

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne



Centre affilié universitaire

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2008-2009

Adopté par le conseil d'administration le 11 juin 2009

> Centre de santé et de services sociaux

DE LA MONTAGNE





ISSN

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2009

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

TABLE DES MATIÈRES

Message du président du conseil d'administration et du directeur général	2
Déclaration de fiabilité	3
Présentation de l'établissement	4
Mission.....	4
Organigramme.....	4
Directions des programmes	6
Services généraux et spécifiques	6
Service régional info-santé (SRIS).....	13
Maison de naissance	14
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique (PPALV et DP)	15
Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA)	16
Services médicaux.....	21
Partenariat et communications	21
Santé au travail.....	22
Volume d'activités des programmes 2008-2009	23
Suivi de l'entente de gestion	24
Entente de gestion.....	24
Directions de soutien clinique	31
Santé publique.....	31
Soins infirmiers (DSI).....	32
Qualité, mission universitaire et pratique multidisciplinaire.....	33
Centre de recherche et de formation (CRF).....	35
Directions de soutien administratif	37
Ressources humaines et développement organisationnel.....	37
Ressources financières, techniques et informationnelles	38
Bilan de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	39
Conseils et comités de l'établissement	43
États financiers	46
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	46
A nnexe A - Résultats et bilan du fonds d'exploitation de l'établissement.....	47
A nnexe B - Code d'éthique et de déontologie.....	51
Lexique.....	57



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

Bâtir pour aller plus loin

« Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin » (proverbe africain)

Le CSSS de la Montagne entreprend sa cinquième année. Encore en pleine croissance, il poursuit son développement : bâtir pour aller plus loin. Le CSSS a réalisé, cette année, des changements structurels importants dans le but d'être davantage outillés pour faire face à ses obligations et être en mesure d'offrir de meilleurs services à sa population. Deux valeurs maîtresses guident toujours ses actions, soit le respect et la qualité.

Entre autres, nous avons refait la structure organisationnelle et avons créé la direction de la santé publique et celle du partenariat. La première illustre la volonté du CSSS d'investir et de renforcer une vision plus préventive de la santé en y attachant une équipe exclusive dédiée. La deuxième traduit la volonté de renforcer nos liens de partenariat avec les organismes du milieu, où l'on préconise un partenariat d'égal à égal.

À l'automne dernier, une rencontre d'information et d'échange dans chacun des sites a permis au directeur général de rencontrer l'ensemble du personnel et de présenter le nouveau plan d'orientation qui nous amène un peu plus loin dans notre mission CSSS : planification, nouvel organigramme et réalité budgétaire.

Plusieurs projets ont été accomplis au cours de l'année, d'autres sont encore en chantier : la démarche d'agrément, l'implantation du modèle montréalais de prise en charge avec la mise de l'avant du concept de « membership populationnel », la tenue de forums sur la maturité scolaire, l'implantation de la numérisation des dossiers clients, la mise en œuvre du projet clinique en santé mentale adulte, le projet « dépression », la politique de développement durable, le plan de redéploiement des locaux, l'inauguration d'une deuxième ressource intermédiaire pour les personnes âgées.

Dans un contexte difficile de recrutement et de mouvements internes de personnel, des efforts ont été consenties pour la rétention de nos employés. Aussi, le budget demeure une source de préoccupation constante. Les mesures de redressement budgétaires entamées l'an dernier ont porté fruits. Au nom des membres du conseil d'administration, nous tenons à remercier à nouveau les artisans de ce travail, l'ensemble du personnel, pour leur collaboration exemplaire à cet exercice ardu, mais nécessaire.

Nous désirons rendre hommages à nos collègues du conseil d'administration de leur engagement et de leur dévouement continu pour le mieux-être de la population que le CSSS de la Montagne est fier de desservir.



Denis Sirois
Président du conseil d'administration



Marc Sougavinski
Directeur général

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

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2008-2009 du Centre de santé et de services sociaux de la Montagne :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.



Marc Sougavinski
Directeur général



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

MISSION

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

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

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

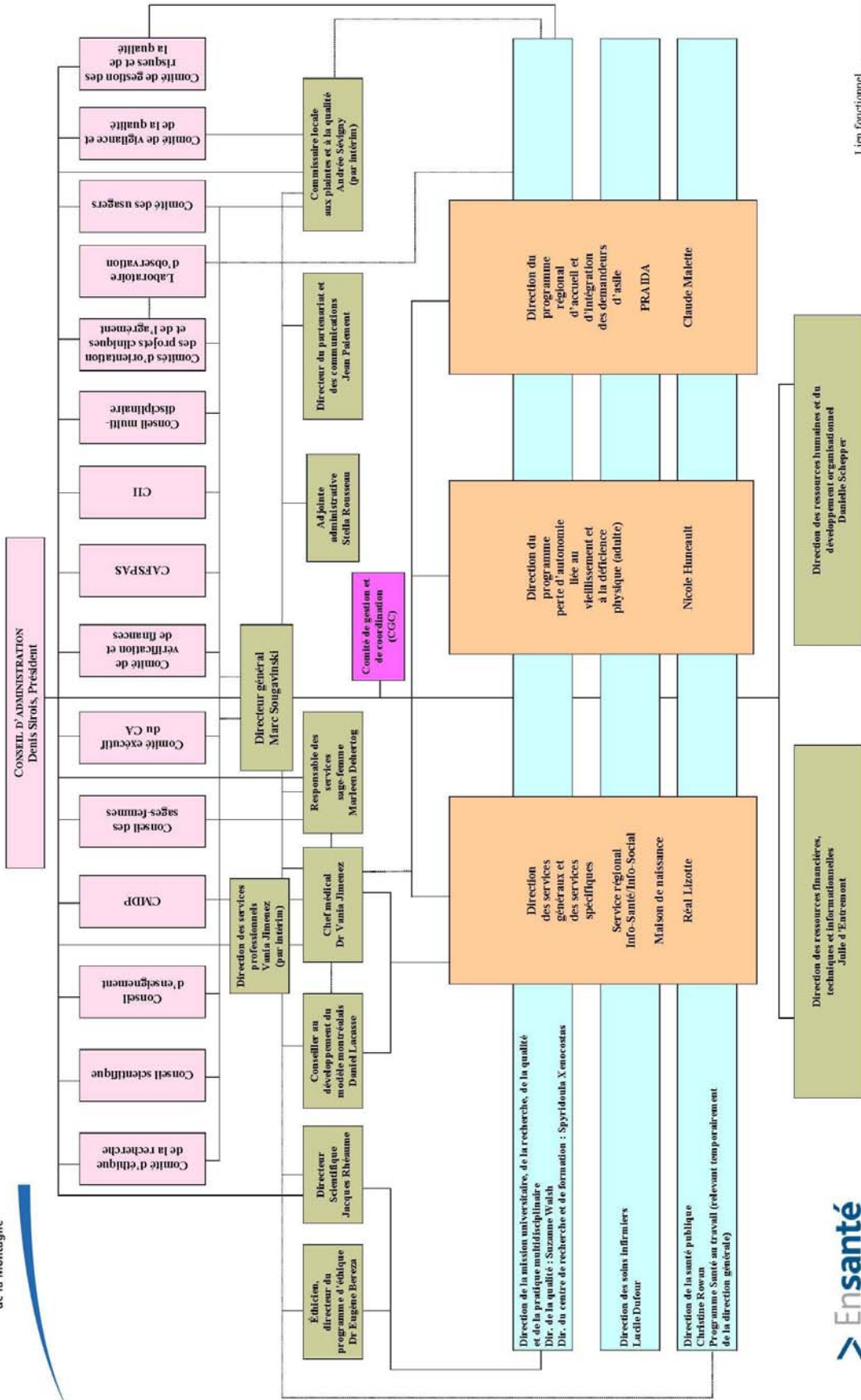
Pour accomplir sa mission, le CSSS de la Montagne compte sur la collaboration de ses partenaires locaux qui ont une bonne connaissance du milieu et qui lui permettent d'assurer la continuité des services et le soutien aux usagers et à leurs proches à toutes les étapes de leur cheminement dans le réseau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

Le CSSS de la Montagne regroupe les CLSC de Côte-des-Neiges, Métro et de Parc-Extension.

ORGANIGRAMME

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

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DU CSSS DE LA MONTAGNE



DIRECTIONS DES PROGRAMMES

SERVICES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES

ENFANCE-FAMILLE

LES FAITS SAILLANTS

L'année 2008-09 a permis de rejoindre 1 010 futurs parents via les rencontres prénatales universelles qui sont offertes en français ou en anglais, selon les besoins identifiés dans chacun des territoires du CSSS de la Montagne.

En plus, les rencontres pré et postnatales visant les clientèles vulnérables se sont déroulées dans l'ensemble du territoire. Ces rencontres ont comme objectif de préparer les mères à l'arrivée du nouveau-né, de favoriser les échanges entre elles et de les habiliter pour les soins et le bien-être des bébés.

Nous notons 2 857 nouveaux bébés nés dans le territoire. Dans le cadre de la période postnatale, il y a eu 2 587 visites dans le territoire. Les mères et bébés reçoivent leur congé du centre hospitalier précocement (dans les 24 heures suivant l'accouchement), ce qui engendre des visites à domicile plus rapides et quelques fois, plus fréquentes.

Activités d'immunisation

Compte tenu des ententes de gestion pour la vaccination des tout-petits, des mesures ont été mises de l'avant visant à réduire les délais vaccinaux. Les stratégies adoptées comprennent l'augmentation de l'accessibilité les soirs, les fins de semaine et des cases d'urgence pour des cas tardifs.

I.E. (intervention éducative)

Les éducatrices de l'équipe I.E. travaillent avec les groupes (parents/enfants) et/ou à domicile avec les familles. Les activités de groupe visent le développement global des enfants telles que les habiletés langagières, habiletés de communication, habiletés motrices et sociales.

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

I.E.P. (intervention éducative précoce)

Le service est offert dans les territoires de Côte-des-Neiges (CDN) et de Parc-Extension. Le soutien est donné en majorité par une psycho-éducatrice (soutien pédagogique aux éducatrices et directrices), consultations s'il y a des inquiétudes par rapport à un enfant, organisation et/ou création de formations pour les éducatrices. Il y a aussi une nutritionniste dans l'équipe qui travaille avec les milieux de garde (ateliers pour les enfants, évaluation de menus, kiosques pour les parents).

