



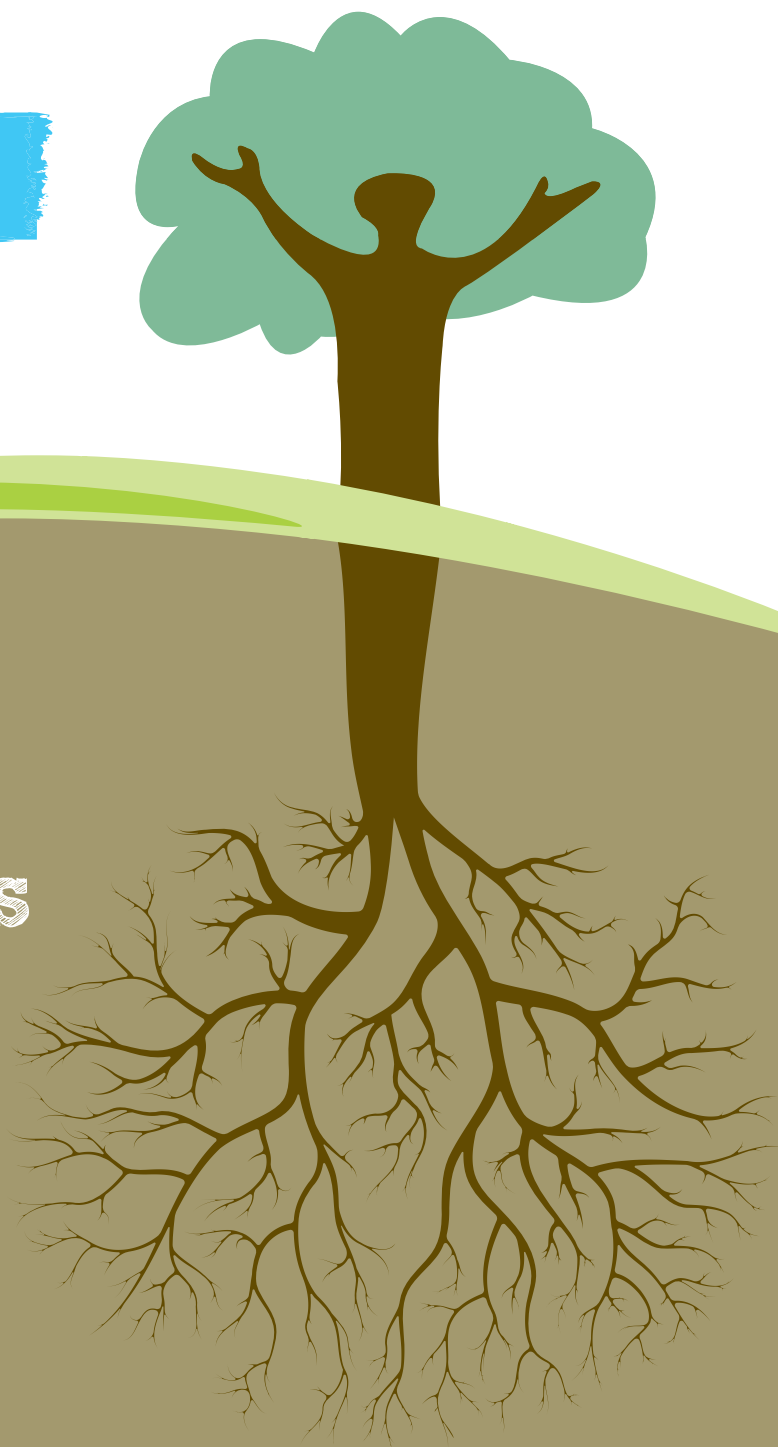
Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles

Rapport Annuel de Gestion de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

2012 - 2013

Une Clinique
enracinée dans
son Quartier !

www.ccpssc.qc.ca



Un immense merci à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport annuel de gestion, soit les employés et les membres du conseil d'administration de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Dans le présent document, il est à noter que l'utilisation du genre masculin a été adopté afin d'alléger le texte et d'en faciliter sa lecture. L'emploi de cette règle n'a évidemment aucune intention discriminatoire.

1. Message des autorités	p.	4-5
2. Déclarations		
2.1 Déclaration de fiabilité des données	p.	6
2.2 Rapport de la direction	p.	7
3. Présentation de l'établissement		
3.1 Historique	p.	8-10
3.2 Projet de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	p.	10-13
3.3 Portrait de la population de Pointe-Saint-Charles	p.	13-16
3.4 Portrait de santé : l'offre de services de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	p.	16-24
3.5 Structure de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	p.	24-25
4. Les résultats au regard du plan stratégique et de l'entente de gestion et d'imputabilité		
4.1 Une nouvelle planification stratégique 2012-2015 pour la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	p.	26-31
4.2 Les priorités annuelles 2012-2013 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	p.	31-42
4.3 Engagements contenus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013	p.	42-50
5. Conseils et comités de l'établissement		
5.1 Composition des conseils et comités de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	p.	51-54
5.2 Mandat et activités des conseils et des comités de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	p.	54-62
6. Ressources humaines de l'établissement	p.	63
7. Etats financiers et analyse des résultats des opérations	p.	64
8. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	p.	65-71

Annexes

Annexe 1 – Rapport sur les états financiers pour l'exercice se terminant le 31 mars 2013 et état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Annexe 2 – Planification stratégique 2012-2015 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Annexe 3 – Cibles et indicateurs fixés par l'Agence de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013.

Annexe 4 - Extrait du journal Le Devoir du 24 février 2012 : « Pour un système de santé de qualité pour tous »

Montréal, 19 juin 2013

Fondée en 1968, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est un organisme à but non lucratif (OBNL), qui est mandataire des services de première ligne, mission CLSC pour le quartier de Pointe-Saint-Charles à Montréal. De par ce mandat, la Clinique reçoit son financement de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour dispenser et organiser des services préventifs et curatifs.

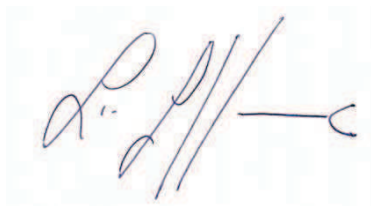
Unique au Québec par son mode de gestion citoyenne, ce sont les citoyens du quartier qui décident des orientations et des services de la Clinique. Ils s'assurent que celles-ci répondent aux besoins en santé et en services sociaux de la population du quartier. Au cœur de ces orientations se trouve une conviction fondamentale : **la santé est un droit essentiel et collectif non négociable**. La Clinique travaille de près avec les citoyens et les organismes du quartier pour regrouper et mobiliser les personnes, défendre leurs droits et trouver des solutions aux problèmes sociaux et de santé, tant individuels que collectifs. À maintes reprises la Clinique a fait la preuve de son enracinement dans le milieu par sa vie démocratique citoyenne et par ses liens privilégiés avec les acteurs communautaires du milieu pour définir, planifier et réaliser ses projets. Au fil de son histoire, la Clinique a contribué à la mise en place de plusieurs ressources et a pérennisé ses collaborations solidairement avec les groupes du milieu pour agir directement sur les déterminants de la santé.

Fidèle à ses orientations et assumant ses responsabilités contractuelles envers l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, la Clinique communautaire est fière de ses réalisations 2012-2013 et plus particulièrement celles concernant :

- Le respect de l'équilibre budgétaire
- L'atteinte en majorité des objectifs et cibles de l'entente annuelle de gestion et d'imputabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux
- La mise en place d'un plan de travail d'optimisation des services de soutien à domicile
- L'adoption, après consultation publique, d'une planification stratégique 2012-2015
- Une diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante
- La consolidation du comité des membres et usagers
- Les réussites du comité de lutte en santé
- L'adoption d'un plan d'amélioration de la gestion des rapports incidents-accidents et de la gestion des plaintes
- Le respect de la majorité des engagements et des échéanciers prévus au plan d'amélioration du Conseil Québécois d'Agrément
- L'avancement des négociations pour le renouvellement des deux conventions collectives et du contrat des cadres en vigueur
- La mise en place de mesures plus efficaces et respectueuses de l'environnement comme l'extension des matières récupérées et recyclées à la Clinique

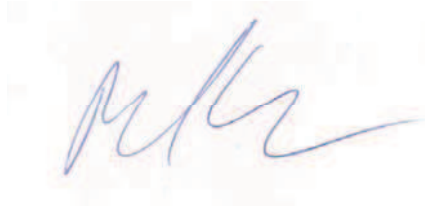
Ces actions et réalisations de l'année 2012-2013 ont permis à la Clinique communautaire de rejoindre ses obligations en matière de gestion responsable de son mandat CLSC tout en maintenant le cap sur son orientation citoyenne et communautaire historique.

C'est donc avec le sentiment du devoir accompli ainsi que la fidélité à nos valeurs et notre mission que nous vous présentons notre rapport de gestion 2012-2013.



Luc Leblanc

Coordonnateur général



Pascal Lebrun

Président du conseil d'administration

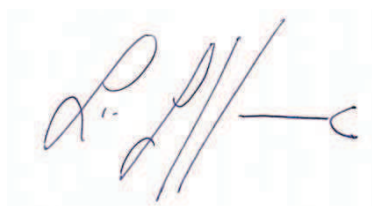
Déclaration de fiabilité des données

À titre de coordonnateur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2012-2013 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de la Clinique;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.



Luc Leblanc

Coordonnateur général

Rapport de la direction

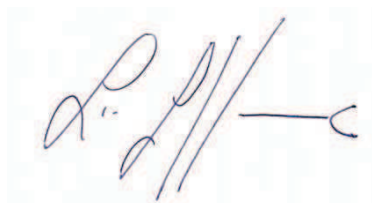
Les états financiers de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlement qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Girard & associés cpa Inc., société de comptable agréée, dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Girard & associés cpa Inc. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Luc Leblanc
Coordonnateur général



Alain Martineau
Coordonnateur des ressources administratives

3.1 Historique

Pointe-Saint-Charles, un quartier ouvrier

L'histoire de Pointe-Saint-Charles, comme celle du Sud-ouest de l'île de Montréal, débute véritablement en 1821 avec la construction du canal de Lachine. Jusqu'en 1960, l'activité industrielle continue à se développer le long du canal de Lachine et de nombreuses industries de différents secteurs (*métallurgie, textiles, alimentation et tabac*) y prospèrent et emploient de la main-d'œuvre locale. Les effets néfastes d'années de travail en milieu industriel ont également entraîné des problèmes de santé sérieux dans la population. Chez les travailleurs se développent de nombreuses incapacités, une forte prévalence de cancers et de nombreux cas de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

Vers les années 70, le déclin économique amène la fermeture en série de nombreuses industries, la perte de milliers d'emplois locaux et un déclin démographique considérable. Dans ce contexte, les résidents de Pointe-Saint-Charles ont développé un fort sentiment de solidarité et d'appartenance au quartier ainsi qu'une culture de lutte contre les inégalités socio-économiques. Avec le support du milieu syndical et communautaire, les citoyens se sont organisés pour contrer les effets de la désindustrialisation et du chômage. L'histoire de l'action communautaire des 45 dernières années en témoigne.

45 ans d'existence

En 1968, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est mise sur pied par des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill qui étaient préoccupés par le peu de services médicaux offerts dans le quartier de Pointe-Saint-Charles. Ces étudiants se sont inspirés du modèle communautaire des cliniques populaires existant dans certains quartiers pauvres des États-Unis, qui démontrait qu'il existe un lien entre la pauvreté, les conditions de vie et l'état de santé. Les citoyens du quartier ont alors rapidement intégré le projet.

Elle est la première clinique communautaire établie dans un quartier populaire au Québec, dans laquelle on pratique la médecine familiale et où les résidents du quartier peuvent recevoir des services médicaux gratuitement, et surtout, où l'on s'attaque aux causes de la maladie.

En 1972, la Clinique de Pointe-Saint-Charles a servi de modèle de santé communautaire à la création du réseau des CLSC. Après de nombreuses batailles contre la loi 65, la Clinique est reconnue comme un organisme communautaire autonome avec un mandat de CLSC, ce qui lui permet de recevoir un financement tel un CLSC, mais de conserver sa structure décisionnelle citoyenne.

Au fil des années, la Clinique a dû faire face à de nombreuses batailles pour conserver son autonomie dans le réseau de la santé. Toujours grâce à la mobilisation citoyenne du quartier, elle résiste et réaffirme son statut particulier dans le réseau de la Santé au Québec: «*Compte-tenu de [l']existence antérieure à l'implantation des CLSC, le ministère des affaires sociales a confirmé son intention de ne pas assimiler [la Clinique] à ce type d'établissement, mais de bien*

respecter la spécificité de votre organisme» (M. Denis Lazure – Ministre des affaires sociales de 1976-1981).

Le Ministre Marc-Yvan Côté (Ministre de la santé et des services sociaux de 1989-1993) cède aussi à cette pression et fait amender la loi C-120 pour protéger le statut particulier de la Clinique.

En 2005, suite à une série de lois adoptées par le gouvernement Charest, la Clinique et les citoyens du quartier luttent une nouvelle fois contre l'annexion de la Clinique au CSSS Sud-ouest Verdun et obtiennent gain de cause. Une entente tripartite entre l'Agence de la santé et des services sociaux et le CSSS Sud-ouest Verdun naît, permettant ainsi à la Clinique de garder son statut alternatif d'organisme communautaire autonome avec mandat de CLSC et donc de permettre aux citoyens de rester maîtres de la gestion de la Clinique.

Un fonds social/dépannage pour les plus démunis

La revendication du statut de la Clinique dans le réseau de la santé est depuis toujours motivée par la volonté des citoyens de défendre et préserver les valeurs fondatrices de la Clinique. Elle est le résultat de la solidarité de tout un quartier, tout comme le fonds social/dépannage.

Les médecins de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, consternés par la situation socio-économique du quartier et plus engagés que jamais dans leur lutte pour un accès universel aux soins de santé, ont décidé de mettre en place un fonds social/dépannage pour les plus démunis.

Le financement original du fonds social/dépannage provenait de la différence entre la politique de nivellement des salaires des médecins alors appliquée et les remboursements de la R.A.M.Q facturés de 1982 à 1986, soit un total de \$ 440.272.

Au cours de ces années, le fonds social/dépannage a servi à offrir gratuitement à la population de Pointe-Saint-Charles des médicaments et des services médicaux tels que des soins oculaires, des tests de dépistage, des soins dentaires, des soins à domicile et à organiser des ateliers de soutien à l'amélioration de conditions de vie et de santé.

Malheureusement, en 1986, les médecins de la Clinique mettent fin à leur soutien financier au fonds social. En mars 1988, une entente avec l'Hôpital général juif a permis de mettre sur pied une équipe de liaison et a reçu un financement (1988 à Juillet 1990) de \$ 60.000, somme qui relance alors le financement du fonds social/dépannage.

Depuis ce temps, le fonds social/dépannage sert exclusivement à soutenir temporairement des personnes dont l'état de santé requiert immédiatement des médicaments qu'ils n'ont pas les moyens de payer (*ex : une personne en attente d'un premier chèque de la Sécurité du revenu*). La plupart du temps, ce soutien s'effectue sous forme d'une avance de fonds qui est remboursée par la suite.

Ainsi, réformer le statut de la Clinique signifierait la fin d'un soutien indispensable à une population particulièrement vulnérable et démunie.

Une clinique enracinée dans son quartier

Depuis 45 ans, la Clinique travaille de près avec les citoyens et les organismes du quartier pour regrouper les gens, défendre leurs droits et trouver des solutions aux problèmes individuels et collectifs. A maintes reprises, la Clinique a fait la preuve de son enracinement dans le milieu de par sa vie démocratique citoyenne, mais aussi, en associant de près les acteurs du milieu à la définition et la participation de ses projets. En effet, au fil de son histoire, la Clinique a contribué à la mise en place de plusieurs ressources qui agissent directement sur les déterminants de la santé, par exemple en luttant contre la pauvreté, en défendant l'accessibilité au logement social, en assurant la sécurité alimentaire ou en combattant l'isolement.

L'enracinement de la Clinique dans le milieu se vérifie également par son souci de formation continue du personnel aux réalités du quartier et par l'encouragement constant au développement de projets ancrés dans le milieu.

3.2 Projet de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

La santé communautaire – toujours nécessaire, toujours pertinente

Malgré les divers bouleversements et remises en question des principes de base de notre système de santé publique, l'adoption ou l'amendement de nombreuses lois touchant aux services de santé et de services sociaux, la fusion d'établissements ou la restructuration de programmes, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est toujours des plus actives après 45 années d'existence. La Clinique, qui a servi de modèle à l'implantation du réseau de CLSC au Québec au début des années 70, s'acquitte toujours des services curatifs, de promotion et de prévention liée à cette mission en 2013. Refusant la standardisation et la diminution des services offerts à la population, notamment à celle de Pointe-Saint-Charles, dont la vulnérabilité est reconnue, la Clinique revendique encore fièrement son statut communautaire ainsi que son approche citoyenne de la santé et son modèle d'organisation de médecine sociale. Sa capacité à intervenir tout en demeurant connectée aux besoins de la population du quartier contribue concrètement et quotidiennement à l'amélioration des conditions de vie des usagers.

Mission et rôle

La Clinique est un organisme de santé unique au sein du réseau de la santé québécois puisqu'il est majoritairement composé et entièrement contrôlé par les citoyens du quartier de Pointe-Saint-Charles. Cette gestion citoyenne reflète la vision et les valeurs promues et défendues par la population. Son objectif est d'organiser des services préventifs et curatifs en regroupant les citoyens autour des questions de santé afin d'améliorer leurs conditions de vie à court et à long terme. Ce sont les citoyens qui décident des orientations de la Clinique et qui s'assurent que celle-ci réponde aux besoins en santé et en services sociaux du quartier. Au cœur de ces orientations se trouve une conviction fondamentale: **l'accès universel aux services de santé gratuits et publics est un droit essentiel et collectif non négociable.**

Les valeurs à la base du projet

À la Clinique, tout est mis en œuvre pour que chaque personne y trouve le respect de ses valeurs, de sa dignité et de son autonomie. C'est dans un respect mutuel que citoyens et travailleurs collaborent ensemble pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins exprimés. Être à l'écoute de la population, c'est être convaincu que les premiers concernés sont les mieux placés pour identifier les services dont ils ont besoin. La Clinique favorise ainsi l'éducation et la prise en charge par les individus de leurs problèmes individuels et collectifs, dans une perspective «d'empowerment» et de solidarité de la communauté. Dans ce sens, la Clinique travaille aussi à démystifier le statut des professionnels pour qu'il existe un partage du pouvoir et du savoir entre les intervenants de la santé et les gens du quartier. Cette approche permet aux citoyens de reprendre le pouvoir sur leur santé.

La gestion citoyenne...garante de succès

La gestion citoyenne démocratique a été à travers les années garante du succès des interventions de la Clinique. La littérature en administration de la santé fait abondamment référence à l'importance fondamentale de la participation de la population pour favoriser l'appropriation par les individus, les familles et les communautés de leur santé et de leur bien-être et pour améliorer la qualité de la gestion du système de santé. *«Une population informée qui délibère et qui participe à la prise de décisions va choisir des objectifs visant l'amélioration de la qualité de vie de la collectivité et des moyens efficaces et souvent moins coûteux pour y arriver»* (Avis du Conseil de la santé et du bien-être, septembre 2003 «L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux»). L'assemblée générale décisionnelle, à laquelle peut prendre part tout membre de la Clinique, c'est-à-dire toute personne résidant dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, ainsi que le conseil d'administration, élu et imputable, composé majoritairement de citoyens (8 sièges sur 10) sont des mécanismes démocratiques assurant une représentation constante des intérêts et des besoins de l'ensemble de la population du quartier. Par leur implication au sein des différents comités de travail, les citoyens s'engagent bénévolement et solidairement à faire en sorte que leur Clinique soit en concordance avec leurs multiples réalités. Ainsi, en plus des priorités déterminées par l'Agence et le Ministère de la santé et des services sociaux, les citoyens adoptent leurs propres priorités en assemblée générale.

La gestion participative

La Clinique s'est dotée d'une philosophie de gestion participative afin de guider les administrateurs, les gestionnaires et le personnel dans cette approche de gestion. Pour la Clinique, il est évident que l'on doit tenir compte de l'expertise particulière des travailleurs qui dispensent les services, côtoient les usagers au quotidien ou supportent l'organisation du travail. Il est de tradition à la Clinique d'associer les travailleurs par leur participation à différents comités de travail, aux décisions qui auront un impact sur le travail. Cette gestion participative stimule la motivation, l'investissement des travailleurs au sein de leur Clinique, tout en améliorant l'organisation du travail.

Une alliance entre citoyens, conseil d'administration, coordination et travailleurs

Le succès de l'intervention de la Clinique et de tout projet de santé communautaire bien ancré dans les réalités d'un quartier repose sur une alliance et une communication solide entre les citoyens, les travailleurs et la direction (conseil d'administration et coordination générale). Cette alliance tripartite vient faire échec au modèle technocratique par la standardisation des programmes, modèle où les citoyens sont pratiquement exclus de prises de décision, où la direction n'a qu'un pouvoir exécutif et où les employés ne sont que de simples exécutants. La Clinique innove plus que jamais par son projet alternatif qui propose une réelle décentralisation du pouvoir en mettant l'ensemble des acteurs à contribution.

Une approche globale de la santé

La Clinique communautaire fait sienne la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir que *«la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie»*. Le projet de santé de la Clinique repose sur une vision sociale de la santé et du bien-être, vision qui englobe les grands déterminants de la santé comme l'éducation, l'environnement social et physique, le revenu et la condition sociale, plutôt que sur une vision strictement médicale de la maladie.

Les problèmes biopsychosociaux ont d'importantes répercussions sur la vie des citoyens. Ils sont liés à des conditions socio-économiques difficiles contre lesquelles la Clinique se donne le mandat d'intervenir. Dans cette perspective, la Clinique intervient non seulement auprès des usagers mais également, autant qu'il est possible, auprès du réseau social de ceux-ci mais aussi en collaboration avec les ressources communautaires, afin d'améliorer les conditions de santé de la population.

Pour les services offerts à la Clinique, il est choisi de recevoir les gens ou de leur donner une réponse le plus tôt possible. Cette réponse rapide est privilégiée par la Clinique afin de faire face aux besoins d'une population fortement démunie. L'accès direct aux services a un impact positif sur la santé de la population et empêche les situations difficiles de se détériorer davantage.

Une double reddition de compte

Afin de solliciter les citoyens à participer aux activités de la Clinique et de s'investir dans les différents comités, la Clinique se doit de rendre l'information et les communications accessibles aux citoyens. N'étant pas tous égaux devant l'accès à l'information et son appropriation compréhension (Par exemple : éducation vs déscolarisation ou francophonie vs allophonie), la Clinique met un point d'honneur à vulgariser les écrits, à soutenir ses participants en se rendant disponible, en fournissant des services de traduction etc. La Clinique se doit d'être transparente à l'égard des usagers si elle veut que sa participation citoyenne soit constante et diversifiée. Il est en général démontré que la participation citoyenne est souvent plus faible que souhaité ou ne rejoint pas nécessairement ses cibles. La Clinique pense qu'il est impossible de garantir une bonne participation si les conditions d'accès ne sont pas là.

Cela signifie donc qu'au-delà de ses obligations de rendre des comptes à l'Agence de la Santé et des services sociaux pour ses activités liées à son mandat de CLSC, la Clinique se doit aussi de rendre des comptes à ses citoyens investis.

3.3 Portait de la population de Pointe-Saint-Charles

La mission de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de la population. Réaliser cette mission dans un quartier touché par des conditions socio-économiques extrêmement difficiles pose tout un défi. De nombreuses études démontrent que le statut socio-économique a un impact prépondérant sur l'état de santé des populations. Pour le territoire de Pointe-Saint-Charles, les effets d'une marginalisation socio-économique marquée ont des impacts désastreux sur la santé et le bien-être de la population. La réalité de Pointe-Saint-Charles reflète un contexte plus large où l'on voit l'accentuation des inégalités économiques et un appauvrissement grandissant, ayant pour effet la fragilisation, la marginalisation et l'exclusion d'une partie de la population.

