement des comités milieu de vie en janvier 2008.

Nous avons aussi procédé cette année à une vaste consultation auprès de différentes catégories d'employés (focus group), des comités des résidents, des comités milieu de vie, des conseils professionnels et des partenaires syndicaux, en vue de l'adoption d'un code d'éthique commun aux sept centres d'hébergement. Le code a été adopté par le Conseil d'administration en avril 2008 et sera diffusé au cours des prochains mois.

À la suite du dépôt des résultats de l'enquête sur la satisfaction des personnes hébergées et proches-aidants effectuée à l'été 2007, les gestionnaires et les membres des comités milieu de vie de chaque centre sont à élaborer des plans d'action pour mieux répondre aux besoins. Par ailleurs, nos projets de rénovation majeure qui touchent 3 de nos centres qui permettraient d'améliorer le milieu de vie et de mieux répondre aux besoins des résidents sont toujours en attente d'approbation.

Parmi les nombreuses réalisations des centres d'hébergement, soulignons :

- La réorganisation du service d'entretien sanitaire et la mise en place d'un projet pilote permettant la participation des préposés aux bénéficiaires au plan d'intervention et réduisant la rotation des équipes au **Centre d'hébergement J.-H.-Charbonneau**;
- La participation du **Centre d'hébergement Éloria-Lepage** à un projet pilote avec l'Institut de gériatrie en vue de développer de meilleures pratiques auprès des personnes âgées hébergées;
- Au **Centre d'hébergement de la Maison-Neuve**, nous procédons actuellement à l'aménagement de sept chambres plus grandes et mieux adaptées à la clientèle et à l'agrandissement d'une salle à manger à l'étage. À la fin des travaux, le nombre de lits au permis passera de 161 à 154;
- Les **centres d'hébergement Marie-Rollet et Robert-Cliche ont mis** en place un plan de réorganisation du service alimentaire; Un plan d'action concernant la jeune clientèle de Marie-Rollet a aussi été actualisé;
- En février 2008, on a accueilli le premier résident dans l'Unité spécifique de type III au **Centre d'hébergement Rousselot**;
- À la suite de la visite ministérielle en janvier, l'équipe du **Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber** a élaboré un plan d'action pour répondre aux recommandations. Les ententes de service avec l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine concernant l'alimentation, l'entretien des installations matérielles, la sécurité et l'utilisation des terrains et stationnements ont été révisées.

Les données statistiques

Installation	Nombre de places/lits	Critères d'admission
Centre d'hébergement Robert-Cliche	100	2.5 hres et +
Centre d'hébergement Marie-Rollet	110	2.5 hres et +
Centre d'hébergement Éloria-Lepage	92	1.5 hre à 2.5 hres
	64	2.5 hres et +
Centre d'hébergement de la Maison-Neuve	161	1.5 hre et -
Centre d'hébergement J.-H.-Charbonneau	162	2.5 hres et +
Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber	300	2 hres à 3.5 hres
	51	2.5 hres et + (unités spécifiques de type I et de type II)
Centre d'hébergement Rousselot	157	1.5 hre à 2.5 hres
	14	2.5 hres et + (unité spécifique de type III)
Total	1 211	

3. La qualité des services

La responsabilité d'assurer le soutien à la qualité des services est partagée par l'ensemble des directions de 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.

3.1 La Direction des services professionnels

La Direction des services professionnels a soutenu les comités du CMDP et poursuivi l'harmonisation de la pratique médicale dans les différentes installations. La Table locale du Département régional de médecine générale (DRMG) a poursuivi ses activités et une cinquantaine de participants ont assisté à l'assemblée annuelle. Le programme de formation « Les mardis de Lucille-Teasdale » a offert sept activités au cours de l'année. Deux-cent-quinquante-deux médecins du CSSS et des cliniques médicales de notre territoire y ont participé.

À la suite de la visite du Collège des médecins du Québec qui a eu lieu en novembre 2007, un plan d'action a été élaboré afin d'assurer un suivi aux recommandations du comité d'inspection professionnelle.

Le Service de pharmacie a plusieurs réalisations à son crédit cette année, Notamment on a élaboré un formulaire des médicaments pour tout le CSSS et procédé à l'aménagement de la pharmacie au Centre Jeanne-Le Ber afin de rapatrier l'ensemble des activités de production et de distribution pour tout le CSSS en vue de l'automatisation de la distribution des médicaments.

3.2 La Direction des soins infirmiers

L'équipe de la Direction des soins infirmiers a poursuivi ses activités en vue de l'amélioration de la qualité des soins dans les centres d'hébergement et les CLSC. La prévention et le contrôle des infections sont une priorité au CSSS Lucille-Teasdale. Aussi, ce domaine d'intervention a fait l'objet de nombreuses activités de formation, de sensibilisation et d'harmonisation des protocoles, des procédures, des techniques, des produits de soins et différents outils.

Les conseillères cadres ont aussi travaillé sur les dossiers de prévention des chutes, la réanimation cardiorespiratoire, les mesures de contrôle et d'isolement, les plaies et les maladies chroniques, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les ordonnances collectives, les statistiques et les stages en soins infirmiers. A cet égard, le CSSS a reçu les stagiaires suivants : 111 infirmières, 133 infirmières auxiliaires et 48 préposés aux bénéficiaires en centres d'hébergement ainsi que 34 infirmières en CLSC.

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

La Direction des services psychosociaux, de la réadaptation et activités connexes a été le maître d'œuvre de la coordination du processus d'agrément en vue de la visite du 6 au 11 avril 2008. Huit équipes de travail ont été formées selon les sections de normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) pour planifier la participation de tout le personnel aux sondages et aux questionnaires d'autoévaluation de leurs programmes. Ces équipes ont ensuite analysé les résultats de ces questionnaires et élaboré un plan d'action. Enfin, les équipes ont travaillé avec les gestionnaires et les intervenants pour planifier la visite d'agrément dans les différents programmes. Après la visite du CCASS, ces équipes deviendront les équipes d'amélioration continue de la qualité.

La Direction est responsable de la gestion des demandes de stages dans une vingtaine de disciplines autres que soins infirmiers, préposés aux bénéficiaires et médecine. Cette année, 75 stagiaires ont été reçus dans les différents programmes. Le comité d'éthique clinique a donné son avis à trois demandes tandis que cinq projets de recherche ont été analysés par le comité de coordination de la qualité, de la recherche, de l'enseignement et des pratiques professionnelles.

4. Les directions de soutien à l'organisation

4.1. La Direction des ressources humaines

Les membres de l'équipe de la Direction des ressources humaines ont aménagé dans leurs nouveaux locaux du Centre J.-H.-Charbonneau, permettant ainsi une centralisation de l'ensemble des activités, à l'exception du Service des activités de remplacement. Un des grands moments de l'année fut la signature des ententes locales entre le CSSS Lucille-Teasdale et les syndicats représentant tous les groupes d'employés. Cela a permis par la suite d'harmoniser dans l'ensemble de l'établissement les conditions de travail et de revoir les processus en lien avec les nouvelles dispositions locales de la convention collective.

Le recrutement du personnel a fait l'objet d'un plan d'action et plusieurs initiatives ont été amorcées, notamment la tenue d'un salon des postes et des travaux visant la titularisation du personnel occasionnel en soins infirmiers et soins infirmiers auxiliaires. La rétention du personnel est également au cœur de plusieurs activités qui visent le bien-être des employés. Par exemple, le mois de la reconnaissance en était à sa 2^e édition, le programme « Ma santé je m'en occupe » s'est poursuivi avec 35 conférences offertes au cours de l'année et une première soirée de Noël a regroupé plus de 700 employés du CSSS. Le programme d'aide aux employés a, pour sa part, répondu aux besoins de 237 personnes. La direction des ressources humaines a également collaboré avec d'autres services, par exemple avec le Centre d'éducation de la santé pour promouvoir l'abandon du tabac et le Défi Santé 5/30 ainsi que lors de la campagne de vaccination contre l'influenza.

Le comité paritaire de santé et de sécurité du travail a été très actif au cours de l'année. En plus de leurs travaux sur différents sujets, dont la qualité de l'air, la sécurité des intervenants et le programme PDSB, les membres du comité ont instauré une semaine de la santé et sécurité du travail en novembre où ils ont fait la promotion d'un processus de résolution de problème SST.

Dans le cadre du plan d'action de la présence au travail, un état de situation a été réalisé sur l'application des principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires (PDSB) dans chaque installation, afin d'identifier les éléments prioritaires à mettre en place pour assurer la sécurité de la clientèle et des employés. On note, pour l'année 2007-2008, une diminution de 7 % du nombre d'événements accidentels et une diminution de 25 % des événements avec perte de temps, pour un total de 78 994 heures indemnisées en accident de travail.