Le service d'une infirmière est offert au besoin pour du support médical. Un support est également offert par des orthophonistes pour donner des formations et pour faire des consultations dans les milieux de garde. Le programme I.E.P. supporte aussi des ententes de protocole avec les milieux de garde pour des réservations de places pour une clientèle ciblée au CSSS.

Allaitement maternel

Les lignes directrices du MSSS nous invitent à favoriser la pratique et la durée de l'allaitement. Afin d'assurer que le CSSS puisse être certifié « Initiative Amis des bébés », notre comité d'allaitement poursuit ses travaux en vue de

respecter les critères de la certification et possiblement l'accréditation. Le comité est très motivé à expliquer et à promouvoir auprès des intervenants du CSSS la politique d'allaitement.

Nutrition

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

Les nutritionnistes en EFJ ont vu au cours de l'année 612 différents clients et ont fait 1 483 interventions.

De plus, des rencontres éducatives de groupe ont permis de rejoindre environ 250 parents au cours de l'année. Douze ateliers sur la préparation de purées ainsi que l'introduction des aliments complémentaires pour nourrissons ont été offerts dans divers lieux à proximité des résidences de familles avec poupons. Les autres animations de groupe portaient, par exemple sur les difficultés rencontrées avec l'alimentation des enfants, l'alimentation pendant la grossesse (rencontres prénatales), la qualité et le choix des aliments, la conservation, les OGM, sources d'oméga-3, selon les questions des participants.

Projet de partenariat entre le CSSS de la Montagne et la communauté hassidique d'Outremont

Ce projet vise la création d'un service de soutien par des « marraines » de la communauté hassidique auprès des femmes d'Outremont. Le CSSS de la Montagne a organisé des sessions de formation sur la dépression postpartum, ses symptômes, quand et comment référer dans le réseau de la santé, à l'intention des marraines. Elles se sont ainsi familiarisées avec l'accompagnement d'une personne en détresse ainsi qu'avec le fonctionnement des services de santé et services sociaux. Ce partenariat vise également à développer un corridor de services adaptés à cette communauté.

SERVICES COURANTS

LES FAITS SAILLANTS

CEA (centre d'enseignement sur l'asthme)

Nous avons ré-ouvert le centre d'enseignement sur l'asthme (CEA). L'objectif du CEA est d'aider les clients et leur famille à mieux maîtriser l'asthme et de leur assurer ainsi une meilleure qualité de vie. Les suivis sont faits conjointement avec un médecin et une infirmière spécialisée en asthme.

Services de nutrition

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

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

SIDEP (service intégré de dépistage et prévention)

En tenant compte des orientations du Programme National de la Santé Publique, le CSSS de la Montagne adapte l'offre de service de l'équipe SIDEP pour offrir l'ensemble des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS à la clientèle à risque.

En plus, les services généraux offrent aussi du dépistage à raison d'une demi-journée par semaine.

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

Intégration des nouveaux services cliniques préventifs tels que le centre d'éducation pour la santé et le centre d'abandon du tabagisme dans les milieux cliniques du CSSS.

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

Poursuite du service régional de la Garde Santé en 2008-2009 avec 1 077 visites à domicile. Cette couverture médicale et infirmière auprès de la clientèle vulnérable de CSSS sera révisée afin d'offrir une continuité de service auprès de la clientèle en dehors des heures d'ouverture des CSSS.

Coordination des mesures d'urgence

La coordination locale des mesures d'urgence a fait l'objet d'un changement de personnel en 2008. Elle a assurée l'implantation d'une procédure en cas de pénurie d'eau potable, ainsi qu'en cas de violence à l'égard du personnel, tout en consolidant une base de données en sécurité civile, en vertu de l'approche populationnelle. La révision de la procédure d'évacuation incendie fut finalisée dans deux sites et débutée dans un autre. On a aussi fait la mise à jour du plan d'action annuel en cas de chaleur accablante.

Le CSSS a procédé à la mise à jour de son plan local de lutte à une pandémie d'influenza, avec une emphase sur un éventuel site non traditionnel de soins à la population. De plus, l'établissement s'est arrimé avec les cinq (5) arrondissements et deux (2) villes liées de son territoire, résultant en des rencontres statutaires afin de discuter de dossiers communs tant de santé que de sécurité civile. Le coordonateur a répondu, de façon ponctuelle, à des problèmes concernant les mesures d'urgence et la sécurité civile.

SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX ET SERVICES SPÉCIFIQUES

LES FAITS SAILLANTS

Services généraux : Une entente avec la Ville de Montréal et le CLSC de Côte-des-Neiges a conduit à une augmentation importante des références pour insalubrité de logement. La stratégie d'intervention est à développer dans ce dossier.

Accueil psychosocial : Nomination d'une chef d'équipe au site de Côte-des-Neiges et mise en place d'un comité d'admission pour orienter plus adéquatement les dossiers. Début de l'assignation des dossiers et des charges de cas.

Services psychosociaux généraux et services spécifiques : Travail en collaboration avec la direction de la santé publique et les directions des soins infirmiers, ressources humaines et ressources matérielles du CSSS DLM pour l'élaboration d'un protocole sur « les punaises ».

Nomination de trois chefs d'administration de programme pour les trois sites, volets :

- Écoles et Milieux en santé
- Jeunes en difficulté

- Psychosociaux généraux
- Santé mentale adulte
- Santé mentale jeunesse

- Psychosociaux généraux
- Santé mentale adulte – dépendances
- Santé mentale jeunesse
- DI-TED

Poursuite de la clinique d'information légale à Parc-Extension. Ce service, implanté par l'équipe socioéconomique, vient en aide à la population des trois sites.

Des groupes de thérapie ont été offerts à deux reprises cette année au site de Côte-des-Neiges.

Projet pilote sur la « *violence conjugale et les enfants témoins* » en partenariat avec le SPVM, les Centres de jeunesse et de la famille Batshaw, les maisons d'hébergement et Pro-Gam est maintenant terminé. Le CSSS DLM est l'un des 12 CSSS de la région montréalaise impliqués dans le déploiement du protocole.

SANTÉ MENTALE

LES FAITS SAILLANTS

Projet clinique santé mentale adulte et jeunesse

Validation auprès des participants des enjeux prioritaires énoncés lors des rencontres des tables de travail en santé mentale adulte et les forums en santé mentale jeunesse.

Identification des trajectoires de services en santé mentale adulte et validation du cheminement des demandes de services en santé mentale auprès du personnel du CSSS et des partenaires hospitaliers.

Élaboration d'un modèle de « *Guichet d'accès aux services de 1^{re} ligne en santé mentale adulte et jeunesse* » et conception de formulaires liés aux activités de ce guichet (formulaires de référence, rapport d'évaluation, formulaire de consentement). Mise en place d'un processus de consultation et de validation de ce modèle et des formulaires auprès des équipes de santé mentale des trois sites et de nos partenaires hospitaliers.

Poursuite des rencontres du comité de travail MEL visant à préciser le fonctionnement du MEL, la contribution du CUSM et du CH de St. Mary et les étapes menant à l'implantation prochaine du MEL au sein du CSSS DLM.

Poursuite des rencontres du comité de travail de l'Hôpital de Montréal pour enfants et le CSSS DLM.

Lancement du projet pilote sur la gestion optimale des maladies chroniques « Volet Dépression » et début des rencontres des comités d'orientation et de travail associés à ce projet. Le but de ce projet est de développer, implanter et évaluer un modèle de gestion optimale pour les personnes ayant un diagnostic de dépression majeure afin d'éviter une chronicité de la maladie, et ce basé sur le « *Chronic Care Model* » de Wagner dans un esprit de partenariat entre gestionnaires, cliniciens et chercheurs.

Organisation des services aux adultes

Mise sur pied d'une équipe de santé mentale adulte de 1^{re} ligne au site de CDN et consolidation de l'équipe de santé mentale aux sites de Parc-Extension et Métro.

Santé mentale à CDN en développement : début de la prise en charge des clients ; arrimage avec le GMF et le CHSM ; et rencontres de planification avec le CHSM.

Organisation des services jeunesse

Nous avons comblé les postes en santé mentale jeunesse des trois sites avec le budget transféré par le CHU Sainte-Justine.



Notre offre de service est en voie d'être finalisée.

Nous sommes impliqués dans l'expérimentation d'une grille d'évaluation proposée dans le cadre d'un projet de recherche avec nos pédopsychiatres.

Transfert de ressources

Poursuite des discussions entourant le transfert de ressources hospitalières de l'Hôpital de Montréal pour enfants vers le CSSS DLM pour la santé mentale jeunesse.

Poursuite des discussions entourant le transfert de ressources hospitalières vers le CSSS DLM, le redécoupage des territoires et la redistribution de la clientèle entre le CUSM, l'Hôpital général juif et les CSSS Cavendish et de la Montagne pour la santé mentale adulte.

ÉCOLE EN SANTÉ

LES FAITS SAILLANTS

Renforcé par la signature d'une nouvelle entente entre le MEL et le MSSS en décembre 2008, le processus d'implantation de l'approche École et Milieux en Santé s'est poursuivi dans les écoles publiques du territoire.

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

Privée de la présence régulière d'un chef d'administration de programme dès le début de l'année scolaire jusqu'à la mi-janvier 2009, l'équipe a dû composer avec la réorganisation et la restructuration de la direction des services généraux et des services spécifiques. Ce remaniement a malheureusement entraîné une diminution de l'accès à certains services professionnels par le transfert vers d'autres programmes de la nutritionniste et de la psychologue qui agissaient auparavant au sein de notre équipe.

Croyant fermement à la valeur de notre mission universitaire, au cours de la dernière année, les intervenants de notre équipe ont accompagné pas moins de 27 stagiaires ayant effectué un total de 805 journées de stage, toutes professions et institutions confondues. La contribution exceptionnelle de deux infirmières de l'équipe a d'ailleurs été soulignée, par la Faculté des sciences infirmières de l'université McGill pour l'une, et lors de l'AGA (assemblée générale annuelle) d'octobre 2008 pour l'autre (mission universitaire, volet enseignement).

