

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne



Centre affilié universitaire

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

Adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2010

> Centre de santé et de services sociaux

DE LA MONTAGNE





ISSN 1913-6056 (imprimé)
ISSN 1918-2880 (en ligne)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2010
Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

TABLE DES MATIÈRES

Message du président du conseil d'administration et du directeur général	2
Déclaration de fiabilité	4
Présentation de l'établissement	5
Mission.....	5
Organigramme.....	5
Directions des programmes	7
Services généraux et spécifiques.....	7
Service régional Info-Santé (SRIS).....	16
Maison de naissance.....	17
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique (PPALV et DP).....	18
Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA).....	19
Services médicaux.....	23
Partenariat et communications.....	23
Santé au travail.....	25
Volume d'activités des programmes 2009-2010	27
Suivi de l'entente de gestion	28
Entente de gestion.....	28
Directions de soutien clinique	35
Santé publique.....	35
Soins infirmiers (DSI).....	36
Qualité, mission universitaire et pratique multidisciplinaire.....	37
Centre de recherche et de formation (CRF).....	40
Directions de soutien administratif	42
Ressources humaines et développement organisationnel.....	42
Ressources financières, techniques et informationnelles.....	43
Bilan de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	44
Conseils et comités de l'établissement	49
Annexe A - Résultats et bilan du fonds d'exploitation de l'établissement	63
Annexe B - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	67
Lexique	73

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Un des dossiers prioritaires du CSSS pour l'année 2009-2010 a été sans contredit la campagne de vaccination massive contre la grippe A(H1N1). Cette campagne a modulé le travail de tout le personnel du CSSS. Nous tenons à souligner les efforts déployés par toutes nos équipes, le soutien fourni aux bénévoles, la responsabilité sociale dont a fait preuve la Place Alexis Nihon en organisant rapidement le site de vaccination, lequel a fait l'objet d'éloges de la part de plusieurs médias.

Tout en assurant la gamme des services offerts dans notre établissement dans les différents programmes, nous avons mis en 2009-2010 l'accent sur les objectifs associés aux orientations définies dans le plan d'organisation.

Dans le cadre du modèle montréalais, nous avons procédé à l'implantation du guichet d'accès en santé mentale, à celle du guichet d'accès médical et avons participé à l'élaboration du projet d'accueil clinique. Aussi le concept de « membership populationnel » progresse activement et son implantation est prévue à l'automne 2010.

Sous les volets prévention, promotion et partenariat, nous avons finalisé et approuvé le Plan d'action local de santé publique, produit un premier Plan de développement durable. Nous avons également focalisé nos énergies afin d'arrimer le programme SIPPE avec les priorités locales. Les liens avec les partenaires d'affaires du milieu progressent davantage dans certains secteurs du territoire, les travaux vont bon train.

Sur le plan de l'enfance et de la famille, l'année 2009-2010 a été articulée en fonction du principe « aucun enfant en attente au CSSS de la Montagne ». Des actions ont été prises afin d'établir, entre autres, une trajectoire précise de services en DI-TED. Aussi, la structure de gestion du projet clinique Jeunes en difficulté est réalisée. L'implantation d'une deuxième Maison Bleue dans le quartier Parc-Extension chemine. Le financement du projet a ralenti le processus.

Le CSSS s'est vu décerner, en mars 2010, l'agrément octroyé par Agrément Canada, signe de reconnaissance de la qualité des services dispensés par l'établissement. À cet égard, le personnel a été impliqué dans les démarches d'amélioration continue de la qualité et les activités en vue de l'obtention de l'agrément. Il a répondu en grand nombre au sondage sur la culture de sécurité et aux autoévaluations sur les normes de pratique. Il s'agit d'une belle marque d'engagement du personnel à vouloir offrir le meilleur à nos usagers.

Un « Plan de développement des ressources humaines 2009-2012 » a été adopté au début de février 2010. Une grande préoccupation porte sur le recrutement et la rétention du personnel. Dans un contexte difficile de recrutement, des efforts ont été consentis pour valoriser et reconnaître l'apport de nos employés. Il a été suggéré, entre autres, d'impliquer les conseils professionnels de l'établissement et de tenir compte des recommandations faites dans leurs rapports.

En avril 2009, l'Agence a lancé un projet de numérisation régional pour tous les établissements de Montréal. Le CSSS de la Montagne a été désigné projet pilote. Au début de juin 2010, l'implantation de la numérisation des dossiers « Dossier patient numérisé » (projet OACIS) sera réalisée. Nous devons souligner le travail de l'ensemble des équipes du CSSS qui ont participé activement à ce projet d'envergure.

Depuis la création du CSSS, il y a cinq ans, nous avons travaillé à l'élaboration et à la réalisation de nombreux projets. La lecture de ce rapport en fait foi. L'année 2009-2010 est celle où nombre d'entre eux ont finalement été implantés.

Grâce à l'implication de l'ensemble de notre personnel et aux membres du conseil d'administration dont le mandat est prolongé, le CSSS de la Montagne a atteint une vitesse de croisière qui se concrétise de façon éloquente. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur engagement entier et résolu à toujours améliorer la qualité des soins et des services à la population du territoire.



Denis Sirois
Président du conseil d'administration



Marc Sougavinski
Directeur général



DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2009-2010 du Centre de santé et de services sociaux de la Montagne :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.



Marc Sougavinski
Directeur général

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le CSSS de la Montagne regroupe les CLSC de Côte-des-Neiges, Métro et de Parc-Extension. Il compte 1 049 employés et une équipe médicale chevronnée. Il offre des services de première ligne à une population de 225 000 résidents, caractérisée par sa pluriethnicité où les immigrants et résidents non permanents comptent pour près de 50% de la population. Ce qui fait de l'établissement un précurseur en matière de services aux immigrants notamment par son centre de recherche et de formation. À titre de centre affilié universitaire (CAU), le CSSS de la Montagne intègre et accueille de nombreux stagiaires et résidents en médecine.

Au CSSS de la Montagne, la gestion de l'environnement et le développement durable sont au cœur des valeurs qui le guident.

MISSION

Le CSSS de la Montagne a pour mission d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire. Riche de la diversité et des forces de sa communauté et de son personnel, sa raison d'être s'appuie sur cette responsabilité populationnelle qui lui est dévolue par la Loi et dont les mandats principaux se résument comme suit :

- connaître et prendre en charge l'état de santé et de bien-être de sa population;
- coordonner et gérer l'utilisation des services mis à la disposition de sa population;
- gérer de façon optimale la gamme de services offerts;
- définir un projet clinique et organisationnel pour son territoire;
- soutenir la réalisation de sa mission première par l'intégration d'une mission universitaire d'enseignement et de recherche;
- informer et consulter sa population afin de l'impliquer et de mesurer sa satisfaction.

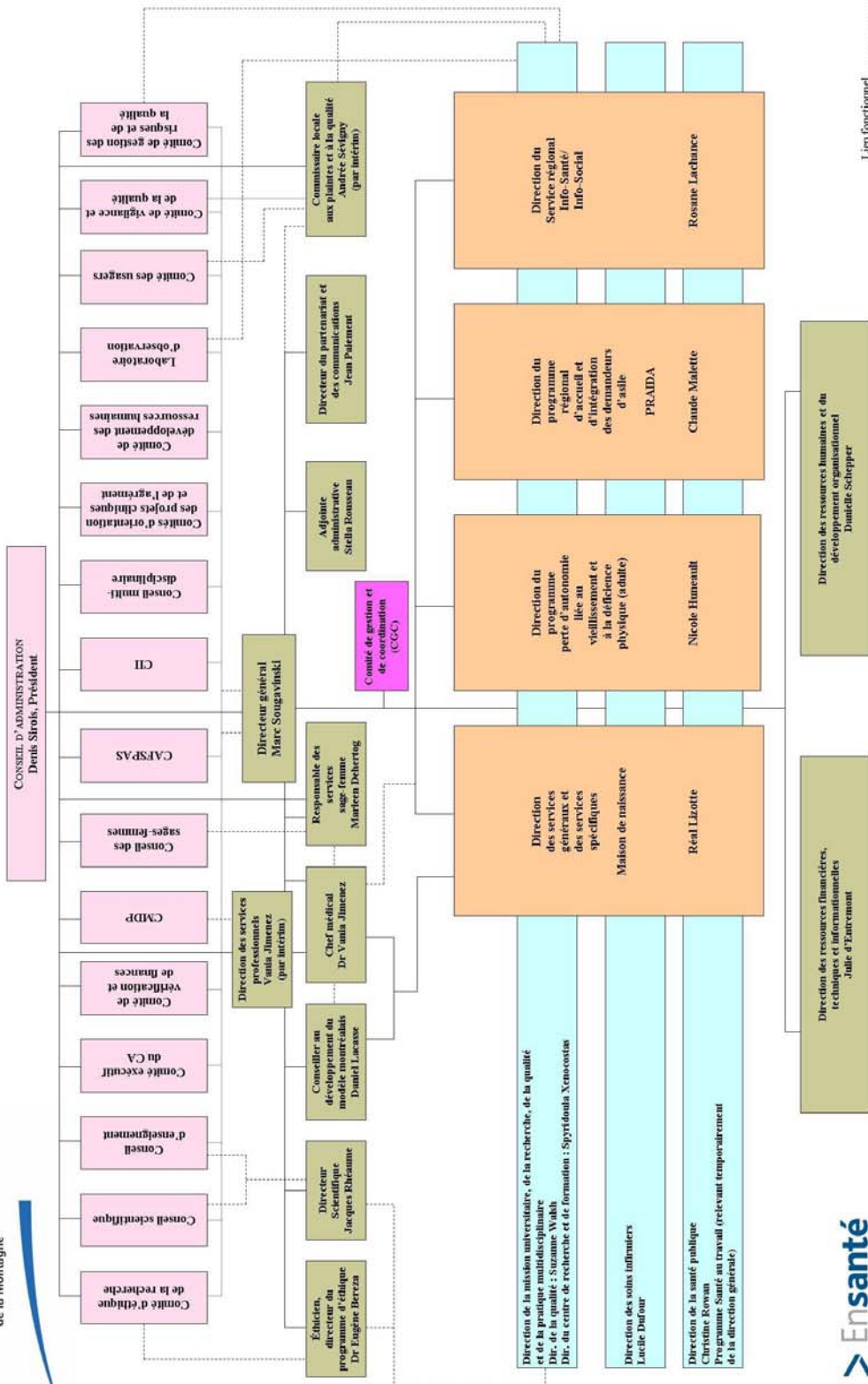
Le CSSS de la Montagne est porteur de mandats régionaux. Il lui incombe la responsabilité de dispenser des services de santé et des services sociaux pour les demandeurs d'asile (PRAIDA), des services de première ligne par les sages-femmes de la Maison de naissance Côte-des-Neiges, des services de Santé au travail dans d'autres territoires de CLSC de Montréal et des services de la Centrale Info-Santé pour l'ensemble de l'île de Montréal.

Pour accomplir sa mission, le CSSS de la Montagne compte sur la collaboration de ses partenaires locaux qui ont une bonne connaissance du milieu et qui lui permettent d'assurer la continuité des services et le soutien aux usagers et à leurs proches à toutes les étapes de leur cheminement dans le réseau de la santé et des services sociaux.

ORGANIGRAMME

En plus de refléter nos valeurs organisationnelles, l'organigramme traduit les priorités identifiées dans notre projet clinique et organisationnel, tout en favorisant le développement du réseau local (voir ci-après).

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DU CSSS DE LA MONTAGNE



DIRECTIONS DES PROGRAMMES

DIRECTION DES SERVICES GÉNÉRAUX ET DES SERVICES SPÉCIFIQUES

LUTTE À LA PANDÉMIE DU VIRUS A(H1N1)

La direction des services généraux et des services spécifiques a contribué à cette opération de grande envergure en déléguant certains de ses services pour dégager du personnel infirmier en grand nombre pour la vaccination massive au site Place Alexis-Nihon et du personnel psychosocial disponible sur place. En plus d'offrir un support psychosocial à la clientèle concernée, les intervenants ont aussi participé à de multiples tâches reliées au bon fonctionnement de l'opération Grippe A(H1N1). Plusieurs cadres de la direction ont été présents sur le site de vaccination massive pour s'assurer du bon déroulement de cette opération.

COORDINATION DES SERVICES GÉNÉRAUX

ENFANCE-FAMILLE-JEUNESSE (EFJ)

LES FAITS SAILLANTS

L'année 2009-2010 a permis de rejoindre **1 010** futurs parents par des rencontres prénatales universelles offertes en français et en anglais, selon les besoins identifiés dans chacun des territoires du CSSS de la Montagne.

Nous notons **2 821** nouveaux bébés nés dans le territoire. Dans le cadre de la période postnatale, **2 587** visites ont été effectuées dans le territoire. Les mères et bébés reçoivent leur congé du centre hospitalier précocement (dans les 24 heures suivant l'accouchement), ce qui engendre des visites à domicile plus rapides et quelques fois, plus fréquentes.

Maturité scolaire

À la suite des sommets locaux sur la maturité scolaire qui se sont tenus en 2008, une rencontre avec les partenaires de Parc-Extension a eu lieu afin d'identifier des pistes d'action à réaliser. Par la suite, un comité de suivi sur la maturité scolaire rassemblant des partenaires communautaires, scolaires et municipaux a été mis en place afin d'assurer la réalisation d'actions concrètes favorisant le développement optimal des jeunes enfants. Un bottin des ressources pour les enfants de 0 à 5 ans et leurs parents a été réalisé et une carte des ressources est sur le point d'être terminée.

SIPPE (services intégrés en périnatalité et petite enfance)

Au cours de l'année 2009-2010, nous avons veillé à la consolidation du programme SIPPE volet accompagnement des familles. Une équipe multidisciplinaire a été mise en place et des rencontres régulières sont organisées afin d'échanger sur des dossiers cliniques. **191** femmes ayant accouché durant l'année ont été suivies.

Activités d'immunisation

Compte tenu des ententes de gestion pour la vaccination des tout-petits, des mesures ont été mises de l'avant visant à réduire les délais vaccinaux depuis l'année dernière. Certaines vaccinations sont aussi faites en dehors des cliniques de vaccination lorsque les plages horaires à l'urgence sont complètes.

I.E. (intervention éducative)

Les éducatrices de l'équipe I.E. travaillent avec les groupes (parents/enfants) et/ou à domicile avec les familles. De nouvelles activités de groupe pour la préparation à l'école ont été mises en place. Elles visent le développement global des enfants, par exemple les habiletés langagières, habiletés de communication, habiletés motrices et



sociales. De plus, un groupe de stimulation « À petits pas » a été créé à Parc-Extension, il s'agit d'un groupe ouvert pour les enfants de 18 mois à 5 ans.

À la suite de références internes et/ou externes, les éducatrices font des suivis à domicile. Les problèmes les plus rencontrés sont les problèmes de comportement, problèmes de langage, compétences parentales déficientes, retard de développement global.

I.E.P. (intervention éducative précoce)

Le service d'I.E.P. est offert dans les territoires de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension. Un soutien pédagogique est offert par une psychoéducatrice aux éducatrices et directrices de service de garde, des consultations sont faites en cas d'inquiétude par rapport à un enfant et des formations à l'intention des éducatrices sont organisées. En 2009-2010, 4 nouveaux protocoles ont été signés avec des milieux de garde pour un total de 39, soit 42 places. De plus, 6 milieux de garde ont été nouvellement rejoints par nos services.

Allaitement maternel

Les lignes directrices du MSSS nous invitent à favoriser la pratique de l'allaitement et sa durée. Afin d'assurer que le CSSS puisse être certifié « Initiative Amis des bébés », notre comité d'allaitement poursuit ses travaux en vue de respecter les critères de la certification et possiblement l'accréditation. Le comité travaille à expliquer et à promouvoir auprès des intervenants du CSSS la politique d'allaitement. Cette année, des agents multiplicateurs ont été mis en place afin d'offrir des formations sur l'allaitement à l'interne pour l'ensemble du personnel. Ces formations sont adaptées en fonction des besoins de chaque discipline.

Depuis avril 2009, une halte-allaitement, encadrée par 2 infirmières du programme EFJ, est maintenant ouverte au CLSC de Côte-des-Neiges. L'objectif est d'offrir le support nécessaire aux mères qui allaitent, de permettre à ces mères d'échanger ainsi que de transmettre de l'information sur l'allaitement et les soins du nouveau-né. Des suivis individuels sont aussi disponibles.

Nutrition

Les services en nutrition Enfance-Famille-Jeunesse consistent essentiellement en du « counselling » individuel au CLSC ou à domicile, pour les femmes enceintes ou les familles qui ont de jeunes enfants. Les problèmes traités vont du retard de croissance à l'obésité en passant par les troubles de transition, de texture d'aliments, les difficultés de sevrage de l'allaitement, les allergies alimentaires, l'anémie ferriprive ou encore la constipation.

Les nutritionnistes en EFJ ont vu au cours de l'année 612 différents clients et ont fait 1 483 interventions. De plus, des rencontres éducatives de groupe telles que des ateliers sur la préparation de purées ont permis de rejoindre environ 250 parents.

Entente entre le CSSS de la Montagne et le Centre de fluidité verbale de Montréal

Afin de prévenir des difficultés de lecture des enfants du territoire de Parc-Extension, une entente a été conclue entre le CSSS de la Montagne et le Centre de fluidité verbale de Montréal afin d'adapter en français leur programme « Read it again » visant le développement du langage et de la littératie. Ce programme est adapté aux enfants de 4 ans fréquentant une prématernelle et présentant un risque élevé de difficultés scolaires. En 2010-2011, le projet en sera à sa première phase de développement et un projet pilote sera mis sur pied dans 4 groupes de prématernelle des écoles Barthélemy-Vimont et Barclay.

SERVICES COURANTS

LES FAITS SAILLANTS

Accueil santé centralisé (ASC)

Le 21 septembre dernier, le service d'accueil santé centralisé a été mis en place. Ce service, comptant sur une équipe de 5 infirmières, représente une porte d'entrée pour toutes les demandes venant des établissements et des partenaires du réseau. Il vise donc à centraliser les demandes et les répartir aux différents services appropriés du CSSS. Depuis septembre, ce sont **4 294** demandes qui ont été traitées.

Guichet d'accès pour la clientèle vulnérable et sans médecin de famille

Dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux, le CSSS de la Montagne doit assurer l'accès à un médecin de famille. Depuis septembre 2009, un guichet d'accès pour la clientèle vulnérable et sans médecin de famille est en développement. Deux coordonnateurs médicaux ont été intégrés au développement du guichet et ont pour mandat d'assurer la liaison entre le CSSS et les médecins des groupes de médecine de famille (GMF) et de créer des mécanismes favorisant une coordination entre les services de 1^{re} et 2^e lignes et les services spécialisés.

Services de nutrition

Des services en nutrition sont offerts aux personnes souffrant de maladies chroniques reliées à l'alimentation.

Plus d'une vingtaine de cours de groupe en nutrition ont été offerts au CSSS conjointement avec une infirmière sur des sujets tels que le diabète, le cholestérol et l'hypertension. Ces cours sont principalement donnés en français et en anglais mais aussi en espagnol, créole et punjabi.

SIDEP (service intégré de dépistage et de prévention)

En tenant compte des orientations du Programme national de santé publique, le CSSS de la Montagne adapte l'offre de service de l'équipe SIDEP pour offrir l'ensemble des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS à la clientèle à risque. Une nouvelle approche est présentement en développement qui vise l'intervention de proximité. Une infirmière vient d'être allouée à ce projet afin de créer des partenariats avec les organisations travaillant auprès de la clientèle à risque et de soutenir les travailleurs communautaires.

Centre d'éducation pour la santé (CES) et centre d'abandon du tabagisme (CAT)

Le centre d'éducation pour la santé et le centre d'abandon du tabagisme visent à contribuer à l'amélioration de la santé de la population en soutenant les individus dans l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie. De plus, les interventions sont adaptées au besoin de la clientèle, ainsi plusieurs interventions peuvent être nécessaires. En 2009-2010, la fréquentation de ce service a considérablement augmenté : **78** personnes ont été suivies par le CES et **86** pour le CAT, pour un total de **439** interventions.

Garde Santé/Garde médicale associée (GMA) de l'Ouest

Poursuite du service régional de la Garde Santé en 2009-2010 avec **2 710** visites à domicile. Cette couverture médicale et infirmière auprès de la clientèle vulnérable du CSSS sera révisée afin d'offrir une continuité de service auprès de la clientèle en dehors des heures d'ouverture des CSSS.

Coordination mesures d'urgence et sécurité civile

L'année 2009-2010 restera en mémoire comme étant celle de la pandémie d'influenza de type A(H1N1). Dès le mois d'avril, nous devons répondre à la première vague, laquelle s'est étirée jusqu'en juin. Par la suite, ce fut l'organisation de la campagne de vaccination massive qui draina une bonne partie des énergies, culminant avec la mise en service du centre de vaccination populationnel (CVP) du CSSS, logé à la Place Alexis-Nihon, du 5 novembre au 18 décembre 2009. Près de **109 000** personnes furent vaccinées, tant au centre vaccinal que dans les centres satellites. Notre installation nous a valu des éloges, tant des autorités sanitaires que des médias.



Le début de 2010 fut marqué par la catastrophe haïtienne. Le CSSS a répondu à l'appel en envoyant des intervenants supporter les opérations d'accueil, tant à l'aéroport Pierre-Elliott-Trudeau que dans les centres d'aide installés dans certains secteurs de Montréal, ainsi qu'au YMCA pour la clientèle du PRAIDA. Là aussi, la présence d'intervenants fut des plus appréciées.