Par ailleurs, le CSSS a connu une diminution du ratio des heures indemnisées en assurance-salaire par rapport aux heures travaillées de 15 %, soit de 7.55 en 2006-2007 à 6.40 en 2007-2008. La présence au travail étant une priorité organisationnelle, toutes les directions, les différentes instances et le personnel seront mis à contribution au cours de la prochaine année car « la prévention c'est l'affaire de tous ».

4.2. La Direction des ressources financières

L'implantation du logiciel SAP s'est poursuivie au cours de l'année. Les gestionnaires ont tous été formés pour utiliser ce logiciel dans leurs activités de suivi budgétaire. L'outil se révèle de plus en fiable et très efficace dans ses différentes applications.

L'implantation des logiciels paie - ressources humaines a amené des changements significatifs dans nos façons de faire et exigé une révision et une harmonisation des différents processus. De plus, cette année le Service de la paie et la Direction des ressources humaines ont eu à effectuer une révision de la rémunération du personnel syndiqué et du personnel cadre en lien avec l'équité salariale.

Le Service de l'approvisionnement a collaboré avec la Direction des soins infirmiers pour la mise sur pied d'un comité pour l'harmonisation des produits.

4.3. La Direction des ressources techniques

L'année 2007-2008 a permis la planification et la réalisation de plusieurs projets de rénovation et de réaménagement dont certains sont de grande envergure. En effet, les plans fonctionnels et techniques ont été réalisés pour deux projets qui nous tiennent à cœur, soit la mise aux normes des centres d'hébergement J.-H. Charbonneau et Rousselot. Les investissements requis pour la réalisation des premières phases de ces projets totalisent plus de 30\$ millions. Nous sommes également dans l'attente d'une réponse du MSSS pour la construction du pavillon Guillaume-Lahaise qui permettra d'accueillir la clientèle du Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber, projet totalisant plus de 33\$ M. La réalisation de ces projets nous permettra d'offrir à notre clientèle et à notre personnel des lieux mieux adaptés à nos réalités quotidiennes.

Nous sommes particulièrement fiers de l'aménagement de l'Unité spécifique de type III au Centre d'hébergement Rousselot. Les équipes internes et les professionnels ont relevé un défi de taille pour créer un milieu de vie stimulant et sécuritaire pouvant accueillir cette clientèle ayant des besoins particuliers. Ce projet innovateur de 4\$ M a été réalisé avec la collaboration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Une dizaine de plus petits projets se sont concrétisés au cours de la dernière année totalisant un investissement de plus d'un million de dollars. Ces projets ont permis d'améliorer la fonctionnalité de certains lieux. D'importants travaux ont également été réalisés pour améliorer la qualité de l'air au CLSC de Rosemont et au Centre d'hébergement Éloria-Lepage. Des travaux similaires se poursuivent au Centre d'hébergement Robert-Cliche et au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve. Coté prévention, nous avons procédé à l'élaboration d'un programme d'entretien préventif des conduits d'air pour l'ensemble de nos installations et nous avons effectué la consolidation de l'ensemble de nos contrats de service pour l'entretien des équipements incluant l'amélioration des programmes d'entretien préventif de nos équipements médicaux.

4.4. Les services informatiques

Le Service informatique et télécommunication soutient autour de 1800 utilisateurs et 825 postes de travail. Le service a traité 6 541 demandes de service au cours de l'année. L'équipe a implanté ou participé à l'implantation d'une dizaine de projets technologiques dont l'implantation de Clinibase dans les centres d'hébergement, l'informatisation de la nouvelle unité spécifique de type III et de deux ressources non-institutionnelles, le projet à la pharmacie ainsi que la mise en place du comité de sécurité des actifs informationnelles. En téléphonie, nous avons procédé au changement du système téléphonique au Centre d'hébergement Rousselot et de la messagerie au CLSC de Rosemont.

4.5. Les communications

Cette année, le Service des communications a produit de nombreux outils en vue de mieux faire connaître les services du CSSS Lucille-Teasdale. Un feuillet corporatif a notamment été conçu pour le grand public qui est diffusé lors d'événements promotionnels ou de recrutement. Le Service a aussi organisé la Séance publique d'information avec la collaboration d'intervenants qui ont présenté une version animée des services offerts aux clientèles de tous âges. L'équipe des communications du CSSS Lucille-Teasdale a aussi travaillé avec les partenaires de l'est pour produire un plan de communication en vue de l'implantation du plan de santé mentale.

En ce qui a trait aux communications internes, le Service a collaboré avec plusieurs directions tout au cours de l'année, notamment avec la Direction des soins infirmiers pour l'élaboration d'un plan de communication sur la prévention des infections et la Direction de l'hébergement pour la création d'une affiche sur le milieu de vie. Le Service a aussi contribué à promouvoir le sentiment d'appartenance des employés par l'organisation du 1^{er} Tournoi de golf du CSSS Lucille-Teasdale. En fin d'année, un sondage a été effectué pour valider les outils de communication à l'interne.

5. La gestion des mesures d'urgence et la gestion des risques

5.1. Mesures d'urgence

Dans le cadre des mesures d'urgence et de la sécurité civile, une très grande partie des énergies a été consacrée à la mise à jour et à l'harmonisation des plans de mesures d'urgence des 11 installations. Des exercices de simulation d'incendie ont eu lieu dans chacun des centres d'hébergement sur les trois quarts de travail. Ces exercices ont permis de faire un état de situation sur les connaissances du personnel et l'efficacité des équipements. De plus, un Guide des mesures d'urgence a été élaboré et installé aux endroits stratégiques à l'intérieur des installations du CSSS. Un plan de formation des équipes d'intervention a été élaboré et sera mis en opération au cours des prochains mois. L'équipe des intervenants psychosociaux impliqués dans les mesures d'urgence ont, pour leur part, reçu une formation sur l'intervention sociosanitaire en mesure d'urgence dans le cadre de la sécurité civile. En ce qui a trait à la préparation du Plan local en cas de pandémie, à la suite des nouvelles conditions et demandes émises par le MSSS relativement au site non traditionnel (SNT) de soins, nous avons procédé, en collaboration avec le DRMG, à des ajustements en ce qui a trait à l'organisation des services médicaux de première ligne et des SNT ambulatoires sur le territoire du CSSS Lucille-Teasdale. Dans le cadre du Plan de prévention et d'intervention sur la chaleur accablante, un lettre et des outils ont été envoyés aux médecins responsables des cliniques médicales du territoire les invitant à inciter leurs patients âgés, répondant aux critères de vulnérabilité à la chaleur, à s'inscrire auprès du CLSC afin de mieux planifier les mesures d'urgence en situation d'intervention lors d'un épisode de canicule.

5.2. Sécurité des soins et services

La consolidation de la culture de prestation sécuritaire des soins et des services s'est actualisée au cours de l'année 2007-2008 grâce à diverses stratégies mises en place au sein de notre établissement. Nous avons désigné un cadre porteur de la gestion des risques dans chacune des directions programmes. Celui-ci a comme rôle de soutenir la gestionnaire des risques dans l'application de la politique et des procédures de déclaration et de divulgation au sein de sa direction et de conseiller cette dernière quant à l'organisation et au contenu de la formation pour les gestionnaires et les employés de la direction. Un plan de formation en gestion des risques auprès de l'ensemble du personnel du CSSS Lucille-Teasdale a, en effet, été élaboré visant une

compréhension commune de l'approche de la gestion des risques et l'engagement de chacun des acteurs de l'organisation à en faire une priorité. La première phase de cette formation a débuté cette année et ciblait les gestionnaires. Six sessions de formation ont eu lieu permettant ainsi de rejoindre 57 cadres. Dans la seconde phase, des sessions d'information seront offertes à l'ensemble des employés et professionnels, aux différents comités et conseils de l'établissement et aux ressources non institutionnelles du CSSS. Pour assister le comité de gestion des risques, qui a un rôle stratégique au sein du CSSS, il est apparu nécessaire de mettre en place un comité de pilotage de la gestion des risques ayant un rôle plus opérationnel. Dans un premier temps, le comité prendra connaissance des risques relevés lors du processus d'agrément, puis fera un état de situation par rapport à ces risques en vue d'élaborer un plan d'action.

En ce qui a trait à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, qui inclut les contentions, l'isolement et les substances chimiques, une politique harmonisée a été adoptée par le conseil d'administration en octobre 2007. Des protocoles, des outils et de la formation ont été déployés tout au cours de l'année.