L'équipe du programme École en Santé a également assumé un leadership déterminant dans l'organisation et la tenue d'événements ou d'activités ciblant les jeunes de la communauté et leur famille, entre autres :

- L'actualisation de l'Étude de prévalence de la carie en partenariat avec un dentiste-chercheur de l'Université McGill. En effet, suite à la calibration de l'an dernier, les hygiénistes dentaires ont pu mener à bien cette nouvelle forme de dépistage de la carie à des stades plus précoces et ce, auprès d'un échantillonnage de 974 élèves de maternelle.
- Une journée exceptionnelle de dépistage a également été organisée et tenue par deux hygiénistes dentaires et l'infirmier d'une école secondaire de Côte-des-Neiges. Un total de 120 élèves ont été vus pour un examen buccal. Bilan de cette initiative : 8 urgences et 112 élèves présentant des caries ont été référés à la clinique de l'Université de Montréal d'où l'importance d'intervenir auprès de cette population.
- Première intégration d'une stagiaire en travail social scolaire depuis la création du CSSS DLM.

- Maintien de nombreux partenariats avec les différentes équipes du CSSS.
- Implantation d'un registre et d'un plan de formation continue pour les membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec de notre équipe.
- Poursuite du déploiement de l'approche École et Milieux en Santé avec une participation active à l'intérieur de dix comités École et Milieux en Santé dans autant d'écoles du territoire.
- Poursuite d'une participation de deux travailleuses sociales de l'équipe aux deux projets pilotes « École et Milieux en Santé » du territoire. Un des projets a cours à l'école Bedford de Côte-des-Neiges et l'autre se déroule à l'école Barthélemy-Vimont, située dans le quartier de Parc-Extension. Ces deux projets sont en phase de consolidation de leur plan d'action réciproque.
- En partenariat avec le CHU Sainte-Justine, le dépistage de la tuberculose a été effectué auprès de 438 élèves dans 6 écoles ciblées des quartiers de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension. Grâce à cette démarche, les 61 enfants dont le dépistage était positif, ainsi que leur famille, ont eu accès à un suivi et à un traitement prophylactique en clinique de tuberculose au CHU Sainte-Justine.
- En l'absence d'écoles secondaires dans le territoire de Parc-Extension, la majorité des jeunes de ce voisinage fréquentent l'école Lucien-Pagé située dans le territoire adjacent. L'équipe médicale de PE s'est montrée très intéressée à créer un corridor de services semblable à ceux mis en place lors du développement des cliniques jeunesse dans les écoles secondaires de Côte-des-Neiges. Les travaux à cet effet ont débuté à l'automne 2008.
- Les infirmières des écoles secondaires, à la demande d'une compagnie pharmaceutique finançant le projet, ont collaboré au développement et à l'évaluation d'un document vidéo interactif d'enseignement sur la sexualité, la contraception et la prévention des ITSS. Ce DVD est maintenant utilisé comme outil d'enseignement par les infirmières scolaires de la région métropolitaine.

Cliniques jeunesse dans les écoles secondaires du territoire

Une septième clinique jeunesse a vu le jour cette année. Plusieurs aspects de son fonctionnement restent encore à définir, et paveront sans doute la voie à la formalisation de deux autres cliniques jeunesse, ce qui nous permettrait d'offrir ce service dans toutes nos écoles secondaires publiques. Par le biais des cliniques existantes, 5 400 jeunes profitent actuellement d'un accès rapide à des soins de santé. Cela s'est traduit par 144 références médicales, principalement dans des situations d'initiation de la contraception, de dépistage et de traitement des ITSS et de services de santé mentale.

Activités préventives en santé dentaire

L'application du plan d'action provincial de santé dentaire publique demeure la pierre angulaire des interventions en santé dentaire. Ainsi, des dépistages ont été effectués auprès des élèves de maternelle et de 2^e année. De plus, les enfants identifiés comme étant les plus vulnérables à la carie ont pu bénéficier de suivis dentaires préventifs incluant l'application topique de fluorure. Vu la proportion de temps non négligeable allouée au projet de recherche cité précédemment, certains élèves n'ont eu droit qu'à un seul suivi plutôt que deux durant l'année scolaire 2008-2009. Il est à noter que des initiatives dans le cadre de l'approche École et Milieux en Santé ont aussi été mises de l'avant dans certaines écoles. Enfin, soulignons que des interventions (avec dépistage) ont été réalisées dans certains milieux qui, bien que ne faisant pas partie du plan d'action provincial, constituent des pistes d'intervention privilégiées pour notre territoire. Citons à titre d'exemple, le Centre François-Michelle, le Centre William-Hingston, le secteur accueil de l'école secondaire Lavoie (cité dans les faits saillants) et les groupes de pré-maternelle et d'accueil des écoles primaires.

Travail social en milieu scolaire

De façon générale, les intervenants sociaux scolaires ont poursuivi leur travail d'intervention psychosociale auprès des jeunes et des familles et ce, en concertation avec les différents intervenants en milieu scolaire. Les principales difficultés rencontrées par les jeunes et leur famille portent sur les crises familiales, les difficultés d'adaptation, le

décrochage et le manque de motivation scolaire ainsi que les problèmes socio-économiques. De plus, notre équipe en travail social assume également une responsabilité de premier plan dans le développement d'un environnement favorable au développement des jeunes en milieu scolaire, notamment en jouant un rôle de conseiller auprès des directions, des enseignants et des professionnels de l'école en ce qui concerne l'impact et la prévention des principales problématiques psychosociales. Il est à noter que ces interventions ponctuelles réalisées auprès des individus et/ou des groupes ne sont pas reflétées dans le cadre normatif.

Soins infirmiers en milieu scolaire

Pour la première fois depuis fort longtemps, en début d'année scolaire 2008-2009, nous avons pu offrir des services réguliers sur une base hebdomadaire aux 39 écoles publiques du territoire. Notre équipe compte 13 infirmières cliniciennes dont l'offre de services cumulée représente 64 journées/semaine. Bien qu'impressionnant, ce chiffre n'est toutefois pas représentatif du travail réellement effectué puisque plus de 1 070 heures ont été travaillées en surplus à ces 64 journées hebdomadaires.

Autre défi relevé par les infirmières, le programme dépistage des ITSS en milieu scolaire a été implanté avec succès dans les écoles secondaires publiques du territoire, depuis janvier 2008.

Un programme d'orientation formel a été mis en place au début de 2008, ce qui a facilité l'intégration d'une infirmière en cours d'année (remplacement d'une infirmière ayant quitté pour la retraite).

Vaccination en milieu scolaire

Le programme de vaccination en milieu scolaire mené par le CSSS a une dimension unique au Québec : c'est dans notre territoire qu'on retrouve le plus grand nombre d'établissements d'enseignement : 39 écoles publiques et 56 écoles privées. De plus, 10 % de la population de l'île de Montréal vit dans notre territoire, mais près de 15 % des enfants d'âge scolaire fréquentent un établissement de notre secteur et sont donc ciblés par le programme.

D'entrée de jeu, l'année scolaire 2008-2009 a été marquée par l'introduction de deux nouveaux vaccins en septembre 2008, offerts aux élèves de 4^{ème} année du primaire (N=2863) et aux élèves de sec III (N=3710). Un total de 9 877 doses de vaccins ont ainsi été administrées aux élèves de nos 95 écoles au cours des 146 cliniques tenues en milieu scolaire. Par rapport à l'année dernière, le nombre de doses administrées a augmenté de 32% et le nombre de cliniques scolaires a augmenté de 10%. De ce fait, le temps infirmier consacré à la vaccination représente aujourd'hui près de 50% de l'offre totale de services, alors qu'il se situait aux alentours de 25 % l'an dernier. Pour la première fois cette année, grâce à un code budgétaire spécifique créé à la demande de la direction générale, nous pourrions connaître précisément les coûts associés à la vaccination.

DI-TED (Déficience intellectuelle – Troubles envahissants de développement)

LES FAITS SAILLANTS

L'année 2008-2009 a été consacrée à l'organisation des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique selon les critères établis par le ministère dans son plan d'accès pour cette clientèle. Ce plan vise l'amélioration continue de l'accessibilité aux services pour les personnes ayant une déficience en précisant des standards de qualité à différents moments dans le processus.

Les actions réalisées au CSSS DLM pour atteindre ces standards de qualité sont les suivantes :

- mise en place d'une équipe dédiée multidisciplinaire et d'un chef d'administration de programme;
- transfert de l'ergothérapeute du PPALV pour les cas de DP pédiatrique;

- ajout d'effectifs de 1,8 psycho-éducateurs pour DI-TED;
- groupe de stimulation hebdomadaire continu pour enfants TED : sera reproduit dans un deuxième site;
- désignation d'un gestionnaire d'accès pour l'établissement, soit la directrice des services généraux et projets spécifiques.
- travaux conjoints avec l'Agence dans le but d'actualiser le plan d'accès en harmonie avec les autres partenaires impliqués;
- mise à jour des dossiers en attente de services par notre établissement;
- précision des critères entourant les clientèles en attente de services;
- mise en place d'une structure « guichet d'accès » pour la clientèle DI-TED;
- évaluation systématique des demandes de services afin d'en préciser le niveau de priorisation;
- désignation d'un superviseur clinique pour cette équipe spécifique;
- résorption de la liste d'attente des clientèles DI-TED;
- mécanismes de suivi des dossiers en attente de services.

JEUNES EN DIFFICULTÉ (JED) / CAFE (CRISE ADO FAMILLES/ENFANTS)

LES FAITS SAILLANTS

Le programme Jeunes en difficulté (JED) a connu cette année les nominations d'un nouveau chef d'administration de programme et d'un nouveau chef d'équipe. Le chef d'administration de programme est le répondant cadre/personne qui fait la liaison du CSSS dans l'entente de collaboration avec nos partenaires des centres jeunesse pour tous les dossiers problématiques entre les deux partenaires.

Le programme SIPPE, faisant partie auparavant de JED, a été attribué au programme Enfance Famille Jeunesse.

En plus des suivis et des interventions multidisciplinaires et intersectorielles auprès des jeunes en difficulté (0-18 ans) et de leurs famille, JED a eu à gérer, depuis plus de deux ans, la liste d'attente du programme santé mentale jeunesse et à desservir cette clientèle à partir de ses propres effectifs. Heureusement JED a profité d'une bonne collaboration avec les services de la pédopsychiatrie.