En cours d'année, divers autres dossiers ont avancé. Citons, entre autres, la mise à jour des plans d'évacuation-incendie dans quelques sites, celle sur la procédure locale de réponse à la chaleur accablante et l'élaboration de procédures pour les divers types d'urgences susceptibles de se produire à l'intérieur de nos murs. Sans oublier la réactivation entreprise des équipes de déploiement d'urgence et la consolidation des liens avec les arrondissements et des villes du territoire. Le coordonnateur a aussi répondu de façon ponctuelle à diverses problématiques en rapport avec les mesures d'urgence et la sécurité civile.

COORDINATION DES SERVICES SPÉCIFIQUES ET PROJETS SPÉCIAUX

SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

LES FAITS SAILLANTS

L'objectif de l'année a été la réduction de l'attente. Nous avons formé les intervenants en développant leur compétence à l'approche court terme centré sur les solutions et le renforcement de l'utilisation des plans d'intervention, un outil très important pour gérer la liste d'attente.

Nous avons élaboré et mis en application une procédure de dépannage pour les clientèles vulnérables. Nous avons implanté cette procédure dans tous nos programmes. Nous évaluerons l'impact de cette procédure au cours de la prochaine année.

Notre collaboration avec le centre William-Hingston à Parc-Extension se poursuit, le but de cette collaboration est d'informer, d'éduquer et de prévenir diverses problématiques sociales et de santé auprès de la clientèle étudiante. Nous avons fait des ateliers ou des kiosques, sur l'hygiène dentaire, le cancer du sein, la contraception, la violence conjugale, les suivis sur les habitudes de vie, la nutrition, le tabagisme, en collaboration avec les équipes de différents programmes de notre CSSS. Il y a eu une bonne participation de la clientèle.

Protocole de collaborations intersectorielles pour les enfants exposés à la violence conjugale

Une importante mobilisation des différents partenaires concernés, les centres jeunesse, le SPVM (service de police de la Ville de Montréal), les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, les organismes pour conjoint(e)s ayant des comportements violents, les CSSS et le service Côté cour, a permis au cours des années 2001 à 2004, l'élaboration et l'adoption du Protocole de collaborations intersectorielles. Ce protocole vise à offrir une réponse rapide, judicieuse, cohérente et concertée. Le protocole de collaboration intersectorielle sera déployé dans l'ensemble du territoire montréalais. Nous continuons notre implication au comité local et au comité de suivi.

Opération Haïti

Les intervenants sociaux ont été mobilisés pour recevoir les arrivants à l'aéroport Pierre-Elliott-Trudeau, leur offrir le support psychosocial et des soins infirmiers. La clientèle hébergée au YMCA a été prise en charge au plan psychosocial par nos intervenants.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT – DÉFICIENCE PHYSIQUE (DI-TED-DP)

LES FAITS SAILLANTS

Le programme DI-TED-DP (jeunesse) a eu un budget de développement cette année qui a permis d'ajouter un deuxième poste en ergothérapie et de nous aider à la mise en place d'un guichet d'accès pour les personnes ayant une déficience avec un agent de liaison. Nous avons mis en application un plan d'accès pour respecter les délais de service et améliorer la communication avec notre clientèle. Nous avons entamé une démarche d'évaluation de notre programme avec l'aide d'un consultant, en vue de transférer la clientèle du PPALV ayant une déficience sans perte d'autonomie liée au vieillissement et possiblement la clientèle DI-TED suivie dans les services psychosociaux généraux. Nous avons développé un groupe de socialisation pour la clientèle TED, animé par un psychoéducateur et un travailleur social. Il y a eu une bonne participation et un grand succès.

SANTÉ MENTALE

LES FAITS SAILLANTS

Guichet d'accès en santé mentale (GASM) – adulte :

Ouverture officielle

Le démarrage des activités du guichet d'accès a eu lieu le 2 novembre 2009. L'ouverture du guichet a été précédée d'une campagne d'information menée à l'automne auprès des médecins du territoire et d'organismes communautaires en santé mentale. Des rencontres d'information ont également été effectuées à l'interne avec plusieurs équipes liées à différents programmes.

Quelques statistiques

Entre le 2 novembre 2009 et le 31 mars 2010, le guichet d'accès en santé mentale - adulte a traité **296** demandes de service en santé mentale. **117** de ces demandes provenaient de partenaires (39,5%) et **179** venaient de l'accueil évaluation orientation (AEO) ou d'autres programmes du CSSS (60,5%).

Comité de liaison des partenaires

Création d'un «comité de liaison des partenaires» chargé de se pencher sur les difficultés entourant l'implantation et le fonctionnement du GASM. Ce comité regroupe, pour le moment, les agents et les infirmières de liaison du Centre universitaire de santé McGill, du Centre hospitalier de St. Mary, du centre de crise Tracom et du CSSS de la Montagne. Les réunions ont débuté dès l'entrée en fonction du guichet d'accès et se poursuivent régulièrement depuis. La mise sur pied de ce comité a permis de réaliser l'une des principales recommandations du projet clinique en santé mentale.

Comité « Groupe GASM-MEL (module évaluation lésion) »

Poursuite des rencontres du comité « Groupe GASM-MEL ». Occupé, en 2009, à préparer l'ouverture du GASM de la Montagne, ce comité va maintenant recentrer ses travaux autour de l'emménagement prochain du MEL au sein du CSSS de la Montagne. L'implantation prévue du MEL au site Métro devrait se réaliser avant l'été 2011 afin d'être prêt à accueillir les résidents en médecine qui commenceront leurs stages en soins partagés au sein des équipes multidisciplinaires en CLSC en juillet 2011.

Organisation des services

Transfert des ressources de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne

Le transfert prévu des ressources, sous la forme d'une réallocation budgétaire plutôt que d'un redéploiement de personnel, a débuté en cours d'année, mais de façon partielle. Les ressources financières reçues jusqu'à maintenant ont permis de poursuivre la consolidation des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne dans les trois sites et

d'embaucher ou de nommer des intervenants à des postes de liaison associés à la mise en place du guichet d'accès en santé mentale. Au 31 mars 2010, il restait à recevoir les sommes nécessaires à l'embauche de 16,1 postes (ETC) afin d'atteindre les cibles d'effectifs en santé mentale de 1^{re} ligne définies par l'Agence de Montréal pour la clientèle adulte du CSSS de la Montagne.

Rencontres entre le Centre universitaire de santé McGill, le Centre hospitalier de St. Mary et le CSSS de la Montagne

Au printemps 2010, le CSSS de la Montagne a initié une série de rencontres tripartites dans le but d'échanger sur la collaboration et la contribution de chacun dans l'actualisation d'une organisation de services répondant aux besoins de la population habitant le territoire du CSSS de la Montagne.

Santé mentale et dépendances

Embauche, en février 2010, d'une travailleuse sociale en santé mentale en charge du volet dépendances au sein du programme-services santé mentale et dépendances au CSSS de la Montagne. Son mandat consiste à planifier l'offre de service en dépendances à la population en tenant compte des orientations ministérielles 2007-2012 et des recommandations issues des travaux du projet clinique en santé mentale.

Le CSSS de la Montagne s'est également engagé dans le projet de recherche « *Traitement de la toxicomanie et des maladies mentales : outils pour les praticiens de première ligne* », mené en partenariat avec l'Unité d'alcoologie et de toxicomanies du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Projet pilote sur la gestion optimale des maladies chroniques volet dépression.

Fin des travaux de développement et lancement du projet pilote le 1^{er} mars 2010 sur la gestion optimale des maladies chroniques - volet dépression. Les patients souffrant de dépression majeure légère, modérée ou sévère étant référés par leur médecin de famille provenant du GMF Côte-des-Neiges ou de la clinique-réseau Westmount Square bénéficient des services d'ateliers de psychoéducation, de psychologie, de « case manager », de services sociaux et de kinésiologie. Les professionnels provenant de champs d'expertises différents travaillent en interdisciplinarité et en partenariat avec les YMCA du Québec et des organismes communautaires afin d'offrir un traitement optimal pour soigner cette maladie.

Guichet d'accès en santé mentale (GASM) – jeunesse

L'ouverture officielle et le démarrage des activités du guichet d'accès ont eu lieu le 2 novembre 2009. L'équipe du guichet d'accès santé mentale se réunit une fois par semaine. Il est composé d'une agente de liaison par site, d'un pédopsychiatre répondant et du chef administration de programme en santé mentale jeunesse.

Quelques statistiques

Entre le 2 novembre et le 31 mars 2010, le guichet d'accès en santé mentale jeunesse a traité **70** demandes de services en santé mentale. 42.9% des demandes proviennent de l'interne et de nos partenaires du CSSS, 14 % des demandes proviennent de l'AEO, 12 % des demandes proviennent du centre de pédiatrie sociale de Côte-des-Neiges et 17% des demandes proviennent de l'équipe Jeunes en difficulté.

Organisation des services

Transfert des ressources de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne

Le transfert s'est fait au mois de novembre 2009. Nous avons reçu 4,8 postes. Les postes sont composés de psychologues, thérapeutes en art et psychoéducateurs. Nous sommes en processus de combler les trois postes qui restent pour compléter nos effectifs.

ÉCOLE EN SANTÉ

LES FAITS SAILLANTS

Entente MELS (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) et le MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux)

Renforcé par la signature d'une nouvelle entente entre le MELS et le MSSS en décembre 2008, le processus d'implantation de l'approche « Écoles et milieux en santé » s'est poursuivi dans les écoles publiques du territoire. Pour l'année 2009-2010, nous avons un total de **19** écoles sur **39** qui ont débuté le déploiement de l'approche « Écoles et milieux en santé » dans leur école. Toutes les écoles ne sont pas rendues au même niveau, mais elles cheminent à travers les différentes étapes de l'approche.

Cette année, les efforts de l'agent pivot ont été consacrés à l'accompagnement des écoles qui étaient des écoles pilotes depuis plusieurs années. En avril 2009, nous apprenons que l'école Bedford et l'école Barthélémy-Vimont ne seraient plus des écoles pilotes pour l'année scolaire 2009-2010. Afin d'assurer la transition progressive, nous avons accompagné les deux écoles pour maintenir les acquis et assurer la continuité.

Les écoles qui ont débuté la mise en place de l'approche sont :

École Camille-Laurin	École Lucille-Teasdale
École Simonne-Monet	École St-Clément
École Barthélémy-Vimont	École Barthélémy-Vimont annexe
Académie Marymount	École Westmount High
École Lavoie	École Paul-Guérin-Lajoie
École Camille-Laurin annexe	École Coronation
École Dunrae Gardens	École Barclay
École Bedford	École Des Nations
École du Petit-Chapiteau	École Félix-Leclerc
École Iona	

D'une part, cela signifie concrètement que les activités de prévention et de promotion tenues par les intervenants de notre équipe dans les écoles publiques du territoire reposent sur la mise en œuvre des meilleures pratiques identifiées par la Direction de santé publique (DSP-Montréal). D'autre part, cela signifie que la prise en charge des jeunes d'âge scolaire ayant besoin de services de santé se fait de manière plus fluide et continue.

Mission universitaire

Croyant fermement à la valeur de notre mission universitaire, au cours de la dernière année, les intervenants de notre équipe ont accompagné pas moins de **28** stagiaires ayant effectué un total de **600** journées de stage, toutes professions et institutions confondues. De plus, plusieurs intervenants de l'équipe ont choisi de s'impliquer au sein de comités externes, dont la Table de concertation des infirmières en santé scolaire primaire, la Table de concertation des infirmières en santé des jeunes 12-18 ans, le Comité de prévention des grossesses à l'adolescence, le Comité amour, amitié et sexualité et le Comité consultatif des services aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage de la CSMB (Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys).

Soins infirmiers en santé scolaire

Vaccination Influenza A(H1N1)

La campagne de vaccination massive contre l'influenza A(H1N1) a eu des conséquences non négligeables sur l'offre de service infirmier scolaire, puisque toutes les infirmières scolaires ont été retirées de leurs écoles dès le 5 novembre 2009 pour être réaffectées au centre de vaccination massive et n'ont repris leurs activités habituelles que le 5 janvier 2010.

Vaccination en milieu scolaire

Malgré la vaccination massive contre l'influenza, l'exigence de compléter la vaccination prévue au calendrier scolaire a été maintenue par la DSP.

Le programme de vaccination en milieu scolaire mené par le CSSS a une dimension unique au Québec : c'est dans notre territoire qu'on retrouve le plus grand nombre d'établissements d'enseignement : 39 écoles publiques et 56 écoles privées.

De plus, 10 % de la population de l'île de Montréal vit dans notre territoire, mais près de 15% des enfants d'âge scolaire fréquentent un établissement de notre secteur et sont donc ciblés par nos campagnes. Au cours de l'année 2009-2010, **10 685** doses de vaccins ont été administrées aux élèves de nos **94** écoles lors des **148** cliniques tenues en milieu scolaire. Par rapport à l'année dernière, le nombre de doses administrées a augmenté de 8%, mais le nombre de cliniques scolaires a diminué de 5%. Nonobstant la vaccination massive A(H1N1), le temps infirmier consacré à la vaccination représente près de 25% de l'offre totale de service. Cette proportion grimperait à plus de 50% sans le recours aux infirmières retraitées réembauchées.

Également, en partenariat avec le CHU Sainte-Justine, le dépistage de la tuberculose a été effectué dans 5 écoles ciblées des quartiers Côte-des-Neiges et Parc-Extension. Grâce à cette démarche, les enfants dont le dépistage était positif, ainsi que leur famille, ont eu accès à un suivi et un traitement prophylactique en clinique de tuberculose au CHU Sainte-Justine.

Cliniques jeunesse dans les écoles secondaires du territoire

Le corridor de services établi il y a quelques années entre les écoles secondaires publiques et le GMF du site Côte-des-Neiges a été maintenu et demeure une priorité pour tous les acteurs impliqués. Par ce biais, les **6 200** jeunes fréquentant une école publique du territoire ont un accès rapide à des soins de santé. Cela s'est traduit par **49** nouvelles références médicales, principalement dans des situations d'initiation de la contraception, de dépistage et de traitement des ITSS et de services de santé mentale.

Activités préventives en santé dentaire

Encore cette année, les activités en lien avec le plan d'action de santé dentaire publique provincial ont constitué la pierre angulaire de l'intervention menée par les hygiénistes dentaires (dépistage visant les élèves de maternelle et de 2^e année ainsi que les suivis dentaires préventifs, incluant l'application topique de fluorure, auprès des enfants ciblés comme étant les plus vulnérables à la carie).

De plus, un projet pilote d'application d'agents de scellements dentaires s'est tenu dans une école du territoire; projet devant mener à l'implantation, sur une base récurrente, de cette mesure préventive.

Le projet de recherche, amorcé l'an dernier en partenariat avec un chercheur de l'Université McGill, ayant pour but de dépister la carie à un stade plus précoce s'est poursuivi cette année. En effet, une cohorte d'élèves de 1^{re} année a été réexaminée dans le cadre de cette démarche.

Enfin, soulignons que des enfants de plusieurs écoles du territoire ont bénéficié de traitements dentaires par les cliniques pédiatriques des Universités McGill et de Montréal puisque nous sommes fier partenaire de ces initiatives.

Travail social en milieu scolaire

Au-delà du volume d'activités de l'équipe de service social en milieu scolaire, il est important de noter que nos interventions se font auprès des jeunes, tant dans les écoles qu'au sein des familles. Les problématiques les plus souvent rencontrées touchent les crises familiales, la détresse psychologique (anxiété, symptômes dépressifs, idéation suicidaire, etc.), les difficultés d'adaptation et les problèmes socio-économiques. De plus, notre équipe de travail social assume une responsabilité clé dans le développement d'un environnement favorable au développement

des jeunes en milieu scolaire en assumant un rôle conseil auprès des directions et des enseignants et en menant de très nombreuses interventions ponctuelles, individuelles ou de groupe, qui ne sont pas reflétées dans le cadre normatif.

Assignation psychosociale dans le cadre de la campagne nationale de vaccination massive A(H1N1) et dans le cadre de l'opération Haïti, se déroulant autour de l'Aéroport international Pierre-Elliott-Trudeau de Montréal. En collaboration avec l'équipe Santé mentale jeunesse du CSSS, élaboration d'interventions à la suite d'un événement majeur auprès d'élèves haïtiens et de leurs familles. Plus de 55 élèves haïtiens ont été accueillis par le Collège international Marie-de-France de Montréal, à la suite du tremblement de terre du 12 janvier dernier en Haïti.

JEUNES EN DIFFICULTÉ (JED) – CRISE ADOLESCENT FAMILLE ENFANCE (CAFE)

Lancement des activités CAFE

Au cours de l'année 2009, l'équipe CAFE est officiellement entrée en fonction. L'embauche du 4^e intervenant fut au mois de juin. Depuis sa création l'équipe Crise Ado Famille Enfance (équipe d'intervention de crise de courte durée, rapide et intensive, qui assure une couverture de 15 à 22 heures et ce, 365 jours par année) a répondu à 25 demandes de service tout en assumant des demandes de service pour l'équipe Jeunes en difficulté (ce qui nous a permis d'éliminer notre liste d'attente).

Nous avons développé une entente de jumelage de territoires CSSS, pour la couverture de fin de semaine, entre notre CSSS et les CSSS Cavendish et Bordeaux-Cartierville-St-Laurent. En rotation, chaque CSSS est responsable de la couverture de fin de semaine et ce, toute l'année.

L'équipe Jeunes en difficulté a atteint sa pleine capacité avec l'embauche en 2009 de trois nouveaux intervenants, dont deux travailleurs sociaux et un éducateur spécialisé. Nous avons également accueilli deux stagiaires en travail social. Depuis le mois d'avril 2009, l'équipe JED a répondu à 175 demandes de service.

Pendant cette année d'orientation et d'intégration, nous avons élaboré des ateliers avec un groupe de support pour les parents d'adolescents en partenariat avec l'organisme communautaire En marge 12-17. Ces rencontres ont connu un franc succès. En moyenne 12 parents ont assisté à chaque rencontre. Les parents-participants ont bénéficié des 5 séries d'ateliers avec de nombreux éloges. Ce projet pilote a permis un engagement de deux parents à poursuivre avec les parents de ce 1^{er} groupe, pour un cheminement dans la consultation et le réseautage et surtout pour un soutien dans les difficultés avec leurs adolescents.

Nous poursuivons en 2010, la deuxième série d'ateliers où nous assumerons entièrement l'animation de ces ateliers avec l'accompagnement de En marge 12-17. Notre objectif est de développer en 2010 la même série d'ateliers en anglais à partir du site de Parc-Extension.

Au cours de l'année, nous avons tenu des consultations lors de nos réunions d'équipe et soumis à la représentante du service social du CSSS un plan de formation adapté à nos besoins et répondant aux défis d'une clientèle de plus en plus lourde. Des objectifs ont été identifiés pour l'année 2010, concernant le développement d'un partenariat plus étroit avec les centres jeunesse (CJ) dans le partage des connaissances et dans le guide de collaboration CSSS-CJ.

À ce jour, il y a eu un transfert des clientèles et les problématiques principales qui sous-tendent nos demandes de service tournent autour de problèmes de comportement sérieux, de toxicomanie et d'absentéisme/décrochage scolaire, avec également un problème sérieux chez les parents découlant d'une grande difficulté à établir des limites claires pour leurs enfants.

En résumé l'année 2009-2010 en a été une de développement et de stabilisation des équipes et de définition de nos rôles et de la spécificité de nos interventions.



SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ (SRIS)

LES FAITS SAILLANTS

ORIENTATIONS

- Rencontres bilan avec le personnel le 5 juin et le 23 septembre 2009.
- Travaux en collaboration avec l'Agence de la santé pour l'étude de faisabilité d'un service Info-Social.
- Poursuite des travaux sur la continuité de service en dehors des heures d'ouverture des CSSS (réception de DSIE (demande de services interétablissements), garde administrative, garde infirmière et garde auxiliaire familial et social).
- Transformation du SRIS en direction autonome en février 2010.
- Participation au comité provincial pour la mise en œuvre d'une gestion provinciale unifiée d'Info-Santé.

ÉVÉNEMENTS MÉDIATISÉS

Cancer du sein

En juin 2009, le MSSS identifie Info-Santé comme porte-parole où sont dirigées les femmes inquiètes de leurs tests et traitements pour le cancer du sein.

Grippe A(H1N1)

Après un court épisode au printemps 2009, la vaccination contre la grippe A(H1N1) s'amorce à l'automne et Info-Santé est beaucoup sollicitée; ce qui a des impacts positifs:

- Notoriété accrue d'Info-Santé (record d'achalandage: accroissement de 50,349 à 94,823 appels reçus entre la période 7 et la période 8).
- Embauche accélérée d'une vingtaine d'infirmières dédiées uniquement à la réponse H1N1 grâce à l'action concertée du service des ressources humaines, de l'Agence et du SRIS.
- Virtualisation des appels à Montréal passe à 15 secondes entraînant un accroissement significatif de la performance. De décembre 2009 à février 2010 (périodes 10, 11, 12), le pourcentage d'appels répondus en-deçà de 4 minutes est passé de 41% l'an dernier à 87% cette année.
- Modification à la rédaction de la fiche appel qui a pour effet d'améliorer le temps d'intervention total.
- Ajout de disponibilité du personnel psychosocial en poste du lundi au vendredi de 9h à 16h pour soutenir et optimiser la réponse téléphonique des infirmières.

RESSOURCES HUMAINES

- Sessions d'arbitrage en cours depuis août 2009.
- Embauches: 18. Départs à la retraite: 6 (dont 1 cadre)
- Autres départs et transferts: 16
- En collaboration avec le service des ressources humaines, amélioration du processus d'embauche par la création de nouveaux outils de sélection plus performants (c'est-à-dire sur 18 embauches, 15 candidates ont réussi leur période de probation); et adaptation individualisée de la formation de base pour diminuer la perte de candidatures.
- Signature des dispositions locales FIQ en février: clause 13.14; équité dans la distribution des fins de semaine; titularisation des postes 4/28 vers 8/28.