Il y a eu une enquête du coroner au cours de l'année 2007-2008 et celle-ci ne comprenait aucune recommandation. Si cela avait été le cas, il est prévu qu'un suivi soit fait par le directeur des services professionnels afin que les recommandations soient présentées à l'exécutif du CMDP et qu'une note soit acheminée à chaque médecin.

Une démarche a été entreprise au cours de l'année afin d'identifier des stratégies susceptibles d'améliorer l'appropriation d'une culture de la gestion des risques chez les employés. En collaboration avec le service des communications le plan de communication spécifique à la gestion des risques fera partie des prospectives pour l'année 2008-2009.

5.3. Activités du comité de gestions des risques

Le comité de gestion des risques s'est réuni cinq fois au cours de l'année 2007-2008. À chaque rencontre, le comité de gestion des risques aborde la prévention des infections et les événements sentinelles de façon statutaire. Cette année, le comité a traité de façon spécifique le thème se rapportant à la deuxième catégorie d'incident/accident pour laquelle il y a le plus de déclarations soit les médicaments. De plus, trois événements sentinelles ont été portés à l'attention des membres du comité de gestion des risques.

État de situation incidents/accidents

Années financières	2007-2008	2006-2007
Nombre de déclarations	3 920	3 989
Catégories chutes	1 877 (48%)	2 073 (52%)
Catégories erreurs de médicaments	1 049 (27%)	1 030 (26%)
Catégories blessures/environnement et autres	928 (24%)	886 (22%)
Conséquences majeures découlant des chutes	67	36
	Toutes catégories	

Lors d'accidents avec conséquences majeures, la gestionnaire des risques achemine une déclaration à la Direction des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux (AQESSS). Aucune réclamation n'a été présentée au CSSS suite à de tels accidents au cours de la dernière année.

En ce qui a trait à la prévention et au contrôle des infections, il y a une surveillance quotidienne des bactéries multirésistantes (BMR), SARM, ERV et Clostridium difficile en hébergement. Il y a un registre perpétuel des BMR pour les sept centres d'hébergement. Ce registre est complété à

chaque période et envoyé à la Direction générale, à la Direction des soins infirmiers, au conseil d'administration, au CMDP, au CECII-CECIIA, au comité de prévention et contrôle des infections et à la Direction de la Santé publique. Une surveillance est également effectuée pour les syndromes d'allure grippale (SAG). Un programme de formation est offert sur les mesures de base et une mise à jour en continue est faite des protocoles et des outils pour les intervenants. Les équipes des soins infirmiers de l'hébergement appliquent une gestion systématique des éclosions lorsqu'il y en a. Le volet hygiène et salubrité a également été développé en collaboration avec les équipes sur le terrain et plusieurs améliorations ont été apportées dans les façons de faire au quotidien.

6. Le traitement des plaintes

En 2007-2008, 156 dossiers ont été traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. De ce nombre, 101 dossiers de plaintes ont été conclus par la commissaire aux plaintes et une plainte a été traitée par le médecin examinateur. La commissaire aux plaintes a procédé à huit interventions sur initiative à la suite de situations portées à sa connaissance. Elle a répondu à sept demandes de consultation et 40 demandes d'assistance. Deux plaintes ont fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen, la première sans suite, la deuxième est en attente d'une conclusion.

Le conseil d'administration du CSSS a délégué la commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour agir à ce titre auprès de deux partenaires sur son territoire : le Centre d'hébergement Providence Notre-Dame-de-Lourdes ainsi que l'Institut Polonais Canadien et du Bien-être Inc.

État des résultats (fonds d'exploitation)

Sommaire - Exercice terminé le 31 mars 2008

	2007-2008	2006-2007
	\$	\$
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux et Ministère de la santé et des services sociaux	118 090 551	118 634 638
Usagers	16 996 430	16 523 790
Ventes de services	666 071	635 696
Recouvrements	544 986	421 891
Autres	2 442 235	1 616 452
TOTAL	138 740 273	137 832 467
Charges		
Salaires	76 872 894	73 668 240
Avantages sociaux	19 785 204	18 827 777
Charges sociales	12 777 875	10 683 189
Médicaments	2 341 863	2 374 797
Fournitures médicales et chirurgicales	1 139 069	1 261 790
Denrées alimentaires	2 390 950	2 249 706
Autres	23 432 418	28 766 968
TOTAL	138 740 273	137 832 467
Excédent Activités principales	0	0
ACTIVITÉS ACCESSOIRES		
Revenus		
Financement public et parapublic	143 055	135 006
Revenus commerciaux	76 628	76 936
Revenus d'autres sources	36 104	42 120
TOTAL	255 787	254 062
Charges		
Salaires	57 841	50 493
Avantages sociaux	8 385	7 770
Charges sociales	6 386	6 782
Autres	162 586	160 086
TOTAL	235 198	225 131
Excédent Activités accessoires	20 589	28 931
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES DU FONDS D'EXPLOITATION	20 589	28 931

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 septembre 2007. On y retrouve les statistiques propres aux secteurs d'activités qui ont fait l'objet d'ententes spécifiques. De plus, nous joignons en annexe le suivi des attentes administratives des ententes de gestion déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour rendre compte de l'atteinte des objectifs de l'entente de gestion.

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	5113	29,28
Résultats année précédente	4859	29,3
Cible CSSS 2007-2008	4859	29,3
Cible CSSS 2006-2007	4356	26,71
Écart cible 2007-2008	254	(0,02)
Écart cible %	5,23	(0,06)
Écart cible 2006-2007	757	2,57
Écart cible %	17,38	9,63

COMMENTAIRES

Nous avons fait le calcul selon deux scénarios, soit *sur la base des cibles fixées par l'Agence dans l'entente de gestion 07-08, lesquelles sont basées sur nos résultats de l'an dernier (qui dépassaient d'environ 10% les cibles fixées en 06-07) et ** sur la base des cibles 06-07. On constate que sur la base

du premier scénario, la cible est dépassée de 5% pour les usagers desservis et est pratiquement atteinte (-0,06%) pour le nombre moyen d'interventions et sur la base des calculs du 2e scénario, on dépasse de 17% la cible fixée l'an dernier et de 9,6% celle fixée pour le nombre moyen d'interventions. Nos objectifs sont donc atteints et ce malgré le plan de redressement budgétaire que nous avons fait dans le programme PPA à partir de l'automne.

SOINS PALLIATIFS

	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	380	11,45
Résultats année précédente	416	13,39
Cible CSSS	438	13,5
Écart cible	(58)	(2,05)
Écart cible %	(13,24)	(15,19)

COMMENTAIRES

Les cibles n'ont pas été atteintes avec un écart de 13,24% pour les usagers et de 15,2% pour la moyenne d'interventions par usager.

Les cibles fixées étaient similaires à l'année précédente. Nous répondons à la demande pour toute la clientèle qui nous est référée, il n'y pas de liste d'attente, c'est une clientèle prioritaire. L'écart à la cible s'explique principalement par un phénomène de référence systématique qui ne se fait pas selon le cadre de référence ministériel. En effet dans le plan québécois, la cible inclut toute clientèle qui a terminé ses soins actifs, même si la clientèle est en rémission et non en phase terminale. Or nous constatons qu'en général la clientèle nous est référée tardivement, soit en phase terminale.

DÉFICIENCE PHYSIQUE

	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	843	51,18
Résultats année précédente	967	52,07
Cible CSSS	1055	41,03
Écart cible	(212)	10,15
Écart cible %	(20,09)	24,74

COMMENTAIRES

La cible en nombre d'usagers n'est pas atteinte. Le plan de redressement budgétaire du programme

PPA a eu un impact sur l'offre de service. Il y a une liste d'attente pour cette clientèle présentement. De plus on constate un alourdissement de la clientèle en déficience physique, ce qui a un effet significatif sur l'intensité des services requis. On constate que la cible en intensité de service a été largement dépassée. Les cibles de l'entente de gestion devront être ajustées à ce phénomène d'alourdissement.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE et TED

	Nombre d'utilisateurs	Nombre moyen d'interventions par utilisateur
Résultats année en cours	116	19,72
Résultats année précédente	120	14,97
Cible CSSS	140	15
Écart cible	(24)	4,72
Écart cible %	(17,14)	31,47

COMMENTAIRES

Cette année, les indicateurs DI et TED sont combinés. La méthode de calcul du MSSS n'a pas changé et nous rappelons que les utilisateurs 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'utilisateurs et d'interventions. La cible du Nombre d'utilisateurs est la même que l'an dernier, mais on note une augmentation de la cible d'intensité des interventions.

Nous n'avons pas atteint la cible du nombre d'utilisateurs (écart de 17%) mais nous dépassons de 31.5% la cible du nombre moyen d'interventions par utilisateurs.