Au delà de l'offre de service maintenant en place, JED aura à étendre son champ d'activités d'ici 2012, notamment dans les secteurs d'intervention en négligence, en adoption et post-adoption, en supervision des droits d'accès pour en énumérer que quelques uns.

Le dernier développement est le programme régional CAFE qui entrera en fonction au cours de l'été 2009. L'équipe CAFE est composée de 4 intervenants (travailleurs sociaux et/ou psycho-éducateurs) qui ont pour mandat l'intervention de crise intensive à court terme (3 à 4 rencontres par semaine sur une période de 8 à 10 semaines). Cette équipe sera en fonction 365 jours par année jusqu'à 22 heures.

SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ (SRIS)

LES FAITS SAILLANTS

Déploiement du numéro unique 8-1-1

Depuis mai 2008, la population du Québec accède à Info-Santé par un numéro unique, le 8-1-1. Cette implantation s'est traduite par une augmentation de 10% des appels reçus dans les premières semaines, puis s'est stabilisée à 5%, surtout perceptible en soirée.

Organismes enregistreurs et clientèle enregistrée

Le SRIS continue de répondre à la clientèle plus vulnérable des CSSS, en dehors de leurs heures d'ouverture. Cette année, 4 500 clients étaient enregistrés. Par ailleurs, l'application Info-Santé Web a été déployée en février dans les organismes enregistreurs (12 CSSS et 18 GMF) en prévision qu'ils enregistrent eux-mêmes leur clientèle à compter de juin 2009. Sous la gouverne de l'Agence régionale, le SRIS a contribué significativement à la préparation de ce déploiement.

Activités de continuité de service en dehors des heures d'ouverture des CSSS

Au cours de l'année, des rencontres de travail entre l'Agence, les 12 CSSS et le SRIS ont eu lieu pour analyser les problèmes éprouvés lors des activités de continuité de service. En mars, le comité directeur Info-Santé/Info-Social a décidé de revoir l'organisation de la *Garde Infirmière* pour solutionner une partie de ces difficultés.

Volet Info-Social

L'année 2008 a vu l'arrivée du personnel psychosocial au SRIS, d'abord dans le cadre d'un projet pilote pour optimiser la réponse Info-Santé, puis depuis février, sur une base permanente avec la création de trois postes. Un intervenant psychosocial est donc en poste 7 soirs sur 7 pour recevoir les appels transférés par le personnel infirmier. Par ailleurs, des rencontres ont eu lieu avec les ressources communautaires et institutionnelles offrant un service téléphonique pour établir les bases d'une collaboration en prévision de l'implantation éventuelle d'un service Info-Social provincial.

Sondage de la clientèle

Un sondage mené pour la deuxième année auprès de la clientèle du SRIS a montré que 94% des utilisateurs recontacteront certainement Info-Santé pour un autre problème.

MAISON DE NAISSANCE

LES FAITS SAILLANTS

Une sage-femme de la Maison de naissance Côte-des-Neiges fait toujours partie de l'équipe du projet *La Maison Bleue* depuis novembre 2007. Elle contribue aux services offerts à la clientèle particulière de ce projet.

Les formations obligatoires exigées par l'OSFQ (Ordre des sages-femmes du Québec) ont été suivies par 15 sages-femmes avec succès, et une sage-femme a obtenu le certificat d'instructrice en urgences obstétricales.

Une sage-femme continue de faire partie du comité de gestion de risques et de la qualité du CSSS de la Montagne.

L'équipe sage-femme continue d'accueillir des étudiants des autres disciplines : 25 résidents en médecine et 1 infirmière ont été suivis pour un stage.

L'encadrement des étudiantes sages-femmes du programme de baccalauréat de l'UQTR (Université de Trois-Rivières) a été un succès : 11 étudiantes + 1 étudiante étrangère.

Statistiques de la clientèle de la Maison de naissance Côte-des-Neiges pour l'année 2008-2009 :

- 1 405 appels pour demande de suivis (dont 1 212 demandes admissibles) : ceci représente une augmentation de 11.6% des demandes admissibles par rapport à l'année 2007-2008 (où il y avait eu 1 322 appels dont 1 086 admissibles);
- 408 suivis ont débuté;
- 157 suivis partiels (fausse couche, déménagement, situation de santé, arrêt de suivi par choix, etc.)
- 251 suivis complets (dont 11 à la *Maison Bleue*);
- 177 accouchements avec sage-femme (dont 7 en centre hospitalier, 17 à domicile);

- 35 transferts prénatals;
- 39 transferts pernatals;
- 7 transferts postnatals (dont 4 transferts de bébé).

L'année 2008-2009 a été une année bien remplie. L'équipe de la Maison de naissance a travaillé fort pour continuer d'offrir des services de qualité malgré le roulement de personnel et les travaux de rénovation qui sont toujours en cours.

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

LES FAITS SAILLANTS

Réadaptation postopératoire

Depuis octobre 2007, le CSSS de la Montagne gère le guichet unique d'accès aux services de réadaptation pour la population de son territoire. Pour ce faire, le CSSS dispose de 42 lits de réadaptation et de soins subaigus au CH Lindsay, ainsi que 5 lits de réadaptation gériatrique. Une entente a été conclue avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal pour la clientèle de 65 ans et plus qui peut recevoir des services de réadaptation en externe (programme SARCA).

Développement des ressources intermédiaires (RI) dans le territoire

Une première ressource intermédiaire d'hébergement pour une clientèle âgée présentant des troubles cognitifs a ouvert ses portes dans notre territoire en mai 2008 : le Manoir Renaissance est situé au 5995 rue Dolbeau, dans le quartier Côte-des-Neiges et accueille 19 résidents. Un second projet de 80 places a été accepté par l'Agence et devrait être prêt à ouvrir ses portes à l'automne 2010.

Développement d'une ressource non institutionnelle de lits de soins post-hospitaliers (RNI)

Depuis le 6 août 2008, le CSSS de la Montagne gère 15 places de lits de convalescence pour la clientèle en provenance du centre hospitalier de l'Université McGill (CUSM) et du centre hospitalier de St. Mary. Ces lits sont situés à la résidence Salomon, au 5900 boulevard Décarie.

Certification des résidences privées

Le CSSS de la Montagne collabore avec l'Agence de Montréal et le Conseil québécois d'agrément au processus obligatoire de certification des résidences privées pour personnes âgées qui a été institué par la loi 83. Dans notre territoire, quinze résidences devront être certifiées d'ici la fin du mois de juin 2009. Le CSSS de la Montagne doit assurer une fonction de formation et de supervision du personnel non professionnel des résidences privées lorsque celui-ci accomplit certains actes qui peuvent dorénavant lui être confiés dans la foulée de la loi 90, notamment l'administration des médicaments.

Fermeture des lits de longue durée dans les centres hospitaliers

Le CSSS de la Montagne a été fortement interpellé par le processus de fermeture des lits de longue durée au centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), ainsi qu'au centre hospitalier de St. Mary. Dorénavant les personnes dont le retour à domicile est compromis sont signalées le plus rapidement possible par l'équipe de l'hôpital. Un intervenant du CSSS - généralement leur gestionnaire de cas si elle est déjà connue ou un intervenant qui est spécifiquement attiré à cette fonction si elle n'est pas connue - travaille avec ces usagers et leur famille à trouver le milieu qui peut le mieux répondre à leurs besoins. L'usager quitte donc l'hôpital au plus tard 72 heures après la fin de son épisode de soins actifs, ce qui libère des lits pour désengorger les salles d'urgence des hôpitaux.

Services de répit aux aidants naturels

En plus de gérer ses propres services de répit offerts aux familles de son territoire, le CSSS de la Montagne est devenu le fiduciaire d'une enveloppe régionale de 144 000\$ allouée par le MSSS à l'organisme Baluchon Alzheimer pour permettre aux aidants de toute la région de Montréal de prendre du repos bien mérité tout en sachant leur proche en sécurité à la maison avec une personne de confiance pour une durée de 7 à 14 jours.

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

LES FAITS SAILLANTS

Ajustement des services pour répondre à la hausse de la clientèle et des besoins en découlant

Augmentation de ressources humaines

Développement de projets spéciaux pour répondre aux besoins spécifiques :

- santé mentale
- soutien au personnel qui encadre les enfants au YMCA
- encadrement des familles d'entraide des mineurs non accompagnés (MNA)
- développement d'outils pour optimiser l'accompagnement des MNA
- protocoles relatifs à la santé publique
- production d'un outil de référence aux ressources pour les demandeurs d'asile.

LES FAITS SAILLANTS - SERVICES SOCIAUX

La période de référence se caractérise par une continuité de la mobilisation des ressources afin d'assurer une réponse appropriée aux besoins de la clientèle toujours en hausse par rapport à l'année dernière. Le profil de cette clientèle demeure le même: provenant majoritairement du Mexique et d'Haïti via les États-Unis dont beaucoup de familles monoparentales avec un nombre très élevé d'enfants.

Des incidents de salubrité et de santé publique au sein des hébergements pour les demandeurs d'asile ont sollicité beaucoup de ressources dans la recherche de solutions durables à ce problème.

Accueil psychosocial

Ajout d'une ressource au système de triage. L'intervention première ligne est assurée par l'équipe de l'accueil totalisant neuf intervenants (incluant l'ajout d'une ressource supplémentaire). Maintien des mesures spéciales dans la réponse à l'achalandage en croissance. Procédure adaptée à répondre aux besoins primaires: hébergement, transport, dépannage alimentaire, suivi des démarches à faire dans le premier mois d'arrivée, information sur la société d'accueil, référence aux ressources appropriées, encouragement et motivation.

Consolidation du soutien téléphonique pour répondre aux besoins des institutions publiques du Québec (hôpitaux, écoles, ONG, etc.) en matière d'immigration et de services sociaux par la mise en place d'un système de garde téléphonique alternatif à l'accueil.

Mise sur pied d'une ligne d'urgence avec le triage pour les frontières, l'aéroport ainsi que l'équipe médicale du PRAIDA.