QUALITÉ ET PARTENARIAT

- Sondage de satisfaction de la clientèle avec problématique respiratoire de janvier à mars 2010: 95% des personnes interrogées recontacteraient certainement Info-Santé pour un autre problème.
- 5,177 activités de continuité de service ont été faites en dehors des heures d'ouverture des CSSS.
- Juin 2009 : déploiement d'Info-Santé Web chez les organismes enregistreurs (CSSS et GMF). Depuis, on note une diminution de 30% du nombre de clients enregistrés à Info-Santé; ceci est dû en partie aux rappels automatiques du système. Par ailleurs, toute intervention d'Info-Santé génère automatiquement un rapport à l'enregistreur, ce qui améliore la continuité de services.

MISSION UNIVERSITAIRE

- Participation du SRIS au développement de la formation interculturelle pour l'intervention téléphonique en collaboration avec le CRF (centre de recherche et de formation) du CSSS.
- Accueil de 16 stagiaires en sciences infirmières pour une journée d'observation.

MAISON DE NAISSANCE

LES FAITS SAILLANTS

Cette année, l'Agence et le MSSS ont continué à octroyer le budget pour les services d'une sage-femme dans le projet de La Maison Bleue qui offre des services à une clientèle vulnérable particulière. En 2009-2010, 7 femmes de La Maison Bleue ont choisi d'accoucher avec l'aide de deux sages-femmes à la maison de naissance ou en centre hospitalier.

L'équipe des sages-femmes de la Maison de naissance Côte-des-Neiges a accueilli **48** étudiantes de différentes disciplines : 12 étudiantes dans le programme du baccalauréat sage-femme, 1 sage-femme dans le programme d'appoint (équivalence de diplôme), 32 étudiantes en médecine et 1 étudiante en médecine communautaire, 1 infirmière et 1 finissante en sciences de la santé du CEGEP Édouard-Montpetit. Nous avons su retenir 2 finissantes sages-femmes après leur graduation dans notre équipe. L'encadrement des étudiantes sages-femmes du programme de baccalauréat de l'UQTR a été un succès cette année : 12 étudiantes du programme régulier et 1 étudiante du programme d'appoint ont fréquenté la maison de naissance.

Tout le personnel a bénéficié des formations reliées aux services et à la sécurité pour la clientèle (RCR, formation obligatoire par l'Ordre des sages-femmes, perfectionnement des compétences pour les sages-femmes et les aides natales et le personnel de soutien).

Participation au projet « Maternal Mental Health and Oxytocin Levels in Pregnant and Postpartum Women » sous la responsabilité du département de psychiatrie de l'Hôpital général juif, en collaboration avec l'Université d'Illinois – Chicago.

Statistiques de la clientèle de la Maison de naissance Côte-des-Neiges pour l'année 2009 – 2010 :

- **1 437** appels pour demande de suivi (10,2% plus d'appels) (dont 1 260 demandes admissibles). Une augmentation de 10,4% des admissibilités comparativement à l'année précédente (1 212 admissibles pour 1 405 appels);
- **434** suivis débutés (augmentation de 4,3%);
- **165** suivis partiels (augmentation de 10,5%) (fausse couche, arrêt de suivi, déménagement, situation de santé, etc.);
- **269** suivis complets (augmentation de 10,7%);
- **195** accouchements sous nos soins (augmentation de 11,0%) (dont 28 à domicile (16,5% d'augmentation) et 9 en centre hospitalier);
- **25** transferts prénataux (diminution de 6,4%);
- **49** transferts prénataux (augmentation de 12,6%);
- **12** transferts postnatals (dont 6 bébés pour un séjour < 48 heures).

Nous avons eu comme défi cette année d'encadrer une équipe constituée de 50% de nouvelles sages-femmes sortant de l'université. Elles ont été jumelées avec des sages-femmes seniors dans un mentorat d'un an. Nous avons su maintenir la qualité et la satisfaction de la clientèle à un haut niveau et nous récoltons les fruits de ce programme étroit d'encadrement.

PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (PPALV et DP)

LES FAITS SAILLANTS

Soins palliatifs

Depuis février 2010, une équipe composée de trois (3) infirmières et un psychologue offrent des services de soins palliatifs à la clientèle en fin de vie de notre territoire. En plus d'offrir des soins directs à une clientèle en phase terminale de cancer, cette équipe apporte expertise et soutien clinique à l'équipe PPALV pour l'accompagnement de fin de vie des personnes âgées de notre territoire. De plus, cette équipe verra à tisser des liens plus serrés avec les équipes de soins palliatifs des principaux hôpitaux que fréquente notre population, dans une optique d'amélioration de la prise en charge et de la continuité des services pour cette clientèle.

Fermeture des lits de longue durée dans les hôpitaux

La fermeture des lits de soins de longue durée dans les centres hospitaliers Notre-Dame et de St. Mary en janvier 2009, puis à l'Hôpital général juif en septembre 2009 a entraîné la création d'une équipe d'intervention rapide composée de trois intervenantes sociales. Dorénavant, les personnes dont le retour à domicile est compromis sont signalées le plus rapidement possible par l'équipe de l'hôpital. Nos intervenants travaillent avec ces usagers et leur famille à trouver le milieu qui peut le mieux répondre à leurs besoins. L'usager quitte donc l'hôpital au plus tard 72 heures après la fin de son épisode de soins actifs, ce qui libère des lits pour désengorger les salles d'urgence des hôpitaux. Il est prévu que d'ici janvier 2011, les lits de longue durée de tous les hôpitaux de la région montréalaise seront fermés.

Campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)

Les infirmières des services à domicile ont participé activement à la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1), d'une part en déléguant un certain nombre d'intervenants au centre de vaccination situé à la Place Alexis-Nihon en novembre, puis en vaccinant aux mois de décembre et de janvier à domicile ou dans des résidences privées, les personnes qui ne pouvaient pas se déplacer.

Activités dans la communauté

Grâce aux liens établis avec plusieurs organismes communautaires, 11 séances d'un programme d'exercices visant la prévention des chutes (programme P.I.E.D) ont pu être données dans notre territoire. Financées par la Direction de santé publique de Montréal et actualisées grâce à une collaboration entre le CSSS et plusieurs organismes communautaires du territoire, ces activités connaissent un franc succès auprès des personnes âgées de plus de 65 ans.

Au printemps 2010, un salon des ressources communautaires s'adressant aux aînés et proches-aidants a été organisé par le CSSS pour chacun des territoires de CLSC – Métro, Parc-Extension et Côte-des-Neiges. Initialement conçus pour faire connaître les ressources communautaires aux nouveaux employés du CSSS, ces salons s'ouvrent maintenant à la population; en effet, le salon tenu à Côte-des-Neiges cette année a accueilli plusieurs aînés du territoire qui ont pu apprécier toute la variété des services offerts par le milieu communautaire, tout en prenant plaisir à regarder deux sketches humoristiques mis en scène par une troupe de théâtre amateur sur des thèmes touchant les aînés.

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCUEIL ET D'INTÉGRATION DES DEMANDEURS D'ASILE (PRAIDA)

LES FAITS SAILLANTS

- Maintien de la hausse significative de la clientèle jusqu'à la mi-juillet.
- Réduction de l'achalandage de la clientèle à un niveau semblable à celui de l'année 2006-2007 - soit juste avant la vague des Mexicains et des Haïtiens provenant des États-Unis – à la suite de l'adoption à la mi-juillet de mesures fédérales restrictives à l'égard des demandeurs d'asile.
- Élaboration d'un projet de Centre de formation et de développement ayant comme objectif de former des stagiaires et des professionnels de la santé dans les domaines de l'intervention en immigration et en interculturel.
- Mobilisation de ressources administratives et d'intervenants médicaux et psychosociaux lors de la campagne de vaccination A(H1N1).
- Apport significatif du PRAIDA auprès des mineurs non accompagnés dans le cadre de l'Opération Haïti.

LES FAITS SAILLANTS - SERVICES SOCIAUX

- Ajustement des ressources humaines face au changement de la conjoncture en immigration : fin d'assignations en surcroît de travail et déplacement temporaire d'intervenants psychosociaux de première ligne vers la deuxième ligne.
- Regroupement de toutes les activités cliniques sous la responsabilité de la conseillère clinique en immigration.

Crise humanitaire en Haïti

Dans le cadre de l'Opération Haïti rapatriant les ressortissants canadiens et des membres de leur famille, l'Agence de Montréal a mandaté le PRAIDA par le biais de la direction générale du CSSS de la Montagne d'intervenir auprès des mineurs non accompagnés arrivant à l'aéroport Trudeau. Pour répondre à ce mandat, le PRAIDA a déployé une intervenante psychosociale sur place et une garde téléphonique de soir et de nuit.

Afin de répondre à ses besoins psychosociaux, toute la clientèle haïtienne du PRAIDA a été évaluée, soutenue et orientée à participer à une journée d'information, d'échange et de soutien pour les demandeurs d'asile haïtiens. Cette journée a été organisée en collaboration avec les partenaires suivants : le YMCA, Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI), l'Aide juridique de Montréal, la Maison d'Haïti et le Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée (RIVO).

Accueil

Reprise par le PRAIDA de sessions d'information hebdomadaires du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) destinées aux demandeurs d'asile et portant sur les services qui leur sont accessibles.

Prise en charge

- Titularisation du poste de travailleur social responsable des familles d'entraide et de l'intégration pour les mineurs non accompagnés (MNA) par le biais de loisirs, d'aide aux devoirs et de recherche d'emploi, ainsi que des problématiques liées à la santé publique.
- Tenue d'une session d'information auprès de la Commission scolaire de Montréal sur les différents statuts d'immigration.
- Participation aux travaux ayant conduit à l'accessibilité au guichet de santé mentale du CSSS DLM pour les demandeurs d'asile.
- Reprise des travaux visant l'actualisation de l'entente CSSS DLM – PRAIDA, CJM-IU et la DPJ sur la tutelle et la délégation d'autorité parentale des MNA.

- Révision des charges de cas de la deuxième ligne.
- Mise sur pied d'une équipe d'intervenantes travaillant spécifiquement auprès des familles de trois enfants ou plus bénéficiant du « Supplément au budget familial ».

Formation des intervenants

- Punaises
- Immigration : demandes de motifs humanitaires et d'Examen des risques avant renvoi (ERAR)
- Tenue des dossiers
- Intervention planifiée

Santé publique

- Mise en place d'un processus de traitement des cas d'infestations de punaises au site de Côte-des-Neiges.
- Sensibilisation et information auprès de la clientèle sur le phénomène des punaises, notamment l'éradication et la défense des droits de locataires infestés.
- Collaboration du PRAIDA à la relance du projet Femme en santé sous le parapluie de l'organisme GAP-VIES.

Lien avec les partenaires

De nombreuses rencontres ont été tenues afin d'assurer une meilleure cohérence entre les services et faciliter le traitement rapide des dossiers des clients.

Présence à plusieurs tables de concertation et partenariat:

- Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR);
- Centre d'immigration du Canada (CIC);
- Agence des services frontaliers du Canada;
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC);
- Centre spécialisé des demandeurs d'asile (CSDA) (aide sociale);
- Conseil canadien des réfugiés (CCR);
- Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI);
- Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR);
- Section Immigration de l'Aide Juridique de Montréal.

Événements qui ont assuré la visibilité du programme

- Présentation d'une conférence sur le thème des besoins essentiels et sur la sécurité sociale au colloque organisé par la Fondation Robert-Sauvé « Immigration et pauvreté : droits, recours et services aux nouveaux arrivants ».
- Participation à un atelier de formation sur la notion de l'intérêt supérieur de l'enfant lors d'une journée de formation dispensée par le HCR.
- Organisation d'une journée d'information, d'échange et de soutien qui a attiré environ 1 000 adultes et 200 enfants demandeurs d'asile haïtiens.
- Formation en Interculturel I et II auprès des intervenants du réseau en collaboration avec le centre de recherche du CSSS DLM.
- Réponse aux médias sur divers sujets liés au contexte relatif aux demandeurs d'asile.

Activités de prévention

Sessions d'information en groupe au YMCA : aspects juridiques du processus de demande d'asile, recherche de logement, services et ressources communautaires, marché du travail, etc.

Projets spéciaux

- Élaboration d'un projet « Centre de jour » au YMCA, à la suite de la tenue de groupes de discussion visant l'amélioration de l'offre de service à la clientèle. Ce projet a pour objectifs de lutter contre la pauvreté, d'informer la clientèle sur des sujets liés à leur intégration, de mieux outiller les familles monoparentales et d'organiser des activités pour briser l'isolement ainsi que créer des liens entre les clients.
- Élaboration d'un projet de Centre de formation et de développement PRAIDA.

LES FAITS SAILLANTS – SERVICES ADMINISTRATIFS

- Restructuration administrative du PRAIDA avec la création d'un poste de chef de services administratifs.
- Mise sur pied d'un modèle trimestriel de reddition de compte à remplir par le PRAIDA par le MICC et le MSSS.
- Création d'un poste de secrétaire de direction dans le premier quart de l'année.
- Analyse quantitative de la charge de cas des services sociaux.
- Travail d'ajustement des charges de cas à la prise en charge.
- Analyse de l'impact de la mise sur pied de l'équipe SBF (supplément au budget familial), exécution des transferts de dossiers de la prise en charge vers cette nouvelle équipe et contribution tant à l'élaboration qu'à la diffusion des nouveaux processus de travail internes.
- Élaboration des processus de travail et des descriptions de tâches de l'équipe administrative ayant pour objectifs l'équilibre du travail et la transmission de la connaissance.
- Harmonisation des formulaires dans le cadre de la numérisation des dossiers.
- Ajustement des ressources d'hébergement en adéquation à la diminution des nouveaux arrivants.

LES FAITS SAILLANTS – SERVICES DE SANTÉ

Durant l'année 2009-2010, les services de santé ont vu, à partir de l'automne 2009, une légère réduction de l'achalandage au service de sans rendez-vous. Au sujet du personnel, mis à part un congé de maternité, le déficit de médecins de 2008-2009 s'est stabilisé avec l'ajout de deux ressources. Par ailleurs, les ressources infirmières du PRAIDA ont été mises sous la même supervision que les infirmières de la DSGSC (direction des services généraux, services courants).

Campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)

Durant la campagne de vaccination A(H1N1), la moitié des ressources infirmières a été mise à la disposition de ce programme.

Programme de santé mentale

Dans le cadre du programme de santé mentale du CSSS de la Montagne, la clientèle des demandeurs d'asile de PRAIDA santé a été incluse dans l'ensemble de la population cible. Un travailleur social se joint, au besoin, au comité d'évaluation des demandes de services visant notre clientèle. Aussi, les services de santé du PRAIDA sont offerts comme services de deuxième ligne pour la clientèle des demandeurs d'asile.

Gestion des maladies infectieuses au YMCA

L'équipe de PRAIDA santé a participé activement à une campagne de vaccination lors d'une éclosion de varicelle au YMCA.

Projets santé

Projets encadrés par les services de santé :

- Projet « Femmes en santé » en partenariat avec le refuge Juan Moreno et l'organisme Solidarité Femmes Africaines ayant pour but la prévention des ITSS;
- Jumelage avec le Projet Outreach de la faculté de médecine dentaire de l'Université McGill et leurs cliniques de santé dentaire mobiles;
- Ateliers pour diabétiques en plusieurs langues (espagnol, punjabi et créole) en collaboration avec la nutritionniste du CLSC de Côte-des-Neiges.

Liens avec les partenaires

Participation au comité d'administration du Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée (RIVO).

Formation/enseignement

Dans l'année 2009-2010, les services de santé du PRAIDA ont reçu 1 étudiant en médecine dans le contexte d'un stage en « Global Health » (Université McGill) et un résident en santé publique de l'Université de Sherbrooke. De plus, le personnel a fait valoir son expertise lors de plusieurs présentations académiques :

- « Migrant Health », présentation Core, résidents en médecine familiale, Université McGill
- « Médecine, culture et communication », étudiants en médecine, Université Laval
- « La santé internationale et interculturelle en médecine familiale », groupe d'intérêt en médecine familiale (GIMF), Université Laval
- « L'implication des médecins dans leur milieu », enquête de recherche, Université Laval
- « Services de santé aux demandeurs d'asile », conférence de santé internationale, Université de Montréal
- « Aspects logistiques de la prise en charge (PEC) des demandeurs d'asile », résidents en médecine familiale, Université de McGill

Recherche

Trois professionnels du PRAIDA sont membres de l'équipe de recherche FQRSC METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Service social) du centre de recherche du CSSS.

Participation aux projets de recherche suivants :

- « Undocumented Pregnant Women: What does the Literature Tell Us? », chercheur principal : Kimberly Monroe.
- « Revue de dossiers de suivis obstétricaux de femmes enceintes sans assurance médicale », chercheur principal : Dr Catherine Jarvis.
- « Providing Obstetrical Care to the Medically Uninsured: The Patient's Perspective », chercheur principal : Vinita D'Souza.
- « Clinical Preventive Guidelines for Primary Health Care of newly arriving Immigrants and Refugees », chercheur principal : Dr Kevin Pottie.
- « Assessing Timely Access to health care for newcomers », chercheur principal : Dr Bilkis Vissandjé.
- « The migratory status of the child » avec Dr Cécile Rousseau.

Nous participons aussi aux comités de recherche suivants :

- Mental Health Commission of Canada-funded project on multicultural mental health care in Canada (Lawrence Kirmayer); comité de révision.
- The childbearing health and related service needs of newcomers (CHARSNN), chercheur principal : Anita Gagnon; comité aviséur.
- Appui à la recherche sur les femmes migrantes ayant offert des services sexuels, chercheur principal: Chantal Robillard, post-doc., UQAM.

Formation du personnel

- Formation sur le contrôle des punaises pour les infirmières.
- Conférence nationale « Canadian Refugee Health », Toronto University.

Événements qui ont assuré la visibilité du programme

Télédiffusion

- « Portrait d'une clinicienne: Renée Pelletier ». Émission *Une pilule, une petite granule*, 01/2010. RSC

Conférences

- « Les enjeux éthiques du travail auprès des migrants à statut précaire », panéliste, journée de réflexion, CSSS de la Montagne.
- « Réfugiés au Québec : un risque de revictimisation? », colloque de Plaidoyer-Victimes, Montréal.
- « Research on Healthcare for the Undocumented and Uninsured: Systems, Policies, Practices and their Consequences », Wellesley Institute, Toronto.

SERVICES MÉDICAUX

LES FAITS SAILLANTS

Gestion de la pandémie contre la grippe A(H1N1)

Consolidation de la première ligne

Clinique-réseau

- La clinique-réseau intégrée universitaire (CRIU) de l'Hôpital général juif sera fonctionnelle à compter du mois de mai 2010.
- Deux médecins coordonnateurs, D^{rs} Tran et Darbari, œuvrent à faire la liaison entre des patients vulnérables dépourvus de médecin de famille et des médecins de famille pour la prise en charge de ces patients.

UMF (unité de médecine familiale)/GMF (groupe de médecine de famille)

- Expansion de l'UMF (locaux et personnel) dont nous avons reçu l'approbation. Celle-ci se concrétisera dans les mois à venir. Au cours de 2009-2010, formation de 16 résidents en médecine familiale. Nous projetons l'accueil de 20 résidents l'année prochaine, en plus de stagiaires IPS (infirmières praticiennes spécialisées, première ligne).
- Renforcement des liens avec l'équipe médicale de la clinique santé du PRAIDA, spécialisée dans les soins aux nouveaux immigrants et réfugiés.
- La Maison Bleue : même si l'entente de services entre l'OSBL et le CSSS prévoyait, durant la troisième année de fonctionnement, la prise en charge de 80 nouvelles grossesses et les familles de ces femmes, 93 tels cas ont été pris en charge. Le développement d'un service communautaire semblable est projeté à Parc-Extension. La mission en sera la même qu'à Côte-des-Neiges, nommément une mission de prévention en périnatalité de concert avec les médecins accoucheurs du CLSC CDN avec une poursuite de l'approche interdisciplinaire de soins.
- Le service médical a reçu la visite du Collège des médecins du Québec en janvier 2010.
- L'UMF de Côte-des-Neiges a eu une évaluation interne (Internal Review) par l'Université McGill et a reçu une recommandation entièrement positive.
- Le GMF Côte-des-Neiges a reçu une recommandation positive de renouvellement avec financement complet.

PARTENARIAT ET COMMUNICATIONS

LES FAITS SAILLANTS - PARTENARIAT

En plus des réalisations spécifiques, dont quelques-unes des plus intéressantes sont énumérées ci-dessous, l'année 2009-2010 est particulièrement remarquable par les améliorations qualitatives de nos rapports avec nos partenaires locaux et sous-régionaux. Dans le quartier Côte-des-Neiges, le CSSS de la Montagne est à élaborer un cadre local de partenariat adapté à la réalité actuel du réseau local de santé et des groupes communautaires regroupés au sein de la Corporation de développement communautaire. Dans le secteur du CLSC Métro, nous avons développé des liens de collaboration avec des acteurs clés afin d'intervenir au niveau des enjeux importants que sont la sécurité

alimentaire, la salubrité des logements et la qualité de l'environnement. Dans le secteur du CLSC de Parc-Extension, le CSSS de la Montagne s'est activement impliqué dans l'organisation et le suivi de forums citoyens qui formeront une des bases d'une concertation axée sur des principes d'inclusion de transparence et d'efficience.