INDICATEURS DES SERVICES COURANTS, SANTÉ MENTALE et JEUNESSE

SERVICES PSYCHOSOCIAUX COURANTS

	Nombre d'utilisateurs	Nombre moyen d'interventions par utilisateur
Résultats année en cours	1345	4,55
Résultats année précédente	1268	4,74
Cible CSSS	1330	4,8
Écart cible	15	(0,25)
Écart cible %	1,13	(5,21)

COMMENTAIRES

La cible du Nombre d'utilisateurs est la même que l'an dernier, mais la cible de l'intensité des interventions a

été légèrement augmentée.

La cible du nombre d'utilisateurs est atteinte avec un léger dépassement de 1,13% alors que la cible du nombre moyen d'interventions n'a pas été atteinte avec un écart de 5,2%. Les travaux d'amélioration de la qualité des données qui visaient cette année l'harmonisation de la saisie statistique pour les intervenants psychosociaux peut expliquer une partie de la non atteinte de la cible.

SANTÉ MENTALE

	Nombre d'utilisateurs
Résultats année en cours	491
Résultats année précédente	573
Cible CSSS	934
Écart cible	(443)
Écart cible %	(47,43)

COMMENTAIRES

L'indicateur a changé depuis l'an dernier.

-Un seul indicateur pour toute la clientèle (l'an passé, on avait un indicateur pour les 0-17 ans et un autre pour la clientèle adulte).

-Les Centres d'activités suivants ne sont plus retenus: nutrition, consultations externes en soins infirmiers, soins infirmiers à domicile.

Les résultats de l'an dernier sont ajustés en fonction des nouveaux critères. Cependant l'Agence n'a pas revu la cible en fonction de ces nouveaux critères. De plus, comme la définition du profil 410 a changé cette année, il est très difficile de comparer les résultats avec l'an dernier.

La cible n'est pas atteinte avec un écart de 47,43%.

INDICATEURS SELON L'ÂGE

	Nombre d'utilisateurs 18 ans et plus	Nombre d'utilisateurs 17 ans et moins
Résultats année en cours	450	41,00
Résultats année précédente	560	12
Cible CSSS	692	242
Écart cible	(242)	(201)
Écart cible %	(34,97)	(83,06)

JEUNES EN DIFFICULTÉ

	Nombre d'usagers	Nombre moyen d'interventions par usager
Résultats année en cours	2217	6,07
Résultats année précédente	2346	6,88
Cible CSSS	2346	7
Écart cible	(129)	(0,93)
Écart cible %	(5,50)	(13,29)

COMMENTAIRES

La cible a légèrement augmenté pour les usagers et légèrement diminué pour les interventions, par rapport à l'an dernier.

Les cibles ne sont pas atteintes pour les usagers avec un écart de 5,5% et pour la moyenne d'interventions par usager avec un écart de 13,3%. Plusieurs facteurs expliquent les écarts :

ABSENCES NON REMPLACÉES

Équivalent d'environ 3.5 postes temps complet pour le CSSS

SERVICES DÉPLACÉS VERS D'AUTRES RESSOURCES

Le CSSS a conclu une entente avec l'organisme « Assistance aux enfants en difficulté » du Dr Julien, cette entente est en vigueur depuis avril 2007. En effet le CSSS constatait qu'une partie significative de la clientèle cible fréquente l'AED et non le CSSS. Par cette entente, le CSSS assigne une intervenante sociale dans l'organisme, cette intervenante ne complète pas de statistiques à ce jour tel que négocié dans l'entente. D'autre part l'organisme « Premier berceau » offre des services qui étaient auparavant donnés par notre CSSS. Une partie de la clientèle peut aller chercher certains services auprès de cette ressource.

Réorientation d'une partie de la clientèle vers le programme santé mentale Jeunes

Enfin à l'intérieur du CSSS, l'implantation de l'équipe santé mentale Jeunes a un impact sur l'endroit où les enfants et les jeunes sont desservis. Certains enfants auparavant suivis par les services sociaux réguliers d'EFJ le sont maintenant plutôt par l'équipe de Santé mentale Jeune de notre CSSS.

DIFFÉRENCES DANS LA CONSIGNATION DES INTERVENTIONS

Nous avons fait l'an dernier des rencontres pour clarifier les règles de consignation des interventions. Une part de la diminution peut être attribuable à ces rencontres.

MISSION : Centre d'hébergement

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR JOUR PRÉSENCE EN SOINS INFIRMIERS ET SOINS D'ASSISTANCE	
Résultats année en cours	3,02
Résultats année précédente	3,01
Cible CSSS	3,00
	Cible atteinte

NOMBRE MOYEN D'HEURES TRAVAILLÉES PAR JOUR PRÉSENCE EN SERVICES PROFESSIONNELS AUTRES QU'INFIRMIERS	
Résultats année en cours	0,19
Résultats année précédente	0,13
Cible CSSS	0,15
	Cible atteinte

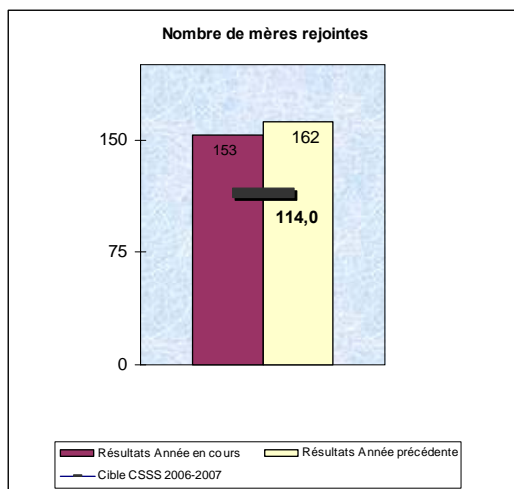
Note : Concernant les services professionnels, on constate une augmentation qui dépasse l'entente de gestion. Cet écart positif s'explique par différents éléments :

- le fait que nous avons comptabilisé des heures de techniciennes en diététique et des services de pharmacien communautaire qui n'étaient pas inclus dans le calcul les années précédentes.
- l'augmentation des heures dans les services de pharmacie.
- les nouveaux services professionnels offerts à l'Unité spécifique de type III
- la légère baisse du nombre de jours/présence due à la fermeture de quelques lits d'hébergement.

Tout-petits, famille et communauté

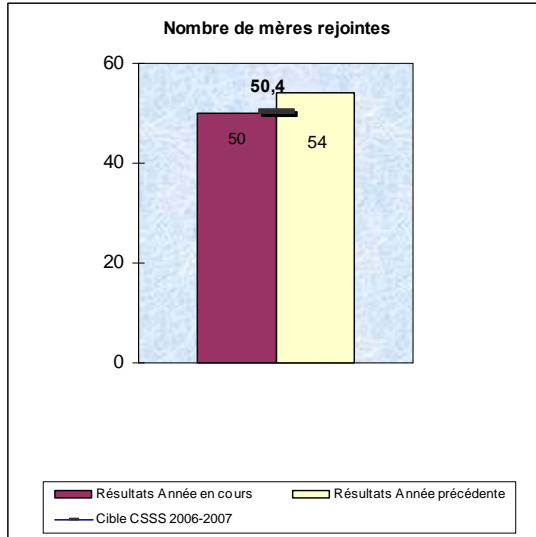
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité		
Résultats attendus	Indicateurs	Résultats
<p>Dans le cadre de la composante « Accompagnement des familles » :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ offrir un suivi intensif aux jeunes femmes enceintes et aux mères de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année; ▪ offrir un suivi intensif aux femmes enceintes et aux mères âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu ayant accouché dans l'année; ▪ tendre à réaliser l'intensité et la continuité des interventions tel que recommandé dans le cadre de référence ministériel (MSSS 2004) en période prénatale et postnatale. 	<p>Proportion de familles inscrites aux Services intégrés par rapport au nombre estimé de familles qui répondent aux critères d'éligibilité.</p>	<p>Volet extrême pauvreté : la cible était de 60%, nous en avons rejoint 80% donc cible dépassée.</p> <p>Volet : programme de soutien aux jeunes parents : la cible était de 50.4%, nous en avons rejoint 79.4%, donc la cible est dépassée</p>

SIPPE Volet Extrême pauvreté



Nombre de mères rejointes	
	Pour l'année
Résultats année en cours	153
Résultats année précédente	162
Cible CSSS 2006-2007	114
Cible: Rejoindre 60 % de la clientèle des mères de 20 ans et plus vivant dans l'extrême pauvreté (selon Ficher naissances et mortinaissances 2005, il y avait 190 mère dans cette situation, ce qui sert de base à notre calcul)	
Pourcentage de mères rejointes	80,53 %

SIPPE Volet PSJP (Programme de soutien aux jeunes parents)



Nombre de mères rejointes	
	Pour l'année
Résultats année en cours	50
Résultats année précédente	54
Cible CSSS 2006-2007	50,4
Cible: Rejoindre 80 % de la clientèle des mères de moins de 20 ans (selon Fichier naissances et mortinaissances 2005 il y avait 63 mère de 20 ans et moins, ce qui sert de base à notre calcul)	
Pourcentage des mères rejointes	79,37 %

COMMENTAIRES:

Le nombre de mères à rejoindre est calculé selon le Fichier des naissances et mortinaissances de 2005. Il se peut que ce chiffre ne corresponde pas au nombre de mères à rejoindre en 2007.