Le portrait de santé qui suit est confirmé par les indicateurs tirés de la Direction de la santé publique de Montréal, de Statistiques Canada, de la Table de concertation d'Action gardien et du portrait de population du CSSS Sud-Ouest Verdun.

Portrait sociodémographique de Pointe-Saint-Charles en un coup d'œil

Les données de ce portrait sont principalement tirées du «Portrait sociodémographique de la population réalisé pour le CSSS Sud-ouest-Verdun (Paquin, 2009) et du «Portrait de quartier» réalisé par Action Gardien, Table de concertation communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Le quartier en un coup d'œil :

- Population : 14 025 habitants
- Nombre de ménages : 6 720 ménages
- Langues : 25,2 % anglophones, 16,3 % allophones et 56,2 %, francophones
- Nourrisson (0-4 ans) : 6% des habitants
- Enfants (4-19 ans) : 18 % des habitants
- Jeunes adultes (20 -44 ans) : 41 % des habitants
- Adultes (45 à 64 ans) : 25 % des habitants
- Aînés (65 ans et +) : 10,5 % des habitants
- 47,2 % des aînés vivent seuls, soit près d'une personne sur deux.
- 50,4 % des familles avec enfant sont monoparentales
- 48,1 % des enfants de 0-5 ans vivent dans des familles sous le seuil de faible revenu après impôts
- 19,8 % des 15 ans et plus sont en chômage
- 34,7 % de la population vit sous le seuil de pauvreté après impôts
- 31,5 % de la population est prestataire de l'aide sociale
- 20 % d'immigrants sur le territoire, soit +51,1 % par rapport à 2001
- L'espérance de vie à la naissance est de 73,7 ans

Pointe-Saint-Charles, un quartier en changement : des pratiques communautaires et de santé à adapter et à développer

Même si les conditions socio-économiques et de santé y sont toujours parmi les plus faibles à Montréal, le quartier est en voie de transformations importantes, tant au niveau de sa structure urbaine, que de sa composition sociale. De grands projets résidentiels sont présentement développés par des promoteurs immobiliers (*ex : terrains du CN et Abords du canal Lachine*) et se réaliseront sous peu. Ils contribueront fortement à la gentrification du quartier. Combinés à la spéculation foncière sans cesse croissante que subissent les quartiers centraux et à l'arrivée de nouvelles populations immigrantes, pour ne nommer que ces deux facteurs, le visage de Pointe-Saint-Charles évolue et se modifie.

Un des défis importants de la Clinique pour les prochaines années, sera de répondre à ces nouvelles demandes, tout en favorisant l'intégration des ces nouveaux résidents à la vie et à la dynamique sociale et communautaire du quartier. La Clinique doit saisir l'opportunité offerte par ces changements pour favoriser et développer l'adhésion populaire à ses préoccupations, ses valeurs, ses orientations et ses actions en santé, en services sociaux et en action communautaire.

Une population qui augmente et se diversifie: des enjeux pour la cohésion sociale du quartier

Après des décennies de baisses, le nombre d'habitants de Pointe-Saint-Charles est à la hausse (depuis 2001). En 2006, la population du quartier comptait 14,025 personnes, réparties dans 6,720 ménages. Cela représentait 6% d'augmentation par rapport au recensement de 2001. La Table de quartier Action-Gardien estime qu'entre 2006 et 2016, le quartier verra sa population augmenter de 23 % (soit 3.278 personnes de plus). Une nouvelle population est attirée par ces projets immobiliers et logera essentiellement dans ces nouveaux condominiums. On peut espérer que cette augmentation de la population amènera avec elle de nouveaux commerces et services qui manquent présentement dans notre quartier, et qu'elle pourra contribuer à une revitalisation de nos artères commerciales. Mais il faut le dire: la majorité de la population actuelle du quartier n'a pas financièrement accès à ces nouveaux habitats et la forte activité immobilière que connaît le quartier contribue à un mouvement spéculatif qui fragilise et déracine des ménages économiquement et socialement vulnérables. On assiste ainsi à une cohabitation des populations anciennes et nouvelles qui pose des enjeux de cohésion sociale.

Entre 2001 et 2006, la population immigrante est passée de 14 % à 20 % de la population totale du quartier et la population allophone a doublé, passant de 8 % à 16,8 %. 75% de la population immigrante est d'immigration récente, comparativement à 50 % pour Montréal. Elle provient surtout d'Afrique et d'Asie. L'augmentation rapide des personnes s'exprimant peu ou pas en français ou en anglais implique pour la Clinique d'adapter ses modes de communication et certaines pratiques. Aussi, un travail de sensibilisation et d'éducation populaire est à poursuivre pour favoriser la cohésion sociale, l'intégration des personnes et pour contrer le racisme.

La population francophone constitue 56,2 % de la population du quartier et la population anglophone 25 % de l'ensemble de la population. La moitié de la population totale du quartier s'exprime à la fois en anglais et en français.

Portrait démographique et services offerts dans le quartier

Le nombre d'enfants dans le quartier demeure légèrement supérieur à celui de Montréal et le nombre d'avis de naissance reçus à la Clinique entre 2006 et 2010 laisse entrevoir une augmentation du nombre d'enfants qui entreront à l'école primaire entre 2011 et 2015. L'école St-Gabriel, seule école primaire anglophone du quartier plusieurs fois menacée de fermeture, restera finalement ouverte suite aux revendications citoyennes afin de répondre aux familles anglophones du quartier.

Par ailleurs, alors que la population du Québec vieillit, les personnes âgées représentent pour leur part une proportion de moins en moins importante de la population du quartier. La table Action-Gardien évalue que Pointe-Saint-Charles ne dispose pas des ressources en hébergement nécessaires pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer dans leur quartier. La Clinique estime de son côté que les services aux aînés et la concertation entre les différents acteurs du milieu seraient à améliorer. C'est pourquoi la Clinique souhaite contribuer à dresser un portrait des ressources disponibles et participer à renforcer les partenariats entre ces acteurs.

Enfin, parmi sa population adulte, le quartier compte une majorité d'hommes entre 35 et 59 ans vivant seuls. La Clinique est notamment préoccupée par la pérennité des organismes communautaires (OBNL) et des coopératives qui gèrent des habitations pour des personnes seules et dont les besoins changent avec l'âge. De plus, la Clinique souhaite s'associer aux ressources pour documenter concrètement l'impact de son approche en santé mentale auprès de cette population.

Composition des ménages et revenus : une polarisation des profils sociaux-économique

Entre 2001 et 2006, il y a eu, dans le quartier, une augmentation des revenus et du nombre de résidents du quartier occupant un emploi. Parallèlement, il y a eu une diminution des transferts gouvernementaux et du taux de personnes vivant sous le seuil du faible revenu. Le taux de chômage (12 %) a diminué, bien qu'il demeure supérieur à l'ensemble de Montréal (8,8 %).

D'autre part, la population du quartier demeure l'une des plus défavorisées de l'île de Montréal et la situation des personnes pauvres ne semble pas s'améliorer. Ainsi, 40 % des ménages (2.495 ménages) gagnent moins de 20 000 \$ par année à Pointe-Saint-Charles, contre 17 % à Montréal et un ménage sur cinq dépend des transferts gouvernementaux pour vivre. À Pointe-Saint-Charles, la proportion des familles monoparentales représentent 50 % des familles, ce qui est significativement plus élevé qu'à Montréal (33%) et dans le Sud-Ouest (42%). Parmi ces familles monoparentales, 58 % vivent sous le seuil de faible revenu. Également, une personne âgée sur deux vit sous le seuil de faible revenu en 2006, une proportion plus élevée qu'en 2001. Pour la Clinique, la reconnaissance des droits économiques et sociaux, une meilleure répartition des richesses, la création et le partage de l'emploi demeurent des conditions essentielles à l'amélioration de la santé de la population du quartier.

Scolarité et logement : les bases pour de meilleures conditions de vie

La population du quartier est moins scolarisée que sur l'île de Montréal : 34 % des personnes âgées de 15 ans et plus ne possèdent pas de diplômes d'études secondaires, comparativement au 21 % de Montréal. À l'inverse, 23,5 % détiennent un diplôme universitaire, contre 32 % à Montréal.

En 2006, 77 % des ménages étaient locataires et 33 % des ménages consacraient plus de 30 % de leur revenu brut au loyer. Ce taux est moindre qu'à Montréal (38 %) grâce à la présence de logements sociaux et communautaires. Par contre, les personnes vivant dans une pauvreté extrême sont plus nombreuses dans le quartier : 54 % de ménages de Pointe-Saint-Charles se trouvent sous le seuil de revenu de besoins impérieux, contre 43 % à Montréal.

Si au cours des 30 dernières années, il s'est réalisé dans le quartier plusieurs logements sociaux et communautaires, cette proportion est appelée à diminuer alors que la densification du quartier se fait maintenant presque exclusivement par la construction de condos inaccessibles à la majorité des ménages du quartier, même dans les versions bas de gamme. La Clinique communautaire considère la réalisation de nouveaux logements sociaux comme une stratégie à privilégier pour une meilleure répartition de la richesse et le maintien des familles dans leur quartier.

En conclusion

La population de Pointe-Saint-Charles est affectée par plusieurs facteurs sociaux qui nuisent à sa santé. La Clinique communautaire offre des services de première ligne (mission CLSC) tant de nature curative que préventive et intervient dans des grands dossiers touchant l'aménagement, le développement social ainsi que les politiques sociales. Ces diverses actions doivent être maintenues et soutenues. Nous constatons aussi qu'il y a nécessité de consolider les actions de prévention-promotion et surtout d'en faire une planification plus ciblée et coordonnée afin d'en augmenter l'impact réel. Cette planification doit être réalisée en collaboration avec les acteurs concernés du milieu afin de tenir compte de leur action et de leur connaissance des réalités et besoins de la population. Nous constatons aussi, et les échanges avec les différents groupes rencontrés nous l'ont confirmé, combien les conditions de vie jouent un rôle important dans le développement et le maintien de la santé. Cela renforce notre conviction qu'au-delà de la promotion de saines habitudes individuelles, il est essentiel de continuer à agir sur les déterminants globaux de la santé : pauvreté, logement, environnement, accès aux services, etc. pour avoir un impact significatif sur l'amélioration de la santé de la population.

3.4 Projet de santé: l'offre de services de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Les services à la population dans le quartier sont organisés autour de plusieurs équipes selon les groupes d'âge et/ou selon les interventions plus spécifiques. On retrouve l'équipe Accueil/Services courants, l'équipe Enfance-Famille, l'équipe Jeunesse, l'équipe Scolaire,

l'équipe Adultes/Santé mentale, l'équipe Soutien à domicile (SAD), et l'équipe de Planification et de développement communautaire qui offrent des services médicaux et sociaux.

La santé mentale, au cœur des préoccupations

La grande vulnérabilité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale nécessite plusieurs formes d'aide et d'intervention. Dans ce sens, les services de santé mentale à la Clinique font partie intégrante des services médico-sociaux dispensés par des équipes interdisciplinaires. En plus de disposer d'une équipe spécialisée en santé mentale, la Clinique a choisi de donner à chaque équipe la responsabilité de l'intervention face aux problèmes de santé mentale vécus par ces populations. Ainsi, ils peuvent orienter les usagers vers les meilleurs intervenants et les meilleurs services requis pour l'ensemble des besoins.

Les intervenants peuvent compter sur l'enseignement et le support des partenaires de l'Hôpital Douglas pour le suivi des usagers en 2^{ème} ligne, mais aussi pour la réintégration et l'accompagnement des usagers vers la 1^{ère} ligne.

Dans une perspective de santé communautaire et préventive, la Clinique collabore avec le mouvement communautaire à la formation des intervenants aux problématiques de santé mentale, à l'organisation d'activités pour la promotion de la santé mentale, ainsi que de la promotion des droits des personnes présentant une déficience intellectuelle. Par exemple, la Clinique a mis sur pied et intervient toujours avec le groupe Action-santé, ressource alternative en santé mentale où les personnes et leurs proches peuvent briser leur isolement, s'entraider, faciliter leur intégration dans la communauté, défendre leurs droits et organiser des activités selon leurs intérêts

Petit quartier, grand sentiment d'appartenance

Travailler à la Clinique communautaire a-t-il du sens? « *Plus que jamais, car c'est la gestion citoyenne, à une époque où la santé est traitée comme une marchandise, où les gestionnaires de notre système publique s'inspirent des méthodes issus du secteur privé. C'est aussi d'agir sur les déterminants sociaux de la maladie, pour espérer améliorer les conditions de santé de tout un quartier, en priorisant la prévention, y compris politique. Ainsi, travailler dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, c'est un peu comme travailler dans un village en ville. C'est un quartier qui a une histoire, une identité, une âme et qui malgré les pires indices de défavorisation socio-économique, se mobilise, fait valoir ses droits et lutte contre les injustices et les iniquités. Travailler à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, c'est avoir l'honneur de faire partie de cet esprit de solidarité, c'est travailler en équipe non seulement avec les autres professionnels de la santé, mais aussi avec le personnel de soutien, les organisateurs communautaires, les organismes du quartier, les citoyens, les gestionnaires, mais surtout les usagers. C'est refuser de voir un usager comme un client et se permettre une approche humaine. C'est oser comprendre la maladie au-delà du dysfonctionnement d'organes et reconnaître l'influence des déterminants sociaux de la santé. C'est croire et participer à la mobilisation populaire pour améliorer les conditions de vie pour tous.* » cite le Dr Camille Gérin, médecin de la Clinique.

Tous mobilisés pour nos usagers!

Au-delà des défis qu'entraîne la gestion participative à la Clinique et au-delà des défis quotidiens de relations humaines entre employés, la mobilisation et le soutien aux usagers pour le droit au respect, à la dignité et pour l'amélioration de leurs conditions de vie sont primordiales pour les employés de la Clinique. Les employés initient, développent et participent à des activités effectives de défense de droits des personnes malades et des usagers du système de santé : Comité de lutte en santé, comité aménagement, comité pour une clinique verte, soutien d'aide juridique, assistance etc. Les employés n'hésitent pas à soutenir les usagers et mener des actions de formations et d'informations pour eux. Quand il s'agit de soutenir les usagers et les citoyens du quartier, les employés de la Clinique sont mobilisés à l'unanimité!

La gestion participative : Une chance de s'impliquer au-delà de son expertise

Il est essentiel à la Clinique que les employés, citoyens, acteurs principaux des enjeux de la santé et partenaires du réseau soient mobilisés et consultés. La culture de participation appliquée aux méthodes de management et de prise de décision au sein même des équipes, c'est favoriser l'échange d'expérience, travailler en interdisciplinarité, organiser des débats et des réflexions clés pour la Clinique et pour les usagers, et permettre de constituer une expertise. La gestion participative assure un fonctionnement démocratique et transparent, renforçant le sentiment de confiance et d'appartenance des employés.

C'est ainsi que, conformément à sa mission, ses valeurs et ses orientations, la Clinique a mis sur pied un comité consultatif composé de 14 membres volontaires et de toute discipline confondue : travailleur social, agent de communication, préposé à l'entretien, coordonnateur, infirmier, auxiliaire familial et social, conseillère-cadre etc: le comité de programmation. Ce comité contribue à favoriser les échanges entre les équipes, réfléchit, émet des avis et formule des propositions au comité de coordination et au conseil d'administration concernant les enjeux citoyens, cliniques et organisationnels, les priorités annuelles, la planification stratégique, les services et les programmes de la Clinique.

Il s'agit d'un espace privilégié de gestion participative : *« Avoir la possibilité de s'exprimer à la fois comme employée de la Clinique et comme citoyenne du quartier sur le comité de programmation est un privilège. Participer à ce comité est une chance, puisqu'on permet d'être en amont des enjeux et des projets qui touchent le personnel et les usagers de la Clinique. Il est gratifiant de sentir que son opinion importe et peut, à une certaine échelle, contribuer à initier des projets novateurs. Les réflexions menées lors des séances de consultation, la diversité des membres et les divergences de points de vue ouvrent l'esprit et permettent d'approcher un sujet sous un tout autre angle. En tant qu'agente de communication, participer à ces rencontres me permet aussi d'avoir accès à des informations clés, que je pourrais diffuser dans le cadre de mon travail »* Geneviève Lambert-Pilotte, agente de communication.

Les équipes

L'équipe Accueil/Services courant pour tous

Le mandat de cette équipe est d'accueillir et d'évaluer les besoins des personnes qui s'adressent à la Clinique pour recevoir des services de santé ou des services psychosociaux. Elle offre les services suivants :

- Services médicaux courants, services infirmiers avec et/ou sans-rendez-vous et services de liaison.
- Accueil psychosocial et guichet d'accès en santé mentale
- Services de prélèvements (prise de sang, test d'urine, etc.)
- Services de vaccination
- Services d'information générale et de référence vers les autres équipes de la Clinique ou vers des ressources externes.

Cette équipe est souvent la « porte d'entrée » des citoyens à la Clinique. On vient pour voir un médecin, pour une prise de sang ou pour voir une intervenante sociale et on est, suite à une première évaluation par un professionnel de la santé et des services sociaux, acheminé vers le service le plus approprié à la Clinique ou à l'externe. On téléphone aussi à la Clinique pour avoir diverses informations ou pour être référé vers une autre ressource. En d'autres termes :

Le bon service dispensé par la bonne personne au bon moment !

Le quartier assiste à une augmentation rapide du nombre d'immigrants, augmentation qui pose le défi de l'intégration harmonieuse de ces personnes, qui sont pour plusieurs sans ressource et qui ne comprennent pas toujours l'anglais ni le français.

L'équipe Enfance-famille pour les femmes enceintes et les familles avec enfants de 0 à 5 ans

L'équipe Enfance-famille offre des services variés aux enfants 0-5 ans et à leurs familles, ainsi qu'aux femmes pendant toute la période périnatale. Les interventions visent à promouvoir la santé et le développement des enfants, supporter les parents et prévenir l'apparition, l'aggravation et la répétition des problèmes de santé ou psychosociaux.

Pointe-Saint-Charles affiche un des taux les plus élevés de familles monoparentales sur l'île de Montréal. Les statistiques des dernières années démontrent clairement que les familles monoparentales, particulièrement celles dirigées par une femme, sont parmi les plus pauvres au pays. Outre les familles monoparentales, les deux-tiers des enfants de 0 à 5 ans vivent sous le seuil de faible revenu et près de la moitié des enfants du quartier de ce groupe d'âge vivaient dans une famille prestataire de l'aide sociale.

D'une perspective psychosociale, il est reconnu que les conditions de vie difficiles ont un impact important sur la capacité des parents à maintenir des relations harmonieuses et pacifiques avec les enfants. Dans leur étude, Bouchard et Tessier¹ concluent que «les résultats sont

¹ Bouchard et Tessier, 1996:39

remarquablement convergents et confirment les liens maintes fois observés entre les difficultés dans les relations intrafamiliales et la présence de difficultés financières».

De nombreuses activités sont réalisées pour accroître les compétences parentales des familles, pour supporter les familles en situation de vulnérabilité tant prénatale que postnatale. Outre le suivi infirmier, nutritionnel, psychosocial et éducatif offert aux familles le requérant, l'approche préventive de groupe est proposée comme mode d'intervention privilégié : rencontres prénatales, ateliers de nutrition pour femmes enceintes, ateliers de stimulation des pouspons, ateliers de support à l'allaitement maternel, rencontres post-natales pour valoriser l'implication du père, ateliers d'éducation populaire sur la santé des enfants, sur la santé dentaire, l'alimentation, le développement de l'estime de soi, etc. Ces interventions de groupes sont tout indiquées pour briser l'isolement, favoriser le support et la solidarité, permettre aux familles de mettre en commun leurs expertises.

La mixité sociale des groupes est un outil fort apprécié pour que les compétences des uns servent à renforcer celles des autres. Les données statistiques de la Clinique démontrent que plus de 40% des personnes recevant des services de cette équipe proviennent des communautés culturelles. (L'intervention interculturelle qui y est pratiquée nécessite temps et accompagnement pour répondre aux besoins variés des familles nouvellement arrivées au pays.)

L'équipe Enfance-famille s'implique aussi activement dans le milieu en intervention communautaire tant auprès de tables de quartier qu'en accompagnement individuel dans les organismes de Pointe St-Charles.

L'équipe Jeunesse pour les jeunes de 6 à 24 ans et leurs parents.

Pointe-Saint-Charles est l'un des quartiers du Sud-Ouest affichant la population la plus jeune. Le groupe d'âge des 6-24 ans représente le quart de la population. Face à un portrait statistique désolant et en raison de la diversité des problèmes rencontrés (décrochage scolaire, faible scolarisation, violence, grossesse et avortement chez les jeunes filles, toxicomanie), le soutien aux jeunes et aux familles est un enjeu prioritaire pour la Clinique.

Aux jeunes de 6 à 24 ans, ainsi qu'à leur famille, l'équipe Jeunesse offre une large gamme de services préventifs et curatifs pour améliorer leur qualité de vie et les accompagner dans le développement de leur autonomie. Les services infirmiers et psychosociaux se veulent adaptés aux besoins des jeunes; que l'on pense aux services préventifs d'éducation et de dépistage en regard de la santé sexuelle, de la toxicomanie, aux suivis des jeunes présentant des difficultés familiales ou scolaires, aux services de support à la famille d'enfants handicapés etc.

La clinique des jeunes offre une gamme de services où les infirmières peuvent rapidement effectuer un dépistage et initier le traitement des ITSS, faire l'enseignement et le suivi en santé sexuelle et contraception, faire les enquêtes en post exposition pour rejoindre les partenaires potentiellement infectés et plus. Elles travaillent étroitement avec le milieu et s'impliquent dans toutes les sphères qui touchent la santé des jeunes de Pointe St-Charles.

Les services psychosociaux sont variés : psychoéducation, travail social, psychologue et sont très impliqués dans le milieu et auprès des partenaires dans une approche communautaire.

Les familles et les jeunes peuvent donc être supportés tant à domicile que dans leur milieu naturel, que ce soit à la maison de jeunes que lors d'une activité sportive. Par ailleurs, plusieurs jeunes bénéficient chaque année du programme de subvention pour aller en colonie de vacances, ce qui permet aux jeunes de sortir du milieu et de vivre une expérience enrichissante.

L'équipe scolaire pour les enfants dans les écoles du quartier et leurs familles

L'équipe scolaire est au cœur de la vie du quartier car elle rejoint toutes les familles et les enfants qui gravitent autour des écoles. L'équipe travaille dans cinq écoles du quartier, lesquelles sont surtout des écoles primaires, sauf pour une annexe de niveau secondaire en approche alternative et regroupant une quarantaine d'enfants.

L'équipe scolaire travaille dans le milieu scolaire, donc dans l'environnement des enfants et en étroite collaboration avec les directions d'école et le personnel, ceci afin d'être accessible mais aussi impliqué dans la vie scolaire et en proximité dans leurs interventions.

Des suivis individuels ou familiaux sont offerts par les infirmières, les intervenantes sociales et les hygiénistes dentaires. Ceux-ci ont pour but d'évaluer les besoins, chacun à partir de son expertise et ils peuvent également et souvent intervenir dans le milieu familial et avec les organismes communautaires.

Les hygiénistes dentaires de la Clinique ont cherché depuis des années à faire diminuer le taux alarmant de caries chez les enfants du quartier. Trop de familles à petit salaire n'ont pas d'assurance dentaire et n'ont pas les moyens d'assurer une alimentation adéquate pour la santé buccale et corporelle. Plus du tiers des enfants ayant des caries dentaires ne sont pas traités. Différentes activités de prévention et d'éducation sont aussi mises en place, telles l'application de fluor deux fois l'an et le projet de scellent dentaire pour les élèves de deuxième année vulnérables à la carie dentaire.

Les défis à surmonter dans l'avenir sont nombreux. L'avenir du quartier est intimement lié aux enfants; il est donc primordial d'y accorder les ressources de prévention et d'intervention nécessaires.