De manière plus concrète, nous retenons plus particulièrement les actions suivantes des douze derniers mois :

- De concert avec la Fondation canadienne des maladies du rein, nous avons réalisé plus de 1 200 tests de dépistages précoces du diabète à Parc-Extension et à Côte-des-Neiges en plus de produire du matériel vulgarisé accessible au public. Cette initiative a été rendue possible grâce à un investissement de 75 000\$ de l'Agence de santé publique du Canada.
- Avec plus d'une douzaine de partenaires du milieu, nous avons consolidé à Parc-Extension des investissements de plus de 100 000 \$ de Québec en Forme afin de promouvoir un mode vie sain et actif chez les jeunes et leurs familles.
- En collaboration avec le Centre de la Fluidité Verbale de Montréal et les écoles primaires Carlyle, Barclay et Camille-Laurin, nous avons développé une approche d'intervention précoce de manière à assurer le développement des habiletés langagière des enfants du quartier.
- Nous avons continué à soutenir financièrement le développement de services par des organismes communautaires tels que Club Ami Côte-des-Neiges, Relais Côte-des-Neiges, Centre communautaire Mountain Sights, Partenaires 0-5 ans, Centre Communautaire de Loisir de la Côte-des-Neiges et CHAIS-Ressource famille.
- Nous avons raffermi nos liens avec la communauté d'affaires de Côtes-des-Neiges en participant, entre autres, au sommet socio-économique Côte-des-Neiges-Outremont et avons développé un réseau de communication avec les petits commerçants du quartier Parc-Extension.
- Nous avons mis en œuvre, sous l'impulsion de la CDEC Centre-Nord et en collaboration avec des acteurs tels que le Centre William-Hingston et l'École des Métiers des Faubourgs, une initiative de recrutement et de formation de nos concitoyens de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension pour des métiers de la santé.
- La direction du partenariat a contribué au projet dépression en assurant la collaboration avec le réseau des Y du Québec.
- Nous avons formé deux cohortes d'employés sur la responsabilité populationnelle et le développement des communautés.

LES FAITS SAILLANTS - COMMUNICATIONS

On ne peut évidemment pas parler des communications en 2009-2010 sans souligner les actions prises dans le cadre de l'opération de vaccination massive menée l'automne dernier. Ce fut une occasion de mettre en œuvre notre capacité à moduler nos actions pour rejoindre la population du territoire. Le défi qu'a représenté la sensibilisation de nos concitoyens issus de l'immigration récente nous a amené à formaliser des liens de communication avec les petits commerçants des secteurs de Parc-Extension et de la rue Victoria, à Côte-des-Neiges. Cette formalisation constitue désormais un atout important dans la poursuite de nos activités.

Cette année a été, entre autres, marquée par les éléments suivants :

- Consolidation de l'équipe des communications sur le site du CLSC de Parc-Extension.
- Refonte de l'offre de service et rationalisation des demandes internes au service des communications.
- Traitement d'environ 60 demandes de médias
- Projet d'affichage numérique : déploiement dans les salles d'attente du CSSS DLM d'un réseau de téléviseurs en circuit fermé.
- Présentation des services et de la mission du CSSS dans plus d'une vingtaine d'organismes communautaires.

SANTÉ AU TRAVAIL (couvre la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009)

LES FAITS SAILLANTS

L'année 2009 fut pour l'équipe de santé au travail une période de réajustements et elle a relevé haut la main les défis associés :

- à l'implantation d'un nouveau modèle de gestion;
- au déménagement dans un nouveau site;
- à l'analyse des besoins de formation des intervenants;
- à l'exercice sur les valeurs du CSSS de la Montagne.

Attentes et reddition de comptes en santé au travail – CSSS de la Montagne

Bilan au 31 décembre 2009			
Priorité d'intervention	Prévisions 2009	Indicateurs	Bilan 2009
Maladies à déclaration obligatoire (MADO)	5	Nombre de déclarations ou de signalements reçus et ayant nécessité une ou des interventions dans le milieu de travail	18
Études environnementales dans le cadre des demandes d'indemnisation liées aux maladies professionnelles pulmonaires (MPP)	1	Nombre de demandes reçues et traitées et qui ont nécessité une intervention dans le milieu de travail	2
Béryllium-secteur dentisterie	2	Nombre d'établissements informés par lettre et où des services ont été dispensés	8
Demande de services du milieu et de la CSST	15	Nombre de demandes traitées (milieu) pour les groupes 1, 2 et 3	15
		Nombre de demandes traitées (milieu) pour les groupes 4, 5 et 6	21
Connaissance préalable des nouveaux établissements ciblés	18	Nombre d'établissements avec une visite de connaissance préalable réalisée	1
Élaboration de programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE)	7	Nombre d'établissements où une élaboration du PSSE est réalisée	2
Mise à jour de programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE)	25	Nombre d'établissements où une mise à jour du PSSE est réalisée	14
Réalisation des interventions auprès des établissements planifiés des groupes 1, 2 et 3	75	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluations environnementales réalisées • Interventions médicales réalisées • Interventions de formation ou d'information réalisées • Interventions en troubles musculosquelettiques réalisées • Interventions réalisées en lien avec l'organisation des premiers soins premiers secours (PSPS) 	143
Réalisation des engagements prévus en 2009 auprès des établissements des groupes 4, 5 et 6	8	Nombre d'établissements où des activités ont été réalisées	10

Priorités régionales Projets CSSS – Agence			
Priorité d'intervention	Prévisions 2009	Indicateurs	Bilan 2009
Projet bruit	2	Nombre d'établissements avec exposition d'environ 100 dBA 8 heures et avec des solutions appliquées	3
Prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) dans les secteurs 1-02, 2-09 et 2-10	2	Nombre d'établissements rejoints pour une activité d'information/mobilisation en prévention des TMS	5

- Cinq (5) nouveaux employés ont été embauchés.
- Accueil de deux (2) stagiaires en hygiène de travail en provenance du CEGEP pour une durée de 10 semaines chacun.
- Collaboration pour le programme de stagiaire en ergonomie de l'UQÀM.
- Projet de recherche en collaboration avec l'UQÀM et l'IRSST.

En 2009, 143 établissements du territoire ont été rejoints, ce qui correspond à 14% de l'ensemble des établissements dans les groupes prioritaires.

VOLUME D'ACTIVITÉS DES PROGRAMMES 2009-2010

Info-Santé

Appels traités :

441 131

Services généraux

No		Usagers différents	Visites ou interventions	Nombre de visites / Interventions par usagers
1	Pratique des sages-femmes ¹	638	N/D	N/D
2	Services psychosociaux (autres)	953	5 918	6,2
3	Services de santé courants (excluant médicaux)	11 948	35 193	2,9
4	Nutrition S.G. (services généraux)	359	1 038	2,9
5	Santé parentale et infantile	9 905	22 848	2,3
6	Services dentaires et préventifs - suivi	1 395	2 171	1,6
7	Services dentaires et préventifs - dépistage bucco-dentaire	4 721	4 721	1,0
8	Santé scolaire	255	473	1,9
9	Vaccination scolaire	6 566	7 614	1,2
10	Nutrition E/F	620	1 548	2,5
33	Jeunes en difficulté ²	2159	16323	7,6

PPALV

11	Soins infirmiers à domicile	5 176	67 285	13,0
12	Aide à domicile	2 124	230 497	108,5
13	Services psychosociaux à domicile	2 796	26 246	9,4
14	Services ambulatoires en psychogériatrie	129	1 470	11,4
15	Ergothérapie à domicile	1 890	6 718	3,6
16	Physiothérapie à domicile	1 252	5 432	4,3
17	Centre de jour	1 388	193	0,1
18	Nutrition	559	2 030	3,6
19	Services en soins palliatifs ³	414	7 728	18,7

Promotion / Prévention de la santé

21	Santé publique	3 525	3 563	1,0
22	CAT (centre d'abandon du tabagisme)	96	281	2,9
23	SIDEP - suivi (soins infirmiers)	271	508	1,9
23	SIDEP - suivi (psychosocial)	31	494	15,9
24	SIDEP - dépistage anonyme (soins infirmiers)	260	260	1,0
25	SIDEP - counselling psychosocial anonyme	1 146	1 146	1,0

Services spécifiques

26	Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement ⁴	833	8 985	10,8
27	Déficience physique	94	254	2,7
28	Santé mentale jeunesse	284	1 890	6,7
29	Soutien aux familles vivant avec une personne handicapée ⁵	527	N/D	N/D
30	Santé mentale	692	7 253	10,5

PRAIDA

31	Services sociaux aux réfugiés	5 592	15 607	2,8
32	Services de santé aux réfugiés	1 333	2 249	1,7

Commentaires

- 1 : Les données relatives à La Maison Bleue sont intégrées à la méthode de calcul.
- 2 : Jeunes en difficulté regroupe des travailleurs sociaux, des éducateurs, des agents d'intervention en service social (AISS) ainsi que les interventions psychosociales réalisées en scolaire.
- 3 : Ces données font partie intégrante des autres sous-centres d'activités du PPALV et sont extraites du profil d'interventions en soins palliatifs.
- 4 : Les données sont extraites des nouveaux sous-programmes DP-DI-TED (exclusion : PPALV)
- 5 : Les données sont extraites manuellement.

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION

En octobre 2009, le CSSS a signé une entente de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour l'année financière 2009-2010. Cet engagement des parties vise à fournir à la population l'ensemble des services de santé et des services sociaux requis par son état de santé et à assurer une continuité de services tant dans le territoire qu'avec les organismes communautaires et les autres établissements offrant des services spécialisés, ultra-spécialisés ou de réadaptation dans la région.

ENTENTE DE GESTION

(Voir le tableau des attentes administratives ci-après.)

En ce qui a trait aux cibles fixées dans l'entente de gestion, il est important de faire une mise en garde. Les données des volumes d'activités des différents programmes ou directions (tableau ci-dessus) ne doivent pas être comparées avec les données de l'entente de gestion (tableau ci-dessous). Les données de l'entente de gestion sont des extractions des banques de données de l'établissement (GESTRED) à la suite de méthodes de calcul bien spécifiques établies par l'Agence.

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience	Elaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008 Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur	Réalisé Réalisé Réalisé	
	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience	Elaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008 Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur	Réalisé Réalisé Réalisé	
	Référer les jeunes évalués « feu rouge », à l'aide de l'outil DEP-ADO, au mécanisme d'accès pour les jeunes	Identification et/ou maintien d'un agent de liaison pour le mécanisme d'accès	A finaliser	Robert Gervais a été identifié comme agent de liaison à la table. Pour les jeunes évalués "feu rouge" et "feu jaune", les intervenants s'occupent eux-mêmes de faire les références nécessaires.
Dépendances	Implanter les orientations ministérielles relatives au programme-service dépendances	Actualisation de la formation des intervenants de 1re ligne au programme « Adulte en dépendance » Niveau de mise en oeuvre des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme	Amorcé Amorcé	Notre planification suit le plan d'action du ministère. Nous avons formé des intervenants à l'approche motivationnelle. Notre planification suit le plan d'action du Ministère.
	Au plus tard le 31 mars 2010, l'établissement déposera, à la Direction gestion des réseaux (DGR) de l'Agence, un plan d'action visant l'attraction et la rétention du personnel, l'augmentation de la présence et de la disponibilité au travail.	Dépôt d'un plan d'action à la DGR démontrant l'engagement de la haute direction à revoir l'organisation du travail et les conditions d'exercice Niveau de réalisation de l'ensemble des activités prévues au cadre normatif pour la gestion prévisionnelle de la main-d'oeuvre	Réalisé Réalisé	Rapport envoyé à M. Normand Lauzon en date du 31 mars 2010
Gestion de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles	Intégrer la gestion de la diversité culturelle dans l'offre de service	L'Établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Adoption par résolution du conseil d'administration ou entérinée par le comité de direction.	N/A	Notre établissement offre une formation continue et de nombreuses formations d'appoint à ses intervenants depuis longtemps. La politique d'adaptation à la diversité culturelle comme telle est une étape plus avancée qui ne signifie pas que nous n'avons pas de politique présentement. Cette nouvelle politique d'adaptation sera vraisemblablement déposée au CA en juin ou en septembre prochain.
		L'Établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Le processus de développement de la politique a inclus des consultations, validation et la concertation des divers partenaires du milieu.	N/A	
		La politique adoptée a été diffusée; des mécanismes de rappel à la mémoire ont été prévus La politique adoptée a été diffusée auprès des cadres	N/A N/A	



Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
Gestion de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles	Intégrer la gestion de la diversité culturelle dans l'offre de service (suite)	La politique adoptée a été diffusée auprès des employés	N/A	
	Indiquer dans le rapport annuel de gestion (établissements publics) ou dans le rapport annuel d'activités (établissements privés conventionnés) les mesures prises et les résultats obtenus en lien avec la politique de gestion de la diversité culturelle	La politique adoptée a été diffusée auprès des clients et famille ainsi que la communauté. Reddition dans le rapport annuel, des mesures prises et des résultats obtenus compte tenu des objectifs de la politique	N/A Réalisé	
	Respecter le « Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise » dans l'offre de service	L'Établissement s'assure que tous ses services sont accessibles en anglais. L'établissement s'assure que tous les services nommés au Programme d'accès sont accessibles en anglais	Réalisé Réalisé	
Gestion de l'accessibilité des services en langue anglaise	Préparer un plan triennal de maintien des actifs informationnels selon le gabarit préparé par l'Agence	Le plan est conforme au gabarit	Réalisé	Le PDRI 2009-2012 est finalisé. Le gabarit utilisé est plus complet que celui proposé par le Technocentre. Diamantino DeSousa a autorisé l'utilisation de ce dernier.
	Préparer un inventaire des actifs informationnels	Le plan est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information. L'inventaire est conforme au gabarit L'inventaire est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information	En cours Réalisé Réalisé	Le contenu du contenu du PDRI 2009-2012 doit être présenté à notre conseil d'administration pour approbation. Suite à l'obtention de l'approbation, le PDRI sera acheminé à l'Agence.
	Appliquer les mesures obligatoires et minimales du Cadre de gestion des actifs informationnels - Volet sécurité	L'inventaire est mis à jour au 31 décembre 2009 Il y a indication dans le rapport financier annuel (questionnaire à l'intention de la haute direction)	Réalisé En cours	Certaines mesures sont entièrement respectées. Au courant des 2 prochaines années, nous allons nous confirmer entièrement à l'ensemble de ces mesures obligatoires et minimales.
Gestion des mesures d'urgence et de sécurité civile	Mettre en place la solution anti-virus Trend Micro	L'Établissement confirme que la solution est appliquée	Réalisé	
	Dans le cadre de la coordination locale des mesures d'urgence en cas de sinistre, développer et maintenir un arrimage avec les municipalités ou les arrondissements du territoire	Développement et maintien des arrimages avec les municipalités ou les arrondissements	Réalisé	
	Compléter, s'il y a lieu, l'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE)	L'équipe mobile d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE) est complétée, formée et est entrée en fonction	Réalisé	Le lancement a été fait au sein du CSSS en juin dernier.
Jeunes en difficulté	Définir le projet clinique pour le programme « Jeunes en difficulté » en tenant compte de la publication récente du MISSS « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience »	Adoption d'un projet clinique « Jeunes en difficulté »	En cours	Nous entrons dans la phase de consultation avec nos partenaires à la mi-avril 2010.

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
Jeunes en difficulté	Collaborer, s'il y a lieu, à la mise en place des services de supervision des droits d'accès	Niveau de mise en place des services de supervision des droits d'accès	Amorcé	Le cadre régional de l'Agence a été validé. La Maison Pierre-Bienvenu Noailles est la ressource identifiée pour desservir notre territoire du CSSS dans le cadre régional.
	Poursuivre le développement de ressources intermédiaires pour les personnes en perte d'autonomie (PPALV) dans chacun des territoires de CSSS selon le « Plan d'action 2005-2010 pour les personnes âgées de la région de Montréal »	Collaboration à la démarche de l'Agence pour le développement de places en ressources intermédiaires (PALV)	En cours	Une ressource de 19 places est en opération depuis deux ans. Une ressource de 96 places PPALV et de 16 places pour les moins de 65 ans a été approuvée par l'Agence et devrait ouvrir ses portes e au printemps 2011.
	Terminer, s'il y a lieu, l'implantation du plan d'action « Milieu de vie »	Deployer la formation « Agir auprès de la personne âgée » s'adressant aux préposés aux bénéficiaires en fonction de la planification prévue dans l'Établissement et selon les budgets alloués	N/A	
	Terminer, s'il y a lieu, l'implantation des composantes du Plan d'action « Milieu de vie »	Terminer, s'il y a lieu, l'implantation des composantes du Plan d'action « Milieu de vie »	N/A	Le CSSS de la Montagne ne comprend pas de CHSLD, cependant la philosophie "Milieu de vie" est à la base de tous nos choix organisationnels lors de l'implantation de nos nouvelles places en ressources intermédiaires.
		Consolidation de l'utilisation de l'outil d'évaluation multicritère et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle « e-smaf » en CSSS	À finaliser	L'OEIMC est utilisé systématiquement et les profils ISO-SMAF sont connus et de plus en plus utilisés pour guider les décisions cliniques. La prochaine étape consistera en l'informatisation de ces outils/processus.
		Création ou maintien d'une table de concertation multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées	En cours	Étant donné la grandeur du territoire et son hétérogénéité, le volume de population et le grand nombre d'organismes communautaires à rejoindre, nous avons privilégié une programmation comportant de multiples activités en lien avec la problématique de l'abus, plutôt que le simple véhicule d'une Table de concertation, peu efficace dans notre réalité.
	Compléter, s'il y a lieu, l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes: implantation d'un processus de repérage des personnes vulnérables	Amorcé	
		Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes: mécanismes de concertation locaux	En cours	
		Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes: gestionnaire de cas	En cours	
		Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes: guichet d'accès aux services	En cours	
		Niveau d'implantation du système informatique RSIPA en CSSS	Amorcé	Nous avons entrepris une démarche de concert avec l'ensemble des CSSS de la région sous l'égide de L'Agence de Montréal.



Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
Santé mentale	Implanter et maintenir le guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale	Niveau d'implantation du guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale pour les adultes ainsi que les enfants et les jeunes	Réalisé	Nos guichets d'accès pour la clientèle jeunesse et adulte sont en opération depuis le 2 novembre 2009.
	Maintenir des mécanismes de liaison avec les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques	Développement d'ententes de service CSSS - CH	En cours	Nous aurons, à la mi-avril, une infirmière de liaison dans les urgences du Royal-Victoria et du General pour le volet santé mentale. Nous prévoyons faire la même chose avec St-Mary.
		Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour jeunes et adultes; Faire un plan de transfert des responsabilités et des patients, pour assurer la continuité des services réalisés pour les adultes et les enfants - jeunes	Réalisé	En jeunesse: tous les transferts sont faits, cependant nous avons de la difficulté au niveau du recrutement de certains titres d'emploi. En adulte: nous près de 60 % des ressources selon la planification.
		Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour les jeunes et pour les adultes; Articulation d'un programme d'accueil et de développement du personnel transféré dans les équipes adultes et enfants - jeunes	Réalisé	
	Collaborer au Plan d'action régional en santé mentale, incluant la participation au plan stratégique visant à associer aux CSSS et à leurs partenaires les services de 1re ligne actuellement fournis par les CHSP ou les CHSSS	Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour les jeunes et pour les adultes; Dépôt d'un plan d'effectifs en vue du transfert des ressources humaines vers les équipes de 1re ligne adultes et enfants - jeunes	A finaliser	Pour les 40 % qui demeurent à transférer en adulte, nous avons à compléter le plan d'effectif pour ces ressources si nous ne recevons pas de ressources humaines mais des budgets. Nous ajustons notre plan d'effectifs avec les mandats que nous complétons, par exemple, les infirmières de liaison dans les urgences psychiatriques des hôpitaux qui sont nos partenaires: Royal-Victoria, General et St-Mary.
		Dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1re ligne pour jeunes et adultes; En collaboration avec les partenaires, réalisation d'un plan de communication visant la population, les usagers et les partenaires quant à l'offre de service		
		La participation d'un comité multidisciplinaire	Réalisé	Comité multidisciplinaire des utilisateurs des fournitures médicales en place (CJFUM)
		L'élaboration d'un répertoire des décisions	En cours	
		L'utilisation de critères d'évaluation	En cours	
		Elaboration d'un volet de lutte contre le cancer au projet clinique	Non amorcé	
Santé physique	Collaborer à la mise en oeuvre des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer de la région de Montréal (PQLC)	Mise en place et maintien de corridors de services diagnostiques et thérapeutiques en oncologie	Non amorcé	
	Poursuivre et consolider l'implantation des quatre sections du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale;	L'Établissement a mis en place un mécanisme permettant de s'assurer que le protocole est implanté et appliqué	Amorcé	Étant un établissement de première ligne, la priorité a été mise sur l'élaboration d'un protocole de surveillance des clientèles sous opiacés ainsi que la rédaction d'une règle de soins.
	Poursuivre la formation des intervenants concernés par le Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale;	Les intervenants concernés par l'application du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale sont formés	Amorcé	La diffusion du protocole et de la règle de soins vient tout juste de débuter. La formation est concomitante

Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
	Contribuer au plan de lutte contre une pandémie d'influenza	L'Établissement confirme qu'il a révisé son plan local de lutte contre une pandémie d'influenza L'Établissement met en oeuvre les actions nécessaires à l'accomplissement des travaux prioritaires identifiés par l'Agence	Réalisé	
Santé physique	Soutenir le modèle régional d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation	Mise en oeuvre des conditions visant à offrir des services de physiothérapie la fin de semaine et les jours fériés aux usagers ayant subi une chirurgie PTH-PTG et dont la condition le requiert (missions CHSGS, CHR, CSSS) Suivi du cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus (missions CHSGS, CHR, URFI, CSSS)	À finaliser	Jusqu'à maintenant nous n'avons pas eu de demandes qui exigeaient des services la fin de semaine. Nous y répondrions, si besoin.
	Assurer la mise à jour et le suivi du « Plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence, version 2009 »	Dépot, à la Direction gestion des réseaux de l'Agence, de la mise à jour du « Plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence, version 2009 »	En cours	Le CSSS de la Montagne ne gère pas d'hôpital ni de CHSLD. Cependant, il participe aux rencontres de l'Agence et est activement impliqué dans deux comités du CUSM (Committee on Patient Flow et comité Liaison Urgence du CUSM/CSSS de la Montagne).
	Accroître la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé	60 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés contre l'influenza depuis l'automne. Indiquer le taux atteint dans la section des commentaires	Amorcé	Cette année seulement 12,7 % de nos intervenants ont été vaccinés contre l'influenza
	Convenir avec la DSP de l'Agence des modes de reddition de comptes des crédits de santé publique affectés au déploiement du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	Un bilan financier des crédits de santé publique affectés annuellement à la mise en oeuvre du Plan d'action local de santé publique 2009-2012	Réalisé	
Santé publique	Disposer d'un Plan d'action local de santé publique (PAL) 2009-2012 qui s'inscrit dans les six grandes orientations du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2008-2012	Un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 élaboré pour décembre 2009	Réalisé	
	Élaborer un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 en partenariat avec le réseau local	Un portrait des partenariats mis à contribution dans le cadre de l'élaboration et de la mise en oeuvre du Plan d'action local de santé publique réalisé	Réalisé	
	Réaliser le contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012	Un contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012 (incluant les sommes allouées annuellement dans le cadre des mesures de santé publique)	En cours	
	Convenir des indicateurs à inscrire au tableau de bord du système d'appréciation de la performance élaboré en collaboration avec la Direction de santé publique (DSP)	Des indicateurs d'appréciation de la performance du Plan d'action local de santé publique 2009-2012	Amorcé	
	Valider et transmettre à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) les rapports de reddition de comptes des cliniques-réseau dans les délais impartis	Rapports mensuels de gestion des cliniques-réseau validés par le CSSS et transmis à la DAMU de l'Agence dans les délais impartis Rapports trimestriels de dépenses des cliniques-réseau validés par le CSSS et transmis à la DAMU de l'Agence dans les délais impartis	Réalisé	
Services généraux-activités cliniques et aidé			Réalisé	



Programme	Attente administrative	Indicateur	Niveau d'atteinte	Commentaire
Services généraux-activités cliniques et aide	Atteindre les cibles de développement du Plan d'action régional intégré de 1ère ligne	Les cibles de développement de GMF/CR/CR1 et de projets de maladies chroniques pour la première année du Plan sont atteintes	En cours	
	Collaborer à la mise en oeuvre de l'offre de service en périnatalité	Implantation des différentes composantes de l'offre de service en périnatalité	Réalisé	
	Participer à la mise à jour du répertoire de ressources en santé et services sociaux (RRSS) et valider les données sur les ressources des territoires de CSSS	Mettre à jour les ressources du répertoire par territoire de CSSS et en assurer la validité	Non amorcé	Notre pilote n'a pas eu à faire de mises à jour au répertoire des ressources. Les pilotes sont en attente des directives de l'Agence. On a remarqué que l'Agence semblait faire les mises à jour elle-même pour le moment. Cependant notez que les mises à jour des heures de cliniques sont quant à elles faites au fur et à mesure par notre pilote local.

DIRECTIONS DE SOUTIEN CLINIQUE

SANTÉ PUBLIQUE

LES FAITS SAILLANTS

Ressources humaines

- Création du poste de conseiller cadre en santé publique.
- Création du poste responsable du développement durable.

Plan d'action local (PAL) en santé publique 2010-2015

- Planification, consultation à l'interne et à l'externe et adoption par le conseil d'administration du CSSS du PAL 2010-2015 le 1^{er} décembre 2009.

Surveillance Connaissance

- Portrait sociodémographique de la population du CSSS DLM.
- Portrait des naissances.
- Portrait de l'état de santé de la population.

Protection

- Ajustement de masques auprès du personnel, des médecins et des stagiaires.
- Opération A(H1N1) :
 - animation pour la population et le personnel;
 - suivi du pourcentage de la population vaccinée par groupe d'âge et par voisinage;
 - répondant en vaccination : gestion des vaccins, soutien à la formation et à la diffusion des données scientifiques relatives au vaccin A(H1N1).
- 70% des employés ont été vaccinés contre la grippe A(H1N1).

Promotion de la santé

- Présentation du CSSS au 17^e congrès international des Hôpitaux et services de santé promoteurs de santé (Grèce, mai 2009).
- Achat de cinq téléviseurs pour les salles d'attente du CSSS.

Prévention : campagne de sensibilisation

- Promotion électronique auprès du personnel du CSSS de la campagne de la Société canadienne du cancer sur l'importance du dépistage du cancer du sein (mai 2009).
- Promotion du défi j'Arrête J'y Gagne et du Défi 5/30.

ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang)

Relance du projet de prévention des ITSS auprès de réfugiés demandeurs d'asile avec GAP-VIES, un organisme communautaire œuvrant dans la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida.

Développement durable

- Adoption d'une politique en développement durable en mai 2009.
- Création d'un comité de développement durable.
- Planification et dépôt d'un plan d'action 2010-2012 en développement durable.
- Présentation du bilan annuel en développement durable.

Logement

- Membre du comité de suivi de l'Office de consultation publique de Montréal pour le projet de requalification du secteur Namur / Jean-Talon Ouest de l'arrondissement Côte-des-Neiges-Notre-Dame-de-Grâce.



- Dépôt et présentation le 14 décembre 2009 d'un mémoire réalisé conjointement avec la Direction de santé publique (DSP) régionale sur le projet Namur/Jean-Talon.
- Mise à jour 2009 du Guide d'intervention dans les cas d'insalubrité.
- Formation de 275 employés sur la prévention et la gestion d'infestation de punaises et l'encombrement.

Maturité scolaire

- Tenue d'une deuxième activité dans le cadre des sommets sur la maturité scolaire dans le territoire de Parc-Extension et mise sur pied d'un comité de suivi des recommandations énoncées.
- Représentant des CSSS au comité régional de Montréal sur le développement de l'enfant.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI)

Formée de la directrice et de trois conseillères cliniciennes en soins infirmiers, cette équipe constitue une direction-conseil pour l'ensemble du CSSS. Ses responsabilités consistent, en autres, à assurer la qualité des soins, les compétences cliniques, la gestion des risques et des plaintes en soins infirmiers, la distribution appropriée des rôles des intervenants en soins infirmiers et à être un soutien au conseil des infirmiers et des infirmières.

LES FAITS SAILLANTS

Qualité des soins

Activités relatives à l'application de la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives*

- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
La formation de base étant terminée, les activités de soutien et d'intégration du PTI ont débuté et se poursuivront toute l'année.
- Ordonnances collectives
En collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, la rédaction et la signature de trois nouvelles ordonnances collectives a eu lieu.
- Activités d'exception confiées aux non-professionnels
Tous les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) ont été formés et certifiés pour l'administration des médicaments et quelques autres ont reçu une formation en administration d'insuline et en soins invasifs.
Dans le processus de certification des résidences pour personnes âgées, la DSI a assuré la formation des préposés en administration des médicaments et du personnel infirmier responsable de ces préposés.
Participation au comité de pilotage en intervention planifiée.

Gestion des risques

- Suivi de la qualité des activités de stérilisation.
- Suivi et recommandations à la suite des rapports incident /accident concernant les soins infirmiers.
- Rédaction et diffusion de protocoles de prévention des infections nosocomiales dans les ressources intermédiaires (RI).
- Suivi des éclosions de maladies infectieuses dans les ressources intermédiaires.
- Réactivation du comité de prévention des infections.
- Participation à la formation de mesures de prévention contre les punaises à tout le personnel.
- Actualisation du plan d'action concernant les zones grises.
- Formation des équipes d'entretien ménager concernant les punaises et la prévention des infections.
- Préparation et participation à la visite d'agrément.

Maintien des compétences cliniques

- Accueil de plus de 30 nouvelles infirmières et de 6 infirmières auxiliaires, évaluation de leurs compétences et de leurs besoins de formation.
- Participation et support au programme d'orientation de toutes ces nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires.
- Activités de formation et de mise à jour destinées à tout le personnel infirmier.

Activités reliées à la pandémie contre la grippe A(H1N1)

- Activité de formation sur la prévention des infections à tout le personnel du CSSS, à celui des arrondissements et à celui des partenaires.
- Évaluation des besoins en fournitures nécessaires pour assurer la prévention en cas de pandémie.
- Organisation de la campagne de vaccination massive à la Place Alexis-Nihon, aux sites satellites, à l'Université de Montréal et l'Université Mc Gill ainsi que dans quelques entreprises.

Autres activités

- Dossier patient numérisé (DPN)
Participation au comité aviseur.
Participation à l'harmonisation des formulaires : révision des formulaires existants et rédaction au besoin de nouveaux formulaires.
- Projet télésanté en soins palliatifs avec le Centre hospitalier de St. Mary.
- Participation au développement des cheminements cliniques avec l'équipe de chercheurs de l'Université McGill et les infirmières pivots en oncologie du Centre hospitalier de St. Mary.

QUALITÉ, MISSION UNIVERSITAIRE ET PRATIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

LES FAITS SAILLANTS

Qualité et planification des services

Le CSSS de la Montagne s'est vu décerner, en mars 2010, l'agrément octroyé par Agrément Canada, signe de reconnaissance de la qualité des services dispensés par l'établissement. Cette reconnaissance souligne les forces du CSSS notamment quant à l'engagement du personnel auprès de la clientèle, l'excellence des relations avec les partenaires et le développement d'une offre de service qualifiée par les visiteurs d'agrément de diversifiée, sécuritaire et donnée par du personnel des plus compétents.

En accord avec les règles déterminées par Agrément Canada, le type d'agrément octroyé au CSSS est un agrément avec condition sous forme de rapport. Cela signifie que pour maintenir l'agrément de notre organisation, nous devons continuer à améliorer l'intégration de certaines pratiques, notamment quant au développement de la culture de sécurité et de qualité au CSSS, à l'harmonisation des pratiques cliniques et au travail interdisciplinaire. Le CSSS travaille présentement à réaliser des améliorations dans ces secteurs, en collaboration avec les équipes qualité du CSSS, les équipes de gestion et le conseil d'administration.

La direction a aussi participé activement à finaliser le guide d'intervention sur *L'adaptation des services à la diversité culturelle*, élaboré en collaboration avec le programme d'éthique, le centre de recherche et de formation et les professionnels de l'établissement. Ce guide, destiné à l'ensemble du personnel du CSSS, se veut également un outil pour les intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire qui désirent s'inspirer de l'expérience du CSSS de la Montagne en matière de gestion de la diversité culturelle. Il intègre les orientations du CSSS en matière d'adaptation des services, les questions essentielles à se poser concernant la culture, une grille d'analyse clinique, ainsi qu'une liste d'information utile et de personnes ressources pouvant guider la prise de décision dans les situations complexes.

Le suivi des projets cliniques a également été réalisé par la direction, par des rencontres réunissant des partenaires, le laboratoire d'observation du CSSS et les directions concernées.

Prestation sécuritaire des services et gestion des risques

Assurer la sécurité des usagers est un des objectifs prioritaires et mesurables de notre démarche d'amélioration continue de la qualité. La gestion des risques est un processus continu, qui permet l'identification des situations à risques afin d'intervenir le plus rapidement possible pour prévenir, sinon limiter les conséquences. Chacun de nous doit consentir des efforts pour évaluer la qualité des services, privilégier les meilleures pratiques et s'assurer qu'elles soient sécuritaires et ce, dans toutes les sphères de nos activités.

La responsabilité du CSSS à l'égard de la prestation sécuritaire de services à la clientèle se traduit notamment par le traitement et l'analyse des incidents et des accidents qui surviennent dans le cadre des services qu'il dispense. On compte **140** événements déclarés cette année, comparativement à 94 pour l'année 2008-2009. Cette augmentation ne signifie pas qu'un nombre accru d'événements indésirables soient survenus; elle constitue plutôt le reflet de la sensibilisation réalisée auprès du personnel quant à l'importance de déclarer les événements indésirables ou à risque. Des 140 événements répertoriés, **96** incidents et **44** accidents ont été analysés et **72** ont fait l'objet de recommandations ou de prise de mesure pour en prévenir la récurrence. En accord avec la nomenclature du système d'information SSISS (système d'information sur la sécurité des soins et des services), 49% des événements ont été des erreurs de médicament/traitement/test diagnostique, 21% ont été des chutes, 15% des possibilités d'abus, d'agression ou de harcèlement, 4% des problèmes de matériel et 12% d'autres types d'évènement.

De nouvelles politiques et procédures ont également été adoptées et diffusées dans l'organisation afin de soutenir la déclaration des événements indésirables pouvant survenir dans le cadre des activités du CSSS.

Programme d'éthique

Le programme d'éthique du CSSS vise à favoriser chez chaque intervenant et dans chaque équipe de travail, l'intégration de l'analyse et du discours éthique dans un souci constant d'améliorer la qualité des services à la clientèle. La direction du programme d'éthique a ainsi soutenu cette année plusieurs intervenants et chefs de programme, notamment par le biais de consultations en éthique clinique dispensées par le bioéthicien et directeur du programme d'éthique du CSSS.

Parmi les réalisations du programme pour l'année 2009-2010, mentionnons l'élaboration et l'adoption du Guide de conduite éthique du CSSS, traitant des conduites et des pratiques attendues de toute personne œuvrant au sein du CSSS de la Montagne. Ce guide de conduite, qui tient compte des mandats de l'établissement et des particularités de la communauté du territoire, vise à inciter un questionnement continu sur l'éthique dans l'ensemble de l'organisation et à éclairer la réflexion dans les situations où des valeurs peuvent s'opposer.

Le programme d'éthique a aussi poursuivi la coordination d'un groupe de soutien en éthique clinique, composé d'intervenants possédant des expertises dans divers domaines cliniques et de gestionnaires, afin d'offrir aux intervenants une assistance dans les défis éthiques rencontrés dans le cadre de leur pratique professionnelle. Cette année, le groupe de soutien en éthique a principalement porté ses réflexions sur les interventions entourant les déclarations à la Direction de la protection de la jeunesse, ainsi que sur celles réalisées auprès des personnes présentant des troubles de personnalité.

Le comité d'éthique de la recherche (CER) a évalué **22** nouveaux projets de recherche, incluant 6 projets mettant en cause la participation de mineurs ou majeurs inaptes et ce, en fonction de la désignation ministérielle attribuée au CSSS quant à l'application de l'article 21 du Code civil. Le comité a aussi réévalué 25 projets de recherche auxquels il avait déjà donné son approbation.

Mission universitaire et programme d'enseignement

Cette année, la planification des stages s'est faite une fois de plus en collaboration avec les différents chefs de programmes du CSSS. Cette collaboration a contribué à augmenter l'accueil de stages dans plusieurs disciplines et à confirmer l'implication de tous dans les activités d'enseignement. Ce sont **128** superviseurs de stage, employés de 25 disciplines différentes du CSSS, qui ont collaboré à la formation de la relève du réseau de la santé!

En chiffres plus détaillés, **244** étudiants ont été accueillis au CSSS pour des stages d'intervention (165), d'observation (66) et de recherche (13) de niveaux secondaire, collégial et universitaire. De ce nombre, **68** étudiants en médecine, **47** stagiaires en sciences infirmières et **23** en travail social ont été formés dans notre milieu et **14** étudiantes se destinant à la pratique sage-femme ont aussi effectué leur stage de formation pratique à la Maison de naissance Côte-des-Neiges.

Dans le cadre de sa programmation 2009-2010 de séminaires de formation, le programme d'enseignement a développé une journée d'information à la centrale Info-Santé offerte aux étudiants en sciences infirmières et trois (3) nouveaux séminaires portant respectivement sur les régimes de protection, l'outil d'évaluation multiclientèle et les ressources du réseau. Ces nouvelles activités s'ajoutent à 10 autres séminaires, tous donnés par des intervenants de l'établissement. Les thèmes abordés étaient les suivants : l'évaluation psychosociale, la violence conjugale et familiale, aider les familles à composer avec le DI-TED, la vaccination, la déficience intellectuelle et la déficience physique, le programme d'éthique, l'interculturel, la santé mentale, l'évaluation psychosociale et l'accès aux programmes d'aide socio-économiques. Ces séminaires ont attiré une moyenne de 12 étudiants par séminaire.

L'établissement a aussi confirmé ses liens d'enseignement et de recherche en renouvelant son contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal. Il faut savoir que le CSSS est affilié formellement avec trois universités, celles de McGill, de l'UQAM et de Montréal et qu'il développe chaque année de nombreuses ententes avec d'autres maisons d'enseignement.

L'année 2009 a aussi été marquée par l'implantation d'un nouveau logiciel de gestion de stage. Cette initiative de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal vise à soutenir la planification des stages dans le domaine de la santé. Pour l'instant, ce nouvel outil permet de planifier exclusivement les stages en sciences infirmières et les stages d'auxiliaires familiales et sociales. C'est à la rentrée 2010 que pourront être évaluées les retombées de ce nouveau système. Dans les années à venir, il est aussi prévu que ce logiciel puisse servir à la planification de tous les stages, y compris ceux des services sociaux.

Responsable du travail social et de la pratique multidisciplinaire

Le mandat principal de cette fonction est de conseiller la direction générale quant au développement professionnel et à la qualité de la pratique sociale et multidisciplinaire au CSSS et de soutenir leur actualisation. Au cours de l'année 2009-2010, les principaux mandats de la responsable du travail social et de la pratique multidisciplinaire ont été la finalisation du Cadre de référence sur la pratique psychosociale du CSSS, l'élaboration du cadre de référence sur l'intervention concertée et planifiée, le soutien aux nutritionnistes pour l'élaboration de leur cadre de référence de pratique professionnelle au CSSS et le travail sur le développement et l'implantation du cadre de référence sur la supervision clinique au CSSS.

Formation

La formation couvre un ensemble d'activités ayant pour but le maintien, la consolidation et le développement des connaissances et des capacités du personnel dans la réalisation des différents mandats assignés au CSSS. À cet effet, dans l'objectif d'offrir des formations qui satisfont les besoins et qui permettent de relever les défis rencontrés par le personnel, une cueillette d'information sur les besoins de chaque direction a été réalisée pour évaluer les mesures de développement les plus pertinentes permettant de définir le plan de formation 2009-2010 de l'établissement.



À titre d'exemple, les formations suivies par les professionnels cette année ont notamment porté sur le Plan d'intervention planifié et concerté ainsi que sur la Rédaction de dossier pour les intervenants psychosociaux. Le personnel de soutien, pour sa part, a principalement suivi des formations ponctuelles sur les logiciels tels que les applications de Microsoft Office - Excel et Word.

Pour l'année 2009, ce sont près de **950** employés du CSSS qui ont pu bénéficier de nombreuses activités de formation. Le nombre total d'heures de formation investies pour le personnel de l'établissement a été de 18 487 heures.

Gestion documentaire

Le CSSS met en place les mesures qui s'imposent pour assurer l'intégrité, la disponibilité, la sauvegarde et la confidentialité de l'information produite ou reçue dans l'organisation. Le CSSS s'assure ainsi que le traitement adéquat soit appliqué à chacune des demandes d'accès qu'il reçoit, dans le respect du droit d'accès à l'information et du droit à la confidentialité reconnus par les lois. La mise en place d'activités de sensibilisation du personnel en matière d'accès à l'information et la mise à jour du calendrier de conservation constituent les priorités d'action dans ce dossier pour la prochaine année.

Au cours de l'année 2009-2010, le CSSS de la Montagne a traité 10 demandes d'accès à des documents administratifs en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Cette année, le délai moyen de traitement des dossiers a été de 19 jours. Soulignons que la Loi prévoit qu'une réponse soit donnée au demandeur dans les 20 jours; toutefois, dans certaines circonstances, elle prévoit également que ce délai peut être prolongé d'une période de 10 jours.

Centre de documentation

Le centre de documentation offre une collection diversifiée de plus de 10 200 ouvrages traitant de santé et de services sociaux. Cette documentation constituée de monographies, périodiques, documents audiovisuels et autres types d'ouvrage suscite l'intérêt de notre clientèle constituée des employés du CSSS, de nos stagiaires, des intervenants du réseau, de chercheurs et d'autres utilisateurs externes. Considérant l'importance pour la clientèle du centre d'accéder rapidement à une information récente et de qualité, le développement de la collection s'oriente progressivement vers l'acquisition de ressources électroniques (les abonnements électroniques et/ou les bases de données en ligne, à titre d'exemple CPS Web et UptoDate électronique).

Dans le but de soutenir l'enseignement, la recherche et la formation professionnelle continue, le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS) rend disponible, aux établissements du réseau de la santé faisant partie du territoire du RUIS de l'UDM, un consortium documentaire constitué de bases de données des bibliothèques de l'Université de Montréal. Cette année, nos intervenants ont accès à ces ressources électroniques (Medline, Embase, CINAHL, Embase Review, etc.) et ce, sur l'ensemble des sites du CSSS.

Les nombres de prêts internes (2 282) et de prêts interbibliothèques (PEB) (13) font foi de l'utilisation de la collection du centre. Plusieurs activités documentaires font part du quotidien du personnel du centre de documentation, notamment la référence, la commande, la recherche et le traitement documentaires, la diffusion générale et sélective de l'information, le dépôt légal, etc. Plus de **720** documents ont été traités dans notre collection. Cette année, le personnel du centre a procédé à la vente et la distribution de **2 036** publications officielles du CSSS de la Montagne.