Session d'information de groupe (PRAIDA à CDN)

Sessions d'information de groupe sur les droits et responsabilités reliés au logement, emploi, etc. auprès de la clientèle non éligible aux ressources d'hébergement du PRAIDA

YMCA

Présence d'une intervenante dans cette ressource d'hébergement pour répondre aux interventions de crise et offrir des sessions d'information et d'intervention de groupe. Présence d'un soutien technique pour la remise des titres de transports ainsi que d'un soutien psychosocial pour encadrer le personnel auprès des enfants de la résidence. Structuration et formalisation des ressources de bénévolat portées par les résidents et les ex-résidents du YMCA. Intervention et prévention sur des incidents relatifs à la santé publique.

Hébergements (YMCA, Projet Refuge 1, Juan Moreno)

La fermeture de Vacances Canada DM (Collège Français) a amené le PRAIDA à conclure des ententes avec deux ressources d'hébergement supplémentaires Projet Refuge 2 et 3 (entente renouvelée pour une année) et Travelodge (entente ponctuelle non renouvelée).

Dossier mineurs non accompagnés(MNA)

Développement de pistes d'intervention pour un encadrement optimal des MNA :

- *focus group* avec les familles d'entraide;
- *focus group* avec les intervenants qui encadrent les MNA;
- *focus group* avec les MNA;
- consultation des ressources qui hébergent les MNA;
- étude des projets soumis par ces ressources d'hébergement des MNA.

Représentation désignée

Concertation et consultation auprès du Haut Commissariat pour les réfugiés et du Conseil canadien pour les réfugiés concernant le rôle de représentation désignée pour les MNA et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Formation aux intervenants :

Intervention de crise;
Plan d'intervention planifiée.

Projets spéciaux :

Mise à jour de l'outil d'évaluation des familles d'entraide;
Projet santé mentale PRAIDA;
Projet concernant les victimes de la traite humaine;
Projet de sensibilisation des commissions scolaires par rapport à la réalité des MNA.

Coin famille au YMCA:

L'année 2008-2009 a été caractérisée par l'arrivée d'un nombre important de familles avec plusieurs enfants dont un certain nombre sont monoparentales. De concert avec le personnel du Coin Famille au YMCA, l'agente de projets de PRAIDA a travaillé à la structuration de services répondant à leurs divers besoins.

Un service de garde pendant les ateliers d'information a été organisé. Les enfants participent ainsi à des activités en présence d'animatrices pendant que leurs parents assistent aux ateliers en ayant toute la concentration nécessaire.

De plus, un service de répit a été mis en place pour permettre aux familles monoparentales de faire leurs démarches à l'extérieur telles que les visites chez l'avocat, la recherche de logement, etc.

Journée des réfugiés :

Le 10 juin 2008, PRAIDA a tenu un kiosque lors de l'activité annuelle organisée par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Ce fut l'occasion, une fois de plus, d'informer la population des services prodigués par PRAIDA.

Ateliers d'information pour les demandeurs d'asile hébergés chez des compatriotes:

Au cours de l'année, nous avons instauré des ateliers d'information de groupe destinés à cette portion de notre clientèle qui n'avait pas accès jusqu'alors à ce type de service. C'est l'occasion pour les demandeurs d'asile de recevoir des éclaircissements sur les démarches qu'ils ont à faire : demande d'aide sociale, permis de travail, recherche de logements, etc. Nous leur expliquons aussi le fonctionnement des divers services et organismes auxquels ils peuvent avoir recours (médicaux, de dépannage, etc.).

Besoins des mineurs non accompagnés (MNA):

PRAIDA a procédé au portrait des besoins de nos MNA en vue d'élaborer et de mettre en place les actions nécessaires. Pour ce faire, divers moyens ont été utilisés : sondages auprès des intervenants et « focus group » avec des familles d'entraide et des mineurs. Le plan d'action est actuellement en processus d'élaboration. Par ailleurs, nous avons déjà commencé à interpeller les ressources aptes à répondre aux différents besoins identifiés.

Santé mentale :

Dans le cadre de la transformation du réseau en santé mentale, PRAIDA a élaboré un document décrivant les problèmes les plus courants au cours des deux dernières années chez sa clientèle. Nous avons également fait état des difficultés éprouvées quant à l'accès aux services nécessaires.

Nous avons participé aux travaux du comité « Projet Clinique Santé mentale » de notre CSSS. Nous visons à ce que les services adaptés aux besoins actuels de notre clientèle soient pris en considération.

Santé publique :

Un protocole concernant certaines maladies infectieuses, notamment la varicelle, a été élaboré. Nous sommes ainsi bien préparés en cas d'écllosion au sein de notre clientèle.

Nous travaillons actuellement à mettre en place des mesures de protection au phénomène des punaises. Ce nouveau problème qui prend de plus en plus d'ampleur à Montréal, tout comme dans plusieurs villes dans le monde, nous préoccupe. Voilà pourquoi nous agissons maintenant au niveau de la prévention.

Projet d'hébergement pour les mineurs non accompagnés (MNA) :

Une réflexion effectuée par la direction et l'équipe d'intervenants a fait ressortir la nécessité d'un foyer de groupe pour les MNA qui arrivent ici sans aucun réseau. Nous avons fait connaître ce besoin à nos partenaires actuels. Deux organismes nous ont soumis un projet à développer de concert avec eux. Nous en sommes à l'étape de l'étude de ces soumissions et nous déciderons sous peu d'aller de l'avant avec l'un d'eux.

Lien avec les partenaires

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

Présence à plusieurs tables de concertation et partenariat:

- Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR);
- Centre d'immigration du Canada (CIC);
- Agence des services frontaliers du Canada;
- Ministère de l'immigration et des communautés culturelles (MICC);
- Centre spécialisé des demandeurs d'asile (CSDA) (aide sociale);

- Conseil canadien des réfugiés (CCR);
- Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI);
- Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR);
- Section Immigration de l'Aide Juridique de Montréal.

Événements qui ont assuré la visibilité du programme

Partage des expériences cliniques du PRAIDA au forum 2008 du HCR sur la santé mentale des réfugiés.

Formation sur la *Loi de l'immigration* et le processus de refuge en collaboration avec la TCRI auprès des CLSC Montréal-Nord, Saint-Michel et Ahuntsic.

Formation en Interculturel I et II auprès des intervenants du réseau en collaboration avec le Centre de recherche du CSSS DLM.

Réponse aux médias sur divers sujets liés au contexte relatif aux demandeurs d'asile.

Activités de prévention

Ateliers éducatifs offerts dans les lieux d'hébergement des demandeurs d'asile sur le système de santé au Québec, la santé des femmes, les maladies transmises sexuellement et les maladies infectieuses.

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

Ateliers de sensibilisation et de prévention sur la violence conjugale pour les demandeurs d'asile

Recherche

Collaboration avec des chercheurs référés par le Centre de recherche et de formation.

LES FAITS SAILLANTS - SERVICES DE SANTÉ

L'année 2008-2009 a été marquée par un déficit croissant de temps médecin qui a mené à une restriction progressive des activités. Deux médecins ont donné leur démission, de plus un médecin est parti en congé de paternité et un médecin a été recruté. Malgré cela, les activités cliniques de sans rendez-vous et de prise en charge des patients se sont poursuivies ainsi que plusieurs autres activités de la clinique.

Gestion des maladies infectieuses au YMCA

Un effort particulier a été requis pour faire face à des problèmes récurrents de maladies infectieuses au niveau du YMCA , entre autres, la gale, les punaises et la varicelle.

Projets santé

Projets encadrés par les services de santé :

- projet « Femmes en santé » en partenariat avec le refuge Juan Moreno et l'organisme Solidarité Femmes Africaines ayant pour but la prévention des MTS;
- jumelage avec le Projet Outreach de la faculté de médecine dentaire de l'Université McGill et organisation de clinique de santé dentaire mobiles;
- ateliers pour diabétiques en plusieurs langues (espagnol, punjabi et créole) en collaboration avec la nutritionniste.

Liens avec les partenaires

Participation au comité d'administration du RIVO;

Atelier santé pour les employés du YMCA;

Participation à deux Tables sur la santé mentale des réfugiés organisée par le HCR à Montréal et à Ottawa;

Participation à une table ronde organisée par le Health Management Branch à Ottawa.

Événements qui ont assuré la visibilité du programme

Conférences et ateliers de formation

- Café scientifique: « *L'immigration; une expérience risquée pour la santé? Enjeux, défis et responsabilité* » (IRSC) par Marie Munoz
- « *Soins de santé pour les migrants à statut précaire* » ACFAS, Québec par Marie Munoz
- « *PRAIDA-Santé* », table de concertation des infirmières scolaires par Michèle Racette
- « *La maladie chez le médecin* », Association Médicale du Québec par Renée Pelletier

Publications

OUIMET, M. J., MUNOZ, M., NARASIAH, L., CAPRON, V., CORREA, J. *Bilan de dépistage pour les demandeurs d'asile: expérience du PRAIDA*, Montréal, Canada. Revue canadienne de santé publique. Vol. 99, No. 6, novembre/décembre 2008

ROUSSEAU, C., TER KUILE, S., MUNOZ, M., NADEAU, L., OUIMET, M. J., KIRMAYER, L., CRÉPEAU, F. *Health care access for refugee and immigrant with precarious status: public health and human right challenges*. Canadian Journal of Public Health. Vol 99, no 4, July/August 2008

PELLETIER, RENÉE, *Le stress post-traumatique du médecin*. L'actualité médicale, 23 mai 2008

PELLETIER, RENÉE, *Le stéthoscope du coeur et de l'âme* in Quelle place occupe la spiritualité chez l'intervenant en soins de santé, Revue Santé Spiritualité, été/automne 2008

Autres: Participation à l'émission « Tam-tam Canada » de Radio-Canada international sur une base hebdomadaire (santé des nouveaux arrivants).

Formation

En 2008, les services médicaux du PRAIDA ont reçu en stage 1 étudiant en médecine, 8 résidents en médecine familiale, en psychiatrie et en médecine sociale et préventive, 1 étudiante en sciences infirmières et 1 infirmière praticienne et 1 fellow en psychiatrie.

Cours universitaires: « Organisation des soins auprès des demandeurs d'asile » dans le cadre d'un cours de santé publique, Université de Montréal; « Spiritualité et santé », Université de Montréal.