Activités de prévention liées à l'immunisation		
Résultats attendus	Indicateurs	Résultats
Offrir l'immunisation de base aux enfants selon le calendrier régulier du PIQ, en assurant l'accessibilité aux services de vaccination le jour ainsi que le soir et/ou la fin de semaine (DCaT, polio, Hib, pneumocoque, RRO, méningo, varicelle). Mettre en place des stratégies afin de diminuer les retards vaccinaux.	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre le DCaT-Polio Hib (Pentacel) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu (deux mois) au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec.	52,73 %
	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur d'une semaine du moment prévu (12 mois) au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec.	55,21 %
	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque (Pevnar) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu (deux mois) au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec.	52,38 %

À noter que cela n'inclut pas les enfants qui ont reçu leur première dose ailleurs qu'au CLSC. Donc la proportion est sans doute plus élevée.

Vigie et protection

Activités de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS		
Résultats attendus	Indicateurs	Résultats
Augmenter les activités cliniques de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS ciblant les populations vulnérables, offertes par les intervenants du CSSS et les partenaires interpellés.	<p>Nombre d'interventions de dépistage ITSS auprès des clientèles vulnérables en CSSS installation CLSC.</p> <p>Nombre d'interventions de dépistage ITSS auprès des clientèles vulnérables hors les murs du CSSS.</p>	<p>124</p> <p>N/A</p> <p>Nous avons développé des ententes avec 2 cliniques réseau pour assurer le suivi de personnes dépistées positives.</p>
En application de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, voir à la mise en place de règles de soins pour baliser le dépistage des ITSS par les infirmières des CSSS (incluant les infirmières en milieu scolaire).	Présence de règles de soins balisant le dépistage des ITSS par les infirmières du CSSS (incluant les infirmières en milieu scolaire).	Réalisé, dépistage par des infirmières instauré au CLSC HM.

Pratiques cliniques préventives

Déploiement du Système de prévention clinique dans les milieux de première ligne et du Centre d'éducation pour la santé		
Résultats attendus	Indicateurs	Cibles
<p>Réaliser des interventions de facilitation auprès des milieux cliniques, tel que convenu au sous-comité régional des pratiques cliniques préventives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ obtenir l'engagement des milieux cliniques (MC) au système de prévention clinique grâce au travail d'une infirmière conseil en prévention clinique et aux médecins chargés de prévention clinique; ▪ apporter des changements dans l'environnement de pratique des milieux cliniques; ▪ mise en place d'un système de suivi avec CES. 	Nombre et proportion des milieux cliniques (GMF, cliniques-réseau, services courants médicaux en installation CLSC) qui, à ce jour, ont été directement approchés par le CSSS pour favoriser le déploiement du système de prévention clinique (SPC).	<p>2 cliniques réseau,</p> <p>1 clinique privée</p>

<p>Réaliser des interventions au CES, tel que convenu au sous-comité régional des pratiques cliniques préventives.</p> <p>Augmenter le nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans un centre d'abandon du tabagisme (CAT).</p>	<p>Nombre d'usagers (différents) du centre d'éducation pour la santé.</p> <p>Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation (interventions individuelles) dans un centre d'abandon du tabagisme (CAT).</p>	<p>43 interventions auprès d'usagers ont été faites au CES</p> <p>65 personnes ont été vus au CAT, soit 27.5% de plus que la cible fixée</p>
--	--	--

Écoles et milieux en santé

Déploiement opérationnel de l'approche Écoles et milieux en santé		
Résultats attendus	Indicateurs	résultats
<p>Accompagner les écoles et les milieux dans l'implantation de l'approche Écoles et milieux en santé.</p>	<p>Bilan des activités de partenariat du CSSS avec les écoles et leurs milieux (EMES).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les intervenants scolaires du CSSS ont reçu la sensibilisation à l'approche EMES. 2. Les milieux scolaires, et les partenaires communautaires et municipaux du territoire ont également reçu la sensibilisation à l'approche EMES. Journée du 1er novembre 2007. 108 personnes présentes. 3. Une deuxième étape visant l'appropriation de l'approche s'est tenue avec des partenaires scolaires, communautaires ciblés. Journée du 25 février 2008. 3. Les fonctions d'agents pivots sont en place et des liens sont faits avec les autres activités des intervenants scolaires du CSSS. 4. L'état de situation des besoins des jeunes de 5 à 12 ans sur le territoire de Rosemont est effectué et le lancement des données est fait ceci en présence de nombreux partenaires. Cette étape facilite les liens entre l'Action communautaire intersectorielle et EMES sur le territoire de Rosemont. 5. Les liens sont intensifiés entre les écoles, la communauté et le CSSS sur l'ensemble du territoire. Ex: campagne de persévérance scolaire, participation au comité Passaction sur le territoire de H-M. 6. Le comité interne CSSS soutenant l'implantation de EMES est en place.

Services préventifs liés à l'immunisation		
Résultats attendus	Indicateurs	Résultats
<p>Offrir la vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ obtention d'une couverture vaccinale élevée. 	<p>Proportion des élèves de 4^e année qui ont reçu trois doses de vaccin contre l'hépatite B.</p>	<p>Proportion non-disponible. 749 enfants ont reçu 3 doses, ce qui représente 70,79 % du nombre total d'enfants vaccinés.</p>
<p>Vérifier le statut vaccinal des élèves et offrir la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (dCaT) à l'école, en secondaire 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ statut vaccinal à jour des élèves de secondaire 3. 	<p>Proportion des élèves de secondaire 3 qui ont reçu une dose de dCaT à l'école.</p>	<p>1 083 élèves de secondaire III + 162 usagers dont le niveau de scolarité n'est pas spécifié.</p>

À noter :

. nous ne pouvons fournir le pourcentage d'enfants vaccinés car nous n'avons pas le nombre d'élèves de 4^e année.

. pour pouvoir répondre à la questions (3 doses/année scolaire) nous avons chevauché 2 années, 2007-2008 pour les 2 premières doses et 2008-2009 pour la 3^e doses. Les 3^e doses (faites en mai) n'ont pas été encore été saisies dans un des CLSC, le chiffre est donc sous-estimé.

Services préventifs liés à la santé dentaire		
Résultats attendus	Indicateurs	Cibles
<p>Dépister systématiquement, chez tous les enfants de maternelle, tout besoin évident de traitement de la carie dentaire, orienter les enfants vers le dentiste et en informer les parents.</p> <p>Sélectionner les enfants admissibles au suivi préventif individualisé, selon un critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire.</p>	<p>Nombre et pourcentage d'enfants en maternelle (du territoire) qui ont subi un dépistage de la santé dentaire.</p>	<p>1 261 élèves de maternelle qui ont reçu un dépistage dentaire.</p>

Services préventifs liés à la contraception		
Résultats attendus	Indicateurs	Cibles
<p>En application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, voir à la mise en place d'une ordonnance collective permettant l'initiation de la contraception hormonale régulière par les infirmières en milieu scolaire.</p>	<p>Présence d'une ordonnance collective permettant l'initiation de la contraception hormonale régulière par les infirmières en milieu scolaire.</p>	<p>En voie de réalisation</p>