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION (CRF)

LES FAITS SAILLANTS

Le CRF est responsable de toutes les activités de recherche et de formation du CSSS de la Montagne, en conformité avec sa mission de centre affilié universitaire (CAU). Le volet recherche du CAU, dont la programmation 2007-2012

s'intitule « Les services de santé et services sociaux de première ligne en contexte pluriethnique », comprend des chercheurs provenant de 4 universités au Québec, soit :

- 12 chercheurs réguliers;
- 18 praticiens chercheurs;
- 18 chercheurs collaborateurs.

Le CRF héberge 2 équipes de recherche :

- L'équipe METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions de Santé et de Service social) est dirigée par Catherine Montgomery, sociologue et chercheure au CSSS de la Montagne. Cette équipe comprend aussi, entre autres, Josiane Le Gall, anthropologue et aussi chercheure au CRF.
- L'équipe FRSQ (Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture), dont la programmation s'intitule «École, culture et santé mentale: une articulation à repenser dans une société en transformation », est dirigée par Dr Cécile Rousseau, pédopsychiatre. Cette équipe vient d'obtenir un renouvellement de la part du FRSQ et ce, pour les trois prochaines années.

Ces équipes ont organisé durant l'année 2009-2010 diverses activités liées à leur programmation :

- 14 conférences-midi ont eu lieu sur les trois sites du CSSS de la Montagne. Divers thèmes ont été abordés, notamment les conditions de santé des travailleurs immigrants, l'action communautaire dans le quartier Côte-des-Neiges et les conversions à l'Islam au Québec.
- 2 séminaires ont été élaborés :
 - « Le handicap, la religion et l'intervention - 2 »
 - « Migration, mort et deuil: réflexions pour la pratique »
- Une demi-journée de réflexion s'est tenue en janvier 2010 :
 - « Les enjeux éthiques du travail clinique auprès des migrants à statut précaire »
- Et une journée de réflexion a eu pour titre :
 - « Journée de réflexion sur la diversité religieuse et l'intervention de première ligne »

Colloques

- « Communiquer, échanger, soigner : multiples considérations éthiques », organisé dans le cadre du 77^e congrès de l'ACFAS, Ottawa.
- « Les enjeux d'inclusion scolaire dans un contexte d'immigration récente et de défavorisation », table ronde organisée dans le cadre du 12^e congrès national de Metropolis, Montréal, 19 mars 2010.

Formation

L'année 2009-2010 a été marquée par une croissance substantielle des formations en interculturel organisées par le CRF et son équipe METISS :

- Interculturel I. Les mots pour dire et pour intervenir. Donnée en octobre 2009, ainsi que dans une version abrégée, en Ontario, 2 fois en mars 2010.
- Interculturel II. Connaître ses clients, statuts trajectoires et parcours migratoires, avril 2009.
- Intervenir par téléphone en contexte de diversité, formation codéveloppée avec le service régional Info-Santé et des partenaires communautaires, octobre 2009.
- Une formation, adaptée spécialement aux questions touchant la gestion et intitulée «Gérer dans la diversité», a été donnée en février 2010, au Centre hospitalier Sacré-Cœur.
- En collaboration avec la direction du partenariat et des communications, le CRF codéveloppe une formation de base sur la responsabilité populationnelle, dont un pré-test a été donné en février 2010.
- Enfin, le CRF codéveloppe présentement avec le Centre jeunesse de Montréal, une formation en interculturel adaptée à la réalité des intervenants qui travaillent dans les centres jeunesse : « Intervenir auprès des jeunes et de leur famille ».

Stagiaires

17 étudiants ont effectué un stage en recherche au CRF, dont 1 était au baccalauréat, 5 à la maîtrise et 9 au doctorat.

L'équipe METISS a par ailleurs attribué 5 bourses d'études en 2010, à 3 étudiants de doctorat (incluant une intervenante du CSSS) et à 2 étudiants de maîtrise.

Projets

En 2009-2010, le CRF comptait 97 projets à son actif. De ce nombre :

- 68 sont des projets de recherche réguliers; 10 d'entre eux se sont terminés en 2009-2010, 34 sont en cours, 5 en développement et 19 sont soumis;
- 5 sont des projets de transfert de connaissance;
- 13 étaient des projets d'étude (projets de niveau baccalauréat : 3 projets de maîtrise, 6 de doctorat et 4 de postdoctorat);
- 9 étaient des projets d'infrastructure;
- Par ailleurs, le CRF s'est aussi associé à 28 projets de recherche menés par des chercheurs externes.

Les projets menés au CRF ont donné lieu en 2009-2010 à divers articles, livres et chapitres de livres, incluant :

- Montgomery et al. (2009), Pousser un chariot avec un baccalauréat sur le dos. Les expériences en emploi de jeunes immigrants récemment arrivés au Québec. Montréal : Richard Vézina Éditeur.
- Cahiers METISS : Jeunes immigrants et réfugiés : questions de statut et d'intervention, vol. 4, numéro 1, été 2009, sous la direction de C. Montgomery, Montréal : Centre de recherche et de formation, CSSS de la Montagne.
- Nadeau, L., C. Rousseau, et al. (2009). « Évaluation préliminaire d'un projet de soins partagés en santé mentale jeunesse à Montréal : faire face à l'incertitude institutionnelle et culturelle », *Santé mentale au Québec*, 34 (1).
- Josiane Le Gall, Catherine Montgomery et Christelle Cassan, L'invisibilité de la participation des hommes immigrants dans les soins à leur famille, in Leandro, Maria Engrácia, Paulo Nuno de Sousa NOSSA et Victor Tercas RODRIGUES *Invisibilité du travail de santé domestique*, Portugal, 2009. Saude E Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família. Portugal, PsicoSoma : 73-95.

DIRECTIONS DE SOUTIEN ADMINISTRATIF

RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

LES FAITS SAILLANTS

Notre établissement a été très dynamique dans son recrutement de personnel. Nous avons réussi à embaucher 237 personnes dans un contexte où la pénurie de main-d'œuvre continue à se faire sentir à la grandeur de la région de Montréal. Le défi de recruter rapidement de la main-d'œuvre dans le mandat de vaccination antigrippale A(H1N1) a été relevé avec succès et toute l'équipe des ressources humaines s'est investie dans cette vaste opération.

Le défi demeure plus grand pour ce qui est du service régional Info-Santé où plusieurs quarts de travail de soir et de nuit restent à combler. Finalement, il est extrêmement difficile d'attirer des physiothérapeutes qui priorisent une pratique privée plutôt que le secteur public.

Dans le domaine des relations du travail, la médiation arbitrale concernant le syndicat FIQ s'est terminée positivement et nous avons maintenant des ententes avec la totalité des syndicats.

Notre performance en gestion de la présence au travail se situe à 4,51% en deçà de la cible régionale de 5,04%. Ce ratio d'absentéisme performant nous permet d'assurer la continuité de nos services et représente des économies substantielles en coût de remplacement.

De plus, des programmes de prévention visant l'organisation ergonomique des postes de travail ainsi que des conférences de sensibilisation portant sur de saines habitudes de vie ont été offerts aux membres du personnel.

Aussi, la direction a mis en place un Plan de développement des ressources humaines (PDRH) fort ambitieux mobilisant l'ensemble des directeurs vers l'atteinte de mesures de performance supérieures en ressources humaines. Pour réaliser cela, un plan d'action sur deux ans a été élaboré. Ce dernier vise à augmenter la vitesse des processus ressources humaines, à offrir du soutien et de l'encadrement pour tous, à « rentabiliser » la mission universitaire, à résoudre rapidement nos difficultés ponctuelles et à monitorer nos pertes organisationnelles.

RESSOURCES FINANCIÈRES, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES

LES FAITS SAILLANTS

Ressources informationnelles

Centre d'assistance informatique

- Réponse, chaque mois, à plus de 650 appels des employés.
- Ajout de plus de 300 ordinateurs au parc informatique qui en compte maintenant près de 1 000.
- Remplacement de 170 ordinateurs désuets.

Bureau de projets des ressources informationnelles

Les efforts de notre équipe ont été en grande partie consacrés au projet de numérisation des dossiers usagers (OACIS et Streamline) pour lequel le CSSS a été nommé site pilote par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Le but premier de ce projet est de donner, aux intervenants, l'accès instantané et complet aux dossiers usagers afin d'améliorer la qualité du service et la rapidité d'intervention. Ce projet se terminera en juin 2010 et aura un impact sur le travail d'environ 900 employés du CSSS.

Outre ce projet, nous avons terminé l'implantation de sept (7) autres projets :

- Fusion des bases de données « I-CLSC » : en tant que projet pilote, fusion des trois bases de données de ce système clientèle afin de suivre les usagers dans un seul système ;
- Fichier de vaccination A(H1N1) : implantation d'un système d'information destiné à la saisie des vaccins administrés dans le cadre de cette campagne de vaccination de masse ;
- Charge de cas : déploiement d'un module applicatif afin d'aider les intervenants et les gestionnaires à suivre leur charge de travail et à voir la liste d'usagers qui leur est assignée ;
- Gestion des ressources matérielles (GRM) : déploiement d'un système de gestion des ressources matérielles permettant maintenant à l'établissement de gérer de façon intégrée les ressources humaines, les ressources financières et les ressources matérielles ;
- Planification intégrée gestion des effectifs (PIGE) : déploiement d'un module applicatif, aux ressources humaines, afin de gérer de façon optimisée les remplacements et les horaires de travail du personnel ;
- Planification de main-d'œuvre (PMO) : déploiement d'un module applicatif, aux ressources humaines, afin d'effectuer une gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre ;
- Forêt régionale : révision de l'infrastructure du réseau informatique et migration de tous nos comptes informatiques dans un nouvel environnement pour les CSSS de la région de Montréal.

Sécurité informatique

Sensibilisation de l'ensemble des employés à la sécurité informatique et aux règles de bon usage des codes d'accès et des mots de passe.

Approvisionnement

- Coordination de l'ensemble des acquisitions nécessaires à la mise en place du centre de vaccination de masse (achats et location de meubles, équipements médicaux et fournitures) et à son réapprovisionnement. Présence en tout temps de l'équipe de l'approvisionnement sur place.
- Centralisation de l'ensemble des acquisitions et des contrats d'approvisionnement et de service du CSSS au sein de l'équipe de l'approvisionnement.
- Mise en place de la nouvelle structure de l'équipe de l'approvisionnement et nouvelle attribution des tâches.
- Création de gabarits de documents cadres pour les appels d'offres et les contrats.
- Informatisation de l'ensemble des réquisitions en biens et services vers le système informatisé de gestion des ressources matérielles pour en conserver l'historique et en faciliter le traitement par l'équipe des finances.
- Préparation et implantation du nouveau système de gestion des ressources matérielles (GRM).

Ressources techniques

Site Plaza

- Déménagement et installation des équipes de santé au travail et du PPALV (160 personnes).
- Nouvelle infrastructure téléphonique.

Site Côte-des-Neiges :

- Déménagement et installation des équipes de santé mentale, et accueil des nouveaux intervenants transférés des hôpitaux.
- Mise en place de l'équipe accueil centralisé (installation dans de nouveaux locaux et infrastructure téléphonique).
- Redéploiement du 4^e étage (regroupement et installation des équipes Enfance-Famille-Jeunesse, services psychosociaux généraux, JED, CAFE, DI-TED).

Site Métro

- Déménagement de la direction des soins infirmiers (DSI).
- Aménagement de la salle de formation informatique.

BILAN DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

PLAINTES

Constats de l'année 2009-2010 :

- Le personnel de la réception, de la prise de rendez-vous et de la réponse téléphonique a besoin de soutien pour être en mesure d'offrir les services qui répondent aux attentes de la clientèle et de l'établissement.
- L'accès aux services médicaux demeure difficile particulièrement lorsqu'un médecin quitte le CSSS et n'est pas remplacé. Les patients n'ont souvent pas d'autres choix que de venir consulter dans le cadre des cliniques sans rendez-vous, et d'être mis en attente jusqu'à ce qu'un autre médecin accepte de les prendre comme patients.
- L'inscription au guichet d'accès est une avenue pour trouver un médecin, mais encore là l'assignation est tributaire du nombre de médecins qui se portent volontaires pour recevoir les patients, aussi vulnérables soient-ils.
- Les limites budgétaires du programme de services réguliers du PPALV font en sorte que des personnes âgées vulnérables demeurent à domicile sans recevoir les services dont ils auraient besoin. Dans certains cas, les familles sont en mesure d'assurer la présence ou le coût des services complémentaires requis. Mais ce n'est pas le lot de l'ensemble de notre clientèle.
- L'usager et les proches aidants ont parfois de la difficulté à comprendre la répartition des responsabilités respectives des intervenants impliqués dans le plan d'intervention ou de services particulièrement lorsque l'usager reçoit des services de plus d'un établissement.

- Les auxiliaires de santé et de services sociaux en maintien à domicile font l'objet de quelques plaintes attribuables en partie aux retards, au défaut de se présenter ou de respecter l'horaire de travail ou d'accomplir les tâches qui leur sont assignées.

Bilan des plaintes

Le nombre de plaintes reçues par la commissaire locale aux plaintes a diminué de 15% par rapport à l'an dernier. Celui des plaintes traitées a diminué de 17%. Par ailleurs, il y avait 2.5 fois plus de plaintes en traitement au début de l'exercice et 1.6 fois plus de plaintes en traitement à la fin de l'exercice. Dans 50% des cas les plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours.

Bilan des plaintes traitées par la commissaire	2008-2009	2009-2010
Reçues en cours d'exercice	146	124
En examen au début de l'exercice	8	20
TOTAL	154	144
Conclues en cours d'exercice	134	111
En traitement à la fin de l'année financière	20	33

Le nombre de plaintes traitées par les médecins examinateurs a augmenté de 16 %. Dans 50% des cas les plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai prescrit.

Bilan des plaintes traitées par les médecins examinateurs	2008-2009	2009-2010
Reçues en cours d'exercice	7	6
En examen au début de l'exercice	2	1
TOTAL	9	7
En traitement à la fin de l'année financière	2	2

TOTAL des plaintes reçues par les deux instances	153	130
---	------------	------------

Le nombre d'interventions traitées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a augmenté de 500%. Cette augmentation résulte en majeure partie d'une répartition différente des plaintes en fonction de l'auteur de la plainte et plus conforme aux critères de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Bilan des interventions traitées par la commissaire	2008-2009	2009-2010
Reçues en cours d'exercice	7	42
En examen au début de l'exercice	0	3
Conclues en cours d'exercice	4	40
En traitement à la fin de l'année financière	3	5

Notons une diminution de 55% des demandes d'assistance traitées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Par ailleurs, les demandes d'assistance traitées dans le cadre de la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) ne sont pas comptabilisées ici.

Bilan des demandes d'assistance	2008-2009	2009-2010
Reçues, traitées et conclues en cours d'exercice	20	11
TOTAL	20	11



Principaux motifs justifiant une plainte ou une intervention

Les principales raisons qui ont amené les usagers, leurs représentants ou une tierce personne à déposer une plainte auprès de la commissaire sont les suivantes :

OBJETS DE PLAINTE OU D'INTERVENTION	Nombre	%
Accessibilité Réfère aux refus de soins ou de services, aux délais pour obtenir des rendez-vous, des soins et des services.	60	37
Soins et services dispensés Réfère à l'insuffisance de service ou de ressources, à l'absence de suivi, à la fin de service prématurée, à l'instabilité ou au mouvement du personnel.	32	20
Relations interpersonnelles Réfère au manque d'empathie, au manque de politesse du personnel à l'égard de la clientèle, aux attitudes non verbales inappropriées.	30	19
Droits particuliers Réfère au choix du professionnel, au droit à l'information sur les droits et recours, au consentement libre et éclairé, au refus de services offerts, au choix de l'établissement en hébergement.	27	17
Autres Réfère à l'organisation du milieu et aux ressources matérielles, à des aspects financiers.	11	7
TOTAL	160	100

L'accessibilité aux soins et services est passée du deuxième au premier rang avec une augmentation de 14% de plus d'objets de plainte ou d'intervention qu'en 2008-2009. Les soins et les services dispensés étaient la première raison qui amenait les usagers ou leurs représentants à porter plainte l'an dernier. Cette année, il se classe en deuxième position avec une diminution de 33% par rapport à l'an dernier. Avec une augmentation de 1%, les relations interpersonnelles représentent 19% des objets de plainte ou d'intervention cette année. Les droits des particuliers arrivent en quatrième place cette année et représentent 17% des objets de plainte ou d'intervention. Cela représente tout de même une augmentation de 14% par rapport à l'année dernière.

REMERCIEMENTS ET COMPLIMENTS

Le CSSS de la Montagne collige les remerciements et les compliments transmis par les usagers et leurs représentants et les reconnaît formellement. En effet, une copie de la lettre de remerciement ou de compliment est versée au dossier de l'employé visé. Le supérieur immédiat, le directeur ou la directrice du programme ou du service et le directeur général en sont informés.

Du 1^{er} avril au 31 mars, le nombre d'employés ayant reçu des remerciements et des compliments se chiffrait à **206** en 2008-2009 et à **149** en 2009-2010.

Les commentaires les plus fréquemment mentionnés par les usagers ou leurs représentants font référence à la compétence et à la qualité des soins lors de la dispensation des services, au soutien offert aux aidants naturels, au dévouement et à la disponibilité des intervenants.

Les 149 compliments reçus cette année se répartissent comme suit :

- direction des services généraux et spécifiques : 57
- direction du programme perte d'autonomie liée au vieillissement : 41
- direction du service régional Info-Santé : 39
- direction des services médicaux : 5
- autres : 7

RECOMMANDATIONS ET PRÉOCCUPATIONS

Certaines recommandations formulées l'an dernier devraient être reconduites pour une deuxième année. Ainsi, il nous faut :

- Poursuivre le travail amorcé auprès des professionnels dans le cadre de la formation sur l'intervention planifiée et concertée.
- Encourager les professionnels à discuter du plan d'intervention ou de services avec les usagers et les proches aidants, avec la possibilité d'en fournir une copie à l'usager. Permettre, ainsi aux usagers de mieux comprendre les rôles respectifs des différents intervenants et les limites du CSSS dans la dispensation des services.
- Soutenir les équipes de travail : réception, prise de rendez-vous et réponse téléphonique par différents moyens :
 - offrir de la formation continue au personnel pour l'habilitier à transiger avec les différentes clientèles qui sollicitent ou reçoivent les services du CSSS; (en cours)
 - s'assurer que les téléphonistes et les réceptionnistes sont au fait des orientations et des décisions lors de situations particulières telles que les campagnes de vaccination, etc.;
 - enregistrer les appels en vue de pouvoir les utiliser dans l'examen des plaintes et dans la formation du personnel;
 - rendre les horaires des cliniques de consultations médicales sans rendez-vous dans le site Internet;
 - revoir l'aménagement de la salle d'accueil du CLSC Métro, afin de donner la possibilité aux clients et aux réceptionnistes de se parler en toute confidentialité.
- Poursuivre le travail amorcé par la direction du PPALV-DP avec les agences privées en vue d'assurer la qualité des services d'aide à domicile.

CONCLUSION

Au cours des dernières années le total des plaintes, des interventions et des demandes d'assistance traitées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est passé de 90, à 135, à 146, à 162. Il s'agit d'un petit nombre si l'on tient compte du volume d'activités réalisées par le personnel du CSSS de la Montagne. Toutefois, chaque plainte nous fournit l'opportunité de réévaluer nos services à la clientèle et d'apporter des correctifs lorsque requis.

CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT (au 31 mars 2010)

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Mme Josée Bédard
M. Mostafa Ben Kirane
M. Perry Calce
M. John D'Andrea
Mme Jennifer Davos
Mme Marleen Dehertog
Mme Louise Gagné
Mme Nirvsihi Jawaheer
Mme Nicole Lacelle, *vice-présidente*
M. Roderick Macdonald
M. François Paulin
Dr Alan Pavlanis
Mme Nicole Poulin
M. Abul Lais Sher
M. Denis Sirois, *président*
M. Marc Sougavinski, *directeur général, secrétaire*
Dr Nicolas Steinmetz
M. Daniel Tougas, *trésorier*
Mme Claire Tremblay
M. Albert Wener
Dr Jean Zigby

COMITÉ DE VÉRIFICATION ET DE FINANCES

M. François Paulin
M. Denis Sirois
M. Daniel Tougas, *président*

Le *Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration du CSSS de la Montagne* assure l'intégrité de chaque administrateur, veille à ce qu'il agisse avec un souci constant du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et de services sociaux dans le meilleur intérêt du CSSS de la Montagne et l'oblige à dénoncer tout intérêt personnel pouvant interférer dans les décisions à titre d'administrateur.

Au cours de l'année 2009-2010, aucune plainte n'a été reçue ou aucun manquement n'a été signalé en vertu dudit code. Le code est à l'annexe B.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Dre Sylvie Boulet
Dr J. Paul Carroll, *secrétaire*
Dr Herbert Dobrinski
Dr Daniel Ince-Cushman, *vice-président*
Dr Vania Jimenez, *directrice des services professionnels*
Dr Loan Lam, *trésorière*
Dr Adela Stanciu
Dr Claudette Thomas
Dr Layla Younes, *présidente*
M. Marc Sougavinski, *directeur général*



Le rapport annuel 2009-2010 du CMDP sera déposé au conseil d'administration en septembre 2010.