Participation au comité « Global health » du département de médecine familiale de l'Université McGill

Recherche

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

Participation aux projets de recherche suivants :

- « Problèmes d'accès aux soins chez différents sous-groupes de migrants et impact sur leur santé »;
- « Revue de dossiers de suivis obstétricaux de femmes enceintes sans assurance médicale » (chercheur principal : Dr Catherine Jarvis);
- « Clinical Preventive Guidelines for Primary Health Care of newly arriving Immigrants and Refugees » (Chercheur principal: Dr Kevin Pottie);
- « Assessing Timely Access to health care for newcomers » (Chercheur principal: Dr Bilkis Vissandjé);
- « Demande d'asile: rôle de la preuve médicale et psychologique » (Chercheur principal: Dr Janet Cleveland).

SERVICES MÉDICAUX

LES FAITS SAILLANTS

Consolidation de la première ligne

Clinique-réseau

- Avec l'accréditation de la clinique HERZL, le CSSS compte maintenant cinq (5) cliniques-réseau. De plus, une clinique réseau intégré universitaire (CRIU) est présentement en préparation; elle sera fonctionnelle à compter du mois d'octobre 2009.
- Il faut souligner l'excellente collaboration des cliniques-réseau du territoire, principalement dans la prise en charge des patients vulnérables dépourvus de médecin de famille.
- Renouvellement d'accréditation : deux cliniques-réseau ont reçu le renouvellement de leur accréditation pour deux ans, soit le Groupe Santé Westmount Square et la clinique Métro-Médecin Centre-Ville.

GMF (groupe de médecine de famille)

- Implication dans l'élaboration d'un nouveau contenu pédagogique de l'unité d'enseignement auprès des résidents en médecine familiale. Au cours de 2008-2009, formation de 12 résidents en médecine familiale.
- Renforcement des liens avec l'équipe médicale de la clinique Santé Accueil, spécialisée dans les soins aux nouveaux immigrants et réfugiés.
- *Maison Bleue* : développement d'un service communautaire de prévention en périnatalité de concert avec les médecins accoucheurs du CLSC CDN; poursuite de l'approche interdisciplinaire de soins.
- *Clinique réseau intégré universitaire (CRIU)* : participation du GMF CDN avec le CSSS de la Montagne pour la mise sur pied du CRIU du GMF Herzl.

PARTENARIAT ET COMMUNICATIONS

LES FAITS SAILLANTS - PARTENARIAT

- Des investissements de plus de 200 000\$ dans des projets avec des partenaires du secteur communautaire (Club Ami Côte-des-Neiges, Relais Côte-des-Neiges, Centre communautaire Mountain Sights, Partenaires 0-5 ans, centre communautaire de loisir de la Côte-des-Neiges) et ciblés pour les familles fragilisées et les personnes vivant des problèmes de santé mentale.
- Le prêt d'une travailleuse sociale au Centre de Services Préventifs à l'Enfance de Côte-des-Neiges (centre de pédiatrie sociale de Côte-des-Neiges).
- La réalisation d'une étude portant sur les clientèles transitoires au centre-ville ouest de Montréal de concert avec Carrefour Jeunesse Emploi Centre-Ville.
- Une implication accrue de l'établissement dans les processus de concertation, par exemple l'adhésion du CSSS de la Montagne à la table Habiter Ville-Marie.
- La mise à la disposition des installations du secteur Parc-Extension aux organismes du milieu (Cuisines Collectives St-Roch, Association des femmes sud-asiatiques).
- Recrutement d'une personne pour l'implantation du « membership populationnel ».

LES FAITS SAILLANTS - COMMUNICATIONS

- Implantation du site intranet du CSSS en début d'année 2009. Formation de contributeurs dans chaque direction. Dépôt du journal interne dans l'intranet.
- Confection d'un agenda corporatif spécifique au CSSS de la Montagne.

- Mise à jour du *Plan de lutte local à une pandémie d'influenza* – volet communication
- Implication tout au long de l'année dans différents projets et dossiers; en soutien à plusieurs campagnes menées par diverses directions : vaccination, centre d'éducation pour la santé (CES), centre d'abandon du tabagisme (CAT), redéploiement des locaux, maturité scolaire, etc.
- Relations avec les médias sur des sujets d'actualité à volet multiethnique surtout, entre autres, l'arrivée massive de Haïtiens et de Mexicains en provenance des États-Unis., implantation du numéro 8-1-1 pour les services Info-Santé.
- 72 demandes de médias et 21 demandes d'information provenant en majorité d'étudiants.
- Poursuite de la présentation des services du CSSS dans différents milieux (surtout dans le cadre de cours de français) auprès d'une clientèle nouvellement arrivée et immigrante.
- Collaboration avec le service des communications de l'Agence et de la direction de santé publique de Montréal à la publication et à la diffusion de la brochure « *Accès santé dans votre quartier* ».

SANTÉ AU TRAVAIL (rapport disponible couvrant la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009)

LES FAITS SAILLANTS

L'année 2008 fut pour l'équipe de santé au travail une période de réajustements et elle a relevé haut la main les défis associés :

- aux nouvelles ententes de gestion;
- à la nouvelle population à desservir (celle des secteurs de St-Laurent et Bordeaux/Cartierville et de Parc-Extension).

Le programme *maternité sans danger* est dorénavant assumé par le CSSS Jeanne-Mance. L'équipe du CSSS de la Montagne a traité 749 demandes de consultation pour ce programme avant le transfert.

En 2008, 175 établissements du territoire ont été rejoints, ce qui correspond à 16% de l'ensemble des établissements dans les groupes prioritaires.



Info-santé

Appels traités : 425 195

Services généraux			
	Usagers différents	Visites ou interventions	Nombre de visites / Interventions par usagers
Pratique des sages-femmes ¹	430	4 653	10,8
Services psychosociaux (autres) ²	1 228	6 330	5,2
Services de santé courants (Excluant médicaux)	12 493	37 846	3,0
Nutrition S.G.	380	1 111	2,9
Santé parentale et infantile	9 047	21 233	2,3
Services dentaires et préventifs - Suivi	1 202	1 613	1,3
Services dentaires et préventifs - Dépistage bucco-dentaire	3 668	3 668	1,0
Santé scolaire	253	716	2,8
Vaccination scolaire	4 463	5 579	1,3
Nutrition E/F	612	1 483	2,4
Jeunes en difficulté ³	2333	17468	7,5
PPALV			
	Usagers différents	Visites ou interventions	Nombre de visites / Interventions par usagers
Soins infirmiers à domicile	5 850	70 268	12,0
Aide à domicile ⁴	2 173	231 194	106,4
Services psychosociaux à domicile	2 739	26 230	9,6
Services ambulatoires en psychogériatrie	161	2 782	17,3
Ergothérapie à domicile	2 060	7 572	3,7
Physiothérapie à domicile	1 212	5 357	4,4
Centre de jour	1 375	172	0,1
Nutrition	583	2 193	3,8
Soins palliatifs en santé physique ⁵	486	4 087	8,4
Soins palliatifs pour les services sociaux ⁵	101	537	5,3
Promotion / Prévention de la santé			
	Usagers différents	Visites ou interventions	Nombre de visites / Interventions par usagers
Santé publique	10 233	10 371	1,0
CAT	41	101	2,5
SIDEP - Suivi (soins infirmiers)	360	707	2,0
SIDEP - Suivi (psychosocial)	24	390	16,3
SIDEP - Dépistage anonyme (soins infirmiers)	688	688	1,0
SIDEP - Counselling psychosocial anonyme	1 239	1 239	1,0
Services spécifiques			
	Usagers différents	Visites ou interventions	Nombre de visites / Interventions par usagers
Déficiences intellectuelles ⁶	331	3 747	11,3
Trouble envahissant du développement	335	2 249	6,7
Santé mentale jeunesse ⁷	223	1 443	6,5
Soutien aux familles vivant avec une personne handicapée ⁸	453	N/D	N/D
Santé mentale	1 237	9 367	7,6
PRAIDA			
	Usagers différents	Visites ou interventions	Nombre de visites / Interventions par usagers
Services sociaux aux réfugiés	9 130	23 373	2,6
Services de santé aux réfugiés	1 972	3 453	1,8

COMMENTAIRES

- 1 : Pour cette année financière, les données relatives à la Maison Bleue sont intégrées à la méthode de calcul.
- 2 : La baisse s'explique par une mise à niveau sur la saisie des statistiques pour l'accueil des trois installations.
- 3 : Jeunes en difficulté regroupe les interventions des travailleurs sociaux, des éducateurs, des AISS ainsi que les interventions psychosociales réalisées en scolaire.
- 4 : En raison d'un problème technique, 2 195 interventions d'une des semaines de la P11 n'ont pas été transférées dans I-CLSC.
- 5 : Ces données font partie intégrante des autres sous-centres d'activités du PPALV.
- 6 : Les données sont extraites à partir des profils d'intervention seulement.
- 7 : Ces données font partie intégrante du libellé : "Jeunes en difficulté".
- 8 : Les données sont extraites manuellement.

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION

En septembre 2008, le CSSS a signé une entente de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour l'année financière 2008-2009. Cet engagement des parties vise à fournir à la population l'ensemble des services de santé et des services sociaux requis par son état de santé et à assurer une continuité de services tant sur le territoire qu'avec les organismes communautaires et les autres établissements offrant des services spécialisés, ultra-spécialisés ou de réadaptation dans la région.