L'équipe Adultes/Santé mentale pour les 25 à 64 ans

L'équipe Adultes/Santé mentale offre des services aux personnes de 25 à 64 ans dans le but de maintenir et d'accroître le bien être physique, psychologique et social des personnes. L'équipe offre des soins infirmiers, des interventions psychosociales, psychologique et en psychoéducation.

Pour cette raison, la Clinique a également développé depuis de longues années des interventions en santé mentale en intervenant activement auprès des personnes souffrant d'une détresse psychologique et de problèmes de santé mentale graves, persistants et transitoires. La Clinique assume des suivis de moyen à long terme en psychiatrie.

La Clinique travaille d'ailleurs dans le sens des grandes pistes identifiées par la Direction de la santé publique et au respect du Plan d'action en santé mentale pour améliorer la santé mentale des habitants de Pointe-Saint-Charles. Parmi celles-ci, la Clinique minimise les barrières à l'accès aux services, elle agit précocement pour réduire les risques d'hospitalisation, travaille sur les déterminants de la santé mentale tels la réduction de la pauvreté, le contrôle citoyen sur le développement du quartier, le renforcement du tissu social, et elle informe les citoyens sur leurs droits en santé ainsi que sur les enjeux sociopolitiques ayant un impact sur leur santé.

L'équipe Soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches

Le soutien à domicile vise au maintien à domicile des citoyens dans des conditions satisfaisantes et sécuritaires pour la personne, ses aidants et sa famille. Le domicile est un lieu privé et considéré comme une option, répondant à un besoin précis et nécessaire pour l'usager, où il peut recevoir des services. On ne vise pas ici à se substituer aux proches aidants mais plutôt à respecter leur libre choix et reconnaître leurs droits à recevoir des services comme usager. Les décisions des personnes prévalent toujours quant à leurs choix de vie au quotidien et aux choix des ressources qui les soutiennent. L'intervention à domicile se déroule dans le respect des valeurs culturelles et de la situation familiale et sociale et, se construit sur des relations de confiance.

La Clinique offre aux personnes, à leurs aidants, et à leur famille, une gamme de services médicaux, infirmiers, psychosociaux, services d'adaptation du domicile, de réadaptation, de support ou de compensation au niveau des activités de la vie quotidienne et aux activités domestiques. Cette équipe vise également à répondre aux besoins biopsychosociaux des personnes âgées de 65 ans et plus, mais aussi des en fonction des besoins de l'individu et selon le principe d'ambulatoire, comme par exemple les personnes en déficience physique. Ces services maintiennent ou améliorent la qualité de vie des personnes en fonction des besoins particuliers de chacun en préservant leur intégrité et dignité en optimisant leur habilité de prise en charge, leur potentiel et leur autonomie.

Le soutien à domicile voit aussi à informer, à organiser des activités de prévention et de promotion de la santé, à appuyer le développement communautaire en vue de soutenir les personnes ayant des incapacités, leurs aidantes et leurs familles et à soutenir les luttes politiques pour défendre leurs intérêts et droits. Nommons les activités de support aux proches aidants, la participation à la table de concertation contre les abus faits aux aînés ou encore la mise sur pied d'un conseil des aînés avec d'autres groupes communautaires du quartier.

L'équipe (et toute la Clinique) s'est grandement mobilisée dans les dernières années pour dénoncer le manque de ressources nécessaires pour prendre soin adéquatement des personnes en perte d'autonomie. Tant que les gouvernements ne prendront pas l'engagement de financer les services à domicile à la hauteur des besoins réels, les défis restent entiers.

L'équipe de planification et de développement communautaire pour un quartier en santé

L'équipe de planification et de développement communautaire a pour mandat la mobilisation des citoyens du quartier afin d'améliorer leurs conditions de vie et de santé.

Pour réaliser ce mandat, l'équipe travaille avec le conseil d'administration, avec des comités d'usagers, avec les autres équipes de la Clinique et en collaboration étroite avec les organismes communautaires du quartier, entre autre au sein de la Table de concertation Action-Gardien.

L'équipe mène des dossiers de lutte pour le respect des droits économiques et sociaux. Que l'on pense à la lutte contre la pauvreté ou à celle du droit à la santé. L'équipe travaille également au développement du quartier, à la prise en charge des groupes et des citoyens de l'aménagement du quartier, en support à des groupes communautaires en difficulté, etc.

Une large place est faite à l'analyse des politiques socio-économiques actuelles afin d'informer adéquatement les citoyens et les groupes pour qu'ils puissent faire valoir leurs intérêts et puissent dégager des stratégies d'action variées. L'équipe tente de rejoindre et d'impliquer largement les citoyens du quartier dans la perspective de s'adresser à eux et elles non pas uniquement comme des personnes ayant un problème précis de logement, de mauvaise santé ou de pauvreté mais comme des citoyens à part entière pouvant participer au développement global de leur communauté et se solidariser pour la défense des droits collectifs.

Les projets et les activités sont très variés : réalisation d'une enquête pour documenter et dénoncer les difficultés d'accès aux médicaments, assemblée citoyenne d'information et de consultation sur les enjeux d'aménagement du quartier, campagne d'opinion pour le financement des services à domicile, soupers communautaires pour vulgariser et mobiliser autour des enjeux de privatisation des services publics, réalisation de feuillets et d'affichettes distribués par le porte-à-porte pour informer sur les impacts des lois votées, mobilisation de la communauté pour réaliser un portrait de quartier guidant nos futures interventions, organisation d'une fête de l'engagement citoyen, réalisation d'une démarche d'orientation d'un groupe en restructuration, etc.

Dans un quartier économiquement aussi défavorisé que Pointe-Saint-Charles et face aux attaques tous azimuts contre les droits économiques et sociaux, les demandes d'intervention sont évidemment très nombreuses. En l'absence de ressources supplémentaires, le défi de taille de l'équipe communautaire consiste à tenter de faire des choix de dossiers les plus judicieux, sans éparpillement inefficace, pour défendre le mieux possible les droits et les intérêts de la collectivité de Pointe-Saint-Charles.

L'équipe de gestion des ressources financières, humaines et matérielles, au service de toute la Clinique.

L'équipe de gestion des ressources donne le support matériel en vue d'offrir des services de santé aux usagers de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Cette équipe s'occupe activement des finances, des paies, du recrutement du personnel, de l'application des conventions collectives, des assurances, des bâtiments, des installations, des équipements, des achats de matériel, de la santé et de la sécurité au travail, de la téléphonie, de l'informatique, des statistiques, du centre de documentation, de l'entretien, de l'installation du matériel ergonomique chez les usagers et du transport.

Tous les membres de l'équipe participent de près ou de loin à l'ensemble des activités organisées par la Clinique dans la communauté : organisation des assemblées générales, des fêtes de quartier et des actions politiques. C'est un support non visible mais nécessaire aux différents événements organisés par la Clinique et dans le quartier.

Le service de transport est sûrement le service le plus direct en regard des usagers. La Clinique a fait le choix de financer ce service indispensable à une population en perte d'autonomie qui n'a pas les moyens financiers de se déplacer à ses rendez-vous médicaux, que ce soit pour aller à la Clinique ou ailleurs dans les autres établissements. Ce service de transport est également utile aux citoyens qui autrement ne pourraient participer à différentes activités communautaires.

3.4 Structure de l'établissement

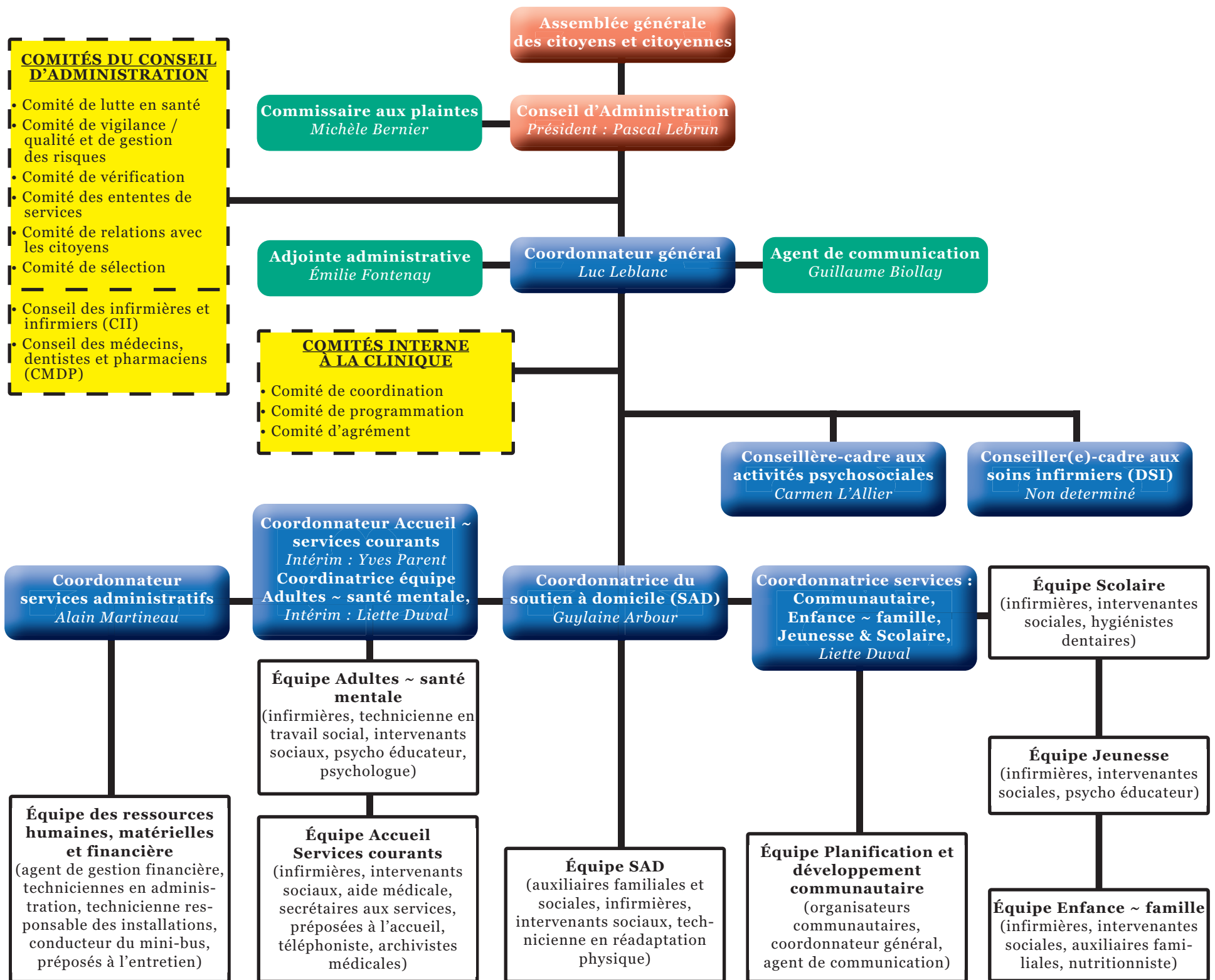
La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles dispose de deux points de services dans le quartier de Pointe-Saint-Charles :

- 500 Avenue Ash, Montréal
- 1950 rue Centre, Montréal

La Clinique dessert plus de 14.025 habitants et compte près de 100 employés, 6 médecins omnipraticiens et près de 150 membres.

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a toujours trouvé important que ses employés adhèrent, respectent et perpétuent les valeurs et la mission de la Clinique et s'impliquent au meilleur de leurs possibilités, dans toutes actions ou activités en faveur du projet de santé de la Clinique, au-delà même du cadre de leurs propres fonctions. La Clinique sensibilise ainsi, dès la phase de recrutement les candidats à cette particularité.

Organigramme



4.1 Une nouvelle planification stratégique 2012-2015 pour la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Pourquoi une nouvelle planification stratégique pour la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ?

Parce que les besoins du quartier de Pointe-Saint-Charles et les besoins de la Clinique changent : Planifier permet d'obtenir une vue complète et détaillée de la situation; de disposer d'une liste des activités à réaliser avec leur enchaînement précis; de distribuer la charge des ressources ou des moyens alloués; de décomposer les projets en sous-ensembles plus simples. Planifier demande du temps, de la rigueur et de la volonté, mais il s'agit d'un facteur de succès. La planification sert notamment à asseoir le projet de la Clinique sur une base solide; organiser les activités de la Clinique afin qu'elles soient conformes aux priorités; tirer le meilleur profit nos ressources humaines, financières, informationnelles et matérielles; et gérer les changements avec plus de souplesse.

La planification stratégique 2012-2015 est donc une feuille de route que se donne la Clinique pour réaliser sa vision à moyen et à long terme. Elle va plus loin que la simple planification, puisqu'elle oblige la Clinique à examiner son environnement, à faire des projections dans l'avenir et à déterminer les stratégies lui permettant de concrétiser sa mission et sa vision.

Rappel de la démarche de discussion et d'adoption

Désireux que la démarche de planification stratégique 2012-2015 soit le reflet de du projet de santé communautaire et citoyenne, le conseil d'administration de la Clinique a tenu à ce que l'élaboration de cette planification stratégique soit issue d'une réflexion collective impliquant le personnel, les citoyens et les groupes du quartier.

Ce travail de consultation qui devait prendre fin à l'assemblée générale du 20 juin 2012 s'est avéré plus long que prévu et s'est prolongé jusqu'en décembre 2012.

La première étape a été la réalisation d'un bilan de la première planification stratégique triennale de la Clinique 2008-2012. Par la suite, un document analysant le contexte du quartier, du réseau de la santé et les enjeux importants pour la Clinique a été réalisé. À partir de cette analyse, une première ébauche de planification stratégique a été rédigée et validée par plusieurs comités de travail (comité de programmation, équipes de travail, comité de coordination, équipe médicale, etc.) et adoptée par le conseil d'administration comme base de discussion à présenter en assemblée citoyenne pour consultation.

La planification stratégique de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles 2012-2015 est ainsi disponible en annexe (*Annexe 2 du rapport annuel de gestion 2012-2013*)

Enjeux de santé pour la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Afin de déterminer les futurs enjeux de la Clinique, un groupe de travail interne a permis d'analyser les grandes orientations et les grands enjeux du système de santé québécois, ceux du Ministère de la Santé et des services sociaux, de l'Agence de santé et de Services sociaux de Montréal, ainsi que du plan régional de Santé publique.

Enjeux politiques et sociaux pour le système de santé québécois

Les grands enjeux politiques et sociaux du système de santé québécois sont bien identifiés par les observateurs et les regroupements qui militent pour le maintien d'un système de santé universel, gratuit et accessible comme la Coalition Solidarité santé, dont la Clinique est membre. L'extrait tiré d'un texte collectif publié dans le journal *Le Devoir* (24 février 2012) résume bien ceux-ci. (*Annexe 4 du rapport annuel de gestion 2012-2013*).

Enjeux et orientation du réseau de la santé 2010-2015

Dans le cadre de son mandat de CLSC, la Clinique a pour mission d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants ainsi que préventifs ou curatifs, de réadaptation ou de réinsertion. Elle se doit aussi de réaliser des activités de santé publique sur son territoire. C'est le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui fixe les orientations et les objectifs nationaux en matière de santé et de bien-être et coordonne le programme national de santé publique. Ces grands objectifs et orientations sont par la suite transmis aux structures régionales que sont les Agences de la santé et des services sociaux qui les adapte à leur réalité régionale. Pour Montréal, l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal coordonne la mise en place des services socio sanitaires. Conformément à son mandat de service de santé 1^{ère} ligne, mission CLSC, la planification stratégique de la Clinique doit s'arrimer aux enjeux ministériels, aux priorités régionales de l'Agence de la Santé et de Services sociaux de Montréal, ainsi qu'au plan régional de Santé publique. Les grandes orientations de ces instances ont influencé le contenu de la propre planification stratégique.

Enjeux 2010-2015 identifiés par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

ENJEU 1 : L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être

- Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

ENJEU 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

- Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne
- Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers
- Répondre aux besoins d'une population vieillissante
- Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

ENJEU 3 : Un délai raisonnable pour l'accès aux services

- Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

ENJEU 4 : La qualité des services et l'innovation

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

- Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux
- Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

ENJEU 5 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

- Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée
- Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

ENJEU 6 : Une gestion performante et imputable

- Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux
- Assurer une gouvernance plus imputable.

Priorités régionales 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

- Une première ligne forte centrée sur la personne et ayant un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge
- Une meilleure gestion des maladies chroniques
- Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et de leurs familles
- Compléter la mise en œuvre des grands plans régionaux

Santé publique

- Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
- Plan régional de transformation des services en santé mentale
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Déficience physique
- Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

Enjeux spécifiques à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Se distinguer en maintenant et développant son modèle unique et historique de santé citoyenne et communautaire, dans un environnement de services sociaux et de santé en profonde mutation qui, sans lui être nécessairement hostile, se transforme rapidement pour devenir de plus en plus centralisé et en partie privatisé.

On pense ici entre autres à l'abolition des structures locales de services sociaux et de santé de proximité que constituait le réseau de CLSC du Québec dans la foulée des fusions d'établissements forcés de 2005. Si les services et les bâtiments « CLSC » ont été maintenus

dans les grands CSSS à travers la province, les structures autonomes de quartier qu'ils constituaient, elles, font désormais partie de l'histoire.

La Clinique demeure donc depuis ces fusions de 2005, le seul établissement autonome à but non lucratif avec un mandat de CLSC au Québec. Ce qui constitue à la fois notre distinction et notre principal défi pour les prochaines années.

- **Des services qui s'adaptent et répondent aux besoins de la population**

Solidement enracinée dans le quartier, la Clinique est très près des préoccupations des citoyens et des groupes communautaires du quartier. Ce qui fait que ses services se sont bien adaptés la plupart du temps à l'évolution de ces besoins dans le quartier, sans pour autant faire l'objet d'analyse précise et documentée. À l'instar d'autres organisations communautaires, la Clinique a pu ainsi traverser les années sans avoir à développer des outils d'analyse plus performants. Ce qui dans le contexte actuel et pour l'avenir ne peut plus suffire.

Afin de garder et défendre son statut singulier dans le réseau de la santé, dans un contexte où le financement se réduit comme une peau de chagrin tandis que les redditions de compte sont de plus en plus exigeantes, la Clinique ne peut plus faire l'épargne de mieux documenter et évaluer l'organisation de ses services pour les prochaines années. Elle doit pour ce faire se doter d'outils et d'indicateurs de gestion permettant au conseil d'administration, à l'équipe de coordination et à l'ensemble du personnel de mieux évaluer l'offre de services au regard des besoins de la population et de la pertinence et de l'efficacité de ceux-ci. En plus des services sociaux et de santé, la Clinique gagne également à mieux documenter les exigences liées à sa structure de participation citoyenne, ses interventions collectives de promotion et de prévention et son action communautaire pour vraiment faire valoir sa spécificité.

Afin d'avoir une lecture plus juste de la qualité de ses services, la Clinique doit mettre en place un mécanisme d'évaluation continue de ses services auprès de ses usagers, comme le recommande le rapport du Conseil québécois de l'Agrément.

- **Un soutien accru à la vie démocratique et à la participation citoyenne**

Une des forces historiques de la Clinique est sa proximité des besoins du quartier et sa capacité de mobilisation citoyenne. Dans les situations difficiles où souvent sa survie même était remise en question, à terme c'est toujours la capacité de mobilisation citoyenne qui a fait pencher la balance du côté de la Clinique.

Bien sûr, la Clinique est un lieu où s'offrent différents services de santé et sociaux à la population, mais c'est aussi un lieu où les citoyens s'approprient le développement de leurs conditions de vie et de santé et celle de leur quartier par une participation directe à la vie démocratique de l'organisation. Au fil des ans, cet « empowerment » citoyen s'est particulièrement incarné à travers les assemblées générales, le conseil d'administration et ses différents comités. Non seulement ces structures et instances historiques méritent d'être maintenues, mais elles pourraient également être développées.

Au delà de cette participation nécessaire mais exigeante sur le conseil d'administration et les comités, et afin d'élargir sa base d'adhésion et de participation, la Clinique devrait se pencher sur de nouvelles façons d'impliquer des citoyens dans ses activités.

- **Élaborer un plan d'organisation facilitant l'appropriation de la structure interne**

De nombreux documents ont été réalisés au cours des dernières années pour mieux définir certains rôles et certaines fonctions dans la Clinique (grille de prise de décision, description de postes, politiques diverses, rôle de différentes instances et comités de travail, etc.). Cependant, les rôles et fonctions de certaines instances de la Clinique méritent d'être mieux définies et intégrées dans un plan d'organisation, qui doit permettre d'avoir rapidement une vision globale du fonctionnement et de la structure interne de la Clinique.

- **Une plus grande collaboration avec l'équipe médicale**

Un des problèmes récurrents à la Clinique est le recrutement et la rétention de médecins généralistes. Il est important de rappeler que les médecins ne sont pas rémunérés à même le budget de la Clinique, mais directement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Présentement, les médecins impliqués à la Clinique partagent sa mission et ses orientations.

En raison de certaines réalités historiques (la structure décisionnelle de la Clinique par exemple), l'intégration et la collaboration avec l'équipe médicale n'a pas toujours été facile.

Pour les prochaines années, Il faut trouver des solutions adaptées à la réalité contemporaine pour favoriser la collaboration entre la Clinique et son équipe médicale.

- **Développer des collaborations en recherche et en innovation**

Durant les années 70, 80 et 90, la Clinique s'est beaucoup fait connaître pour ses initiatives, interventions et projets novateurs tant en matière de santé de services sociaux et en action communautaire. Plusieurs chercheurs ont alors investi ce quartier pour y étudier ce creuset d'initiative sociale et communautaire qui se développait.

Aujourd'hui, quels seraient les projets novateurs ou de recherche qui seraient porteur de développement pour la Clinique ? Y a-t-il des recherches ou des milieux d'enseignement auxquels la Clinique gagnerait à s'associer ?

Ces projets novateurs, de recherche ou de collaboration avec des milieux de l'enseignement peuvent être non seulement des facteurs de développement, mais également des sources importantes et inspirantes d'attraction pour de futurs travailleurs et intervenants de la Clinique. Bien que la Clinique accueille des stagiaires dans de nombreuses disciplines depuis des années, elle doit se doter d'orientations, de politiques et de procédures concernant des activités de recherche et de collaboration avec les milieux de l'enseignement.

- **Recrutement et rétention du personnel, particulièrement des professionnels et des cadres**

Au cours des dernières années, le problème de recrutement et de rétention des professionnels et du personnel cadre s'est accru à la Clinique.

Le problème de recrutement du personnel infirmier constitue entre autres une des sources importantes de l'accroissement du recours au Personnel d'Agence de placement durant l'année 2011-2012. Ce qui a une conséquence importante sur la stabilité de l'organisation du travail et de nos services ainsi que sur notre budget.

Même si elle n'est pas la seule, la cause principale de ce problème de recrutement est l'écart de rémunération entre ce qui est offert dans le réseau de la santé et ce qu'offre la Clinique.

Dans la mesure où la Clinique développera des projets novateurs, des initiatives créatives et un cadre organisationnel stimulant cela jouera un rôle important dans notre capacité d'attraction de personne intéressée et intéressante et que les conditions de travail ne seront pas le seul critère en cause.

Du côté du recrutement du personnel cadre, même si l'écart avec des postes similaires dans le réseau de la santé est moindre, il reste que le taux de vacances et de roulement à ces postes demeure vraiment trop élevé pour espérer y développer une stabilité.

La présente planification stratégique comprend des moyens pour résoudre et diminuer de façon importante ce problème.

4.2 Les priorités annuelles 2012-2013 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Les priorités annuelles sont adoptées en assemblée générale annuelle et permettent la définition d'axes de travail pour l'année 2012-2013. Les objectifs des priorités annuelles sont directement liés avec ceux de la planification stratégique de la Clinique.

Pour l'année 2012-2013, à titre exceptionnel, de par l'ampleur du travail consultatif sur la planification stratégique, les priorités annuelles ont été adoptées directement par le conseil d'administration.