LES FAITS SAILLANTS

- À la demande de l'Agence, constitution d'un sous-comité pandémie pour mettre en place un site non traditionnel afin d'y diriger la clientèle présentant des symptômes d'allure grippale en rapport avec la grippe A(H1N1). (2 juin 2009)
- Présentation du rapport annuel 2008-2009 du CMDP au conseil d'administration. (8 septembre 2009)
- Création d'un triumvirat qui a pour mandat d'agir comme autorité médicale spéciale dans l'application du plan local de contingence de la pandémie. (20 octobre 2009)
- Assemblée générale de novembre annulée en raison de la vaccination contre la grippe A(H1N1), reportée en janvier 2010. Élections des officiers du CMDP reportées. (Novembre 2009)
- Visite et inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec. Tous les sites ont été visités. (20 janvier 2010)
- Modification aux règlements de régie interne du CMDP. Demande de revenir aux anciens statuts du CMDP du fait que les officiers de l'exécutif ont des mandats d'un an. (20 janvier 2010)
- Présentation du processus de numérisation des dossiers (DPN) par le service des archives. (20 janvier 2010)
- À la demande de l'Agence, nomination de 2 médecins coordonnateurs chargés de trouver un médecin de famille à la clientèle vulnérable et orpheline du territoire. (24 février 2010)

Commentaires

- Satisfaction du degré de soutien du conseil d'administration du CSSS. Soulignons que le mandat du président du CMDP débute à l'automne, ce qui implique que le rapport annuel doit être préparé 6 mois après le début du mandat. Cela est un inconvénient mineur et ne vaut peut être pas la peine d'être corrigé.
- Tout comme l'an dernier, nous avons mis cette année l'accent sur l'autonomie des différents comités du CMDP. Le comité de formation médicale continue a développé un système d'attribution de fonds utilisés pour la formation continue selon les besoins de chaque site. Le comité de la qualité de l'acte médical a effectué l'harmonisation des formulaires médicaux d'une façon très efficace. Le comité des titres a mis à jour un formulaire pour la demande et le renouvellement des titres, un formulaire qui répond aux exigences du Collège des Médecins du Québec.
- Devant la pandémie du virus de la grippe A(H1N1), il a été nécessaire de former un nouveau comité pour planifier et gérer la création d'un site alternatif en cas de besoin. La première réunion a eu lieu le 10 juin 2009.
- Le comité de l'évaluation de la qualité de l'acte a bien collaboré avec les archivistes du CSSS de la Montagne dans l'harmonisation des dossiers. Les archivistes ont fait preuve d'initiative et de coopération dans l'identification et la gestion des défis à harmoniser les dossiers des 4 sites.
- Au mois de mai 2009, de nouvelles ordonnances collectives ont été approuvées par le comité de pharmacologie. Beau travail de collaboration de part et d'autre entre la direction des soins infirmiers et les médecins répondants du conseil.
- Les membres du CMDP proposent que le CSSS de la Montagne se conforme aux exigences du programme Initiative Amis des Bébés. Pour ce faire, les médecins doivent recevoir une formation spéciale sur l'allaitement maternel et les préparations lactées devront être éliminées au CSSS de la Montagne. Des sessions de formation ont été offertes aux CLSC de Parc-Extension, Métro et de Côte-des-Neiges, à l'automne 2009.

- Une attention particulière a été accordée à l'informatisation du dossier médical. Ce projet avait été présenté à l'assemblée générale du printemps 2009 et avait été appuyé par le CMDP malgré les nombreux défis en place. La transition au dossier médical électronique se fera en juin 2010.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

M. André Cyr
Mme Annabelle Gagné
Mme Ève Gauthier
Mme Marie-Josée Garcia, *présidente*
Mme Maha Ghozayel
M. Jean Lachance, *vice-président et secrétaire*
Mme Annick Simard, *responsable du travail social*
Mme Suzanne Walsh, *représentante du d.g.*
M. Marc Sougavinski, *directeur général*

LES FAITS SAILLANTS

- Le conseil multidisciplinaire compte **364** membres (20 mai 2010).
- Plus de soixante (60) membres ont participé à l'assemblée générale annuelle (AGA) du 29 novembre 2009 qui fut précédée d'une formation sur le thème de l'épuisement professionnel.
- Plus de trente (30) intervenants s'impliquent activement dans nos différents comités.
- Près de quarante (40) intervenants auront participé aux rencontres tenues sur 3 sites dans le cadre de la tournée des sites du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM).
- Le dîner lors de la semaine du travail social à laquelle étaient conviés tous les intervenants psychosociaux a attiré près d'une centaine d'intervenants.
- Les nutritionnistes du CSSS ont pris l'initiative, cette année encore, d'organiser plusieurs activités dans le cadre du mois de la nutrition.
- Le CM est membre de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ).

Comité exécutif

- Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) s'est réuni à dix (10) reprises (d'avril 2009 à mars 2010).
- Des élections à l'exécutif ont été tenues lors de l'AGA et tous les postes ont été pourvus.
- Deux (2) membres du comité exécutif ont assisté au colloque annuel de l'ACMQ à Lévis.
- Le renouvellement de notre candidature de conseiller au CA de la Commission multidisciplinaire régionale de Montréal a été réitéré.

Avis

Considérant notre mandat de faire des recommandations pour le maintien et l'amélioration de la qualité des services offerts dans l'établissement, nous avons produit des avis sur :

- le plan annuel de formation;
- le plan local de santé publique;
- le code blanc;
- le plan de ressources humaines;
- le Cadre de référence sur la pratique psychosociale au CSSS DLM;
- le Guide de conduite éthique.

Comités du CM

Comité sur le Cadre de référence de la pratique psychosociale

- Une tournée des sites a été effectuée pour recueillir les commentaires et les avis des travailleurs sociaux et des psychologues sur le nouveau cadre de référence.
- Le cadre de référence sera présenté au conseil d'administration du CSSS à la réunion de juin 2010 pour adoption.

Comité de la formation

- Cette année encore nous avons tenu une demi-journée professionnelle. Appréciation élevée des membres: contenu pertinent et partage fructueux d'information.
- La conception d'un Plan de formation individualisé (PFI).
- Le démarrage d'un projet pilote avec un groupe restreint : les nutritionnistes.

Comité sur le secret professionnel et la confidentialité

- Ce comité élabore un document d'information sous la forme de « Foire aux questions ». Les travaux sont en cours.

Comité communication

- Notre espace intranet s'enrichit régulièrement de documents : procès-verbaux, avis professionnels, photos d'activités, dépliant, rapports annuels, règlements généraux.
- Une boîte vocale virtuelle ainsi qu'une adresse Lotus Notes est aussi à la disposition des membres.
- Neuf (9) articles ont été publiés dans le Fil conducteur (journal interne du CSSS).

Comité de révision

- Ce comité révisé les règlements de régie interne du conseil multidisciplinaire.

Comité reconnaissance professionnelle

- En plus d'avoir diffusé les portraits de treize (13) de nos membres dans le Fil Conducteur, le comité a présenté quatre (4) portraits-vidéo d'intervenants lors de la tournée des sites 2010.

Comités externes et délégations

- Comité sur la gestion des risques : 1 représentant
- Conseil d'administration du CSSS : 2 représentants

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

Mme Josée Bédard

Mme Rena Bhasin

Mme Carmela Campanelli, *présidente*

Mme Barbara Dorion

Mme Lucile Dufour, *directrice des soins infirmiers*

Mme Marylen Fortin

Mme Karen MacDonald, *secrétaire*

Mme Ninette Moïse

Mme Marcelle Raymond, *vice-présidente*

M. Marc Sougavinski, *directeur général*

Au cours de l'année 2009-2010, le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) a tenu une assemblée générale, le 12 mai 2009, et s'est réuni à sept (7) reprises.

LES FAITS SAILLANTS

- Présentations du Guichet unique en santé mentale au CSSS, du projet de programme de préceptorat pour le personnel et du Plan annuel de formation 2009-2010 du CSSS.
- Suivi des dossiers d'établissement : agrément et numérisation des dossiers.
- Le CECII souhaite une visibilité accrue pour le CII et entend publier un article relatif à ses activités ou à la pratique infirmière dans chaque parution du Fil conducteur. Le CECII a participé aux 2 derniers numéros.
- Les ordres du jour chargés ont forcé le report des dossiers à prioriser. Le prochain CECII devra établir ses propres priorités. Des préoccupations concernant le préceptorat/mentorat, la pratique infirmière en santé mentale et les besoins de formation à cet égard, l'organisation du travail et l'intégration des infirmières auxiliaires ont été soulevées plus particulièrement.
- Les documents ayant fait l'objet des travaux de même que les comptes rendus des rencontres sont disponibles dans l'intranet.
- Les disponibilités limitées des membres ont justifié l'orientation de ne pas créer de sous-comités. Toutefois, malgré l'absence de sous-comités, les travaux du CECII ont constamment été orientés vers la qualité et la sécurité de l'acte infirmier.

Activités du CECII

- IVe Congrès du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), sous le thème *Le savoir infirmier, promoteur du développement humain* (juin 2009).
- Congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (octobre 2009).
- Colloque des CII, sous le thème Collaboration infirmière/médecin, Nouveaux horizons (mai 2010).
- Comité de gestion des risques.
- Conseil d'administration : à la suite de la démission de la représentante du CII au conseil d'administration du CSSS, le CECII a recommandé une cooptation réalisée en mars 2010.

Avis et consultations

- Les règles de soins suivantes ont été commentées et approuvées par le CECII :
 - dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
 - activités d'exception pouvant être confiées par l'établissement à des non-professionnels;
 - surveillance clinique des clients sous opiacés.
- Un avis a été déposé au conseil d'administration du CSSS réitérant l'importance d'assurer la qualité des soins dans le cadre des protocoles d'entente avec les résidences privées pour personnes âgées du territoire, protocoles par lesquels le PPALV s'engage à assurer l'enseignement, la certification et la supervision des activités d'exception auprès du personnel non professionnel. Le CECII a insisté sur la nécessité de bien informer et préparer les infirmières devant assumer ce nouveau rôle et sur l'utilisation optimale du PTI comme outil de communication.
- Concernant le modèle conceptuel, la recommandation suivante a été adoptée : *Attendu que la majorité des infirmières du CSSS de la Montagne utilisent le Modèle conceptuel McGill, le CECII propose que ce modèle soit considéré comme étant celui sur lequel s'appuie la pratique infirmière au CSSS de la Montagne.*
- Le CECII a été sollicité pour donner son avis sur :
 - le projet de programme de préceptorat;
 - le Guide de conduite éthique;
 - le document sur l'intégration des infirmières auxiliaires au PPALV-DP;
 - le Programme de développement des ressources humaines (PDRH) du CSSS.

CONSEIL DES AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES ET DU PERSONNEL DE SOUTIEN (CAFSPAS)

Mme Kettely Bois, *présidente*

M. Patrick Latendresse, *vice-président*

Mme Anna Morales

Mme Stella Skagos

Mme Cathy Zervoudis, *représentante du d.g.*

M. Marc Sougavinski, *directeur général*

LES FAITS SAILLANTS

Lors de ce mandat 2009-2010, le nouveau comité exécutif (CE) du CAFSPAS élu à l'automne 2009 s'est réuni régulièrement malgré une pénurie de membres à l'exécutif. Encore aujourd'hui deux places sur six sont vacantes. Aussi le défi du CE fut d'autant plus grand que la majorité des membres élus étaient de nouveaux membres.

Un de nos objectifs a été de faire connaître le CAFSPAS, son rôle et ses responsabilités, aux membres du personnel. Ainsi, des articles informatifs ont été écrits dans le Fil Conducteur dans le but de présenter ledit comité et ses membres. Un café CAFSPAS a été organisé au CLSC Métro afin de promouvoir une fois de plus notre comité. Cela fut un succès. Nous avons essayé par contre lors de ce café CAFSPAS de recruter de nouveaux membres, mais malheureusement sans succès et ce jusqu'à présent.

Pendant cette année, nos membres ont eu à faire face à plusieurs grands défis :

- La vaccination contre la grippe A(H1N1) fut un franc succès et nos membres ont fait preuve de beaucoup de professionnalisme, de soutien et surtout de disponibilité;
- L'adoption de l'horaire de fin de semaine des auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS) n'a pas été facile surtout pour ceux et celles qui comptent plusieurs années de service. Néanmoins, le service à la clientèle n'a pas été affecté malgré le mécontentement.
- Nos membres travaillent d'arrache-pied à l'implantation de la numérisation des dossiers (DPN).
- Des suggestions ont été apportées à la direction du PPAALV concernant le port d'un badge avec le logo du CSSS. Suggestion qui a été déclinée avec de bons arguments.
- Le comité de soins d'hygiène a déposé son rapport aux cadres du PPAALV. Une rencontre est prévue pour un suivi des recommandations proposées par le comité.
- Nous avons porté également à l'attention du comité de santé et sécurité au travail, le problème de la qualité de l'air à Parc-Extension.
- La journée de reconnaissance des ASSS le jeudi 15 avril 2010 et de celle des employés de soutien le jeudi 20 mai 2010 ont été de francs succès.

CONSEIL DES SAGES-FEMMES

Mme Marleen Dehertog, *responsable sage-femme*

Mme Isabelle Gascon, *vice-présidente*

Mme Micheline Leduc, *présidente*

Mme Karine Vallée-Pouliot, *secrétaire*

M. Marc Sougavinski, *directeur général*

Le rapport annuel du conseil des sages-femmes est en même temps un outil et un miroir pour témoigner du travail accompli par notre équipe tant à la Maison de naissance qu'à La Maison Bleue. L'équipe des sages-femmes de la Maison de naissance Côte-des-Neiges offre des soins et des services sécuritaires et de haute qualité à une population à faible risque qui désire un suivi de grossesse et un accouchement dans un cadre qui répond le plus adéquatement possible à ses besoins. Par contre, la sage-femme de La Maison Bleue (GMF) travaille dans un

contexte d'intradisciplinarité auprès d'une clientèle vulnérable. Le travail d'équipe permet d'offrir à ces femmes les mêmes choix de lieu de naissance qu'aux femmes de la maison de naissance et ce, en tenant compte de leurs besoins et de leurs spécificités dus à leur contexte de vulnérabilité.

LES FAITS SAILLANTS

Une plainte d'une usagère a été adressée au conseil des sages-femmes par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services concernant la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement. À la suite de l'étude de ce cas, plusieurs recommandations générales ont été émises aux sages-femmes de l'équipe. De plus, une lettre de recommandations spécifiques a été transmise au département de pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) dans le but d'améliorer la formation des urgences obstétricales et l'enseignement de la tenue de dossiers auprès des étudiantes. La plaignante a été satisfaite des mesures prises.

Selon les directives de l'Ordre des sages-femmes, toutes les sages-femmes ont assisté aux pratiques internes des urgences obstétricales et de la réanimation néonatale et adulte, tout au long de l'année.

Le mentorat des nouvelles sages-femmes avec une coéquipière expérimentée a été instauré pour faciliter l'intégration dans la pratique et dans l'équipe. Autant la clientèle que l'équipe semblent satisfaites de cette pratique de jumelage.

L'intégration des sages-femmes de la Maison de naissance au programme Ampro (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) mis sur pied à l'Hôpital général juif a débuté en janvier 2010. Il s'agit d'un programme provincial qui s'étalera sur les trois prochaines années.

Le comité périnatal, sous-comité du CSF, a tenu 28 réunions. Ce comité a pour objectif d'établir des conduites à suivre lors de situations particulières concernant l'admissibilité aux soins sages-femmes et les soins offerts en pré, per et postnatal. Au total, 154 cas ont été analysés.

- Le comité périnatal a émis des directives concernant le contenu du cours d'allaitement pour mieux préparer les parents au post-partum.
- Le comité a émis des directives concernant la pandémie A(H1N1) et a fait un suivi durant toute la période de vaccination.
- Le comité a créé un aide-mémoire pour le suivi de grossesse qui peut être utilisé à la discrétion de chacune des sages-femmes.
- Le comité a créé le document « les premiers jours suite à une césarienne » qui sera remis à chacune des clientes qui accouchent par césarienne.

Recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés

- Une sage-femme de la maison de naissance fait partie de l'équipe de La Maison Bleue depuis novembre 2007. Elle contribue aux services offerts à la clientèle particulière de ce projet. À la suite du succès de ce projet, un avis favorable a été émis pour développer une initiative semblable dans le territoire de Parc-Extension avec la participation d'une sage-femme.
- Statistiques de la clientèle de la Maison de naissance Côte-des-Neiges :

	Nombre	%
Suivis complétés	269	
Transferts prénatals	25	9,3
Début du travail avec sage-femme	244	100
Transferts pernatals	49	20,1

Naissances à la Maison de naissance	158	64,8
Naissance à la maison	28	11,5
Naissance en CH avec sage-femme	9	3,6
Transfert postnatal mère	6	
Transferts bébés	6	
Total accouché avec sage-femme	195	79,9

Sur 1 437 appels reçus, seulement 438 ont pu être acceptés. Les demandes sont en hausse de 10%, mais l'offre de service n'ayant pas augmentée nous n'avons pu répondre qu'à 30% des demandes.

- Statistiques de La Maison Bleue

La sage-femme a participé à 1 063 interventions, dont 1 010 interventions individuelles (consultations prénatales et postnatales) et 53 interventions de groupe (cours prénataux, enseignement, rencontres postnatales, etc.).

Douze (12) femmes étaient inscrites pour accoucher avec la sage-femme de La Maison Bleue et la sage-femme de la Maison de naissance. Pour cinq (5) de ces femmes, un plan de soins alternatif a dû être élaboré en cas de non-disponibilité de la sage-femme. Ce plan prévoyait que la femme accouche avec le médecin de garde en centre hospitalier. Sept (7) femmes ont accouché en présence de deux (2) sages-femmes soit en maison de naissance ou en centre hospitalier. Conséquemment à la non-obtention d'un budget pour intégrer une coéquipière fixe dans le suivi de cette clientèle, l'arrimage organisationnel reste un grand défi.

Recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme

Cette année, il y a eu du roulement de personnel au sein de l'équipe sage-femme. Des recommandations ont été émises :

- 5 nouveaux contrats à temps partiel occasionnel ont été signés puis approuvés après avis favorable du comité de sélection;
- 3 congés sans solde d'un an ont été proposés et approuvés;
- 3 résiliations de contrat ont été proposées et approuvées;
- 3 prolongations de contrat à temps partiel occasionnel ont été proposées et approuvées;
- 1 contrat à temps partiel régulier a été proposé et approuvé;

Recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme

- Une vérification de l'inscription de chacune des membres de l'équipe au tableau de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) a été effectuée par la responsable des services sage-femme.
- Les formations obligatoires exigées par l'OSFQ ont été suivies par 11 sages-femmes avec succès.

Autres fonctions confiées par le conseil d'administration

- Une sage-femme siège au comité de gestion des risques et de la qualité du CSSS de la Montagne.
- Une sage-femme siège au comité de vigilance du CSSS de la Montagne.
- Une sage-femme siège au conseil d'administration du CSSS de la Montagne.
- 2 sages-femmes participent au groupe de travail d'Agrément Canada.

COMITÉ DES USAGERS


Mme. Rhéa Délisle-Ferland, *secrétaire*

Mme Giuliana Fumagalli

M. Abd-El-Kader Khemili, *président*

Mme Martha Negede

Mme Maria Soto



Mme Françoise Taub, *vice-présidente*
Mme Patience Yowa Kalala
M. James Wong
M. Marc Sougavinski, *directeur général*
Mme Andrée Sévigny, commissaire aux plaintes et à la qualité par intérim

LES FAITS SAILLANTS

Activités du comité

Le dépliant bilingue traitant du rôle du comité des usagers, de leurs droits et responsabilités, des recours lorsque l'utilisateur veut porter plainte a été finalisé en cours d'année. Il a été intégré dans l'agenda et distribué à l'ensemble des employés du CSSS de la Montagne. Il est maintenant disponible dans les salles d'attente des différents points de service du CSSS.

Madame Françoise Taub a assisté à l'assemblée générale du Regroupement provincial des comités des usagers tenue le 4 juin 2009 à l'Hôtel le Montagne de Boucherville.

Dans le but de susciter des candidatures lors des élections de septembre 2009, madame Giuliana Fumagalli a rédigé un témoignage sur son expérience au sein du comité des usagers, publié dans différents journaux de quartier lors de l'appel de mise en candidature.

À la suite des élections du mois de septembre 2009, le comité a accueilli cinq nouveaux membres, et s'est doté d'un nouvel exécutif. Au cours de la dernière année, le comité s'est réuni à trois reprises, soit le 19 mai 2009 et les 11 janvier et 23 mars 2010. Lors de la réunion du mois de mars, monsieur Marc Sougavinski a fait une présentation du CSSS de la Montagne, incluant notamment de l'information concernant le conseil d'administration, les comités relevant du conseil d'administration, les directions et les services à la clientèle, les liens avec les partenaires, les caractéristiques de la population à desservir et les principaux enjeux.

Les membres du comité ont rencontré madame Josée Peat, conseillère à la direction de la qualité et gestionnaire de risques, qui leur a présenté la démarche d'agrément et les résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle. Madame Peat a également rencontré les membres au sujet du comité de gestion des risques. Monsieur Abd-El-Kader Khemili a été nommé comme représentant du comité des usagers au sein de ce comité.

Le comité a renouvelé son adhésion au Conseil pour la protection des malades. Le comité a pris entente avec le Regroupement provincial des comités des usagers pour recevoir une formation sur le rôle et les responsabilités des membres d'un comité des usagers. Cette formation sera offerte au CSSS de la Montagne au mois de juin 2010.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

D^r Eugene Bereza
Mme Isabelle Brabant
M. Charles-Aimé Courcelles/ M. Hugues Laforce
Mme Kettely Bois
M. Christian Samoïsette
Mme Lucile Dufour
Mme Marilyn Mahone/Josée Bédard
Mme Josée Peat
Mme Suzanne Walsh
M. Abd-El-Kader Khemili
Mme Nathalie Chicoine (personne ressource)

LES FAITS SAILLANTS

- Le comité de gestion des risques a tenu 3 réunions entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010.
- On dénombre **140** évènements déclarés cette année comparativement à **94** pour l'année 2008-2009. Cette augmentation ne signifie pas nécessairement qu'un nombre accru d'évènements indésirables soient survenus; elle constitue fort probablement le résultat de la sensibilisation réalisée auprès du personnel quant à l'importance de déclarer les évènements indésirables ou à risque.