ENTENTE DE GESTION

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

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

Programmes	Attentes	Indicateurs	N/A	Non amorcé 0%	Amorcé - de 25%	En cours 25 à 75%	À finaliser 75% et +	Réalisé 100%	Commentaires
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Collaborer à la mise en oeuvre du plan d'accès pour les personnes ayant une déficience	Niveau de mise en oeuvre du plan d'accès pour les personnes ayant une déficience (DI-TED - DP)				X			Defi: manque de ressources humaines.
Déficience physique	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience	Niveau de mise en oeuvre du Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience (DI-TED-DP)				X			Defi: gestion de la liste d'attente.
Dépendances	Référer les jeunes évalués « feu rouge », à l'aide de l'outil DEP-ADO, au mécanisme d'accès pour les jeunes	Identification d'un agent de liaison pour le mécanisme d'accès			X				En recrutement pour un agent de liaison. Les intervenants réfèrent eux- mêmes.
	Référer les jeunes évalués « feu rouge », à l'aide de l'outil DEP-ADO, au mécanisme d'accès pour les jeunes	Références faites au mécanisme d'accès en alcoolisme et toxicomanie				X			Roulement du personnel - besoin de formation continue.
	Utiliser l'outil DEP-ADO	Niveau d'utilisation de l'outil DEP-ADO				X			Basé sur les besoins.
Gestion de la main d'oeuvre	Collaborer à la stratégie régionale pour contrer les problèmes de disponibilité de main-d'oeuvre et développer un plan d'action en la matière	Adoption d'un plan d'action local découlant du plan prévisionnel produit		X					
	Collaborer à la stratégie régionale pour contrer les problèmes de disponibilité de main-d'oeuvre et développer un plan d'action en la matière	Niveau d'implantation du cadre normatif pour contrer les problèmes de disponibilité de la main-d'oeuvre						X	Sera réalisé suite à l'implantation de l'outil PMO.
	Collaborer à la stratégie régionale pour contrer les problèmes de disponibilité de main-d'oeuvre et développer un plan d'action en la matière	Production d'un plan prévisionnel des effectifs		X					En attente du logiciel PMO. Bon de commande envoyé au fournisseur Logibec.
Gestion de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles	Tenir compte, dans l'offre de service, des particularités culturelles de la clientèle	Adoption d'une politique ou d'orientations assurant la prise en compte de la diversité ethnoculturelle (ex.: connaissance de celui-ci, de ses besoins et de sa consommation de services, obstacles rencontrés, personnalisation des soins, etc.)						X	Une lettre a été adressée à l'Agence à l'effet que l'accessibilité pour les communautés ethnoculturelles fait partie intégrante du cadre d'expertise. Le CSSS offre une formation au personnel sur les différentes populations ethnoculturelles afin de mieux les servir. De plus, un guide pratique sera disponible sous peu.
	Tenir compte, dans l'offre de service, des particularités culturelles de la clientèle	Implantation d'une procédure guidant le travail des intervenants lorsqu'ils oeuvrent auprès de clients ne maîtrisant pas suffisamment le français ou l'anglais (ex.: balises concernant la diffusion et le recours aux ressources disponibles)						X	Toutes les communautés ont accès à un réseau d'interprètes afin de recevoir tous les services qui leur sont nécessaires dans leur langue propre.



Programmes	Attentes	Indicateurs	N/A	Non amorcé 0%	Amorcé - de 25%	En cours 25 à 75%	À finaliser 75% et +	Réalisé 100%	Commentaires
Gestion de l'accessibilité des services en langue anglaise	Respecter le « Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise » dans l'offre de service	L'Établissement désigné s'assure que tous les services sont accessibles en anglais						X	Établissement désigné pour un service disponible en tout temps dans les deux langues.
	Respecter le « Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise » dans l'offre de service	L'Établissement non visé par le programme d'accès a une procédure en place afin que les clients qui requièrent un service en anglais puissent être informés, orientés et transférés au besoin vers les services appropriés	X						
	Respecter le « Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise » dans l'offre de service	L'établissement indiqué s'assure que tous les services nommés au Programme d'accès sont accessibles en anglais à l'intérieur de l'établissement, du réseau local ou dans le cadre d'une entente inter-établissement						X	Établissement désigné.
Gestion des actifs informatiques	Gérer les actifs informationnels conformément à la circulaire 2008-019	Préparation d'un plan triennal de maintien des actifs informationnels selon le gabarit préparé par l'Agence						X	
	Gérer les actifs informationnels conformément à la circulaire 2008-019	Préparation et maintien d'un inventaire des actifs						X	
Gestion des mesures d'urgence et de sécurité civile	Dans le cadre de la coordination locale des mesures d'urgence en cas de sinistre, développer un arrimage avec les municipalités ou les arrondissements du territoire	Niveau de développement des arrimages avec les municipalités ou les arrondissements						X	
Jeunes en difficulté	Appliquer le « Guide de partenariat CSSS-Centres jeunesse »	Participation aux tournées d'appropriation du guide du partenariat CSSS - CJ					X		
	Définir le projet clinique pour le programme « Jeunes en difficulté » en tenant compte de la publication récente du MSSS « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience »	Adoption d'un projet clinique « Jeunes en difficulté »	X						

Programmes	Attentes	Indicateurs	N/A	Non amorcé 0%	Amorcé - de 25%	En cours 25 à 75%	À finaliser 75% et +	Réalisé 100%	Commentaires
	Poursuivre la mise en place des mesures prévues au plan stratégique 2005-2010 (MSSS) concernant les jeunes et leur famille	Niveau d'implantation du plan d'action local concernant les jeunes en difficulté			X				
	Poursuivre l'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE) dans six CSSS de Montréal et débuter l'implantation dans les six autres CSSS	Phase 1 - niveau d'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE) dans les six CSSS priorités					X		
	Poursuivre l'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE) dans six CSSS de Montréal et débuter l'implantation dans les six autres CSSS	Phase 2 - niveau d'implantation des équipes dans les six autres CSSS	X						S'applique uniquement aux 6 derniers CSSS sélectionnés.
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Collaborer à l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Contribution au déploiement du système informatique RSIPA				X			
	Collaborer à l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Création ou maintien d'une table de concertation multisectionnelle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées				X			
	Collaborer à l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Déploiement de l'outil d'évaluation multicritère et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle « e-sma » en CSSS					X		
	Collaborer à l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans sa composante : gestionnaire de cas					X		
	Collaborer à l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans sa composante : guichet PPA				X			
	Collaborer à l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Niveau de mise en oeuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans sa composante : mécanismes de concertation locaux				X			
	Collaborer à l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Participation aux formations sur l'outil d'évaluation multicritère et du système de mesure de l'autonomie « e-smaf » en CHSGS					X		



Programmes	Attentes	Indicateurs	N/A	Non amorcé 0%	Amorcé - de 25%	En cours 25 à 75%	À finaliser 75% et +	Réalisé 100%	Commentaires
Santé mentale	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'action régional en santé mentale, et au plan stratégique visant à associer, aux CSSS et leurs partenaires, les services de 1 ^{re} ligne fournis actuellement par les CHSP ou CHSGS avec département de psychiatrie	Articulation d'un programme d'accueil et de développement du personnel transféré	X						Santé mentale Adulte et Jeunesse: Nous n'avons pas eu de transfert. Les transferts sont toujours en négociation avec l'agence. En santé mentale jeunesse, nous avons reçu le budget du CH Ste-Justine 1/3 comblé, 1/3 en affichage, 1/3 à déterminer titre d'emploi
	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'action régional en santé mentale, et au plan stratégique visant à associer, aux CSSS et leurs partenaires, les services de 1 ^{re} ligne fournis actuellement par les CHSP ou CHSGS avec département de psychiatrie	Dépôt d'un plan d'effectifs en vue du transfert des ressources humaines vers les équipes de 1 ^{re} ligne	X						Santé mentale Adulte et Jeunesse: négociation avec l'Agence. En
	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'action régional en santé mentale, et au plan stratégique visant à associer, aux CSSS et leurs partenaires, les services de 1 ^{re} ligne fournis actuellement par les CHSP ou CHSGS avec département de psychiatrie	En collaboration avec les partenaires, réalisation d'un plan de communication visant la population, les usagers et les partenaires des réseaux locaux quant à l'offre de service recommandée	X						Santé mentale Adulte et Jeunesse: Négociation pour les transferts d'effectifs
	Collaborer à la mise en oeuvre du Plan d'action régional en santé mentale, et au plan stratégique visant à associer, aux CSSS et leurs partenaires, les services de 1 ^{re} ligne fournis actuellement par les CHSP ou CHSGS avec département de psychiatrie	Réalisation d'un plan de transfert des responsabilités et des patients, visant à assurer la continuité des services	X						Santé mentale Adulte et Jeunesse: Négociation pour les transferts d'effectifs.
	Implanter le mécanisme d'accès aux services spécialisés en santé mentale	Niveau d'implantation du mécanisme d'accès aux services spécialisés en santé mentale			X				Santé mentale Adulte et Jeunesse: Travail en cours à l'interne du CSSS.
	Maintenir des mécanismes de liaison avec les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques	Développement d'ententes de service CSSS - CH			X				
Santé physique	Assurer la mise à jour et le suivi du plan de désengorgement des urgences	Dépôt d'un bilan des mesures implantées et des résultats						X	Bilan produit et présenté au Comité Directeur des Réseaux du territoire de la Montagne en novembre 2008.
	Contribuer au plan de lutte contre une pandémie d'influenza	Au 31 mars 2009, l'établissement confirme qu'il a révisé son plan local de lutte contre une pandémie d'influenza						X	

Programmes	Attentes	Indicateurs	N/A	Non amorcé 0%	Amorcé - de 25%	En cours 25 à 75%	À finaliser 75% et +	Réalisé 100%	Commentaires
	Lier les maisons de soins palliatifs par entente de service avec un ou des réseaux locaux de services afin de faciliter la continuité et la fluidité des services	Développement d'ententes de service avec les maisons de soins palliatifs			X				Projet en élaboration avec le groupe de la paroisse Saint-Raphaël.
	Poursuivre l'implantation de réseaux de services intégrés pour maladies chroniques	Consolidation du projet clinique MPOC	X						
	Pour suivre l'implantation de réseaux de services intégrés pour maladies chroniques	Niveau d'implantation du projet clinique - dépression				X			
	Soutenir le modèle régional d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation	60 % des usagers référés par les CHSGS vers les CSSS reçoivent des services de réadaptation postopératoires à domicile à la suite d'une chirurgie PTH et PTG						X	
Santé publique	Accroître la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé	60 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés contre l'influenza depuis l'automne					X		40 % des travailleurs ont été vaccinés.
	Convenir avec la DSP de l'Agence des modes de reddition de comptes des crédits de santé publique affectés au déploiement du Plan d'action local de santé publique 2009-2012	Un bilan des activités réalisées annuellement dans le cadre du programme de santé publique					X		Nous sommes à faire le bilan 2008-2009. Selon l'échéancier établi par la DSP de Montréal, il sera remis à la DSP au plus tard le 10 juin 2009.
	Disposer d'un Plan d'action local de santé publique (PAL) 2009-2012 qui s'inscrit dans les six grandes orientations du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2008-2012	Un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 élaboré				X			Une première étape du PAL sera élaborée pour le 10 juin 2009. Tous les CSSS de Montréal déposeront à la DSP de Montréal leur PAL final au plus tard le 28 décembre 2009.
	Élaborer un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 en partenariat avec le réseau local	Un portrait des partenariats mis à contribution dans le cadre de l'élaboration et de la mise en oeuvre du Plan d'action local de santé publique réalisé				X			Le portrait des partenariats est en cours. Il sera déposé à la DSP régionale au plus tard le 28 décembre 2009.
	Participer avec la Direction de santé publique (DSP) au développement d'un système d'appréciation de la performance du Plan d'action local de santé publique 2009-2012	Un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 qui s'inscrit dans un système d'appréciation de la performance, composé d'indicateurs stratégiques, de structure, de processus et de résultats			X				La DSP de Montréal est venue nous rencontrer au mois de mars 2009 pour discuter du dossier. Appréciation de la performance. Une consultation des 12 CSSS est actuellement en cours et la DSP devrait faire dans les prochains mois un bilan des consultations et arriver avec des propositions à la TRSPM.