Le bilan présenté ici inclut seulement les activités en lien avec les réalisations annuelles de la Clinique sans prendre en compte les activités liées à la prestation quotidienne des services.

La participation citoyenne au cœur de la Clinique

Objectif : Consolider et développer la participation et l'implication citoyenne à la Clinique

Conformément aux règlements de régie interne, adopter une procédure et un formulaire d'adhésion pour les membres.

Réalisée en partie

Comme convenu dans les nouveaux règlements de régie interne adoptés en juin 2010, le conseil d'administration doit préciser les modalités liées au statut de membre (droits, obligations, formulaire d'adhésion pour devenir membre, etc.) Une première proposition de modalités a été déposée au comité de relations avec les citoyens ce printemps, et le comité prévoit faire une recommandation au conseil d'administration.

Au comité de relation avec les citoyens et citoyennes (CRC), faire une réflexion et des recommandations pour élargir la base de participation citoyenne à la Clinique.

Réalisée

Le Comité de relation avec les citoyens (CRC) a été relancé cette année. En septembre 2012, le comité a réalisé une activité très réussie dans la cour arrière de la Clinique avenue Ash : *La fête de la rentrée de la Clinique communautaire*. Une quarantaine de personnes ont participé à cette fête et apprécié cette rencontre sans trop de formalité entre membres du personnel, membres du conseil d'administration, citoyens du quartier. Suite à ce succès, le conseil d'administration a décidé d'en faire une tradition et une autre fête de la rentrée est prévue.

Le comité a émis des recommandations quant à une actualisation de son mandat pour y inclure, entre autres, le fait que la Clinique a des membres en règle. Ainsi le comité a proposé de cngae le mandat et le nom du comité pour devenir le **Comité des membres et usagers de la Clinique (CMU)**. Le comité a mené une réflexion afin que le mandat s'adapte aux besoins et à la réalité actuelle de la Clinique, du quartier et du réseau de la santé. Ce mandat comprend trois volets :

- Travailler à développer et élargir la participation des membres à la Clinique
- Travailler à développer des activités de promotion de la santé organisées par et pour des citoyens et citoyennes du quartier
- Accompagner, assister renseigner les usagers et usagères en ce qui concerne leurs obligations et leurs droits individuels et collectifs vis-à-vis les services de la Clinique.

Amorcer la réflexion sur les enjeux et perspectives de la Clinique dans 10 ans

Non réalisée

La démarche d'adoption de la planification stratégique 2012-2015 fut beaucoup plus consultative et collective que celle de 2008-2011. Plusieurs étapes de discussion et de consultation ont été réalisées. Un bilan de cette démarche a été fait par le conseil d'administration en consultation avec différentes instances et celui-ci nous sera fort utile pour

mettre en place une démarche de discussion et de consultation pour projeter la Clinique dans l'avenir.

Réduire les inégalités pour améliorer la santé

Objectif : Consolider et développer les actions de la Clinique sur les déterminants de la santé

Poursuivre la réalisation des activités de promotion et de prévention prévues au plan d'action en santé public 2010-2015 de la Clinique.

Réalisée

Le plan d'action local en santé publique de la Clinique répond à cinq orientations données par le Ministère et les actions menées par la Clinique dépendent des ressources humaines et financières de la Clinique :

- **Des enfants qui naissent et se développent en santé :**

Parmi les activités de la Clinique pour cette orientation, le Forum Famille a été un excellent moyen de rejoindre les familles, tant pour connaître leurs besoins que pour les impliquer dans la mise en place de solutions. Des liens avec de nouvelles familles ont été créés et sont maintenus pour favoriser leur participation dans la vie communautaire, les informer régulièrement et les orienter vers des ressources appropriées. Les différents projets des organismes ont permis de *rejoindre* environ 300 familles avec de jeunes enfants du quartier.

Des efforts particuliers ont été mis en place pour rejoindre les familles les plus vulnérables, non rejointes actuellement par les CPE ou organismes familles.

De nouvelles collaborations ont vu le jour et la complémentarité des services a été bonifiée.

Plusieurs enfants arrivent à l'école déjà carencés et qui n'avaient pas été suivi par la clinique avant, ce qui nous amène à réfléchir sur les moyens que nous pouvons mettre en place pour mieux supporter ces familles mais aussi comment les rejoindre avant, sachant que l'âge de 5 ans est critique pour avoir accès à certains services.

- **Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire :**

Des liens se sont étroitement consolidés avec les écoles primaires, mais aussi directement avec les parents de ces écoles. De plus en plus de présence des autres organismes communautaires du quartier dans les écoles renforce ces activités. Le principal défi reste toutefois encore de rejoindre les jeunes des écoles secondaires hors territoire qui vivent à Pointe-Saint-Charles. L'équipe envisage ainsi de modifier ses plages horaires de la clinique des jeunes afin de mieux rejoindre les jeunes qui doivent venir en dehors des heures de classes.

- ***Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques :***

Nous avons administré 3.274 vaccins (tout type de vaccination confondue). Afin de rejoindre plus de personnes, la Clinique permet la vaccination dans les foyers d'habitation. Cette année, la clinique de vaccination a été ouverte plus longtemps. Par conséquent, la Clinique a rejoint plus de personnes pour la vaccination anti-grippe.

- ***Un environnement urbain favorable à la santé***

Malgré la marge de manœuvre limitée, faute d'outils de planification urbaines, politiques et règlements municipaux, la Clinique a réalisé et soutenu plusieurs interventions dans le contexte d'une transformation rapide du quartier, comme l'aménagement des terrains du CN, aménagement du Canal Lachine, construction du nouveau pont Champlain, FAPRU etc. La Clinique soutient aussi les citoyens dans leurs interventions dans le cadre de « Montréal Demain ».

Le comité d'aménagement a aussi collaboré au projet d'aménagement des terrains du CN et aux études sur les nuisances ferroviaires. Il participe aux négociations pour faire déplacer les transports de marchandises dangereuses hors du quartier.

Les organisateurs communautaires ont participé aux études sur « Un pont pour le Saint-Laurent ». à savoir mesurer les impacts sur les déterminants de la santé de la construction d'un nouveau pont.

- ***Un système de santé qui sert à prévenir :***

La clinique a organisé plusieurs actions de promotion, prévention et de dépistage comme par exemple la vaccination, l'enseignement dans les écoles. La Clinique rappelle qu'elle alloue également chaque année 1% de son budget aux organismes communautaires du quartier pour des activités de prévention et de promotion de la santé.

Au-delà de ces actions, la Clinique a participé et participe à l'amélioration des conditions de vie des aînées comme :

- Exercice participatif d'aménagement d'un parc intergénérationnel axé en priorité sur la mobilisation des aînés du quartier
- Concertation avec les ressources en dépannage alimentaire pour la consolidation d'activités de popote roulante
- Ententes de collaboration et comité de sélection comité des bâtisseurs
- Soutien de la Clinique communautaire au Conseil des aînés

En concertation avec les groupes communautaires et les partenaires institutionnels du quartier, poursuivre nos interventions relatives à l'infestation des punaises de lit.

Réalisée en partie

Cette priorité a été reconduite les trois dernières années en assemblée générale annuelle. La présence de punaises de lit dans les milieux urbains est un phénomène en croissance à travers toutes les grandes villes du monde. Il y a trois ans, la Clinique s'est doté d'un protocole d'intervention en présence de punaises de lit, protocole pour les interventions tant à l'intérieur de nos locaux qu'à domicile. Ce protocole était alors innovateur dans les CLSC à Montréal. Celui-ci est toujours appliqué à la Clinique et chez les usagers de la Clinique. Nous soutenons également des groupes communautaires dans des mesures de préventions.

Poursuivre la réalisation du plan de travail du comité de lutte en santé concernant la tarification illégale et abusive dans le système de santé.

Réalisée

Le comité a comme mandat d'organiser la mobilisation citoyenne pour le droit à la santé, pour un système de santé public, universel, accessible et gratuit et contre la privatisation des services de santé. Il regroupe les citoyennes et les citoyens pour discuter des enjeux et développer des actions visant à favoriser l'accès aux services tant à la Clinique que dans l'ensemble du système de santé.

Le comité s'est rencontré régulièrement et a réalisé de nombreuses activités tout au long de l'année incluant, au printemps 2013, à propos de la taxe santé l'envoi de plus de 160 lettres des citoyens et citoyennes, des employé-e-s et des groupes communautaires aux ministres concernés au sein de la campagne nationale pour contester la taxe santé. Quant au dossier prioritaire, c'est à dire les frais directs facturés illégalement par les médecins, le comité a posé plusieurs gestes : le dépistage et le suivi des dossiers des individus, ramassage des témoignages d'une douzaine de citoyens et citoyennes, la tenue, en juin 2012, d'une rencontre avec la députée du coin en présence de ces témoins, une intervention lors de débat auprès des candidats lors de l'élection à l'automne 2012, la tenue d'une conférence de presse très réussie en décembre 2012 et des entrevues dans les médias.

Une meilleure Clinique pour une meilleure santé

Objectif : Inscrire la Clinique dans un processus d'évaluation et d'amélioration continu de la qualité, de la continuité et de l'accessibilité des services

Réaliser les recommandations annuelles pour l'amélioration des services prévues au plan d'amélioration d'agrément 2012-2015.

Réalisée

Dans le cadre des recommandations du conseil québécois d'Agrément, plusieurs dossiers ont été menés à terme ou continués. Certains n'ont toujours pas été commencés faute de ressources disponibles. Parmi nos objectifs :

- ***Améliorer la communication et la collaboration interne***

Dans ce cadre, le comité de programmation de la Clinique a travaillé principalement sur les relations inter-équipes.

Nous avons amélioré nos modes communications internes en révisant notre format d'assemblée du personnel, en diffusant plus systématiquement aux employés et aux membres de la Clinique des bulletins internes (Clinique en Bref, Parole de CA) et assurons le maintien des informations continues à l'interne via les communiqués internes, les réunions d'équipes etc.

- ***Consolider le leadership de l'équipe de coordination***

L'arrivée d'une nouvelle personne au poste d'adjointe à la coordination générale a généré une meilleure consolidation d'une équipe à plusieurs expertises, une grande amélioration du fonctionnement et de l'efficacité du comité de coordination. Une rencontre de planification (lac-à-l'épaule) s'est tenue en novembre 2012 et a permis d'identifier des pistes et priorités de travail pour améliorer la cohésion et le leadership de l'équipe. Un plan de formation des cadres a été discuté. Une première version d'une politique d'appréciation de la contribution du personnel cadre a été travaillée pour bonification au comité de coordination.

- ***Améliorer le soutien au personnel***

De nouveaux mécanismes ont été mis en place pour consolider l'appréciation individuelle. Les employés peuvent bénéficier d'un suivi personnalisé, adapté à leurs besoins et de supervision. Le support aux employés en difficulté se fait avec plus de rigueur, de constance et d'intensité. Les coordonnateurs sont plus outillés et disposent de compétences solides pour encadrer leur personnel. Afin de reconnaître la contribution pour les années de services et les départs à la retraite, une activité de reconnaissance a été planifiée et il est prévu de planifier pour les employés en poste une politique de reconnaissance et de valorisation du personnel

- ***Améliorer la fiabilité, la rapidité et la continuité des services***

Pour assurer cet objectif, la Clinique travaille à la formalisation de son système de documentation. Elle a mis à jour des protocoles, des politiques et procédures et s'assure de la sécurité et la confidentialité de ses documents, notamment les dossiers des usagers. Dans le cadre de la semaine de la confidentialité, des activités de sensibilisation ont été menées auprès des employés et réalisées avec succès.

L'équipe de coordination travaille aussi à assurer un inventaire des services disponibles à la Clinique afin d'identifier les besoins de services des usagers en services de 1^{ère} ligne et les services à développer à la Clinique ou avec des partenaires.

Une consolidation de la gestion des risques à la Clinique a été initiée et a permis d'identifier certaines activités de préventions des incidents et accidents pour le futur. :

Deux activités pour améliorer les interventions au niveau de la solidarisation et de la responsabilisation des usagers, et pour améliorer les mesures de satisfaction des usagers, ont été menées dans ce sens :

- Relance du comité de relations avec les citoyens et redéfinition du mandat de ce comité afin d'assurer l'évaluation par la clientèle des services de la Clinique
- Analyse des plaintes non traitées par la commissaire aux plaintes afin d'évaluer la qualité des services et des mesures de corrections prises en cas d'insatisfactions et de plaintes.

En lien avec le comité de relation avec les citoyens et citoyennes (CRC) faire une analyse des recommandations pour la mise en place d'un système d'évaluation continu de la satisfaction des usagers et usagères.

Non réalisée

Le comité de relations avec les citoyens a été rassemblée afin d'évaluer les obligations du comité et les besoins des usagers, des membres et des citoyens. A la suite de cette analyse, un nouveau mandat a été adopté dont l'un des objectifs est d'assurer la mise en place d'un système d'évaluation continu. Cet objectif sera ainsi traité lors des prochaines priorités annuelles par ce comité. Dans l'attente d'une définition, la Clinique se base sur les résultats d'une étude détaillée de la satisfaction de la clientèle faite en 2011 et s'assure du suivi des plaintes adressées à la commissaire aux plaintes.

En lien avec le comité de programmation, faire une réflexion et des recommandations pour améliorer le travail inter-équipes à la Clinique

Réalisée

Le comité de programmation de la Clinique se réunit au deux mois pour une session de travail de 3h. Chaque équipe et chaque métier de la Clinique sont représentés dans ce comité à l'exception de l'équipe médicale et l'équipe jeunesse. Le mandat du comité de programmation s'inscrit dans une démarche de consultation et de participation des employés dans des processus de décisions. Le nombre des intervenants siégeant sur le comité a été réduit pour favoriser les échanges. Des groupes de travail au sein du comité ont été mis en place pour travailler sur les thématiques suivantes :

- ***Amélioration des relations inter-équipes :***

Le sous-comité a identifié les cadres de références comme une des sources de disfonctionnement des relations inter-équipes. Pour ce fait, le sous-comité a donc élaboré des recommandations au comité de programmation pour l'harmonisation des cadres de références et l'identification des zones grises afin de statuer sur des suites à donner à ces zones d'insatisfaction

- **Élaboration d'un code éthique :**

Sous la responsabilité de la conseillère-cadre aux activités psychosociales, un sous-comité s'est également réuni pour travailler sur une proposition de code éthique de la Clinique visant à cadrer les relations entre les usagers et le personnel de la Clinique. Un projet de consultation au sein des équipes de la Clinique et des usagers a donc été élaboré. Un échéancier de consultation a également été proposé et adopté.

- **Amélioration des assemblées du personnel :**

L'assemblée du personnel de la Clinique a également été identifiée, au cours des nombreuses discussions, comme un lieu d'échanges inapproprié entre les équipes. La mauvaise utilisation de ce lieu d'information a souvent conduit à des échanges houleux et non cadrés. Aussi, afin de mieux encadrer les assemblées du personnel et surtout rendre cet espace un lieu d'information et d'échange constructif sur l'organisation et non sur chaque équipe, un sous-comité a été formé et prépare avant chaque assemblée le contenu, l'organisation et l'animation.

Une offre de service de santé communautaire diversifiée et de qualité

Objectif : Améliorer, développer et adapter l'offre de services de la Clinique

Adopter une planification stratégique 2012-2015 et faire le bilan de l'exercice d'élaboration et d'adoption de celle-ci.

Réalisée

(Annexe 2 du rapport annuel de gestion 2012-2013)

Convenir d'une entente de collaboration avec le groupe Naître à la Pointe sur la mise sur pied d'une maison des naissances à Pointe-Saint-Charles.

Réalisée

Le groupe Naître à la Pointe est un collectif de femmes souhaitant mettre sur pied une maison des naissances dans le quartier de Pointe-Saint-Charles pour l'ensemble des femmes du territoire de Sud-Ouest.

Un organisateur communautaire a été affecté au dossier. Afin de poursuivre l'implantation du projet, le groupe s'est légalement constitué et incorporé en collaboration avec les Services juridiques de Pointe-Saint-Charles.

Comme les services seraient offerts aux femmes enceintes du territoire du Sud-Ouest, des démarches seront entreprises pour établir des modalités de collaboration avec le Centre des services sociaux et de santé du Sud-Ouest-Verdun.

Améliorer la qualité de l'information concernant les besoins des usagers, les données statistiques, la répartition et l'organisation des services à l'interne.

Réalisée

Afin d'assurer la qualité des informations, la Clinique a veillé aux points suivants :

- ***Qualité des informations sur les besoins des usagers***

Le comité de vigilance qualité et de gestion des risques assure un suivi continu de la réalisation des PI et PTI des intervenants, puisque ceux-ci répondent étroitement aux besoins des usagers et sont élaborés avec leur coopération.

- ***Qualité des informations sur les données statistiques***

Pour cela, l'archiviste médicale extrait chaque mois un rapport statistique et informe des modifications. Un suivi continu des saisies statistiques est fait par l'archiviste médicale et l'équipe de coordination. Ils s'assurent ainsi que tous les intervenants rentrent leurs données statistiques. Une analyse est effectuée chaque année.

- ***Qualité des informations sur la répartition et l'organisation des services internes***

Pour cela, deux comités de travail ont été formés avec des objectifs distincts :

Un comité dit « Optimisation SAD » divisé en deux groupes de travail, dont le mandat était de réfléchir à une réorganisation des services à domicile pour assurer un maintien et un développement des services à domicile aux usagers, et de déterminer une prise de position politique face à l'implantation de projets d'optimisation dans le réseau de la santé, inspirés du secteur industriel (Lean, Toyota) qui ont soulevé beaucoup de controverse cette année.

Le deuxième comité est un comité dit « plan médical stratégique » qui veille à la mise en place et la réalisation d'un plan médical à la Clinique. L'objectif est d'améliorer l'organisation des services médicaux en vue d'une meilleure organisation interne et prise en charge de nos usagers. Ce comité veille aussi à définir les besoins de services de 1^{ère} ligne et les services spécialisés comme orthophonie, ergothérapie etc. pour les usagers, les prioriser et négocier des ententes de services avec d'autres professionnels ou établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Le personnel, moteur d'une Clinique vivante et novatrice

**Objectif : Améliorer l'attraction, la rétention et le développement des ressources
humaines qualifiées et mobilisées**

Identifier les mesures qui contribueraient à diminuer le recours à la main d'œuvre indépendante.

Réalisée

Tout au long de l'année, l'équipe de coordination a porté une attention particulière à réduire le recours aux agences de placement pour combler des postes vacants ou temporairement dépourvu de leur titulaire. Ces recours sont particulièrement fréquents pour les postes d'infirmières et de secrétaires.

Ce problème a également été soulevé dans le cadre des négociations pour le renouvellement des conventions collectives afin de trouver des solutions avec les syndicats.

S'il nous devons demeurer vigilant face à ce problème, tout en étant conscients que nous ne pourrions résoudre à nous seuls le problème de pénurie d'infirmières au Québec, c'est avec une certaine fierté que nous pouvons toutefois rendre compte d'une diminution de 33% du recours à la main d'œuvre indépendante en 2012-2013 à la Clinique par rapport à l'année précédente, grâce à la révision de certaines mesures.

Adopter une politique et mettre en place des activités de reconnaissance du personnel de la Clinique.

En partie réalisée

Une assemblée de reconnaissance du personnel de la Clinique (départs à la retraite, reconnaissance des années de services, etc.) est planifiée. Depuis deux ans, la formule d'une activité statutaire et officielle de reconnaissance par année pour le personnel concernée a été retenue. Cette formule s'est améliorée et surtout consolidée depuis.

Cette activité fera partie de politique de reconnaissance qui a été étudiée pour bonification par le comité de coordination.

Poursuivre la formation à l'embauche et de façon continue sur les réalités particulières de la Clinique et du quartier

Réalisée

Les formations à l'embauche sur les réalités du quartier sont depuis longtemps intégrées au programme d'orientation des nouveaux employés de la Clinique. Un projet de politique d'accueil, d'intégration et d'orientation des employés et un plan de réalisation est en cours de planification. En plus de cette formation à l'embauche, le comité de programmation a mis sur pied un sous-comité de travail qui fait des recommandations pour l'organisation des assemblées du personnel. Un des objectifs du comité est de s'assurer que les dossiers et les enjeux importants du quartier soient présentés et discutés lors de ces rencontres.

Adopter un plan directeur de planification et de développement de la main-d'œuvre.

Réalisée

Un plan de la planification et de développement de la main-d'œuvre a été adopté en septembre 2012 par la Clinique. Ce plan comprend le mouvement du personnel pour les trois prochaines années et des actions concrètes touchant principalement pour les postes les plus précaires.

Ce plan a été accepté par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui nous a fait une analyse et des commentaires constructifs afin de nous aider à sa réalisation

Convenir d'une entente de collaboration formelle avec l'équipe médicale de façon à poursuivre et stimuler l'intérêt pour une pratique médicale à la Clinique, en assurer le suivi et poursuivre les efforts de recrutement de médecins.

Réalisée

En Octobre 2012, un plan d'amélioration avec l'équipe médicale a été adopté et en Janvier 2013 un protocole de collaboration a été adopté et signé par le CA et les médecins de la Clinique. Ses deux documents visent à encadrer les relations entre les médecins et la Clinique, assurer des processus clairs entre les médecins et les autres instances de la Clinique, mais surtout de permettre une collaboration saine et efficace.

Les médecins participent par ailleurs activement au comité de plan médical stratégique et ont déposé un plan médical pour la Clinique.

En Octobre 2012, la Clinique a participé à un salon de recrutement de médecin et à recruter un médecin supplémentaire à son équipe, grâce à l'octroi d'un PREM.

Une bonne gestion de nos ressources

**Objectif : Améliorer la gestion des ressources financières, matérielles et
informationnelles**

Adopter un plan directeur de développement informatique.

Réalisée

La Clinique a développé son plan directeur des ressources informationnelles. Ce plan veille à l'implantation, au renouvellement et au maintien de ressources informatiques au sein de la Clinique. Ce plan a été déposé au conseil d'administration et adopté en décembre 2012. Il vise par exemple à l'informatisation des dossiers des usagers, au renouvellement des postes informatiques de la Clinique, l'achat de télécopieur ou de logiciels de travail, au transfert de données informatiques dans des serveurs centralisés comme par exemple la liste d'attente pour un médecin de famille. Parmi les grandes priorités de la Clinique, la poursuite et mise en place du dossier informatique des usagers

Démarrer la mise en place de l'informatisation des dossiers des usagers et usagères.

Réalisée

Une des premières étapes de la mise en place de l'informatisation des dossiers cliniques des usagers et usagères est la définition d'un manuel des opérations. Ce manuel permet de définir les orientations de la Clinique face à ce projet et à prendre des décisions des suites à donner comme par exemple, la mise en place de comité de travail, de personnes ressources pour le dossier etc.

Démarrer les activités liées au plan de travail du comité pour une Clinique verte visant à améliorer les pratiques environnementales de la Clinique

Réalisée

Le comité s'est aussi engagé à faire attention à sa consommation de papier et vise à réduire les impressions. Une réflexion a aussi été menée sur les enjeux globaux de la santé sur l'environnement comme par exemple, l'utilisation de certains produits ménagers au quotidien

Le comité Clinique verte s'est réuni six fois cette année afin de s'accorder sur des orientations de la Clinique en vue de réduire notre impact écologique. Parmi les actions menées cette année, la Clinique s'est dotée de bac de recyclage sur ces deux points de services et a assuré un sensibilisation sur le recyclage en collaboration avec éco-quartier. Une campagne de communication interne a aussi été menée sur différentes thématiques comme l'économie de l'eau, la pollution sonore etc.

4.3 Engagements contenus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013

Atteintes des cibles fixées par l'Agence de la santé et des services sociaux

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles atteint majoritairement les cibles qui lui ont été fixées pour l'année 2012-2013 par l'Agence de la santé et des services sociaux.