Environnement urbain et santé

Activités en lien avec le développement durable		
Résultats attendus	Indicateurs	Cibles
<p>Adopter une vision interne du CSSS sur le développement durable.</p> <p>Être reconnu comme CSSS vert et en santé.</p> <p>Poursuivre les démarches locales d'implantation de projets de développement durable relatifs à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ quartier 21; ▪ transport actif; ▪ approvisionnement alimentaire; ▪ modération de la circulation; ▪ environnements sécuritaires; ▪ herbe à poux; ▪ qualité de l'air; ▪ salubrité des logements; ▪ autres, selon spécificités locales. 	<p>Énoncé d'une orientation en développement durable intégré au projet clinique ou adopté par le conseil d'administration.</p> <p>Mise en place d'un comité d'implantation d'un CSSS vert et en santé.</p> <p>Nombre de projets locaux de développement durable auxquels participe le CSSS.</p>	<p>Le comité vert interne est implanté.</p> <p>2. L'énoncé d'orientation en développement durable est en préparation.</p> <p>3. Le CSSS accueille une stagiaire en gestion environnementale du Collège de Rosemont qui entre autre soutient les travaux du comité vert.</p> <p>4. Nous avons procédé à la caractérisation de deux sites du CSSS, soit un site CHSLD et un site CLSC. Les données issues de cette démarche sont présentées au comité de gestion du CSSS.</p> <p>5. Le portrait des tables de concertation du territoire du CSSS et de leurs cibles d'action est en cours de réalisation.</p> <p>6. Les organismes et concertations de tout le territoire oeuvrant en sécurité alimentaire ont reçu notre soutien de plusieurs manières.</p> <p>7. Nous sommes partenaires dans la campagne, "Je m'active dans mon quartier" sur le territoire de Rosemont et plusieurs activités se sont tenues dans ce cadre.</p> <p>8. En concertation avec le Conseil pour le développement social et communautaire de Hochelaga-Maisonneuve et Mercier ouest quartier en santé le CSSS a déposé un mémoire dans le cadre des audiences publiques sur la rue Notre Dame.</p> <p>9. Toujours en collaboration avec ses partenaires mais cette fois dans le domaine du logement social, le CSSS est à finaliser sa vision sur le sujet: "De la construction au vivre ensemble.</p>

Autres

Réduction des chutes chez les aînés		
Résultats attendus	Indicateurs	Résultats
Implanter des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, selon le cadre de référence ministériel.	Nombre d'aînés rejoins pendant l'année dans le cadre du programme PIED (interventions de groupe) par territoire de CLSC.	5 groupes : 67 personnes

Activités de surveillance, de prévention et de prise en charge des infections nosocomiales		
Résultats attendus	Indicateurs	Cibles
Assurer la surveillance de l'incidence des nouveaux cas de diarrhées associées aux infections à <i>C. difficile</i> selon les délais recommandés par l'INSPQ (un mois après la fin de la période).	Saisie mensuelle des données dans le système de surveillance provincial du <i>C. difficile</i> (INSPQ) à l'intérieur d'un délai de quatre semaines après la fin de la période.	13 périodes/13. Réalisé
Accroître la couverture vaccinale contre l'influenza et le pneumocoque chez les personnes en hébergement de longue durée.	Taux de couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes en hébergement de longue durée. Taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque chez les personnes en hébergement de longue durée.	Cible 80 % : 86 % - cible atteinte Cible 80 % : 71 %
Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza des travailleurs de la santé (toute personne qui prodigue des soins ou qui travaille dans un établissement qui offre des soins de santé à des patients).	Taux de couverture vaccinale contre l'influenza des travailleurs de la santé de l'établissement (par installation).	Cible 60 % : 45 % Nous avons vacciné 1 108 employés, soit une baisse de 7% par rapport à l'an dernier.
Assurer un ratio de ressources infirmières dédiées à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales (PCI) conforme à la norme établie : CHSLD, CHP : 1 :250 lits de soins de longue durée.	Ratio du nombre de ETC infirmière en PCI par nombre de lits de longue durée.	1 :250 lits de longue durée. Réalisé. Nous avons 5 ETC infirmière en prévention.
Se doter d'un programme structuré de prévention et contrôle des infections conforme au cadre de référence à l'intention des établissements de santé du MSSS.	Présence d'un document écrit décrivant le programme de PCI et ses composantes : surveillance, politiques et procédures, éducation et formation, évaluation, communication et information, gestion des éclosions.	Document écrit conforme au cadre de référence du MSSS et approuvé par le DG ou le CA. Document réalisé

Activités de surveillance, de prévention et de prise en charge des infections nosocomiales		
Résultats attendus	Indicateurs	Cibles
Assurer qu'il y a une attribution claire entre les équipes de soins, de services diagnostiques et d'hygiène-salubrité pour le nettoyage et la désinfection des équipements, du matériel de soins et du matériel roulant afin de s'assurer que rien n'est laissé au hasard.	Identification des services responsables du nettoyage et de la désinfection de tous les équipements, du matériel de soins et du matériel roulant.	Grille identifiant les services responsables du nettoyage et de l'entretien des équipements. Fait : Grille réalisé
Implanter un contrôle de la qualité en hygiène-salubrité.	Présence d'une grille de contrôle (liste exhaustive des items à désinfecter).	Grille de contrôle. Fait
Compléter la mise à jour du parc d'équipements (petits équipements de soins et équipements de salubrité) et effectuer les travaux nécessaires pour faciliter la prévention des infections nosocomiales selon le plan d'investissement convenu entre l'Agence et l'Établissement, suite aux évaluations des besoins réalisées à l'automne 2004.	Plan d'action ou rapport d'étape (incluant le pourcentage de réalisation, les personnes responsables de la réalisation et l'échéancier).	100 % Rapport d'étape fait : inventaire réalisé, plan d'action en cours

Attentes administrative

ATTENTE ADMINISTRATIVE	PARAMÈTRES OU	S/O	RÉSULT AT	COMMENTAIRES
	PRÉCISIONS		Réalisé En Non cours amorcé	

AU PLAN DES PROGRAMMES SERVICES

SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE					
Développer un plan de communication auprès des populations locales, pour favoriser les liens avec les médecins de famille pour les personnes qui cherchent un médecin omnipraticien			X		Production d'une brochure remise aux personnes qui recherchent un médecin de famille. Démarche de soutien et accompagnement par une infirmière de CLSC pour les personnes vulnérables et les femmes enceintes.

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT					
Poursuivre l'implantation du concept « Milieu de vie »	Le rapport d'étape doit préciser les mesures mises en place parmi les suivantes: <ul style="list-style-type: none"> . Plan d'action . Mécanisme d'évaluation de la satisfaction . Intervenant accompagnateur . Plans d'interventions individualisés . Protocole de mesures de contrôle 		X		<p>Nombre de CHSLD ayant mis en place le concept de « Milieu de vie » : 7</p> <ul style="list-style-type: none"> . Plan d'action approuvé au C.A. en décembre 2005 . Valeurs et philosophie élaborées et intégrées dans les 7 centres d'héb. . Comités milieu de vie opérationnels dans les 7 centres d'héb. . Définition milieu de vie adoptée et intégrée dans les 7 centres d'héb. . État de situation milieu de vie réalisé dans chaque centre d'héb. . Code d'éthique harmonisé pour les 7 centres d'héb. et intégration et formation en cours <p>Plan de formation milieu de vie élaboré et en cours de réalisation</p> <p>Note : travaux en continu</p>
Collaborer à l'actualisation du plan d'action sur les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	. Parachèvement de la mise en place des réseaux de services intégrés			X	<p>Bilan d'implantation du RLS réalisé et transmis à l'Agence et au MSSS.</p> <p>Participation aux travaux régionaux sur la définition et l'harmonisation des modalités d'accès</p> <p>État de situation sur modalités d'accès du CSSS réalisé, modèle élaboré, sera implanté dans les prochains mois.</p> <p>1 coordonnateur RSIPA identifié</p> <p>mise à jour OEMC pour les intervenants et formation nouveau personnel</p> <p>Profils complétés pour nouvelles demandes et révision de dossier Iso-SMAF réalisé</p> <p>Prisma 7 implanté à l'urgence de HMR, plan d'implantation de PRISMA 7 dans les cliniques réseau et autres cliniques médicales.</p> <p>Gestionnaires de cas : révision du modèle et harmonisation du modèle pour les trois CLSC réalisé. En cours, consolidation de l'équipe des gestionnaires de cas.</p>
	. Mettre en place (ou maintien s'il y a lieu) de la table multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées		X		<p>Réalisé en 2006-2007, les travaux se poursuivent.</p> <p>Participation active aux 3 tables sectorielles existantes où les sujets en lien avec l'abus et maltraitance sont abordés</p> <p>Création d'une table regroupant les 3 secteurs du territoire où sont traités les sujets d'intérêt commun</p>