Constats

Pour l'ensemble du CSSS, les erreurs de médicament/vaccin (incluant également les erreurs de traitement et les tests diagnostiques) et les chutes représentent 70% des déclarations d'évènements.

- Médication/vaccin : 68/140 pour un pourcentage de 49%
- Chutes : 30/140 pour un pourcentage de 21%. Les chutes sont majoritairement répertoriées dans les milieux Ressources intermédiaires (RI) et Ressources non institutionnelles (RNI) où les professionnels du CSSS interviennent.

À la lumière de cette information, ces deux types de risque sont identifiés comme prioritaires pour le CSSS, principalement en raison de leur fréquence. Peu de conséquences significatives sont constatées jusqu'à présent, mais des mesures sont prises pour éviter la réalisation de ces risques et en diminuer la récurrence.

Améliorations

Les améliorations apportées et les mesures prises sont :

Médication/vaccin :

- Note de service à toutes les infirmières par la direction des soins infirmiers (DSI) quant aux consignes de prélèvements.
- Rappels individuels et d'équipes de professionnels quant aux sujets suivants : vérification de l'identification des tubes avant l'envoi au laboratoire des centres hospitaliers, révision des consignes contenus au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), vérification au carnet de vaccination et au logiciel de vaccination avant d'administrer les vaccins.
- Développement d'un outil permettant la compilation et l'analyse des accidents liés à l'administration de la médication par les auxiliaires familiales (dans le cadre de l'application de la Loi 90).
- Instaurer la double identification obligatoire dans tous les cas d'administration de médication, de vaccin ou de prélèvement effectué.

Chutes :

- Consignes données au personnel (préposées aux bénéficiaires) quant à s'assurer que la cloche soit en tout temps à la portée des usagers qui désirent se lever du lit.
- Consignes données aux usagers d'utiliser la marchette en tout temps et de demander de l'aide pour se lever du lit.

Recommandations

Pour l'année 2009-2010, le comité de gestion des risques a fait les recommandations suivantes :

- que des moyens soient mis en œuvre afin de s'assurer que les incidents et les accidents soient déclarés selon les procédures en vigueur au CSSS;
- que le CSSS veille à l'atteinte du niveau de conformité attendu quant aux pratiques organisationnelles requises (POR) touchant la sécurité des usagers, tel que défini par Agrément Canada;
- consolider la pratique consistant à documenter sur les formulaires de déclaration d'Incidents/accidents, les suivis réalisés quant aux différents évènements déclarés.

De nouvelles politiques et procédures ont également été adoptées et diffusées dans l'organisation afin de soutenir la déclaration des évènements indésirables pouvant survenir dans le cadre des activités du CSSS.

Plan d'action

Outre son rôle défini par la Loi, le comité de gestion des risques s'est donné les objectifs suivants :

- Veiller à l'atteinte du niveau de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) reliées à la culture de sécurité, à savoir :
 - soumettre des rapports trimestriels au conseil d'administration;
 - veiller à l'adoption de la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique;
 - revoir les mécanismes de déclaration des événements indésirables;
 - veiller à l'élaboration du plan de sécurité du CSSS;
 - veiller à la réalisation d'une analyse prospective.
- S'assurer que le comité reçoive l'information requise de la part des comités partenaires (comités de prévention des infections, des mesures d'urgence, comité de vigilance, etc.) concernant les situations pouvant poser un risque pour la sécurité des usagers.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M. Mostafa Ben Kirane

Mme Louise Gagné

M. Marc Sougavinski, *directeur général*

Mme Andrée Sévigny

Mme Marlene Dehertog

Mme Suzanne Walsh (personne-ressource)

Rapport au conseil d'administration du Centre de la santé et des services sociaux de la Montagne, concernant les activités du comité de vigilance et de la qualité depuis sa création, le 9 mai 2007.

LES FAITS SAILLANTS

Le comité a tenu, depuis sa création, six (6) réunions. Lors des réunions, un rapport d'étape est utilisé pour faire le suivi des recommandations des diverses instances : principales décisions internes ainsi que diverses actions menées pour leur donner suite.

La présidente a participé à deux comités de travail avec des responsables de la direction de la qualité et de la gestion des risques, en présence de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le travail du comité a été amorcé alors que le CSSS de la Montagne préparait le bilan 2007-2009 de l'amélioration de la qualité afin de donner suite aux recommandations du Conseil québécois de l'agrément. Plus récemment, le comité a pris connaissance du suivi accordé aux recommandations d'Agrément Canada, formulées au début de 2010.

La présidente du comité a participé à un atelier sur « la portée du rôle du comité de vigilance et de la qualité pour les membres du conseil d'administration », dans le cadre du précongrès de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) le 24 avril 2008. Un rapport verbal de cette participation a été livré au conseil d'administration suivant.

En dehors des réunions, les membres ont fait une lecture attentive des rapports de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et de la conseillère de la qualité et gestionnaire des risques ainsi que des procès-verbaux des divers conseils professionnels comportant des recommandations de ces instances. Le suivi de ces recommandations a permis de soulever certaines questions relatives à la qualité des services. Des réponses satisfaisantes ont été apportées par le directeur général ou les personnes-ressources présentes lors de ces délibérations.

Enfin, la présidente et le secrétaire du comité ont été présents lors de rencontres en février 2010, respectivement à la séance d'introduction et à la séance de synthèse avec les visiteurs d'Agrément Canada. La présidente a assisté à deux activités du personnel : un atelier portant sur « la religion dans des situations concrètes d'intervention » et une rencontre avec les professionnels de la santé qui se sont rendus en Haïti, à la suite du séisme de 2010.

Il est prévu que le comité rencontre un gestionnaire du PPALV afin d'analyser le lien entre ce programme et les agences privées, pour s'assurer du suivi des décisions de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services en cette matière. Par ailleurs, la conseillère de la qualité et gestionnaire des risques assure un lien fonctionnel avec le comité de la gestion des risques, en participant à titre de personne-ressource au comité de vigilance et de la qualité. De plus, les préoccupations du comité des usagers en matière de la qualité devraient être reflétées par son représentant, présent aux réunions du comité de vigilance et de la qualité.

Recommandations

Au terme de ces trois années de fonctionnement, les membres du comité de vigilance et de la qualité constatent un suivi étroit des décisions du conseil d'administration, des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et de la qualité des services ainsi que des recommandations de la conseillère de la qualité et gestionnaire du comité des risques, de même que des questions discutées par plusieurs conseils professionnels. Afin d'assurer une vigilance de la qualité des services rendus à la population, le comité a obtenu une collaboration ouverte et transparente de la part de la directrice de la qualité et de son équipe.

Le comité de vigilance et de la qualité présente deux recommandations au conseil d'administration :

1. Il est prévu que trois administrateurs du conseil d'administration soient membres du comité de vigilance et de la qualité « parmi ceux de ses membres qui ne travaillent pas pour l'établissement ou n'exercent pas leur profession dans l'un des centres exploités par l'établissement. En outre, l'une de ces trois (3) personnes choisies par le conseil d'administration doit être l'une des personnes désignées par le comité des usagers pour siéger au sein du conseil d'administration ». Aussi nous souhaitons que lorsqu'un ou des membres du comité des usagers siègent au conseil d'administration, l'un deux soit désigné pour joindre le comité de vigilance et de la qualité, en remplacement du membre qui est à l'emploi du CSSS de la Montagne que nous remercions bien chaleureusement.
2. Afin de rassurer la population quant à la qualité des services rendus au CSSS de la Montagne, on devrait communiquer certains résultats positifs tels que cités dans le rapport de l'Agrément : par exemple, le personnel offre des services sécuritaires.

CONSEIL DE L'ENSEIGNEMENT

Mme Jeanne-Marie Alexandre
Dre Vania Jimenez
M. John D'Andrea
Mme Ora Alberton
M. Marc Sougavinski, *directeur général*
Dr Nicholas Steinmetz
Mme Suzanne Walsh
Mme Spyridoula Xenocostas

À nommer : des représentants des programmes, des représentants du CMDP, du CASFPAS et du conseil des sages-femmes du CSSS et un représentant de chacune des universités avec lesquelles l'établissement est affilié (McGill, Université de Montréal et UQÀM)

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Mme Javiera Arroyo
Mme Josette Guimont
Mme Claire Infante-Rivard
Mme Nancy Sainte-Croix
Dr Cécile Rousseau
Mme Catherine Montgomery
Dr Vania Jimenez
M. Jean Renaud
M. Jacques Rhéaume
M. Abul Lais Sher
M. Denis Sirois
M. Marc Sougavinski, *directeur général*
Mme Suzanne Walsh
Mme Spyridoula Xenocostas

COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

M. Mostafa Ben Kirane
M. Perry Calce, *substitut*
Mme Nicole Poulin
Dr Nicolas Steinmetz

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Dr Eugene Bereza
Madame Jasmine Chouarki (*membre suppléant*)
M. Charles-Aimé Courcelles (*a quitté 2009-08-31*)
M^e Marie Hirtle, présidente
M^e Sébastien Lormeau (*membre suppléant*)
M^e Brigitte Pâquet (*nouveau membre suppléant 2009-09-15*)
Mme Mathilde Renaud
Dr Ellen Rosenberg, *vice-présidente (présidente par intérim de sept.09 à févr. 10)*
Madame Anne Salomon
Mme Norma Santoro
Mme Louise Tremblay, (*vice-présidente par intérim de sept.09 à févr. 10*)





ANNEXE A

Résultats et bilan du fonds d'exploitation de l'établissement

Fonds d'exploitation - activités principales

exercice terminé le 31 mars 2011

RÉSULTATS - SOMMAIRE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS PRINCIPALES			
REVENUS			
Agence et MSSS.....	01	80,245,150	75,415,351
Usagers.....	02	363,807	344,800
Ventes de services.....	03		
Recouvrements.....	04	430,034	444,333
Donations.....	05		
Subvention du Gouvernement fédéral.....	06		
Autres revenus.....	07	77,089	146,119
Total (L.01 à L.07).....	08	81,116,088	76,350,603
.....	09	XXXX	XXXX
.....	10	XXXX	XXXX
.....	11	XXXX	XXXX
CHARGES			
Salaires.....	12	45,413,355	42,455,982
Avantages sociaux.....	13	10,313,918	8,992,000
Charges sociales.....	14	4,949,447	4,505,600
Médicaments.....	15		
Produits sanguins.....	16		
Fournitures médicales et chirurgicales.....	17	817,919	675,427
Denrées alimentaires.....	18		
Créances douteuses.....	19		
Variation provision pour vacances et congés maladie.....	20	XXXX	168,331
.....	21	XXXX	XXXX
.....	22	XXXX	XXXX
.....	23	XXXX	XXXX
.....	24	XXXX	XXXX
Autres charges:			
Intérêts sur emprunts.....	25		
Entretien et réparations.....	26	270,379	137,468
Autres dépenses.....	27	19,401,952	17,282,782
TOTAL (L.12 à L.27).....	28	81,166,970	74,217,590
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 - L.28).....			
	29	(50,882)	2,133,013

À titre informatif seulement:

CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS:			
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds.....	30	50,882	
Affectées au fonds d'immobilisations - projets autofinancés.....	31		
Affectées au fonds d'immobilisations - autres.....	32		883,297
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS (L.29+L.30-L.31-L.32).....			
	33	0	1,249,716

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2010

BILAN

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
ACTIF			
A COURT TERME			
Encaisse.....	01	3,132,539	5,015,680
Placements temporaires.....	02		
Débiteur-Agence et MSSS.....	03	2,415,657	3,178,960
Autres débiteurs.....	04	856,570	775,336
Charges payées d'avance.....	05	693,344	235,331
Stocks.....	06	29,852	29,339
Créances interétablissements (préciser).....	07		
Créances interfonds.....	08	2,111,205	1,700,324
Autres éléments.....	09	1,800	516
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09).....	10	9,240,967	11,735,486
SUBVENTION À RECEVOIR-RÉFORME COMPTABLE.....	11	5,420,256	5,452,007
PLACEMENTS A LONG TERME.....	12		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....	13	115,322	131,993
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.13).....	14	14,776,545	17,319,486
PASSIF			
A COURT TERME			
Découvert de banque.....	15		
Emprunts temporaires.....	16		
Créditeur - Agence et MSSS.....	17		
Autres créditeurs.....	18	13,357,845	12,770,913
Intérêts courus à payer.....	19		
Dettes interétablissements (préciser).....	20		
Dettes interfonds.....	21		
Revenus reportés - activités principales.....	22	531,409	1,966,293
Revenus reportés - activités accessoires.....	23	202,327	514,653
Autres éléments (préciser).....	24		
Total du passif à court terme (L.15 à L.24).....	25	14,091,581	15,251,859
A LONG TERME			
DETTES À LONG TERME.....	26		
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF.....	27	189,276	116,733
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.26 + L.27).....	28	14,280,857	15,368,592
SOLDE DE FONDS.....	29	495,688	1,950,894
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29).....	30	14,776,545	17,319,486

ANNEXE B

Code d'éthique et de déontologie

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION¹ DU CSSS DE LA MONTAGNE

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour préserver, renforcer ou rétablir ce lien de confiance avec la population et pour garantir à cette dernière une gestion intègre des fonds publics.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est essentiel de rassembler dans le présent Code d'éthique et de déontologie les principales lignes directrices auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

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 se présente d'abord comme un instrument de référence auquel s'ajoute une fonction de régulation.

Notamment, il traite:

- des devoirs et obligations de l'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions et après la fin de son mandat;
- de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- des mesures de prévention permettant de réduire les occasions de manquement à la loi et au présent Code;
- des pratiques reliées à la rémunération de l'administrateur;
- des mécanismes d'application du présent Code;
- de la diffusion du présent 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. Il 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.

En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants doivent être appliqués.

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

DÉFINITIONS

3. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent:

a) **administrateur** désigne un membre du conseil 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) **intérêt direct** désigne l'intérêt grâce auquel l'administrateur récolte lui-même les avantages découlant d'une décision prise ou à prendre par le conseil;

e) **intérêt indirect** désigne l'intérêt grâce auquel un des proches de l'administrateur récolte les avantages découlant d'une décision prise ou à prendre par le conseil;

f) **proche** désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la soeur de l'administrateur. Cette notion inclut également le conjoint légal ou de fait et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

¹ Afin d'alléger le texte du présent Code, l'expression "conseil d'administration" est ci-après désignée par le terme "conseil".

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

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

* Agit dans les limites de ses pouvoirs

À cette fin, l'administrateur:

4. Doit respecter la loi, l'acte constitutif de l'établissement et les règlements.

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

À cette fin, l'administrateur:

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il valorise, notamment, l'autonomie des personnes et leur dignité.

6. Est sensible à l'importance de préserver la toile d'attachement qui lie la personne au monde dans lequel elle vit.

7. Favorise l'auto-prise en charge (*empowerment*) des personnes et des communautés.

8. Favorise une approche holiste, multidisciplinaire, intersectorielle, communautaire et préventive.

9. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des soins et services dispensés. Ces derniers doivent ainsi être personnalisés et adaptés aux besoins et à la situation de vie unique de chaque personne. Ils doivent, de plus, être empreints de professionnalisme et d'humanisme, c'est-à-dire d'empathie, d'ouverture, d'écoute, de chaleur, de respect de la différence et de tolérance.

10. S'assure de l'utilisation économique et efficace des ressources humaines, matérielles et financières. Une telle utilisation se veut empreinte de rigueur, de flexibilité et de créativité. Sont ainsi favorisés la capacité d'invention et d'initiative, l'esprit critique et la capacité d'apprentissage des intervenants, le principe de la recherche de l'impact le plus important sur l'état de santé et de bien-être de la population, le développement, la mise à jour et l'approfondissement des compétences des intervenants, le partage de l'expertise entre intervenants de différentes disciplines et entre programmes.

11. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines. Il favorise ainsi l'avancement des connaissances et leur

diffusion, le développement d'attitudes compatibles avec le respect des différences et des compétences, la collaboration entre les personnes, les équipes de travail et les professions, la souplesse et la capacité d'invention des personnes à se donner des règles de jeu.

* Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

À cette fin, l'administrateur:

Disponibilité et participation active

12. Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil.

Soin et compétence

13. 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.

14. Se dissocie de tout acte illégal ou frauduleux.

Surveillance et contrôle

15. Choisit bien ses officiers et dirigeants et, en cas de suspicion seulement, les surveille et exerce un contrôle.

16. Reçoit copie de tous les procès-verbaux et les fait corriger, si nécessaire.

Neutralité

17. 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

18. 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.

19. Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

20. 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.

21. 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.

22. 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:

23. 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.

24. 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.

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

25. L'administrateur autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son 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 entreprise dont les actions se transigent dans une bourse reconnue et dont il ne constitue pas un initié au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., chapitre V-1.1), ne constitue pas un conflit d'intérêts.

Biens de l'établissement

26. 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

27. 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.

28. 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 l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

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

Transparence

30. Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil 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

31. S'abstient, sauf s'il s'agit du directeur général ou d'un cadre supérieur, d'intervenir de façon indue dans le processus d'embauche du personnel.

32. S'abstient, sauf s'il s'agit du directeur général ou d'un cadre supérieur, d'intervenir de façon indue dans le fonctionnement interne de l'établissement.

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

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

Le directeur général et les conflits d'intérêts

35. 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, il en dispose dans le délai fixé par celui-ci.

36. Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout 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. L'omission de compléter cette déclaration prive le directeur général du droit de siéger au conseil tant qu'il ne remédie pas à son défaut.

37. Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

Exclusivité de fonctions du directeur général

38. 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.

Le directeur général et les avantages ou bénéfices indus

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

L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT:

* Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté
--

À cette fin, l'administrateur:

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

41. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

42. 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.

43. Ne fait pas usage de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue au cours de son mandat comme administrateur.

44. Évite de ternir la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Introduction d'une demande d'examen

45. Toute allégation 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, si cette allégation le concerne, 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, de sa propre initiative, toute situation de manquement aux règles d'éthique et de déontologie prévues par la loi ou par le présent Code, de la part d'un administrateur.

Examen sommaire

46. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité, ou un autre membre du comité si l'allégation le concerne, 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

47. 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.

Avis à l'administrateur concerné

48. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer par écrit l'administrateur des manquements qui lui sont reprochés en lui indiquant les dispositions applicables de la loi ou du présent Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, d'être accompagné de son représentant, de faire témoigner toute personne et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au conseil

49. Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code, il transmet au conseil un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

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

Sanctions

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

Remise de l'avantage reçu

52. L'administrateur qui a reçu un avantage pécunier suite à un manquement à la loi ou au présent Code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage pécunier reçu.

DIFFUSION

Accessibilité du présent Code

53. L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

Contenu obligatoire du rapport annuel

54. Le rapport annuel doit, en outre, faire état du nombre de cas traités par le comité, de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité, des décisions du comité, des sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

ENGAGEMENTS

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

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

De plus, tout responsable de l'application du présent Code doit produire, dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe II du présent Code

LEXIQUE

ACFAS	Association francophone pour le savoir
ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec
AEO	Accueil Évaluation Orientation
AMT	Agence métropolitaine de transport
APTS	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
AQAADI	Association québécoise des avocats et avocates en droit de l'immigration
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
CA	Conseil d'administration
CAFE	Crise Adolescent Famille Enfance
CAFSPAS	Conseil des auxiliaires familiales et sociales et du personnel auxiliaire et de soutien
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAU	Centre affilié universitaire
CDA	Centre de dépistage anonyme
CDN	Côte-des-Neiges
CEPSUM	Centre d'éducation physique et de sport de l'Université de Montréal
CER	Comité d'éthique de la recherche
CES	Centre d'éducation pour la santé
CGC	Comité de gestion et de coordination
CGD	Centre de gestion des déplacements
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSP	Centre hospitalier de soins prolongés
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmiers et des infirmières
CJM	Centre jeunesse de Montréal
CJM-IU	Centre de jeunesse de Montréal – Institut universitaire
CLPQS	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CQA	Conseil québécois de l'agrément
CREMIS	Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations
CRF	Centre de recherche et de formation
CSA	Association canadienne de normalisation
CSMB	Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSPE	Centre de services préventifs à l'enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS DLM	Centre de santé et de services sociaux de la Montagne
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DP	Déficience physique
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers

DSIE	Demande de services interétablissements
DSP	Direction de santé publique
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF	Groupe de médecine de famille
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IAB	Initiative amis des bébés
IEP	Interventions éducatives précoces
IPO	Infirmières pivot en oncologie
IPQ	Intervention par quartier
ITSS	Infections transmises par le sang et sexuellement
LOV	Lait-orange-vitamines
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
MEL	Module Évaluation Liaison
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
METISS	Migration et ethnicité dans les interventions de santé et de services sociaux
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MNA	Mineurs non accompagnés
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OLO	Œuf-lait-orange
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organisme sans but lucratif
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
PCP	Pratiques cliniques préventives
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PPALV-DP	Programme perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique
PSSE	Programmes de santé spécifiques aux établissements
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
PTH-PTG	Prothèse totale de la hanche – Prothèse totale du genou
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
SFPEADA	Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées
SIDEP	Service intégré de dépistage et prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
TCRI	Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes
UDM	Université de Montréal
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