La Clinique a une reddition de compte sur les enjeux suivants :

- Santé publique
- PALV – Programme perte d'autonomie liée au vieillissement
- DP- Déficience physique et DI-TED – Déficience intellectuelle et Trouble envahissant du développement
- Jeunes en difficultés
- Dépendance
- Santé mentale
- Santé physique
- Ressources humaines

Notons que les indicateurs référés ci-dessous sont issus de l'Entente de gestion et d'imputabilité de l'établissement 2012/2013 et des plans de travail des différents programmes. Les résultats chiffrés sont disponibles en annexe (Annexe 3 du rapport annuel de gestion 2012-2013).

Santé publique

Indicateurs 1.01.12, 1.01.13, 1.01.15 et 1.01.16

La Clinique atteint l'ensemble des cibles fixées par l'Agence à l'exception de deux cibles concernant la part des enfants rejoints recevant leurs premiers vaccins contre la rougeole, rubéole et oreillons, et contre le méningocoque.

Les suivis vaccinaux se font sur une base personnalisée et non dans le cadre de cliniques de vaccination. Il devient donc facile pour les infirmières de donner un rendez-vous assez rapidement selon les disponibilités du parent.

Les cibles n'étaient pas atteintes tout simplement parce que les intervenants n'étaient pas informés de ces cibles et qu'elles respectaient le libre arbitre des parents. Des mesures de suivi plus serré des prises de rendez-vous, rappels téléphoniques seront mis en place.

PALV

Indicateurs : 1.03.05, 1.03.06, S1.3.1 et S1.3.2

L'équipe de soutien à domicile de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles atteint les cibles exigées par l'Agence de la santé et des services sociaux, à l'exception de sa cible S.1.3.2. Cet indicateur était de 37 et 29 a été atteint. A ce jour, nous recherchons les raisons de la non-atteinte de cette cible.

DI-TED-DP

Indicateurs : 1.04.03, 1.41.04.01, 1.45.04.02, 1.45.04.03, 1.45.04.04, 1.45.45.00, 1.45.45.02, 1.45.45.03 et 1.45.45.04

Les cibles demandées par l'Agence de la Santé et des services sociaux n'ont pas été atteintes cette année, faute d'incompréhension de la saisie de l'indicateur.

Une centralisation de la gestion des nouvelles demandes devra être mise en place afin de pouvoir suivre l'indicateur.

A l'heure actuelle, la Clinique peut suivre des usagers en DI-TED dans tous les programmes services, selon l'âge et le niveau d'autonomie. Un suivi sera fait avec l'Agence de la santé et des services sociaux afin de clarifier la compréhension et le suivi de l'atteinte de la cible.

Jeunes en difficultés

Indicateurs : 1.06.01 et 1.06.02

L'équipe Jeunesse de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles atteint les cibles exigées par l'Agence de la santé et des services sociaux.

Dépendance

Indicateur: 1.07.05

La Clinique constate que l'Agence de la Santé et des services sociaux émet une cible pour ce programme alors qu'elle ne reçoit pas de financement spécifique à celui-ci. Par conséquent, il n'y a pas d'organisation formelle autour de cette problématique. De ce fait, aucune donnée n'a été saisie pour les suivis en dépendance.

En effet, plusieurs usagers suivis à la Clinique, pour d'autres problématiques, et donc dans un autre profil clientèle, comme par exemple à la Clinique des jeunes ou en santé mentale, ne sont pas entrés dans le système spécifiquement en dépendance. De plus, le territoire de Pointe-Saint-Charles n'a pas d'écoles secondaires, ni de centre d'éducation de la santé, ce qui rend plus difficile de mettre en place un programme de prévention lié à la dépendance. Par ailleurs, malgré l'absence de centre d'éducation de la santé, la Clinique tient à consolider ses liens de collaboration avec le CSSS Sud-ouest Verdun.

Santé mentale

Indicateurs : 1.08.05, 1.08.06 et 1.08.09

L'équipe Adultes/Santé de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles atteint les cibles exigées par l'Agence de la santé et des services sociaux.

Santé physique

Indicateurs : 1.09.05 et 1.09.06

L'équipe de soutien à domicile de Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles atteint les cibles exigées par l'Agence de la santé et des services sociaux.

Ressources humaines

Indicateurs : 3.08, 3.05.01, 3.05.02, 3.06.01, 3.01.02, 3.01.03, 3.01.04 et 3.01

L'Agence de la santé et des services sociaux n'exige pas de reddition de compte à la Clinique pour ses indicateurs. L'information est disponible sur demande.

Toutefois, la Clinique précise qu'elle souhaite maintenir d'avoir des indicateurs dans ce secteur puisqu'elle est confronté aux mêmes problématiques que les autres établissements du réseau.

Les réalisations des équipes aux vues des orientations et des priorités régionales de l'Agence de la santé et des services sociaux

Au-delà des cibles définies par l'Agence de la Santé et des services sociaux, les équipes de la Clinique contribuent aussi avec succès dans d'autres domaines à la réalisation des priorités régionales de l'Agence de la Santé et des services sociaux et des enjeux du Ministère de la Santé et des services sociaux.

Équipe Accueil/Services Courant

Cette année a été particulièrement marqué par le départ de la coordination Accueil/Services courants/Adultes Santé mentale. La coordination est présentement exercée en intérim, mais l'offre de services n'en est pas moins affectée grâce à une équipe solide et engagée auprès des citoyens du quartier.

Pour améliorer le suivi des usagers, les services courants se sont dotés de nouveaux outils et de nouvelles méthodes de travail pour assurer un meilleur service aux usagers et permettre une continuité de services:

- MAPA - Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle - technique permettant le dépistage et le traitement précoce de l'hypertension artérielle est maintenant bien implantée et fonctionne parfaitement bien. Cette technique a déjà été utilisée auprès de certains usagers présentant des troubles d'hypertension artérielle suite à une demande préalable des médecins.
- Gestion du casier d'urgence : les infirmières ont suivi une formation sur la gestion du casier des urgences, dispensée par les médecins de la Clinique. Dorénavant, celles-ci peuvent analyser les résultats et bilan de santé des usagers afin de les diriger, au besoin, vers une suite médicale adaptée.
- Softlab, un logiciel permettant l'accès aux résultats de laboratoires des usagers en tout temps
- PACS, un logiciel permettant l'accès à l'imagerie médicale en tout temps

Au cœur des préoccupations des citoyens, une solution pour l'accès à un médecin de famille a été identifiée: Cette année, trois médecins ont quitté la Clinique, ce qui a engendré une baisse des activités médicales. Malgré le recrutement d'une nouvelle médecin au sein de l'équipe et en raison d'une liste d'attente devenue trop importante, les médecins ont demandé que la liste d'attente de la Clinique soit intégrée au Guichet d'accès pour Clientèle orpheline (GACO) du CSSS Sud-ouest Verdun pour accélérer le processus de prise en charge de certains usagers par un médecin de famille. La Clinique a donc transféré sa liste et invite les usagers à s'inscrire directement au GACO. De la documentation est disponible pour les usagers qui souhaitent s'inscrire au GACO à la Clinique.

Par ailleurs, l'équipe médicale, très investie au sein de l'équipe et de la Clinique, participe activement à définir les besoins des usagers aux services courants en collaboration avec l'équipe de coordination et l'équipe des services courants: ils participent aux rencontres avec le personnel infirmier et d'accueil des services courants pour l'amélioration des services et de la pratique et participent à l'identification des besoins des usagers de la Clinique pour permettre

de mieux définir notre offre de services et, le cas échéant, veiller à organiser des collaborations avec des partenaires externes.

Équipe Adultes/Santé mentale

Confrontée également au départ de la coordination Accueil/Services courants/Adultes Santé mentale et à un roulement des effectifs, l'équipe a su maintenir son offre de services et développer ses compétences : Des intervenants en sont à se perfectionner en approche motivationnelle et narrative, deux approches d'intervention novatrices.

L'équipe a mis en place un groupe thérapeutique en projet pilote axé sur les forces des participants. Un deuxième groupe devrait reprendre à l'automne 2013 (*une tournée des équipes de la Clinique a été faite pour expliquer le projet et permettre le recrutement de participants dans l'ensemble des services afin de rendre ce service plus accessible aux usagers qui pourraient en bénéficier*).

La clinique est par ailleurs très impliquée dans différents comités de travail autour de l'entente de services en santé mentale, lesquels regroupent des acteurs du Centre Hospitalier Douglas et des Centres de Santé de Services Sociaux Sud-Ouest-Verdun et Dorval-Lachine-LaSalle.

Lors de la semaine nationale de la santé mentale, l'équipe a accrue sa visibilité auprès d'organismes communautaires du territoire afin de mieux faire connaître ses services.

En collaboration avec l'équipe jeunesse, l'équipe adultes ~ santé mentale a organisé un pique-nique pour les familles du quartier ayant un ou des enfants atteints d'une déficience physique ou intellectuelle afin que ceux-ci puissent échanger ensemble dans une activité conviviale.

Équipe de soutien à domicile

Les projets d'optimisation en soutien à domicile demandés par le Ministère de la Santé et des services sociaux ont exigé un travail de fond sur la réorganisation des ressources humaines de l'équipe depuis l'aurore 2013. En effet, la Clinique n'ayant pas pu bénéficier de financements pour ces projets, a opté pour une formule interne élaborée en consultation avec les membres de l'équipe, les syndicats et le conseil d'administration.

A ce jour et comparativement à l'année dernière, le service a connu une réduction des heures travaillées de la main d'œuvre indépendante de 42%, tout en préservant la même offre de service auprès des usagers de la Clinique.

Cette réduction des effectifs externes permet actuellement aux employés du service de retrouver une stabilité et un climat confortable.

Autre fait saillant de ce bilan : Le Soutien à Domicile a cette année rencontré 21% d'usagers en plus, en maintenant toujours son offre de services à l'identique. Dans ce volet sur le personnel, il est à souligner que l'intégralité des membres de l'équipe SAD a suivi une formation sur la maltraitance envers les personnes âgées pour améliorer l'approche de chacun auprès des usagers concernés.

Par ailleurs, le Soutien à Domicile poursuit ses activités auprès d'organismes du quartier à l'image de sa collaboration avec la Cité des Bâisseurs qui a ouvert ses habitations cette année et dont 60% des occupants ne sont pas originaires de Pointe-Saint-Charles. Ceux-ci représentent de nouveaux usagers potentiels.

Un plan de travail sera élaboré proposant le soutien d'infirmières, l'organisation de séances d'information sur des thèmes de santé publique, etc. L'implication du SAD est également de mise auprès de « Les Popotes roulantes » et autres organismes communautaires qui interviennent dans le domaine de la sécurité alimentaire. L'objectif est d'établir un mode de collaboration concernant la livraison des repas, la circulation de l'information, etc. Via le Conseil des Aînés, des séances d'information sur l'aménagement du Parc Joe-Beef en parc intergénérationnel ont été proposées aux usagers qui ont grandi et vécu aux abords du parc.

Le service SAD a également actualisé certaines modalités de collaboration avec l'OMH pour favoriser davantage la prévention et apporter de meilleures solutions aux usagers sur des problématiques d'habitation telle que les punaises de lit.

La coordination de l'équipe a participé activement aux conférences téléphoniques de l'Agence dans le cadre des MDU-Hiver (Mesures de Désengorgement des Urgences) : cette mesure imposée par l'Agence et le Ministère a demandé d'augmenter notre offre de services afin d'éviter une hospitalisation et/ou un hébergement et occasionné une augmentation des activités, particulièrement pour l'équipe des intervenants sociaux car le délai de réponse aux diverses demandes était raccourci et surveillé. Elle a aussi intégré avec une vitesse remarquable, la mise en place des chartes de programmes pour l'implantation du RSIPA.

Deux beaux projets sont en cours d'élaboration: projet de développement en soins palliatifs en coopération avec le CSSS Sud-ouest-Verdun, qui devrait prendre en charge l'ensemble des usagers de Pointe-Saint-Charles en soins palliatifs à domicile. N'ayant pas été intégré à la phase 1, le deuxième projet est la mise en place de portable à domicile pour l'équipe afin d'être afin de répondre aux exigences du projet d'optimisation.

L'équipe de soutien à domicile a également participé activement aux sessions de travail et aux consultations au sur le thème de «Maltraitance aux aînées» : Un membre de l'équipe a reçu une formation et a élaboré une activité de formation à l'ensemble du personnel du SAD, L'équipe collabore avec les organismes communautaires et rapporte ainsi son expertise dans ce dossier.

Équipe Enfance/Famille

L'année 2012-2013 a été particulièrement teintée du projet pilote lié à un nouveau service en orthophonie. Ce service répond à des besoins importants et permet d'orienter les enfants de moins de 5 ans le plus rapidement possible vers des ressources adaptées avant l'entrée à l'école. Sur le territoire de Pointe-Saint-Charles, des besoins criants en orthophonie se font sentir de par la vulnérabilité de la population : on estime sur le territoire pour la population des 0-5 ans, où près de 50% des enfants sont à risque d'accuser des retards de langage. Depuis Septembre 2012, la CCPSC offre des services d'orthophonie à même son budget à raison d'une journée par semaine. Après quelques mois d'ouverture de ce service, la CCPSC accuse

déjà des délais d'attente d'environ un an, et elle s'attend à ce que ces délais et les demandes augmentent.

L'équipe prévoit de s'élargir avec le développement d'un poste en psycho-éducation. Celui-ci permettra de supporter les équipes en lien avec des familles avec enfants de 0 à 12 ans éprouvant des difficultés. Ce poste favorisera l'enrichissement des services post-évaluation en orthophonie et permettra la mise en place d'ateliers de stimulation.

L'équipe poursuit sa collaboration avec ses partenaires communautaires afin de rejoindre les futurs parents et familles vulnérables.

Une entente de services a été conclue avec le Centre de Petite Enfance (CPE) Enfants de l'Avenir de Pointe-Saint-Charles. La Clinique est donc maintenant partenaire avec les deux CPE du territoire.

Équipe Jeunesse

L'équipe jeunesse offre des services de santé et des services sociaux aux jeunes de 6 à 24 ans et à leurs familles. L'équipe est composée de 2 infirmières, 2 intervenants sociaux et d'une psycho-éducatrice. Un médecin est aussi attiré à l'équipe.

Le service jeunesse offre entre autres :

- Un service infirmier sans rendez-vous pour les jeunes de 14 à 24 ans pour les urgences (ex. contraception d'urgence, symptômes d'infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS), etc.);
- De la contraception, examen gynécologique, dépistage ITSS et test de grossesse;
- De l'éducation sur la santé sexuelle;
- Du soutien aux parents, aux enfants et aux familles qui vivent des difficultés, services de support à la famille d'enfants handicapés;
- Des services reliés à la santé mentale (idées suicidaires, dépression, anxiété, etc.);
- De la vaccination pour les 6-24 ans.

L'équipe Jeunesse a continué son implication auprès d'organismes du quartier : Ado-Zone : la maison des jeunes de Pointe-Saint-Charles, le Foyer Lalande, l'Ancre des jeunes, la Maison St Columba House, le Carrefour d'éducation populaire, Madame Prend Congé, etc. L'équipe a aussi contribué à la mise sur pied de divers événements notamment: « Get to the Point » portant sur la santé sexuelle des ados et la fête internationale des femmes : « Autour du 8 mars » portant sur l'avortement.

L'équipe a poursuivi son implication avec « le camp du Lac Simon » par l'examen physique des campeurs. Dans le cadre de ce programme subventionné, 40 jeunes iront cet été en vacances au camp de l'Armée du Salut.

Pour la première fois cette année, les infirmières Jeunesse seront en support pour l'évaluation médicale des jeunes avant le grand départ.

Pour l'activité « Moi j'décroche mon diplôme », projet des équipes Jeunesse et Enfance-famille, qui vise à supporter des jeunes femmes et mères dans leur projet de retour aux études, 20 jeunes filles se sont inscrites cette année.

À travers ses engagements communautaires mais également en organisant des kiosques publics portant sur les préoccupations jeunesse et la santé sexuelle, l'équipe Jeunesse continue ses actions pour rejoindre les jeunes. L'équipe en est aussi à revoir les heures d'ouverture de la clinique Jeunesse sans rendez-vous afin de la rendre plus accessible à sa clientèle ainsi qu'aux jeunes qui ne vont plus à l'école.

Équipe Scolaire

Cette année a été particulièrement marquée par une augmentation des demandes en santé mentale. Le fait d'être le pivot entre le milieu scolaire et le centre hospitalier Douglas a modifié la pratique de ces dernières années.

L'équipe a participé à une démarche de concertation impliquant les partenaires scolaires, communautaires et la police autour de l'application de la loi 56, laquelle vise à contrer l'intimidation dans les écoles. Cette démarche se poursuit à travers les plans d'actions des écoles et la concertation avec le comité Informel issu du comité jeunesse d'Action-Gardien.

Le protocole d'intervention pour les punaises de lit a été adapté pour permettre aux infirmières d'accompagner les écoles et les familles aux prises avec cette problématique.

En collaboration avec les deux écoles primaires de la Commission scolaire de Montréal et afin de faire connaître les services de la clinique et de créer un premier contact avec les parents d'élèves, l'équipe sera présente lors d'une journée de bienvenue à la maternelle.

Équipe de planification et de développement communautaire

Parmi les dossiers qui ont occupé l'équipe cette année, notons le soutien à plusieurs comités du conseil d'administration dont le comité pour une Clinique verte, le comité des membres et usagers ainsi que le comité de lutte en santé. Ce dernier a dénoncé les frais directs illégaux facturés par des médecins et a tenu une conférence de presse sur le sujet. L'équipe a également soutenu la consultation sur la planification stratégique de la Clinique et collaboré avec d'autres équipes sur différents dossiers.

Dans le quartier, l'équipe continue de représenter la Clinique à la table de concertation communautaire Action-Gardien et d'offrir un soutien à ses différents comités, notamment le comité jeunesse et le comité attribution de fonds, qui s'assure que les subventions gouvernementales servent à renforcer les groupes du quartier et à améliorer les conditions de vie de la population.

L'équipe s'implique sur les enjeux d'environnement, d'aménagement et d'habitation avec l'Opération populaire d'aménagement (OPA), le comité contre les nuisances ferroviaires et le comité aménagement qui intervient sur les grands projets immobiliers (anciens terrains du CN, Canal de Lachine, etc.). Parmi les grands travaux qui ont sollicité l'équipe, notons le soutien aux citoyens dans la réalisation d'un plan d'aménagement pour le parc intergénérationnel Joe-Beef et une vaste recherche sur l'état de l'habitation à Point-Saint-Charles qui a donné lieu à un forum.

L'équipe a investi des énergies dans la défense des droits des citoyens en participant au comité sur la sécurité alimentaire ainsi qu'au comité sur les droits économiques et sociaux qui offre un atelier d'éducation populaire sur l'économie.

L'équipe apporte aussi un soutien au collectif de femmes Naitre à la Pointe, qui porte un projet de maison de naissance à Pointe-Saint-Charles.

Équipe des ressources administratives

Le dossier du renouvellement des conventions collectives des employés syndiqués et des conditions de travail des cadres échues depuis le 31 mars 2010 a constitué la majeure partie des activités des services administratifs. Deux syndicats sont présents au sein de la Clinique. Les professionnels de santé sont regroupés au sein du Syndicat des Professionnels de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles (APTS). L'autre partie du personnel : employés de soutien, de bureau, auxiliaire familiale et social, est regroupée dans le Syndicat des travailleurs de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles (CSN).

Toujours au chapitre des ressources humaines, la coordination des services administratifs a régulièrement tenu des comités de relation de travail avec les deux syndicats afin de maintenir des relations harmonieuses avec la partie syndicale dans le cadre d'application des conventions collectives.

La Clinique précise qu'elle ne dispose pas de cibles de l'Agence en terme de ressources humaines. La CCPSC reconnaît la nécessité d'avoir des indicateurs dans ce domaine pour mieux performer et parce que celle-ci est assujettie aux mêmes problématiques que les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, même si les conventions collectives de la Clinique lui sont propres et même si celle-ci n'est pas assujettie à la loi 100.

Du côté des ressources informationnelles, les services administratifs ont élaboré un plan directeur de ses ressources informationnelles pour 2012-2015, lequel a été adopté par le conseil d'administration de la Clinique. Le plan directeur a comme objectif de se fixer les orientations en matière de système d'information, d'équipement informatique et de soutien aux usagers. Il recense les projets informatiques dans chacune des coordinations de la Clinique. De plus il vise à ce que la Clinique se conforme aux orientations technologiques du Ministère de la santé et des services sociaux. Rappelons que la Clinique n'est pas assujettie à la loi 133, mais elle collabore aux projets d'optimisation aussi dans le domaine informatique et travaille à l'implantation du projet OACIS au sein de l'établissement. A ce jour, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est au stade d'élaborer son manuel des opérations.

Le dossier majeur pour les prochaines années est la mise en place du Dossier clinique informatisé (DCI) qui offre un accès à l'information des usagers aux cliniciens de la Clinique.

5.1 Composition des conseils et comités de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles au 31 mars 2013

Conseil d'administration

Président :

Mr Pascal Lebrun, citoyen du quartier de Pointe-Saint-Charles

Vice-président

Mr Simon Cardinal, citoyen du quartier de Pointe-Saint-Charles

Secrétaire

Mme Marie-Claude Rose, citoyenne du quartier de Pointe-Saint-Charles

Trésorier

Mr John Patrick Hogan, citoyen du quartier de Pointe-Saint-Charles

Administrateurs et administratrices

Mr Peter King, citoyen du quartier de Pointe-Saint-Charles

Mme Nathacha Alexandroff, citoyenne du quartier de Pointe-Saint-Charles

Mme Shaen Johnston, citoyenne du quartier de Pointe-Saint-Charles

Mme Zsuzsanna Jordan, citoyenne du quartier de Pointe-Saint-Charles

Mme Céline Kvale, employée-administratrice

Mr Luc Leblanc, coordonnateur général

Comités du conseil d'administration

Comité de vigilance-qualité et de gestion des risques

Mme Michèle Bernier, commissaire aux plaintes

Mme Nathacha Alexandroff, administratrice du conseil d'administration

Mme Zsuzsanna Jordan, administratrice du conseil d'administration

Mme Carmen L'Allier, conseillères-cadres aux soins infirmiers

Mme Chantal Trudel, conseillère-cadre aux soins infirmiers (jusqu'au 31 Octobre 2012)

Mme Emilie Fontenay, Adjointe à la coordination générale

Mr Luc Leblanc, coordonnateur général

Comité des membres et usagers (ex-comité de relations avec les citoyens)

Mme Zsuzsanna Jordan, présidente du comité de relations avec les usagers

Mr Peter King, administrateur du conseil d'administration

Mme Shaen Johnston, administratrice du conseil d'administration

Mme Emilie Fontenay, Adjointe à la coordination générale

Mr Luc Leblanc, coordonnateur général

Mme Myreille Audet, organisatrice communautaire

Comité de lutte en santé

Mr Alain Benoit, auxiliaire familial et social au soutien à domicile

Mr John Bradley, organisateur communautaire

Mme Alain Chaurette, citoyen du quartier de Pointe-Saint-Charles

Mr Gilles Roy, citoyen du quartier de Pointe-Saint-Charles

Mr Donald Nolet, coordonnateur général du Carrefour d'éducation populaire

Mr Gabriel Segall, citoyen du quartier de Pointe-Saint-Charles

Comité des ententes de services

Mme Marie-Claude Rose, secrétaire du conseil d'administration

Mme Shaen Johnston, administratrice du conseil d'administration

Mme Nathacha Alexandroff, administratrice du conseil d'administration

Mr Pascal Lebrun, président du conseil d'administration

Comité de planification stratégique

Mme Marie-Claude Rose, secrétaire du conseil d'administration

Mr Pascal Lebrun, président du conseil d'administration

Mr Luc Leblanc, coordonnateur général

Mme Myreille Audet, organisatrice communautaire

Mme Valérie Fleurent, ex-employée-administratrice et travailleuse sociale

Comité pour une clinique verte

Mme Shaen Johnston, administratrice du conseil d'administration

Mme Nathacha Alexandroff, administratrice du conseil d'administration

Mr Alain Martineau, coordonnateur des services administratifs

Mme Elizabeth Hinton, infirmière Accueil/Services Courant

Mme Nathalie Charpentier, infirmière Adultes/Santé mentale

Mme Linda Gagnon, thérapeute en réadaptation physique en soutien à domicile

Mr Jean-Pierre Beauchamp, organisateur communautaire

Mme Gabriela Pelc, éco-quartier

Comité de sélection

Mme Nathacha Alexandroff, administratrice du conseil d'administration

Mme Johanne Primeau, technicienne en ressources humaines

Mme Sara Bouchard, technicienne en ressources humaines

Coordination responsable

Comité de négociation

Mr Alain Martineau, coordonnateur des services administratifs

Mme Marie-Claude Rose, secrétaire du conseil d'administration

Mr John Patrick Hogan, trésorier du conseil d'administration

Mr Luc Leblanc, coordonnateur général

Mr Peter King, administrateur du conseil d'administration

Mr Simon Cardinal, vice-président du conseil d'administration

Comité de vérification

Mr Alain Martineau, coordonnateur des services administratifs

Mr John Patrick Hogan, trésorier du conseil d'administration

Mr Luc Leblanc, coordonnateur général

Mr Peter King, administrateur du conseil d'administration

Représentant de la société Girard et Associés cpa Inc.