ATTENTE ADMINISTRATIVE	PARAMÈTRES OU	S/O	RÉSULTAT			COMMENTAIRES
PRÉCISIONS			Réalisé	En cours	Non amorcé	
	. Poursuite, selon les priorités établies par l'Agence, du développement des ressources intermédiaires (RI), des ressources de type familial (RTF) et d'autres ressources alternatives d'hébergement		X			<p>Nombre de places développées</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 places à la RI Jardin Botanique - 15 places en RNI Manoir Louisiane pour les post hospitaliers - 10 places en RA (Pignon sur roues) pour clientèle avec déficience physique
	. Augmentation de l'offre de services de soutien à domicile		X			Cibles statistiques de l'entente de gestion atteintes : augmentation de plus de 5% de la clientèle desservie
	. Augmentation de l'offre de service aux proches aidants selon les orientations régionales et à partir des budgets de développement alloués à cet effet		X			<p>Nombre de proches aidants desservis : 28</p> <p>Précisez le type de services fournis aux proches aidants :</p> <p>3 Groupes d'intervention dans chacun des CLSC ; halte-répit, gardiennage, allocation directe aux aidants (achat de services de gardiennage, ressourcement...).</p>
	. Collaboration au déploiement de l'outil d'évaluation multiclientèle et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (e-smaf)		X CLSC	X Héber		<p>Tout le personnel du PPA a été formé à l'outil e-smaf et toutes les nouvelles demandes et les dossiers révisés sont évalués avec l'outil. L'objectif étant qu'au 31 mars 09, tous les dossiers PPALV auront leur profil e-smaf</p> <p>Tout le nouveau personnel est systématiquement formé à l'outil d'évaluation multiclientèle et un plan de formation de « mise à jour » est en cours pour le personnel déjà formé</p> <p>Les gestionnaires en hébergement ont été formés mais formation des autres intervenants à venir – Automne 2008</p>
Collaborer avec la DAMU et les partenaires du réseau à l'élaboration et à l'implantation de corridors de service qui permettront d'établir une entente régionale pour une offre de services en dentisterie pour la clientèle jeunes adultes présentant une déficience physique et/ou intellectuelle qui est hébergée en centre d'hébergement, tel qu'au Centre d'hébergement Marie-Rollet				X		<p>Une entente a été faite avec l'hôpital Rivière-des-Prairies pour répondre aux urgences.</p> <p>Sommes en attente de l'Agence sur ce dossier.</p>
Poursuivre le travail d'implantation d'une unité spécifique de type III au Centre d'hébergement Rousselot, selon l'échéancier convenu			X			L'unité de type III a commencé à recevoir ses résidents en février 2008.
Maintenir le poste d'infirmière / travailleuse sociale réseau à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)			X			<p>Budget récurrent a été confirmé pour l'exercice financier 08-09 ainsi, la démarche d'affichage et d'octroi du poste infirmière réseau sera réalisé.</p> <p>A noter qu'actuellement l'infirmière en poste est stable puisque c'est la même infirmière depuis le début du projet</p>
Implanter des activités de stimulation pour la clientèle jeunes adultes du Centre d'hébergement Marie-Rollet						En lien avec le plan d'action déposé à l'Agence en novembre 2005, rencontre avec l'Agence en décembre 2007 où nous avons déposé un état de situation du travail accompli et où nous souhaitons entreprendre des démarches avec la déficience intellectuelle pour poursuite de notre plan d'action. Nous sommes toujours en attente d'un retour de l'Agence sur ce sujet. Entre temps le CRDI Gabrielle-Major a accepté de venir donner quelques heures de stimulation par semaine à la clientèle.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	PARAMÈTRES OU	S/O	RÉSULT AT	COMMENTAIRES	
PRÉCISIONS		Réalisé	En cours	Non amorcé	
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED					
Rehausser l'offre de service d'intervention psychosociale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI), avec ou sans troubles envahissants du développement (TED) et leurs familles	Clientèle DI : profil d'intervention 311 Clientèle TED : profil d'intervention 312				DI Nombre de personnes ayant reçu des services d'intervention psychosociale : <u>419</u> Nombre moyen d'interventions : <u>4.84</u> TED Nombre de personnes ayant reçu des services d'intervention psychosociale : <u>130</u> Nombre moyen d'interventions : <u>3.39</u>
Participer aux différents modules de formation offerts par l'Agence aux CSSS, au regard de la détection et du soutien pour la clientèle TED		X			Pourcentage de personnes formées : ___ % Aucune formation offerte par l'Agence.
JEUNES EN DIFFICULTÉ					
Poursuivre la mise en place des mesures prévues au Plan stratégique 2005-2010 du MSSS concernant les jeunes en difficulté et leur famille	Le plan d'action doit être conforme aux orientations ministérielles énoncées dans le document de consultation : <i>Offre de service – Programme Jeunes en difficulté</i> , mai 2005 ou version plus récente			X	Réalisé : état de situation clientèle et offre de service par trois équipes EFJ.
Collaborer à la mise en place de la nouvelle Loi de la protection de la Jeunesse			X		Nombre d'intervenants formés : <u>12</u> À ces 12 s'ajoutent 61 intervenants qui ont participé à une journée de sensibilisation
Participer à la mise à jour du <i>Guide de collaboration CLSC – Centres jeunesse</i>	L'échéancier de la mise à jour est fixée à décembre 2007.			X	Le Directeur du programme EFJ du CSSS a participé au comité Agence-CSSS-CJ pour la révision et la mise à jour du guide de collaboration.
DÉPENDANCES					
Utilisation de l'outil « Dep-Ado »	Nb d'enfant orientés			X	Nombre d'enfants orientés à l'un des deux mécanismes d'accès : Impossible de chiffrer à ce moment-ci
	Présence d'un agent de liaison		X		Présence d'un agent de liaison depuis février 2008.
	Nb d'intervenants formés	X			Nombre d'intervenants formés sur le nombre potentiel à former : 17 intervenants ont été formés l'an dernier, aucun cette année.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	PARAMÈTRES OU	S/O	RÉSULT AT			COMMENTAIRES
PRÉCISIONS		Réalisé	En cours	Non amorcé		
SANTÉ MENTALE						
Maintenir des mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté			X			Nombre d'ententes de services signées : Entente prise avec les urgences des hôpitaux du secteur
Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'action régional en santé mentale, incluant la participation à l'actualisation du plan stratégique visant à associer aux CSSS et à leurs partenaires les services de 1 ^{ère} ligne actuellement fournis par les CHSP ou les CHSGS ayant un département de psychiatrie	. Collaboration à la mise en place des équipes de 1 ^{ère} ligne en santé mentale pour les enfants, les jeunes et les adultes conformément au cadre de référence des équipes de santé mentale de 1 ^{ère} ligne		X			. Participation au comité d'implantation du plan d'action en santé mentale Enfant-Jeune dans l'Est de Montréal . Participation au comité d'implantation du plan d'action en santé mentale Adultes dans l'Est de Montréal . Rencontre avec Mme Cavaliere le 18 mars dernier sur l'état d'avancement des travaux d'implantation du plan d'action en santé mentale EJ pour l'Est de Montréal.
	. Élaboration du plan d'effectifs de ces équipes		X			Élaboration du plan d'action SM Adultes et EJ pour le CSSS LT.
	. Collaboration avec les partenaires à la réalisation d'un plan de communication visant la population, les usagers et les partenaires de réseaux locaux quant à l'offre de service recommandée		X			Création d'un comité sous-régional de communication pour le plan d'action SM et plan de communication élaboré. Le comité d'implantation EJ s'est joint au comité des communications du comité d'implantation adulte qui poursuit ses travaux pour l'Est de Montréal
	. Élaboration d'un programme d'accueil et de développement du personnel		X			Comme pour tous les nouveaux intervenants, le personnel a bénéficié d'un programme d'accueil. Un programme de formation de 1 jour/semaine sur quelques mois et des stages sont à se finaliser pour tous les intervenants santé mentale EJ de l'Est de Montréal.
	. Élaboration, en collaboration avec les partenaires concernés, d'un plan de transfert des responsabilités et des patients visant à assurer la continuité des services		X			Plan de transfert fait.
	. Établissement d'une entente avec le ou les CH partenaire(s) pour les services de 2 ^e ligne en santé mentale			X		Entente intervenue avec HMR (pédopsychiatrie) : approbation au CA du 15 avril 2008
	. Participation à la table locale du DRMG au recrutement de médecins omnipraticiens pour l'équipe de santé mentale			X		Nombre d'omnipraticiens dans l'équipe : 0 Un premier médecin vient d'être recruté à raison de 18 heures par semaine et entrera en fonction fin août début septembre. Cela représente 10% des effectifs médicaux ciblés pour notre CSSS. Le recrutement des médecins demeure un très grand défi

ATTENTE ADMINISTRATIVE	PARAMÈTRES OU	S/O	RÉSULT AT	COMMENTAIRES
	PRÉCISIONS		Réalisé En cours	Non amorcé