Comité fonds social/dépannage

Mr Alain Martineau, coordonnateur des services administratifs

Mr John Patrick Hogan, trésorier du conseil d'administration

Mr Luc Leblanc, coordonnateur général

Conseils professionnels de la Clinique

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dre Camille Gérin, médecin omnipraticien

Dre Marie-Eve Bascaron, médecin omnipraticien

Dr Éric Viet Laperrière-Nguyen, médecin omnipraticien

Dre Véronique Cloutier-Nguyen, médecin omnipraticien

Dre Christine Demers, médecin omnipraticien

Dr Olivier Sabella, médecin omnipraticien

Dre Micèle Gérin-Lajoie, médecin omnipraticien

Coordination de l'équipe Accueil/Services courants

Conseil des infirmiers et infirmières

Chantale Trudel, conseillère-cadre aux soins infirmiers

Mélanie Tremblay, infirmière à l'équipe Enfance/Famille

Yves Parent, adjoint au soutien à domicile et IGC

5.2 Mandat et activités des conseils et comités de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Faits saillants du conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration 2012-2013 sont particulièrement investis au sein de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Leur implication incroyable comme par exemple, dans les négociations des conventions collectives des deux syndicats et du contrat de travail des cadres, le projet et l'adoption de la planification stratégique 2012-2015, témoigne que les citoyens restent d'autant plus engagés dans leur projet de santé. Ils se sont investis sans compter tout au long de l'année, et la coordination générale ainsi que l'ensemble des employés de la Clinique les en remercient.

- Engagement et respect des valeurs et de la mission de la Clinique
 - Adoption d'une planification stratégique 2012-2015 après un exercice de consultation auprès des citoyens, membres, usagers et personnel de la Clinique.
 - Engagement aux enjeux politiques et sociaux, et aux enjeux de quartier : soutien au groupe Naitre à la Pointe, appui au groupe Idle No more, mobilisation contre les frais illégaux et abusifs via le comité de lutte en santé, appui contre la ministre Ambroise Rona de la condition féminine et sa position contre l'avortement touchant les droits et libertés des femmes, soutien aux personnes assistées sociales face aux coupures gouvernementales annoncées, lutte pour les terrains du CN et victoire du bâtiment 7, soutien à la RQASF etc...

- Débat sur le fonds social/dépannage de la Clinique de la possible intégration de celui-ci au fonds d'exploitation
- Débat et prise de position politique face aux méthodes d'optimisation dans le réseau de la santé, et mise en place d'un comité de travail
- Engagement à la qualité et l'amélioration des services et des soins de santé pour les usagers
 - Adoption de politiques et procédures internes visant à l'amélioration et à la qualité des services comme par exemple adoption d'une politique de divulgation des incidents/accidents, un plan directeur des ressources informationnels, l'implantation d'un manuel des opérations, plan de communication etc.
 - Suivi des réalisations du plan d'amélioration proposé par le Conseil Québécois d'Agrément
 - Adoption d'un protocole de collaboration avec le CMDP
 - Réaménagement et inauguration de l'accueil de la Clinique rue Ash
 - Adoption d'ententes de services avec les organismes communautaires du quartier visant à l'amélioration des conditions de santé et de vie des citoyens du quartier
 - Mise en place d'un comité de travail sur les projets d'optimisation en soutien à domicile pour une meilleure organisation des services
- Engagement pour l'environnement
 - Relance du comité pour une clinique verte
- Engagement à la valorisation, reconnaissance et bien-être du personnel
 - Présentation du projet de la Clinique au prix d'excellence 2012/2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux pour souligner les 45 ans de la Clinique
 - Participation aux négociations des conventions collectives et au renouvellement du contrat des cadres
 - Soutien au personnel dans le cadre de l'application de la Loi 21
 - Participation aux activités de reconnaissance du personnel

Comité de vigilance-qualité et de gestion des risques

De par la petite structure de la Clinique, les comités de vigilance-qualité et de gestion des risques sont scindés en un seul et même comité. Le mandat du comité est de recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagères et des usagers ou le traitement de leurs plaintes.

Le comité a pris connaissance du rapport annuel de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que le rapport annuel de la gestion des risques.

Au cours de l'année, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a ouvert 17 dossiers soit : 14 dossiers de plaintes (dont 4 ont été rejetés après examen sommaire) et 3 demandes d'assistance. Elle n'a traité aucune plainte médicale.

Les plaintes ont été traitées dans un délai moyen de 9 jours et concernent les motifs suivants:

- Accessibilité : 2
- Soins et services : 3
- Relations interpersonnelles : 4
- Autre : 1

Elle a rencontré les employés afin de faire la promotion du régime de traitement des plaintes et répondre à leur questionnement.

En matière de gestion des risques, 95 incidents/accidents ont été déclarés, soit moins qu'en 2011-2012. La première cause de déclaration reste toujours les erreurs liées au dossier et les mauvais classements de feuilles d'usagers. Toutefois, ces erreurs sont en baisse par rapport en 2011-2012 et les mesures correctives apportées se ressentent. Les autres accidents de médicaments ou de tests diagnostic sont moindres et sans conséquences physiques pour les usagers : toutefois certaines méthodes de travail et rappel ont été révisés et corrigés.

L'absence de conseillère-cadre aux soins infirmiers a été un frein à la qualité des suivis en termes de gestion des risques. Cette personne assure au sein de la Clinique le rôle de gestionnaire de risques. Cette fonction a été assurée en intérim par l'adjointe à la coordination générale afin d'assurer les obligations en vertu de l'Agence de la santé et des services sociaux et notamment pour s'assurer le respect des procédures et politiques établies et continuer la saisie des rapports incidents/accidents. Une série de recommandation a alors été déposée au comité de vigilance-qualité et de gestion des risques pour consolider ce dossier.

Le comité de vigilance s'est réuni à trois reprises, a assuré le suivi concernant l'élaboration des plans d'intervention ainsi que la déclaration des accidents/incidents en lien avec le dossier « archives ». Le comité souhaite une stabilisation de l'équipe de cadres responsables des différents secteurs, permettant ainsi une meilleure continuité dans la dispensation des services.

Les priorités présentes au plan de travail du comité sont entre-autres :

- S'assurer du suivi du plan d'amélioration issu de la démarche d'agrément.
- S'assurer de la réalisation des plans d'intervention par les intervenants et intervenantes de la Clinique
- S'assurer de la mise en place de mesures correctives dans les incidents/accidents déclarés et de la consolidation des procédures et politiques dans ce domaine

Comité de relations avec les citoyens

Lors de l'assemblée générale du 20 juin 2010, la Clinique s'est dotée de nouveaux règlements de régie interne qui définissent des statuts pour les membres de la Clinique.

Ainsi, la Clinique doit donc désormais établir ses relations avec trois groupes de personnes : ses membres (*qui partagent ses orientations et ses actions*), ses usagers (*qui utilisent ses services*) et les citoyens du quartier qu'ils utilisent ou non les services de la Clinique.

Pour mieux s'adapter à cette nouvelle réalité, le comité a recommandé au conseil d'administration de changer le nom et le mandat du Comité de Relation avec les Citoyens

(CRC) par le Comité des Membres et Usagers (CMU). Le mandat revu comporte trois axes de travail :

- Viser à élargir la participation des membres à la Clinique.
- S'assurer du développement d'activités de promotion de la santé par et pour des citoyens du quartier.
- Accompagner les usagers en ce qui concerne leurs obligations et leurs droits individuels et collectifs vis-à-vis des services de la Clinique.

En septembre 2012, le comité a réalisé une activité très réussie dans la cour arrière de la Clinique de l'avenue Ash : « La fête de la rentrée de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ». Une quarantaine de personnes ont participé et apprécié cette rencontre sans trop de formalité entre membres du personnel, membres du CA et citoyens du quartier. Suite à ce succès, le CA a décidé de faire de cette fête de la rentrée une coutume pour rapprocher toutes ces personnes.

Comité de lutte en santé

Le comité a comme mandat d'organiser la mobilisation citoyenne pour le droit à la santé, pour un système de santé public, universel, accessible, gratuit et contre la privatisation des services de santé. Il regroupe les citoyens pour discuter des enjeux et développer des actions visant à favoriser l'accès aux services tant à la Clinique que dans l'ensemble du système de santé.

Le comité s'est rencontré régulièrement et a réalisé de nombreuses activités tout au long de l'année incluant une importante mobilisation contre la taxe santé. Le comité a procédé à l'envoi de 160 lettres signées de la main des citoyens, employés de la Clinique et groupes communautaires du quartier aux ministres concernés.

Quant au dossier prioritaire, c'est-à-dire les frais directs facturés illégalement par certains médecins, le comité a réalisé plusieurs actions :

- Dépistage et suivi des dossiers des individus.
- Récolte de témoignages auprès d'une douzaine de citoyens et la tenue, en juin 2012, d'une rencontre avec la députée du secteur en présence de ces témoins.
- Intervention lors du débat entre les candidats à l'élection provinciale de l'automne 2012.
- Tenue d'une conférence de presse très réussie en décembre 2012 et entrevues dans les médias.

Deux annonces médiatiques récentes sont venues confirmer et appuyer le travail du comité de lutte en santé :

- L'annonce médiatique très diffusée de la MQRP (Médecins Québécois pour un Régime Public) sur leur position semblable au comité de lutte en santé de la Clinique sur les frais abusifs pratiqués par certains médecins en cabinet privés
- La demande du député M. Khadir, adoptée à l'unanimité en assemblée, que l'Assemblée nationale presse le ministre de la Santé et des services sociaux de mettre fin à la pratique des frais accessoires, notamment par une campagne d'information auprès des médecins et des patients, par une application plus rigoureuse de la Loi sur

l'assurance-maladie et en interdisant la pratique des forfaits annuels, et que l'Assemblée mandate le ministre de la Santé et des services sociaux de faire en sorte que tous les soins médicalement nécessaires soient couverts.

Comité des ententes de services

Chaque année, la Clinique conclut des ententes de services avec les groupes du quartier qui développent des activités favorisant, au sens large, la santé et le bien-être des citoyens.

Le mandat du comité est de prendre connaissance des projets proposés à la Clinique par les différents groupes et de recommander au CA certains projets. Cette année le comité s'est réuni à quelques reprises pour mettre à jour ses documents, organiser l'appel d'offre et sélectionner les projets pour une recommandation au conseil d'administration. Afin de bien communiquer les objectifs poursuivis par la Clinique à travers ces projets ainsi que les critères d'évaluation et les modalités de fonctionnement, le comité a organisé cette année une rencontre préparatoire avec les représentants des groupes du quartier.

En 2012-2013, 12 ententes de services ont été conclues avec les organismes communautaires du quartier suivants sur les thématiques suivantes :

- CPE de Pointe-Saint-Charles : faire valider les repas pour enfants par une nutritionniste diplômée et les faire circuler aux parents par support papier et informatique
- Maison des jeunes de Pointe-Saint-Charles : offrir des activités de danse aux jeunes, leur faire faire des activités physiques, et les initier à la diversité de la danse
- Comité des sans-emplois de Pointe-Saint-Charles : offrir des repas chaud aux sans-emploi, donner un espace démocratique pour discuter, développer la solidarité par l'implication des bénévoles, faire connaître les prestataires d'aide sociale, les ressources communautaires et faire le lien avec Action gardien
- Carrefour d'éducation populaire : par le biais de vidéos et des nouvelles technologies, créer un carrefour intergénérationnel entre public plus âgé et plus jeune, augmenter la connaissance et l'assurance face aux nouvelles technologies, briser l'isolement, informer, intégrer les plus âgées, démunis ou analphabètes dans un espace social et démocratique du web
- Habitations OASIS de Pointe-Saint-Charles : développer des liens entre locataires, briser l'isolement, améliorations des conditions de vie, support aux locataires
- YMCA-écoquartier : faire connaître la biodiversité aux enfants du quartier, faire des visites des jardins, sensibiliser à une alimentation saine par les jardins du Y
- Club populaire des consommateurs de Pointe-Saint-Charles : améliorer les conditions de santé et économique des citoyens de la Pointe, favoriser la prise en charge individuelle et collective par une approche d'éducation populaire et favoriser le resserrement du tissu social
- Famille en action : développer des liens entre locataires, briser l'isolement, améliorations des conditions de vie, support aux locataires
- Action-Santé : aider les participants à améliorer leur santé physique et mentale en se prenant en main, changer les mauvaises habitudes alimentaires et de vie, inciter les personnes à faire des activités physiques, information, enseignement et encadrement, familiarisation avec le guide alimentaire canadien

- Welfare Rights Committee (WRC) : offrir des repas chaud aux sans-emploi, donner un espace démocratique pour discuter, développer la solidarité par l'implication des bénévoles, faire connaître les prestataires d'aide sociale, les ressources communautaires et faire le lien avec Action gardien
- Maison St-Colomba House : encourager les participants dans la connaissance, le développement et l'estime de soi. Donner un forum pour les hommes, explorer la santé masculine, encourager les attitudes positives
- RIL - Regroupement information Logement : assurer la stabilité résidentielle des locataires, encourager l'engagement des projets individuels et collectifs, intervenir pour régler les problèmes liés à la gestion du bail
- Madame Prend Congé : Donner accès à des marchandises et qualité et à moindre coûts, favoriser le recyclage, préparer les femmes au marché du travail, créer des emplois, autofinancer le centre des femmes

Comité de planification stratégique

Le comité de planification stratégique a travaillé à la rédaction d'un projet de planification stratégique et a organisé l'ensemble de la consultation de ce projet auprès du personnel, des citoyens du quartier et des membres de la Clinique. A l'issue de ce long travail, la planification stratégique a pu être adoptée par le conseil d'administration en Décembre 2012. Ci-dessous les étapes du processus d'élaboration et de consultation de ce comité :

Étape 1 : Bilan de la planification stratégique 2008-2011

La première étape a été le bilan pour chacune des priorités des six grandes orientations de la planification stratégique 2008-2011 :

- Consolider et développer la participation citoyenne.
- Consolider et développer les activités de promotion de la santé dans une approche communautaire.
- Améliorer l'accessibilité et adapter les services aux besoins changeants de la population.
- Améliorer la qualité des services par une gestion efficace et efficiente des ressources
- S'assurer de la disponibilité et du développement d'une main-d'œuvre qualifiée.
- Développer les ressources financières, matérielles et informationnelles.

Cet exercice a permis d'aller un peu plus loin quant à l'actualisation des besoins et orientations pour les prochaines années.

Étape 2 : Bâtir ensemble une proposition de Planification stratégique 2012-2015

Le conseil d'administration de la Clinique a formé un comité dont le mandat était de formuler une nouvelle proposition de planification stratégique. Cette proposition prend en compte, entre autre : le bilan de 2008-2011, les recommandations du comité d'agrément 2012, le portrait et les enjeux du quartier, la réalité du réseau de la santé, l'environnement interne de la Clinique.

Elle a été présentée au comité de programmation au printemps 2012 et adoptée par le CA pour fin de discussion en aout 2012.

Étape 3 : Processus de consultation démocratique et participatif

Durant les semaines précédant son adoption, la proposition de planification stratégique 2012-2015 a été présentée au personnel de la Clinique et aux citoyen-ne-s membres afin qu'elle soit commentée et bonifiée. Enfin, la Clinique a tenu à l'automne 2012 une assemblée générale spéciale pour débattre et adopter la proposition.

Étape 4 : Adoption de la planification stratégique 2012-2015

Enfin, la Clinique a tenu deux assemblées citoyennes ont eu lieu à cet effet à l'automne 2012 pour débattre de la proposition de planification stratégique et l'améliorer. Même si celles-ci n'ont pas eu officiellement quorum, au total, une cinquantaine de personnes ont pris part à l'une ou l'autre de ces deux discussions. Suite à ces consultations, le conseil d'administration adoptait la présente planification stratégique 2012-2015 à sa séance du 12 décembre 2012.

Comité pour une clinique verte

Dans le cadre de son mandat visant l'amélioration des pratiques environnementales et la mise en place d'initiatives vertes à la Clinique, le comité a amorcé concrètement le virage vert souhaité. Les faits saillants ont été :

- l'implantation de bacs de récupération,
- une conférence sur le recyclage des déchets,
- le lancement d'une campagne de sensibilisation environnementale visant le personnel de la Clinique
- la tenue d'événements éco-responsables.

Le comité a abordé un aspect important de la pollution domestique sur la santé avec une réflexion sur l'impact des produits ménagers.

Comité de sélection

Afin d'évaluer chez les candidats le respect et l'adhésion de notre approche de la santé, le recrutement s'effectue par un comité de sélection comportant un membre du conseil d'administration, et donc un citoyen du quartier. La mise à contribution de cette personne dans le processus de recrutement se caractérise par sa participation aux entrevues de sélection. L'objectif est de recruter des personnes qui ont non seulement des compétences professionnelles mais qui possèdent aussi des qualités « communautaires ». Comme par le passé, les rencontres du comité de sélection se sont tenus régulièrement pour recruter de nouveaux employés suite à des départs ou combler des postes occasionnellement dépourvus de leur titulaire.

Comité de négociation

En 2012-2013, le comité s'est réuni à plusieurs reprises avec les deux syndicats présents à la Clinique ainsi que les cadres. Il faut rappeler que la Clinique dispose de par son statut de ses propres conventions collectives et conditions de travail. A la fin de cet exercice, les négociations sont toujours en cours et se poursuivront.

Comité de vérification

Le rôle et les responsabilités du comité de vérification sont les suivants :

- Responsable de la gouvernance de la présentation de l'information financière externe.
- Responsable de la vérification externe et des systèmes de contrôle interne.
- Utilisation de sa connaissance des risques financiers pour orienter les discussions et les demandes auprès de la direction et du vérificateur externe pour des questions financières et de contrôle.

Le comité de vérification s'est réuni à deux reprises au cours de l'année et a présenté aux membres du conseil d'administration les rapports financiers d'étape et annuels requis selon la loi. Les vérificateurs comptables ont fait leur rapport et confirmé que la gestion financière de la Clinique respectait les règles et les normes en vigueur.

Comité fonds social/dépannage

Dans le rapport annuel des vérificateurs comptable 2011-2012, la Clinique communautaire de la Pointe-Saint-Charles a été avisée que selon les nouvelles règles comptables en vigueur, elle ne pouvait plus présenter le bilan financier du « fonds social/dépannage » séparé de son propre bilan financier. La Clinique a donc du prendre une décision concernant ce fonds au cours de l'année financière 2012-2013.

Après plusieurs rencontres, le comité fonds social/dépannage a recommandé au comité de vérification et au conseil d'administration de respecter cette norme comptable et donc d'intégrer ce fonds au fonds d'exploitation de la Clinique et de veiller à ce que celui-ci soit reconnaissable et puisse conserver sa fonction d'origine.

Cette discussion à la Clinique a été très importante et est en lien directe avec la mission et les valeurs de la Clinique. En effet, la Clinique est incorporée avec charte provinciale (Partie III, 28 Juillet 1970) et a obtenu son statut d'organisme de charité le 11 Mai 1970 (Fédéral).

Le financement original du fond social/dépannage provenait de la différence entre la politique de nivellement des salaires des médecins alors appliquée et les remboursements de la R.A.M.Q facturés de 1982 à 1986 et d'une entente avec l'Hôpital général juif.

Au cours de ces années, le fonds social/dépannage a servi à **donner gratuitement** à la population de Pointe-Saint-Charles des services médicaux tels que des soins oculaires, des tests de dépistage, des soins dentaires, l'accès aux médicaments, des soins à domicile, et à organiser des ateliers d'amélioration de conditions de vie et de santé. A ce jour, le fonds social sert exclusivement pour du dépannage en médicaments pour aider des personnes qui sont

temporairement dans une situation où leur état de santé requiert immédiatement des médicaments qu'ils n'ont pas les moyens de payer.

Le comité a souhaité mesurer les possibles enjeux de l'intégration de ce fonds au fonds d'exploitation pour préserver cet acquis historique et nécessaire, et s'assurer que l'utilisation de ce fonds reste uniquement pour sa fonction initiale.

Conseil des infirmiers et infirmières

Le départ de la conseillère-cadre aux soins infirmiers au mois de novembre n'a pas permis que le conseil des infirmiers et infirmières puisse se réunir souvent et mettre en place des activités. Toutefois, en sa présence, le conseil a organisé deux rencontres professionnelles visant à l'amélioration de l'exercice infirmier, la formation continue et la transmission d'informations clés à l'exercice de la pratique médicale. Le suivi des recommandations de l'Agrément a aussi été un dossier important.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Afin d'assurer la qualité et l'amélioration des services médicaux, le conseil des médecins et pharmaciens de la Clinique s'est réuni à plusieurs reprises pour émettre des recommandations au conseil d'administration sur la vision médicale de la Clinique et assurer une collaboration idéale entre le CMDP et la Clinique. À l'issue de ces rencontres, un protocole de collaboration entre la Clinique et le CMDP a été adopté et signé par les deux parties.

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles souligne l'engagement des médecins dans l'amélioration des services et soins aux usagers de la Clinique et leur attachement à la mission et aux valeurs de la Clinique.

Ressources humaines de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles présente les principales informations concernant les ressources humaines :

Les ressources humaines de l'établissement

	Exercice en cours	Exercice antérieure
Effectifs de l'établissement		
<u>Les cadres (en date du 31 mars 2013)</u>		
Temps complet	5	8
Temps partiel Nombre de personnes: Équivalent temps complet (a)	0,8	0
<u>Les employés réguliers (en date du 31 mars 2013)</u>		
Temps complet	57	61
Temps partiel Nombre de personnes: Équivalent temps complet (a)	16	16
<u>Les occasionnels</u>		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	31 966	28 136
Équivalent temps complet (b)	17	15

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivantes pour les cadres et les employés réguliers:

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail;

Divisé par: nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcul de la façon suivantes pour les occasionnels:

Nombre d'heures rémunérées:

Divisé par : 1826 heures

Etats financiers et analyse des résultats des opérations de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles présente les résultats des états financiers au 31 mars 2013 :

Le rapport détaillé des états financiers, ainsi que l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant pour l'exercice se terminant au 31 mars 2013 se trouve en annexe (*Annexe 1 du rapport annuel de gestion 2012-2013*).

1. Résultats financiers au 31 mars 2013

	31 mars 2013	31 mars 2012
Fonds d'exploitation-Activités principales		
Revenus	7 924 173 \$	8 020 896 \$
Charges	7 906 850 \$	7 954 076 \$
Excédent des revenus sur les charges	17 323 \$	66 820 \$

2. Évolution du solde de fonds - fonds d'exploitation

Solde de fonds au début (1 avril 2013)	137 713 \$
Modifications comptables: affectations externes	87 361 \$
Excédent des revenus sur les charges	17 323 \$
Transfert aux fonds d'immobilisation	-22 945 \$
Solde de fonds au 31 mars 2013	219 452 \$

CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE ST-CHARLES

Code d'éthique, de déontologie et règles de fonctionnement pour le conseil d'administration

Adopté à la séance du conseil d'administration du 11 mai 2011

PRÉAMBULE

Le présent code énonce les principes et les valeurs qui guident la Clinique communautaire ainsi que les normes d'éthique et de conduite applicable aux membres de son conseil d'administration. Il a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens face au conseil d'administration et de favoriser la transparence au sein de la Clinique.

Ces règles sont élaborées dans une perspective de saine gestion de l'organisme. Elles visent aussi à identifier les situations potentielles de conflits d'intérêts, à établir des règles de conduite pour prévenir les difficultés et à définir les devoirs et responsabilités des membres du conseil d'administration pendant et après leur mandat.

LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES

1. La Clinique est un organisme de santé contrôlé par les citoyens et citoyennes. Sa mission est d'organiser des services préventifs et curatifs, de même que de regrouper les citoyens et citoyennes autour des questions de santé afin d'améliorer leurs conditions de santé à court et à long terme.

La Clinique communautaire a un statut d'organisme à but non lucratif (OBNL) qui conclut avec le ministère de la santé des ententes pour offrir des services de première ligne, mission CLSC, pour le territoire de Pointe-Saint-Charles.

Ce sont les citoyens et citoyennes qui décident des orientations et des services de la Clinique et s'assurent que la Clinique réponde aux besoins en santé et en services sociaux du quartier. Au cœur de ces orientations se trouve une conviction fondamentale: la santé est un droit essentiel et collectif non négociable.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

2. Le conseil d'administration de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est composé de 12 personnes réparties comme suit : dix (10) personnes sont élues parmi les membres actifs, un membre employé élu par le collège électoral des employé-e-s et la coordination générale, qui a le droit de parole mais n'a pas droit de vote.
3. Les membres du conseil d'administration sont élus en assemblée générale annuelle, pour un mandat de 2ans, à l'exception de la personne représentant les employés qui est élue par le collège électoral des employés.

4. En conformité avec les règlements de régie interne, avec les objets, la mission et les valeurs de la Clinique, le conseil d'administration doit voir à la mise en œuvre des priorités annuelles, de la saine gestion des ressources humaines et financières et exerce tous les pouvoirs nécessaires à cette fin;

LES RÈGLEMENTS DE RÉGIE INTERNE

5. Le présent code est adopté conformément aux dispositions des règlements de régie interne de la Clinique et plus particulièrement l'article 6.9 et il s'applique en complément desdits règlements.
6. Ce Code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables, mais constitue davantage des principes ou des règles minimales qui guident l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions et le conseil dans son mode de fonctionnement

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

7. Les membres du conseil d'administration reconnaissent que c'est au conseil d'administration pris dans son ensemble, en tant que corps, que la loi attribue le pouvoir d'administrer les affaires de la corporation. Les membres du conseil pris individuellement, ne bénéficient d'aucun pouvoir de lier la corporation, sauf s'ils ont été spécialement autorisés à cet effet. Les décisions doivent donc être collectives.
8. Conformément à l'obligation qui leur est faite par l'article 322 du Code Civil du Québec, les membres du conseil d'administration reconnaissent qu'ils doivent agir avec prudence et diligence, honnêteté et loyauté ainsi qu'avec avec intégrité, impartialité et compétence.
9. Dans l'exercice de son mandat, le membre du conseil d'administration doit aussi agir dans l'intérêt de la population locale pour laquelle la Clinique est instituée et dans l'intérêt supérieur de la Clinique elle-même.
10. Pour exercer pleinement son rôle et remplir ses responsabilités le membre du conseil d'administration doit participer aux travaux du conseil d'administration ou des différents comités où il siège.
11. Le membre du conseil d'administration doit être présent lorsque ses fonctions l'exigent et participer activement à la prise de position du conseil d'administration.
12. Le membre du conseil d'administration intervient lors des séances du conseil d'administration afin d'énoncer son opinion de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne.
13. Le membre du conseil d'administration, par ses interventions, doit permettre que les décisions du conseil d'administration soient prises en respect de la mission des établissements et des partenaires de la Clinique.

CONFIDENTIALITÉ ET DISCRÉTION

14. Le membre du conseil d'administration fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du conseil d'administration ;
15. Le membre du conseil d'administration est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;
16. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher le membre du c.a. qui représente les employés de les consulter ni de faire rapport, sauf si l'information en provenance du conseil d'administration exige la discrétion ou le respect de la confidentialité.
17. Le membre du conseil d'administration est, à tout moment, tenu de respecter le caractère confidentiel des informations qui lui sont transmises.
18. Le membre du conseil d'administration doit prendre les mesures appropriées quant à la conservation et à la destruction de la documentation reçue dans l'exercice de ses fonctions et ce, en vertu des règles de confidentialité.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

19. Le membre du conseil d'administration agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de la Clinique sans tenir compte d'intérêts particuliers ;
20. Le membre du conseil d'administration doit éviter de se placer dans une situation de conflits entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.
21. Le membre du conseil d'administration doit aviser le conseil de toute situation potentielle de conflit d'intérêt. Il doit dénoncer toute situation dans laquelle son intérêt direct ou indirect ou son association avec un organisme, ou entreprise etc, est susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêt.
22. Le membre du conseil d'administration ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
23. Le membre du conseil d'administration ne doit tirer aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom personnel ni pour le compte d'autrui.
24. Le membre du conseil d'administration doit, dans la prise de décision, éviter de se laisser influencer par des possibilités d'emploi que ce soit pour lui-même ou des proches.
25. Le membre du conseil d'administration ne doit pas confondre les biens de la Clinique avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

RÉMUNÉRATION

26. Le membre du conseil d'administration ne reçoit aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions.
27. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter aucun cadeau ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.
28. Le membre du conseil d'administration ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS D'UN MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION APRÈS LA FIN DU MANDAT

29. Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de la Clinique.
30. Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant la Clinique ou un autre établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat.
31. Dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, le membre du conseil d'administration ne peut agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle la Clinique est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
32. Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions au sein du conseil d'administration ne peut se porter candidat pour un emploi avant l'écoulement d'un délai d'au moins trois mois.

RÈGLES FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

33. Dès le début de son mandat, un membre du conseil d'administration doit signer un engagement écrit à respecter les règles contenues au présent code ainsi que toutes les règles relatives à la confidentialité.
34. Le membre du conseil d'administration doit en tout temps avoir une conduite et un comportement respectueux, courtois et exempt de toute violence physique et verbale à l'égard des autres membres du conseil, des employés et des membres de l'organisme.
35. Le membre du conseil d'administration reconnaît que le président, ou en son absence le vice-président, et le coordonnateur général ou toute autre personne qu'un de ceux-ci pourrait désigner ponctuellement, agissent à titre de porte-parole du conseil d'administration vis-à-vis le public ou de représentation à un tiers.

36. Le membre du conseil d'administration est solidaire des décisions prises par le conseil et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
37. Les rencontres du conseil d'administration se tiennent, conformément aux règlements de régie interne et à la loi, en présence des membres du conseil à moins d'une demande de participation d'un tiers, dûment acceptée par le conseil.
38. Les procès verbaux des rencontres du conseil d'administration sont des documents à l'usage exclusif des membres du conseil et ne doivent pas être diffusés à des tiers.
39. Le procès verbaux doivent être rédigés de façon à respecter les règles de confidentialité, permettre de retracer les décisions prises par le conseil et ne doivent contenir aucun propos pouvant nuire à des personnes ou causer tort à la clinique ;

Situation particulière du membre employé au conseil d'administration

40. Les membres du conseil d'administration reconnaissent que la participation d'un-e employé-e de l'organisme à titre de membre employé du conseil d'administration peut créer des situations de conflits de rôles, de conflit ou d'apparence de conflits d'intérêts.
41. Les membres du conseil d'administration conviennent que le ou la membre employé-e ne participera pas aux discussions et décisions du conseil ayant trait à des questions syndicales, de relations de travail, d'évaluation du personnel, incluant le personnel cadre.
42. Le ou la membre employé-e du conseil devra exercer une vigilance particulière et une très grande discrétion face à toutes les informations auxquelles elle a accès et pouvant avoir une incidence dans les rapports entre l'organisme à titre d'employeur et ses employés pris individuellement ou collectivement via leurs syndicats respectifs.
43. Les membres du conseil d'administration devront en tout tenter de bien identifier les situations de conflits d'intérêt potentiel ou réel ou les situations de conflit de rôle, de loyauté, d'intérêt et adopter les mesures qui s'imposent pour une saine gestion.
44. Aucun des éléments ci-haut mentionné ne vise à restreindre la pleine participation du ou de la membre employé-e au sein du conseil.

Communication entre les membres du conseil, les employés ou usagers de la Clinique

45. Les membres du conseil d'administration de la Clinique communautaire sont des résident-e-s du quartier et /ou usager-e-s de la Clinique. En ce sens, ils et elles peuvent avoir des liens fréquents et privilégiés avec d'autres citoyens ou employés de la clinique. Les administrateurs doivent dans ces situations demeurer discrets quant à leur rôle au sein du conseil d'administration.
46. Les membres du conseil d'administration ne peuvent en aucun cas s'immiscer dans les dossiers ou relations professionnelles de toute personne utilisant les services de la clinique.

47. Les membres du conseil d'administration ne peuvent s'immiscer dans la gestion courante des affaires et des ressources humaines de la clinique.
48. Advenant que les membres du conseil soient interpellés individuellement à titre de membre du conseil par des citoyens ou employés, ils doivent s'en remettre aux mécanismes existants au sein de la Clinique et s'il y a lieu en référer au coordonnateur général de la clinique

RESPECT DU CODE D'ÉTHIQUE

49. Le ou la président-e du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique, des règles de déontologie et des règles de fonctionnement du conseil, par les membres du conseil d'administration de la Clinique ; Advenant le cas où le ou la président-e serait visé par un manquement au présent code, le ou la vice-président-e agira en lieu et place du ou de la président-e.
50. Il ou elle peut s'adjoindre ponctuellement un comité d'éthique et de déontologie constitué de trois (3) membres désignés par et parmi les membres du conseil pour l'aviser sur toute plainte ;
51. Un membre du conseil qui constate un manquement au présent code doit le signaler à la personne responsable de son application conformément au paragraphe 49. De même, les membres du conseil d'administration sont invités à en référer au ou à la président-e du conseil pour toute question d'interprétation des règles déontologiques, d'éthique ou de fonctionnement applicables au conseil.

MANQUEMENTS AUX RÈGLEMENTS

52. Le membre du conseil d'administration est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévues par la loi et le présent code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.
53. Le membre du conseil d'administration à qui l'on reproche des manquements au présent règlement, doit en être informé et il peut être relevé provisoirement ou complètement de ses fonctions, par le conseil d'administration.

AUTRES DISPOSITIONS

54. Le présent règlement s'applique intégralement à toute personne membre du personnel de la clinique et qui sans être membre du conseil d'administration, est appelée à participer aux rencontres du conseil ou a accès aux documents du conseil d'administration.
55. Ces personnes doivent signer un engagement à respecter les règles de confidentialité et seront exclues des délibérations du conseil aussi souvent que le ou la membre

employé-e peut l'être. Ces personnes ne devront en aucun moment être en conflit d'intérêt entre leurs fonctions au sein de la Clinique et leur rôle de soutien au conseil d'administration.

Annexes

Annexe 1

Rapport sur les états financiers pour l'exercice se terminant au 31 mars 2013

et

**Etat du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur
indépendant**

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Aux membres du conseil d'administration de
Clinique Communautaire Pointe St-Charles

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette, et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Clinique Communautaire Pointe St-Charles pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2013. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de Clinique Communautaire Pointe St-Charles.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Clinique Communautaire Pointe St-Charles pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Clinique Communautaire Pointe St-Charles pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que les immobilisations ne sont pas amorties, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Clinique Communautaire Pointe St-Charles au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses surplus cumulés et de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 12 juin 2013, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider Clinique Communautaire Pointe St-Charles à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement à Clinique Communautaire Pointe St-Charles et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Girard & Associés CPA inc.

Montréal, le 30 juin 2013

¹ Par Diane Raiche, CPA auditeur, CPA

**ANNEXE 7 À LA CIRCULAIRE 2013-001 (03.01.61.03)
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS
ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT**

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX- XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Non comptabilisation des passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire	2012	R	L'établissement comptabilise ce passif depuis le 1 ^{er} avril 2012	R		
Comptabilisation des contrats de location-acquisition des immeubles comme des contrats de location-exploitation	2012 2013	R	Aucune			NR
Les immobilisations ne sont pas amorties	2012 2013	R	L'établissement a pris la décision d'amortir les immobilisations à compter du 1 ^{er} avril 2013		PR	
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucun						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Aucun						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Aucun						
Rapport à la gouvernance						
Identification des risques d'entreprise et de fraude	2013	C	Le comité d'audit doit étudier la question			NR
Procès-verbaux de deux réunions à huis clos du conseil d'administration manquant	2013	O				NR
Mise à jour du livre des procès-verbaux et signature de ceux-ci	2012	O		R		
Conciliation entre les subventions reçues et les immobilisations acquises non complétée	2012	O	Travail fait par le service de comptabilité au cours de l'exercice 2012-2013	R		

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Exploitation	Immobilisations	Total	
	Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS (FI:P408).....01	7,714,663	251,927	7,966,590	7,834,774
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294).....02	16,366		16,366	55,854
Contributions des usagers.....03		XXXX		
Ventes de services et recouvrements.....04		XXXX		
Donations (FI:P294).....05				
Revenus de placement (FI:P302).....06	7,022		7,022	10,587
Revenus de type commercial.....07		XXXX		
Gain sur disposition (FI:P302).....08				
.....09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302).....11	186,122	1,000	187,122	265,275
TOTAL (L.01 à L.11).....12	7,924,173	252,927	8,177,100	8,166,490
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales.....13	6,359,022	XXXX	6,359,022	6,033,714
Médicaments.....14		XXXX		
Produits sanguins.....15		XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales.....16	84,028	XXXX	84,028	69,113
Denrées alimentaires.....17		XXXX		
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles.....18		XXXX		
Frais financiers (FI:P325).....19		1,215	1,215	1,858
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations.....20	82,564		82,564	49,643
Créances douteuses.....21		XXXX		
.....22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Amortissement des immobilisations (FI:P422).....23	XXXX			
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421).....24	XXXX	1,172,778	1,172,778	85,652
.....25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325).....27	1,381,236		1,381,236	1,810,641
TOTAL (L.13 à L.27).....28	7,906,850	1,173,993	9,080,843	8,050,621
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28).....29	17,323	(921,066)	(903,743)	115,869

Colonne 2: établissements publics seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation Ex. courant 1	Immobili. Ex. courant 2	Ex. courant (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS.....01	137,713	5,176,513	5,314,226	5,198,357
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser).....02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)Affectations externes.....03	87,361		87,361	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03).....04	225,074	5,176,513	5,401,587	5,198,357
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE.....05	17,323	(921,066)	(903,743)	115,869
Autres variations:				
Transferts interétablissements (préciser).....06				
Transferts interfonds (préciser) Transfert aux fonds d'07	(22,945)	22,945	0	
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser).....08		XXXX		
.....09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Total des autres variations (L.06 à L.09).....10	(22,945)	22,945	0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10) .11	219,452	4,278,392	4,497,844	5,314,226
Constitués des éléments suivants:				
Affectations d'origine externe.....12	XXXX	XXXX	87,361	
Affectations d'origine interne.....13	XXXX	XXXX		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13).....14	XXXX	XXXX	4,410,483	5,314,226
Total (L.12 à L.14).....15	XXXX	XXXX	4,497,844	5,314,226

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire).....01	196,206		196,206	174,683
Placements temporaires.....02	448,891		448,891	710,566
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408).....03	883,857	57,712	941,569	715,190
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400).....04	179,329		179,329	55,549
.....05	x000	x000	x000	x000
Créances interfonds (dettes interfonds).....06	15,248	(15,248)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408).....07	756,512		756,512	761,139
Placements de portefeuilles.....08				
Frais reportés liés aux dettes.....09				
.....10	x000	x000	x000	x000
.....11	x000	x000	x000	x000
Autres éléments (FE: p360, FI: p400).....12				
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12).....13	2,480,043	42,464	2,522,507	2,417,127
PASSIFS				
Emprunts temporaires (FI: p403).....14				
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408).....15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401).....16	1,339,880		1,339,880	1,431,829
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées.....17	x000			
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401).....18				
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294).....19	39,117		39,117	66,000
.....20	x000	x000	x000	x000
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403).....21		27,945	27,945	36,548
Passifs environnementaux.....22	x000			
Passif au titre des avantages sociaux futurs.....23	889,961		889,961	773,034
.....24	x000	x000	x000	x000
Autres éléments (FE: p361, FI: p401).....25	27,130		27,130	60,234
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25).....26	2,296,088	27,945	2,324,033	2,367,645
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26)....27	183,955	14,519	198,474	49,482
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations (FI: p420, 421, 422).....28	x000	4,263,873	4,263,873	5,231,844
Stocks de fournitures (FE: p360).....29	16,944	x000	16,944	15,645
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400).....30	18,553		18,553	17,255
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30).....31	35,497	4,263,873	4,299,370	5,264,744
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT.....32				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32).....33	219,452	4,278,392	4,497,844	5,314,226
=====				
Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-05)				
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)				

Colonne 2: établissements publics seulement
L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro
L.32 : applicable aux établissements privés seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT				
DÉJÀ ÉTABLIS.....01	104,813	(55,331)	49,482	75,265
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures.....02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures.....03	87,361		87,361	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT				
REDRESSÉ (L.01 à L.03).....04	192,174	(55,331)	136,843	75,265
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29).....05	17,323	(921,066)	(903,743)	115,869
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions (FI:P421).....06	XXXX	(204,807)	(204,807)	(218,593)
Amortissement de l'exercice (FI:P422).....07	XXXX			
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208).....08	XXXX	1,172,778	1,172,778	85,652
Produits sur dispositions (FI:P208).....09	XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420,421-00).....10	XXXX			
Ajustements des immobilisations (FI:P420, 421-00)....11	XXXX	XXXX	XXXX	
.....12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13).....14	XXXX	967,971	967,971	(132,941)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures.....15	(85,327)	XXXX	(85,327)	(68,369)
Acquisition de frais payés d'avance.....16	(18,553)		(18,553)	(17,255)
Utilisation de stocks de fournitures.....17	84,028	XXXX	84,028	69,113
Utilisation de frais payés d'avance.....18	17,255		17,255	7,800
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18).....19	(2,597)		(2,597)	(8,711)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés....20	(22,945)	22,945	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20).....21	(8,219)	69,850	61,631	(25,783)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21).....22	183,955	14,519	198,474	49,482

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

État des flux de trésorerie

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit).....01	(909,569)	115,869
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Créances douteuses.....02		
Provisions liées aux placements et garanties de prêts.....03		
Stocks et frais payés d'avance.....04	(2,597)	(8,711)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations.....05	1,172,778	85,652
Perte (Gain) sur disposition de placement.....06		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
-Gouvernement du Canada.....07		
-Autres.....08		
Amortissement des immobilisations.....09		
Réduction de valeur des immobilisations.....10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes.....11		
Amortissement de la perte(gain) de change reporté.....12		X000X
Amortissement de l'escompte et de la prime.....13		X000X
Autres.....14	4,627	9,718
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie (L.02 à L.14).....15	1,174,808	86,659
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement.....16	(379,342)	(528,927)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16).....17	(114,103)	(326,399)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations:		
Acquisitions.....18	(204,807)	(218,593)
Produits de disposition.....19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19).....20	(204,807)	(218,593)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements de portefeuilles:		
Placements effectués.....21	(964)	(10,566)
Produit de disposition et de rachat de placements.....22		
Placements réalisés.....23	350,000	
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir - Réforme comptable.....24		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24).....25	349,036	(10,566)
	=====	=====

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement privé conventionné, constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec, est régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et a pour mission d'offrir des services de CLSC.

L'établissement possède deux points de services à Pointe St-Charles.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Note 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;
- les immobilisations ne sont pas amorties, ce qui n'est pas conforme aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

Utilisation d'estimation

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Note 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est à dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des agences ou de d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'établissement, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'établissement comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Note 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours de l'exercice 2012-2013.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Note 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisation ne sont pas amorties.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursé effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

Note 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Instruments financiers

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendrent des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé « État des gains et des pertes de réévaluation », jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposés par la LSSSS en ce sens.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;

Note 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

- activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;
- les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, n'a eu aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013 et au 31 mars 2012.

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si un établissement octroie une subvention, il doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où un établissement est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), il doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les établissements bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des établissements qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S 4.2) et à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E 12.0001), l'établissement a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités du Fonds d'immobilisations.

Les prévisions budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration relatives aux activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation sont comparées aux données réelles correspondantes :

	Réel 1	Budget 2
ACTIVITÉS PRINCIPALES :		
Revenus		
Financement de l'Agence ou du MSSS		
Budget net avec incidence sur trésorerie	01 6 632 021	6 443 765
Rectificatif (au net)	02	
Budget sans incidence sur la trésorerie :	03	
Produits sanguins	04	
Rénovations fonctionnelles mineures (EPC)	05	
Augmentation (ou diminution) du financement	06 1 055 759	816 495
Variation des revenus reportés	07 26 883	
Sous-total (L.01 à L.07)	08 7 714 663	7 260 260
Revenus provenant des usagers	09	
Revenus d'autres sources	10 193 144	22 280
Autres revenus non budgétisés	11	
Total des revenus (L.08 à L.11)	12 7 907 807	7 282 540

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES (suite)

	Réel 1	Budget 2
Charges		
Coûts directs bruts des centres d'activités ou sous-centres d'activités	13 8 029 678	7 282 415
Transferts de frais généraux	14	
Charges non réparties	15 (139 194)	
Total des charges (L.13 à L.15)	16 7 890 484	7 282 415
Surplus (déficit) des activités principales avant contributions de l'avoir propre et interfonds (L.12 - L.16)	17 17 323	125
Contributions de l'avoir propre et interfonds (au net) (préciser)	18	
Surplus (déficit) des activités principales après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.17 + L.18)	19 17 323	125
ACTIVITÉS ACCESSOIRES		
Revenus	21 16 366	16 366
Charges	22 16 366	16 366
Surplus (déficit) des activités accessoires (L.21 - L.22)	23 0	0
Surplus (déficit) du fonds d'exploitation après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.19 + L.23)	24 17 323	125

NOTE 5 - PASSIF ENVIRONNEMENTAL

L'établissement détient un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation dont la totalité ou une partie sera subventionnée par le gouvernement du Québec. Toutefois, en date du 31 mars 2013, l'établissement ne peut estimer le coût des travaux éventuels.

NOTE 6 - ANALYSES FINANCIÈRES

L'établissement n'a pas reçu les analyses financières des exercices 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012.

NOTE 7 - ENGAGEMENTS

L'établissement a des engagements en vertu de contrats de location pour ses locaux échéant en 2015, pour une somme totale de 372 524 \$. Les paiements minimums exigibles en vertu de ces contrats se détaillent comme suit:

2014	186 262 \$
2015	186 262 \$

NOTE 8 - OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES LIÉES

L'établissement siège au conseil d'administration d'un organisme communautaire, Action-Gardien, qui reçoit des subventions de la part de l'établissement. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, l'organisme a reçu un total de 270 972 \$ (2012 : 237 691 \$) qui a été imputé aux charges des sous-centres d'activités 4112 et 4150.