SANTÉ PHYSIQUE					
Implanter les services intégrés pour les personnes atteintes des maladies chroniques citées aux paramètres de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> . Diabète . Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) . Problèmes cardiovasculaires 		X	X	<p>Pourcentage de personnes formées (diabète) : 9 infirmières (voir commentaires ci-bas)</p> <p>Pourcentage de personnes formées (MPOC) : <u>100%</u></p> <p>Pourcentage de personnes formées (cardio) : <u>100</u> % des infirmière à domicile, à venir pour services généraux</p> <p>Projet Prisme-diabète en collaboration avec HMR : 2 infirmières formées par site et processus de formation en cours pour une 3^e infirmière par site. L'intervention systématique pour la clientèle diabétique se fait dans les services courants des trois CLSC et un suivi est fait au médecin référent.</p> <p>Projet de continuum de services en insuffisance cardiaque en développement</p> <p>Projet de suivi « d'anticoagulothérapie » développé en collaboration avec HMR, ICM et le CSSS Pointe-de-l'Île. Financement octroyé par l'Agence pour projet de démonstration. Implantation prévue sept. 2008.</p>
Mettre en œuvre le modèle d'organisation des services post hospitaliers selon l'échéancier et les modalités définis par l'Agence	Selon les consignes de l'Agence		X		Modèle implanté depuis octobre 2007.
S'assurer, s'il y a lieu, que tout projet de maison de soins palliatifs sur son territoire, s'inscrive dans le plan régional d'organisation de services et qu'il soit relié, par entente, à un ou des réseaux locaux de services afin de faciliter la continuité et la fluidité des services				X	<p>Démarche en cours avec la maison « le Phare »</p> <p>Évaluation des besoins faite, collaboration en cours pour les thèmes suivants : prévention des infections, gestion des risques, garde médicale.</p>
Maximiser le retour direct à domicile de la clientèle ayant subi une chirurgie orthopédique élective du genou ou de la hanche, tel que défini dans le cadre de référence régional	Application du cadre de référence <i>Prothèse totale de la hanche – Prothèse totale du genou (PTH-PTG)</i>				Ratio du nombre de personnes réadaptées à domicile sur le nombre de références : <u>près de 60</u> %
Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'action régional du <i>Programme québécois de lutte contre le cancer</i> (PQLC) notamment par la mise en place des services intégrés	. Support à la mise en place des infirmières pivot en oncologie (IPO) afin de permettre une coordination territoriale des interventions de 1 ^{ère} ligne avec celles des 2 ^e et 3 ^e lignes			X	Projet en cours avec HMR et le CSSS Pointe-de-l'Île : mise en place d'un comité de concertation pour développer le continuum de services en cancer.
	. Mise en place d'une équipe interdisciplinaire conformément aux objectifs du PQLC			X	Projet en cours avec HMR et le CSSS Pointe-de-l'Île : mise en place d'un comité de concertation pour développer le continuum de services en cancer.
	. Mise en place des corridors de services diagnostiques et thérapeutiques requis s'il ne sont pas déjà disponibles sur le territoire ou au sein de l'établissement			X	Projet en cours avec HMR et le CSSS Pointe-de-l'Île : mise en place d'un comité de concertation pour développer le continuum de services en cancer.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	PARAMÈTRES OU	S/O	RÉSULT AT			COMMENTAIRES
PRÉCISIONS			Réalisé	En cours	Non amorcé	
	. Contribution à la mise en place du registre informatique des tumeurs notamment pour le cancer du sein, du colon et du rectum, du poumon, de la prostate, du col et de certains cancers hématologiques	X				Non pertinent pour le CSSS
Collaborer à la mise à jour et au suivi du plan de désengorgement des urgences				X		Le plan local de gestion des urgences du CSSS a été déposé à l'Agence, ainsi qu'une première révision (février 2008). Plusieurs mesures sont en place, notamment : <ul style="list-style-type: none"> . Un mécanisme de pré-admission permettant d'accélérer l'admission en hébergement . Une collaboration entre les services à domicile et les CH pour les soins infirmiers requis en phase de maladie aiguë . La formation des infirmières en hébergement . La création d'un projet pilote de « médecin à domicile SRV pour la clientèle à domicile en liste d'attente pour un médecin du SAD.

AU PLAN DE LA GESTION

GESTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE						
Collaborer à la stratégie régionale pour contrer les problèmes de disponibilité de main-d'œuvre et développer un plan d'action local en la matière					X	Implication de la Direction au niveau du comité régional Plan d'action en cours: stratégies de recrutement et rétention élaborées Activités réalisées: embauche de CEPI (candidates à la profession d'infirmière), reconnaissance du baccalauréat chez les infirmières, réorganisation du travail infirmière versus infirmière-auxiliaire, plan de titularisation des postes d'infirmières et infirmières-auxiliaires Mise en place d'un comité d'attraction et rétention pour le personnel de catégories I et II
Compléter, si ce n'est déjà fait, la mise en oeuvre de la négociation locale				X		4 ententes négociées et signées.
PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX						
Assurer, si ce n'est déjà fait, le suivi de la mise en oeuvre de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (2002, chapitre 71) en mettant en place, pour l'ensemble de l'établissement, les mesures précisées aux paramètres de l'indicateur.	. Comité de gestion des risques		X			Voir section "gestion des risques" dans le rapport annuel Le comité de gestion des risques est en place et opérationnel depuis 2 ans.
	. Politique de divulgation de tout accident à un usager		X			La politique de divulgation est en vigueur depuis 2 ans.
	. Registre local des incidents et accidents			X		
AGRÈMENT DES SERVICES						

ATTENTE ADMINISTRATIVE	PARAMÈTRES OU	S/O	RÉSULTAT			COMMENTAIRES
PRÉCISIONS		Réalisé	En cours	Non amorcé		
Selon l'article 107.1 de la LSSS « tout établissement doit, tous les trois ans, solliciter l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'organismes d'accréditation reconnus ».	<ul style="list-style-type: none"> · Inscription à un processus d'agrément des services par un organisme d'accréditation reconnu 			X		Visite du CCASS du 7 au 11 avril 2008
Fournir à l'Agence les données relatives à l'application de la Loi sur la prestation sécuritaire des services	<p>Conformité aux articles 412.2 et 181.0.2</p> <p>Suivi des recommandations provenant du :</p> <ul style="list-style-type: none"> · commissaire aux plaintes et à la qualité des services (agence et établissements); · protecteur du citoyen (agence et établissements); · comité de gestion des risques (établissements). 					<p>Nombre de rencontres tenues par le CA pour donner suite aux recommandations du comité de vigilance et de la qualité : <u>voir note</u></p> <p>Mme Isabelle Dubuc, CA (population) Me Jean-Pierre Hébert CA (agence) Mme Nicole Laliberté CA (comité des usagers) Mme Germaine Ouellet, commissaire aux plaintes M. Gary Furlong, directeur général</p> <p>Note : Le CA ne tient pas de rencontres spécifiques pour donner suite aux recommandations du comité de vigilance et de la qualité. Le CA réalise ses obligations à travers le comité de vigilance et de la qualité, qui reçoit les recommandations du comité de gestion des risques et de la commissaire aux plaintes et en assure le suivi. Le comité de vigilance et de la qualité fait rapport au CA de ses activités et reçoit les recommandations à travers ses réunions régulières du CA.</p>
Assurer les suivis relatifs aux visites d'appréciation faites par les instances concernées				X		<p>Visites en 2007-2008 :</p> <p>Le Collège des médecins en CH Le MSSS au CH Jeanne-Le Ber Le MSSS pour les RTF Plans d'action élaborés</p>
ACCESSIBILITÉ DES SERVICES EN LANGUE ANGLAISE						
Tenir compte dans l'offre de service de la langue et des particularités culturelles de la clientèle de même que du programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise	<p>Conformément au décret 1161-2007 sur le Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2007-2010</p> <ul style="list-style-type: none"> · Services accessibles à l'intérieur de l'établissement · Services accessibles à l'intérieur du réseau local · Services accessibles par entente de services avec un autre établissement 		X		X	<ul style="list-style-type: none"> · Participation du CSSS au plan de formation des intervenants en langue anglaise de l'université McGill. · Entente avec le CHU McGill pour accueillir des stagiaires anglophones dans les écoles anglaises du territoire (soins infirmiers) et en réadaptation en CH. · Nous recevons des stagiaires en soins infirmiers de l'Université McGill à chaque session. <p>Une évaluation de l'utilisation du service "pivot langue anglaise" du CSSS de la Pointe-de-l'île a été faite.</p>

Annexe - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Approuvé par le conseil d'administration le 14 septembre 2004.

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 sœur 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 3311 boul. Saint-Joseph Est 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:

<i>Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté</i>

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.