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Activités principales	Activités accessoires	Total (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS (P362).....01	7,714,663		7,714,663	7,708,300
Subventions Gouvernement du Canada (C1:P290/C2:P291).....02		16,366	16,366	55,854
Contributions des usagers (P301).....03		XXXX		
Ventes de services et recouvrements (P320).....04		XXXX		
Donations (C1:P290/C2:P291).....05				
Revenus de placement (P302).....06	7,022		7,022	10,587
Revenus de type commercial (P351).....07	XXXX			
Gain sur disposition (P302).....08				
.....09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302).....11	186,122		186,122	246,155
TOTAL (L.01 à L.11).....12	7,907,807	16,366	7,924,173	8,020,896
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C1:P320/C2:P351).....13	6,345,032	13,990	6,359,022	6,033,714
Médicaments (P333).....14		XXXX		
Produits sanguins.....15		XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P340).....16	84,028	XXXX	84,028	69,113
Denrées alimentaires.....17		XXXX		
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650).....18		XXXX		
Frais financiers (P325).....19		XXXX		
Entretien et réparations (C1:P650 c/a 7800).....20	82,564		82,564	49,643
Créances douteuses (C1:P301).....21				
.....22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325).....24	1,378,860	2,376	1,381,236	1,801,606
TOTAL (L.13 à L.24).....25	7,890,484	16,366	7,906,850	7,954,076
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25).....26	17,323	0	17,323	66,820

Annexe 2

Planification stratégique 2012-2015 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles



**Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles**

La santé et la solidarité d'un quartier !

Planification Stratégique 2012-2015



Pour le meilleur et pour l'avenir !

Introduction

Qu'est ce qu'une planification stratégique ?

La planification stratégique est une feuille de route que se donne la Clinique pour réaliser sa vision à moyen et à long terme. Elle va plus loin qu'une simple planification puisqu'elle oblige la Clinique à examiner son environnement, à faire des projections dans l'avenir et à déterminer des stratégies lui permettant de concrétiser sa mission et sa vision.

La planification stratégique est un document essentiel de la Clinique permettant de planifier des objectifs à atteindre, de les réaliser par la mise en œuvre du plan stratégique ou des priorités annuelles, de rendre compte de l'atteinte des résultats, mais aussi de s'améliorer en vue d'assurer le lien entre les priorités établies et les attentes des citoyens, usagers et membres de la Clinique¹.

Pourquoi une nouvelle planification stratégique ?

Parce que vos besoins et les nôtres changent : planifier permet d'obtenir une vue complète et détaillée de la situation, de disposer d'une liste des activités à réaliser avec leur enchaînement précis, de distribuer la charge des ressources ou des moyens alloués et de décomposer les projets en sous-ensembles plus simples.

Planifier demande du temps, de la rigueur et de la volonté, mais il s'agit d'un facteur de succès. La planification sert notamment à asseoir le projet de la Clinique sur une base solide, à organiser les activités de la Clinique afin qu'elles soient conformes aux priorités, tirer le meilleur profit de nos ressources humaines, financières, informationnelles et matérielles et gérer les changements avec plus de souplesse.

Rappel de la démarche de discussion et d'adoption

Désireux que la démarche de planification stratégique 2012-2015 soit le reflet de notre projet de santé communautaire et citoyenne, le conseil d'administration de la Clinique a tenu à ce que l'élaboration de cette planification stratégique soit issue d'une réflexion collective impliquant le personnel, les citoyens et les groupes du quartier.

Ce travail de consultation qui devait prendre fin à l'assemblée générale du 20 juin 2012 s'est avéré plus long que prévu et s'est prolongé jusqu'en décembre 2012. La première étape a été la réalisation d'un bilan de la première planification stratégique triennale de la Clinique 2008-2012. Par la suite, un document analysant le contexte du quartier, du réseau de la santé et les enjeux importants pour la Clinique a été réalisé.

À partir de cette analyse, une première ébauche de planification stratégique a été rédigée et validée par plusieurs comités de travail (*comité de coordination, comité de programmation, équipe médicale, équipes de travail, etc.*) et adoptée par le conseil d'administration comme base de discussion à présenter en assemblée citoyenne pour consultation.

Deux assemblées citoyennes ont eu lieu à cet effet à l'automne 2012. Même si celles-ci n'ont pas eu officiellement quorum, au total, une cinquantaine de personnes ont pris part à l'une ou l'autre de ces deux discussions. Suite à ces consultations, le conseil d'administration adoptait la présente planification stratégique 2012-2015 à sa séance du 12 décembre 2012.

À l'issue de ce processus participatif, c'est donc avec fierté et le sentiment du travail accompli que le conseil d'administration vous présente la planification stratégique 2012-2015 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Bonne lecture,

*Les membres du conseil d'administration
de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*

¹ (source : Ministère du conseil exécutif)

1

La participation citoyenne au coeur de la Clinique:

- 1 - ① Promouvoir la participation citoyenne en consolidant la participation aux comités relevant du conseil d'administration, notamment le comité de relation avec les usagères et les usagers.
- 1 - ② Développer d'autres lieux et structures d'implication citoyenne à la Clinique.
- 1 - ③ Améliorer et développer les outils de communication avec les citoyens et citoyennes du quartier. Systématiser des outils d'éducation populaire et de sensibilisation pour favoriser l'adhésion à la mission de la Clinique.
- 1 - ④ Consolider la vie démocratique en renforçant les liens entre le conseil d'administration et les diverses instances de la Clinique.
- 1 - ⑤ « Le visage de la clinique dans 10 ans ». Mener une réflexion en consultation élargie sur les orientations de la Clinique. Réfléchir à l'organisation des services, ressources financières, matérielles et humaines en accord avec le mandat et la mission de la Clinique.

2

Réduire les inégalités pour améliorer la santé:

- 2 - ① En solidarité avec les organismes et les partenaires, mobiliser, agir et prendre position publiquement sur les déterminants de la santé.
- 2 - ② Accroître le développement d'activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans une approche communautaire visant à faire comprendre la dimension sociale de la santé.
- 2 - ③ Poursuivre la lutte pour le maintien, la démocratisation et le développement d'un système de santé public, universel et accessible à tous sans égard au revenu.
- 2 - ④ Réaliser le plan d'action local en santé publique de la Clinique 2012-2015.
- 2 - ⑤ Prendre position pour la santé des femmes, afin de contribuer à réduire la pauvreté et favoriser l'amélioration des conditions de vie de l'ensemble de la communauté.

3

Une meilleure Clinique pour une meilleure santé:

- 3 - ① Élaborer, mettre en place et administrer un système continu d'évaluation de la satisfaction des usagers et usagères.
- 3 - ② Améliorer la réalisation des plans d'intervention individuels et s'assurer de la qualité de la tenue des dossiers.
- 3 - ③ Réaliser les recommandations d'amélioration formulées par le conseil québécois de l'agrément (CQA) en mars 2012 et déposer annuellement au conseil d'administration et au CQA un bilan de l'état d'avancement des résultats.
- 3 - ④ Mettre en place un processus d'évaluation continue de la qualité des interventions, en documentant et en qualifiant les pratiques particulières de la Clinique, sur la base de sa mission et de ses valeurs.
- 3 - ⑤ Consolider l'autonomie administrative et politique de la Clinique.

4

Une offre de service de santé communautaire de qualité et diversifiée:

- 4 - ① Développer des outils et des procédures permettant aux membres du conseil d'administration et de l'équipe de coordination de mieux évaluer et moduler l'offre de services de la Clinique en fonction de l'évolution des besoins de la population et des ressources disponibles.
- 4 - ② Structurer les outils et les procédures permettant d'assurer la gestion des ententes formelles avec les partenaires communautaires et institutionnels.
- 4 - ③ Promouvoir les services et approches privilégiés par la Clinique et augmenter sa visibilité dans le quartier.
- 4 - ④ Poursuivre et encourager l'approche interdisciplinaire et communautaire, et améliorer le travail inter-équipe chez le personnel de la Clinique.
- 4 - ⑤ Promouvoir et encourager des pratiques d'intervention différentes dans la perspective de faire émerger des pratiques innovantes à la Clinique.

5

Le personnel, moteur d'une Clinique vivante et novatrice:

- 5 - ① Améliorer le recrutement et la rétention du personnel afin de stabiliser les équipes de travail à la Clinique.
- 5 - ② Favoriser le développement d'une organisation des services médicaux efficace pour la population et stimulante pour les médecins.
- 5 - ③ Mettre à profit notre histoire et notre modèle original d'intervention communautaire pour solliciter et intéresser les milieux de l'enseignement et de la recherche à s'impliquer davantage dans l'organisation de façon à développer un milieu de travail créatif et mobilisant.
- 5 - ④ Se doter d'orientations, de politiques et d'un code d'éthique concernant les activités de recherche.
- 5 - ⑤ Se doter d'un plan d'action concernant l'accueil des employés, la motivation, la valorisation, la mobilité, la relève et l'orientation de carrière. Systématiser également le programme de formation à l'embauche sur les réalités de la Clinique et du quartier.
- 5 - ⑥ Réaliser une appréciation annuelle de la contribution de chacun des membres du personnel.
- 5 - ⑦ Augmenter la capacité d'accueil pour les stagiaires des différentes professions.
- 5 - ⑧ Élaborer et adopter un plan d'organisation en y précisant notamment les structures, les rôles et responsabilités, les mécanismes de coordination et de supervision et réviser celui-ci aux trois ans.
- 5 - ⑨ Recourir à des formations répondant aux besoins de développement et d'organisation de la Clinique.
- 5 - ⑩ Diminuer le recours au personnel des agences de placements.
- 5 - ⑪ Améliorer les pratiques entourant la gestion participative à la Clinique.

6

Une bonne gestion de nos ressources:

- 6 - ① Mettre en place une procédure pour s'assurer que l'ensemble du personnel ait pris connaissance des règles émises par l'organisation concernant la sécurité informatique et la confidentialité des données.
- 6 - ② Préparer la Clinique à l'informatisation des dossiers médicaux.
- 6 - ③ Faire en sorte que l'outil informatique serve les besoins de la Clinique (dont l'accès aux réseaux sociaux).

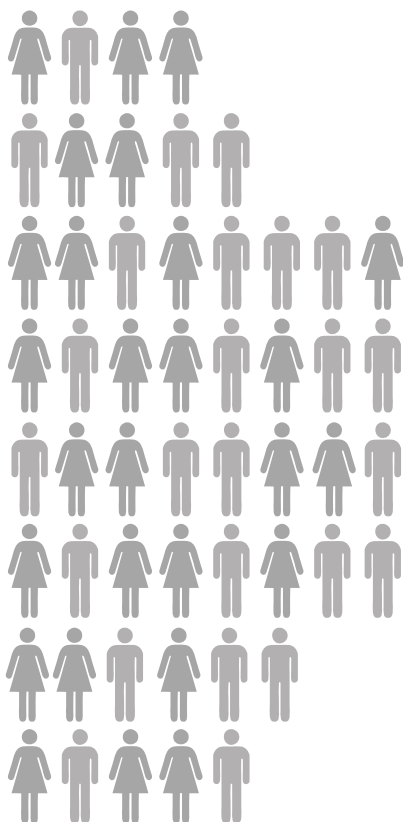


Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

La santé et la solidarité d'un quartier !

Notre mission :

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est un organisme de santé contrôlé par les citoyens et citoyennes dont l'objectif est d'organiser des services préventifs et curatifs et de regrouper les citoyens et citoyennes autour des questions de santé afin d'améliorer les conditions de santé du quartier à court et à long terme.



Contact

Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles

500 avenue Ash
MONTRÉAL (QC)
H3K 2R4

1955 rue Centre
MONTRÉAL (QC)
H3K 1J1

Téléphone : 514-937-9251

www.ccpssc.qc.ca

Annexe 3

**Cibles et indicateurs fixés par l'Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013**

Les résultats en vue de l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Merci de noter que les indicateurs et résultats sont issus des sources suivantes :

- Entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013
- Extrait Gestred fourni par l'Agence de la santé et des services sociaux au 07 Mai 2013

Objectifs	Indicateurs	Résultats obtenus P13 (2012-2013)	Engagements de l'établissement pour 2012-2013	Résultats obtenus P13 (année précédente)
Programme : Perte d'autonomie liée au vieillissement				
2.4.2 Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile de longue durée rendus par les différents modes de dispensation des services 1.03.05	16.959	≥ 15.699 heures (PALV-DP-DI-TED)	16.995 heures (PALV-DP-DI-TED)
Programme : Ressources humaines				
5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main d'œuvre aux paliers local, régional et national à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre des effectifs requis et disponibles	Pourcentage des établissements ayant mis à jour annuellement un plan de main d'œuvre 3.08	Plan d'action déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux en Septembre 2012	Déposer un plan d'action concernant la main d'œuvre et le développement du personnel	n/a
5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble du secteur d'activités	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires 3.05.01 et 3.05.02	Disponible sur demande	≤0,72% infirmières ≤0,84% global	≤0,72% infirmières ≤0,84% global
5.1.6 Réduire le recours à la main d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers et autres secteurs à préciser) 3.06.01, 3.06.02, 3.06.03 et 3.06.04	Disponible sur demande	Pourcentage des heures travaillées à l'emploi des agences privées (réduction de 25 à 40% selon l'établissement et la catégorie du personnel) Infirmières ≤26,31%	Pourcentage des heures travaillées à l'emploi des agences privées (réduction de 25 à 40% selon l'établissement et la catégorie du personnel) Infirmières 32.67%

Objectifs	Indicateurs	Résultats obtenus P13 (2012-2013)	Engagements de l'établissement pour 2012-2013	Résultats obtenus P13 (année précédente)
Programme : Ressources humaines				
5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur le programme type Entreprise en santé	Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées 3.01	Disponible sur demande	≤13,70%	≤13,70%
Programme : Administratif – Soutien aux services				
4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements		Voir 4.2 de ce rapport « Les priorités annuelles de la Clinique »	Poursuivre les travaux afin de déployer le DCI OACIS et atteindre la phase de production	n/a
Programme Santé publique				
1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national ; de santé publique (PRSP)	Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE 1.01.12	Problème lié à l'indicateur depuis 2 ans – Le dénominateur est erroné	≥ 70%	58.8%
	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{ère} dose de vaccin contre Dcat-Polio-Hib dans les délais 1.01.14	72,8%	≥ 80%	72,2%
	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{ère} dose de vaccin contre le meningocoque de sérogroupe C dans les délais 1.01.15	53,2%	≥ 65%	63,5%

Objectifs	Indicateurs	Résultats obtenus P13 (2012-2013)	Engagements de l'établissement pour 2012-2013	Résultats obtenus P13 (année précédente)
Programme Santé publique				
1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national ; de santé publique (PRSP)	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{ère} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais 1.01.16.01	51,2%	≥ 65%	32,30%
Programme : Santé mentale				
2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1 ^{ère} ligne par une équipe multidisciplinaire	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de 1 ^{ère} ligne offerts en CSSS 1.08.09	193	≥ 180 jeunes ou adultes	174
Programme dépendance				
2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendances à des services de 1 ^{ère} ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique	Nombre de jeunes ou d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de 1 ^{ère} ligne offerts par les CSSS 1.07.02	0	2	1
Programme Déficience physique et Déficience Intellectuelle – Trouble envahissant du développement (DP-DI-TED)				
2.4.2 Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et proches aidants	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS) 1.05.05	16.959	≥ 15.699 heures (PALV-DP-DI-TED)	16.995 heures (PALV-DP-DI-TED)
3.1.1 Assurer aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dans les délais établis :	Pourcentage des personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis		Respect des délais	Respect des délais

Niveau de priorité urgente : 3 jours	1.45.45.02		≥ 90%	Aucun
Niveau de priorité élevée : 30 jours	1.45.45.03		≥90%	37,5% DP et aucun DI-TED
Niveau de priorité modérée : 1 an	1.45.45.04		≥75%	50% DP et 50% DI-TED

Annexe 4

Extrait du journal le Devoir, 24 février 2012.

« Pour un système de santé de qualité pour tous »

« Pour un système de santé de qualité pour tous »

Texte publié dans l'édition du journal *le Devoir*, 24 février 2012.

Astrid Brousselle, Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en évaluation et amélioration du système de santé, Université de Sherbrooke, Damien Contandriopoulos, Professeur et chercheur à l'Institut de recherche en santé publique, André-Pierre Contandriopoulos, Professeur au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

Nous souhaitons tous vivre longtemps et en bonne santé. Et tous, à un moment donné, nous ferons l'expérience de la maladie. À ce moment, nous aimerions recevoir des soins de qualité, le plus rapidement possible, dans un environnement accueillant et rassurant. C'est l'objectif de notre système de santé. Malheureusement, les résultats des recherches, des évaluations et des analyses que nous menons sur le système de santé du Québec nous inquiètent pour l'avenir. La source de nos inquiétudes peut être résumée en trois constats objectifs.

Pas seulement une question d'argent

Premier constat, les problèmes de notre système de santé ne sont pas dus à un simple manque d'argent. Les données montrent que le Canada et le Québec sont parmi les juridictions qui dépensent le plus en santé à l'échelle mondiale. Pourtant, par rapport aux grands pays développés nous avons proportionnellement peu de lits, peu de médecins et peu d'infirmières par habitant. Dit simplement, nous payons très cher pour relativement peu de ressources et ceci est un fait objectif et indiscutable.

Encore plus problématique est le fait qu'au cours des dernières années, nos dépenses en santé ont crû nettement plus vite que la richesse collective sans que ces investissements massifs ne se traduisent par une amélioration de la quantité ou de la qualité des services offerts. En fait, et nous y reviendrons, l'accessibilité aux soins est de plus en plus limitée. Le fait que ce soient les dépenses de santé privées qui augmentent le plus rapidement n'est pas étranger à cette réalité. Les leçons des dernières années indiquent hors de tout doute que d'ajouter plus d'argent dans le système actuel, que ce soit de l'argent public ou du financement privé, n'est pas la solution aux problèmes auxquels le système est confronté.

Organisation des soins

Second constat, le problème se situe au niveau de l'organisation du système de santé et de la manière dont on produit les soins, pas au niveau des grands principes sur lesquels repose notre système public et universel d'assurance maladie. Malheureusement, il existe des groupes d'intérêts puissants qui utilisent les problèmes réels du système comme arguments pour tenter de rendre socialement et politiquement acceptable une privatisation du financement.

Or, le système de financement actuel fondé sur une cotisation principalement par le biais des impôts et un accès sur la base des besoins est un actif fondamental qu'il faut conserver. Ce système d'assurance publique est sain et produit effectivement les résultats escomptés en termes d'accès équitable aux soins. Pour prendre une analogie, le système de santé québécois a une jambe malade — la manière dont on produit les soins — et une jambe saine — la manière dont on finance les soins. Les chantres de la privatisation veulent couper la jambe saine et laisser le marché s'occuper de la gangrène dans l'autre jambe.

L'effet prévisible d'un recours accru au financement privé est un accroissement des problèmes. Il n'existe absolument aucune base scientifique crédible ni aucune leçon tirée d'un autre pays

qui permettent de justifier le financement privé du système de santé. Au contraire, nous devons réaffirmer et renforcer le caractère public du financement de notre système de santé.

Piètre évolution du système

Troisième constat, la trajectoire d'évolution du système de santé est inquiétante. Les services auxquels la population a accès stagnent ou se dégradent. On déplore des problèmes d'accès aux services de première ligne, aux services diagnostiques, aux services spécialisés. Les professionnels sont désabusés, souvent épuisés et peu appuyés dans leur pratique.

Simultanément, on observe le développement d'un secteur privé peu et mal encadré qui consomme une part croissante de nos ressources humaines et financières, qui contribue peu à la santé de la population, mais qui crée des iniquités dans l'accès aux soins. Finalement, les besoins de la population évoluent et vont créer de nouveaux défis. Or, nous croyons que les interventions actuelles ne permettent ni de corriger les dysfonctionnements du système, ni de l'orienter pour mieux répondre aux défis futurs.

Péril en la demeure

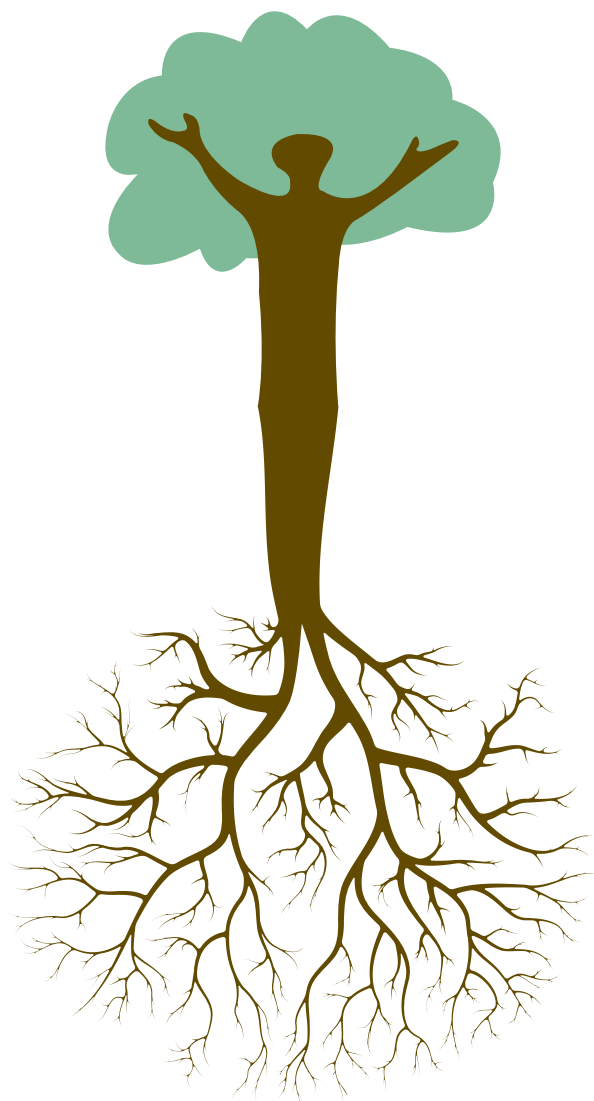
En tant qu'experts en analyse des systèmes de santé, nous sommes profondément inquiets et nous pensons qu'il est urgent de sortir de la complaisance, du corporatisme et de l'attentisme. Pour maintenir un système de santé en mesure de couvrir les besoins de l'ensemble de la population avec les ressources financières dont nous disposons, il faut à court terme profondément transformer la manière dont les soins sont offerts.

Ni la cause des problèmes actuels ni leurs solutions ne se trouvent au niveau individuel. Les professionnels qui travaillent dans le système de santé sont, dans leur immense majorité, compétents et bien intentionnés. De même, l'épouvantail du patient surconsommateur qui encombre les urgences et les couloirs des hôpitaux devrait aller rejoindre les autres personnages imaginaires qui font peur aux petits enfants et arrêter d'encombrer les débats sérieux.

Les solutions sont systémiques, collectives et publiques. Elles passent par une révision profonde de la façon dont la médecine au sens large est pratiquée, ce qui implique de repenser le rôle et les fonctions des professionnels, des établissements et du Ministère. Nous devons développer une vision collective de ce que serait un système de santé adapté aux défis de demain. Pour sortir de l'ornière où le débat est enlisé, nous proposons dix principes de base qui sont incontournables pour faire face aux défis actuels.

Un système public et universel

Prétendre qu'il y a quoi que ce soit à attendre d'un recours accru au financement privé, que ce soient les paiements directs ou les assurances complémentaires, relève soit de l'ignorance ou de la propagande. Défendre des soins de qualité, accessibles et collectivement abordables implique, avant toute chose, un financement public. Il faudrait donc mettre fin au processus de désassurance passive de services ainsi qu'aux divers «frais afférents» demandés aux patients et rapatrier au sein des services couverts par la RAMQ l'ensemble des tests diagnostics, procédures et matériels nécessaires aux soins et dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée. Un vrai régime universel d'assurance médicaments permettrait des économies substantielles. Par ailleurs, certains services actuellement financés sur une base privée pourraient être intégrés au système public de santé. Le financement du système doit reposer sur une contribution progressive en fonction du revenu de façon à offrir de façon équitable à chacun tous les soins requis... »



Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

> 500 avenue Ash, MONTRÉAL (QC) H3K 2R4

> 1955 rue du Centre, MONTRÉAL (QC) H3K 1J1

- Téléphone : 514•937•9251

- Télécopieur : 514•937•3492

www.ccpssc.qc.ca