Programmes	Attentes	Indicateurs	N/A	Non amorcé 0%	Amorcé - de 25%	En cours 25 à 75%	À finaliser 75% et +	Réalisé 100%	Commentaires
	Réaliser le contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012	Un contour de ressources réalisé dans le cadre du programme de santé publique					X		Nous sommes à terminer le contour des ressources affectées à la réalisation des activités de santé publique en 2008-2009.
Services généraux-activités cliniques et aide	Collaborer entre CHSGS et CSSS pour offrir à la population une intégration des services médicaux en clinique avec les services offerts par les CSSS	Actualisation d'un mécanisme de liaison-référence CHSGS-CSSS				X			Mise en place d'un accès centralisé pour attribuer un médecin traitant à la clientèle orpheline.
	Consolider les services Info-Santé et l'implantation d'Info-Social régional	Dépôt du rapport d'étape à l'Agence						X	Dépôt du rapport d'évaluation du projet de Réalisation du Service régional Info-Santé à Montréal déposé en novembre 2008. Dépôt de la phase IV : déposé au Comité Directeur Info-santé/Info social de l'Agence, le 24 mars 2009.
	Consolider les services Info-Santé et poursuivre les démarches pour l'implantation d'Info-Social régional	Implantation de la version électronique d'enregistrement de la clientèle vulnérable au service régional Info-Santé						X	L'implantation est sous la responsabilité et gouverne de l'Agence, madame Jeanne-Mance Pilon, pour les organismes enregistreurs. La version de la Fiche Appel V3-HD au SRSIS est complétée et fonctionnelle.
	Développer un plan de communication à l'intention des populations locales afin de favoriser les liens avec les médecins de famille pour les personnes qui cherchent un médecin omnipraticien	Disponibilité d'un plan local de communication				X			La diversité des communautés culturelles ainsi que le grand nombre des médias à joindre (50 à 60) rendent plutôt ardues les démarches pour la réalisation cohérente d'un plan local de communication.
	Transmettre à la DAMU de l'Agence le formulaire trimestriel de reddition de comptes pour les cliniques-réseau, et ce, dans les délais impartis	Transmission à la DAMU du formulaire trimestriel de reddition de comptes pour les cliniques-réseau et ce, dans les délais impartis	X						Quatre CRI déjà en place. Transmis directement par les cliniques-réseau à la DAMU.
	Valider et transmettre à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) de l'Agence le formulaire de suivi de gestion completé par les cliniques-réseau	Transmission à la DAMU du formulaire de suivi de gestion des cliniques-réseau validé, et ce, dans les délais impartis	X						Quatre CRI déjà en place. Transmis directement par les cliniques-réseau à la DAMU.

DIRECTIONS DE SOUTIEN CLINIQUE

SANTÉ PUBLIQUE

LES FAITS SAILLANTS

- Production de quatre profils statistiques à partir des données du recensement de 2006 :
 - Profil de la population du territoire du CSSS de la Montagne;
 - Profil de la population du territoire Côte-des-Neiges;
 - Profil de la population du territoire de Parc Extension;
 - Profil de la population du territoire de Peter McGill.
- Tenue de deux sommets locaux sur la maturité scolaire avec près de 200 personnes de divers milieux (CPE, écoles, organismes communautaires, etc.).
- Participation à l'élaboration du projet clinique en santé mentale, section promotion-prévention.
- Coordination et collaboration à la production du *Guide d'intervention dans les cas d'insalubrité*.
- Planification et collaboration à la coordination de la mise en œuvre du plan d'action de l'offre de counselling et dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang.
- Démarrage du *Plan local de santé publique*, lequel doit être déposé à l'Agence en décembre 2009.

LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Programme AccèsVélo :

- 11 vélos mis à la disposition des personnes oeuvrant au CSSS pour des déplacements soit professionnels ou personnels, durant les heures de bureau;
- ces vélos sont distribués dans les 3 sites du CSSS;
- de mai à novembre 2008 : 40 utilisateurs ont effectué 338 déplacements avec les vélos en libre-service.

Poursuite de la mise en place d'infrastructure favorisant le déplacement à vélo : support à vélo à l'intérieur et à l'extérieur, achat de vélos et supports pour la Plaza Côte-des-Neiges.

Environnements sécuritaires

Notre CSSS favorise à court et à moyen terme la prévention des situations où la sécurité et l'intégrité physique et mentale des personnes sont compromises et ce, par des actions sur l'environnement bâti.

Création d'un comité interne touchant trois volets :

- salubrité à domicile ;
- santé et sécurité au travail ;
- qualité de l'air intérieur : un projet pilote concernant l'asthme et l'environnement et impliquant plusieurs partenaires devrait s'amorcer dans notre territoire en 2008, en collaboration avec la direction de santé publique (DSP) régionale.

SOINS INFIRMIERS (DSI)

LES FAITS SAILLANTS

Qualité des soins

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

- ◆ Plan thérapeutique infirmier
Afin d'assurer l'application au 1^{er} avril 2009, de cette nouvelle norme de l'OIIQ (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), une formation a été dispensée à 143 infirmières. Les activités de supervision pour son implantation sont commencées et se poursuivront au cours de l'année qui vient.
- ◆ Ordonnances collectives
En collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CSSS, la rédaction et la signature des ordonnances collectives s'est poursuivie. Les médecins répondants pour les ordonnances en lien avec les pharmacies communautaires ont été désignés.
- ◆ Activités d'exception confiées aux non-professionnels
L'équipe de la DSI a procédé à la formation de 102 auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) pour les activités d'administration de médicaments. Les activités de certification sont planifiées d'ici l'été 2009.

Autres activités

- ◆ Qualité des résultats de laboratoire
Poursuite des activités de concertation avec l'Hôpital général juif et amorce des procédures avec l'Hôpital Général de Montréal .
- ◆ Méthodes de soins
Participation active à la révision des méthodes de soins de l'AQESSS.
- ◆ Harmonisation des fournitures médicales
Participation à des comités d'Approvisionnement Montréal pour le suivi et les recommandations d'achats de fournitures médicales.
- ◆ Médicaments des chariots d'urgence.
En collaboration avec le comité pharmaceutique du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), l'harmonisation des médicaments utilisés dans chaque site a été faite.

Maintien des compétences cliniques

- ◆ Plusieurs activités de formation et de mise à jour destinées aux infirmières et aux infirmières auxiliaires.
- ◆ Accueil des nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires, évaluation de leurs compétences et de leurs besoins de formation.
- ◆ Encadrement des superviseurs de stage des étudiants en soins infirmiers de l'Université de Montréal.

Organisation du travail

- ◆ Participation à l'intégration des infirmières auxiliaires au PPALV-DP.
- ◆ Détermination du partage des rôles et responsabilités du personnel en soins infirmiers.
- ◆ Introduction d'une candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

Gestion des risques

- ◆ Centralisation des activités de stérilisation.
- ◆ Suivi et recommandations à la suite des rapports incident-accident concernant les soins infirmiers.
- ◆ Mise en place des mesures de prévention des infections nosocomiales dans les ressources intermédiaires (RI).

Campagne de vaccination contre l'influenza

- ◆ Participation à l'organisation et à la réalisation de la campagne annuelle.

QUALITÉ, MISSION UNIVERSITAIRE ET PRATIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

LES FAITS SAILLANTS

Qualité et planification des services

Parmi les grands dossiers ayant mobilisé les efforts de la direction cette année, mentionnons l'amorce d'une nouvelle démarche d'agrément, dans laquelle le CSSS s'est engagé. Cette nouvelle démarche s'effectue dans le cadre du programme QMentum, mis en œuvre conjointement par le Conseil québécois d'agrément (CQA) et le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Elle consiste principalement en une autoévaluation de la qualité des services dispensés par le CSSS, en le situant par rapport aux normes de meilleures pratiques. La démarche se poursuivra tout au long de l'année 2009-2010 et permettra de dégager des actions concrètes visant l'amélioration de la qualité des services de l'établissement.

La direction a aussi participé activement à finaliser le projet clinique du CSSS en santé mentale. Le projet, dont la démarche est basée sur la participation élargie des partenaires institutionnels, du milieu communautaire ainsi que des intervenants et gestionnaires du CSSS, a été approuvé par le conseil d'administration du CSSS. Le rôle de la direction consiste à veiller à la cohérence des différents projets cliniques avec les grands objectifs d'amélioration et de développement du CSSS. Sa responsabilité est aussi de développer la connaissance des besoins de la population en matière de services, par le biais des travaux effectués par le Laboratoire d'observation de la population.

Prestation sécuritaire des services et gestion des risques

La responsabilité du CSSS à l'égard de la prestation sécuritaire de services à la clientèle se traduit principalement par le traitement et l'analyse des incidents et des accidents qui surviennent dans le cadre des services qu'il dispense.

Le traitement des incidents et des accidents présente cette année un bilan qui se résume comme suit :
9 incidents et 80 accidents ont été déclarés, pour un total de 89 événements analysés.

De ce nombre, 42 ont fait l'objet de recommandations ou de prise de mesure pour en prévenir la récurrence.

De séances d'information ont également été données dans les équipes d'intervention du CSSS, afin de présenter les orientations de l'établissement en matière de gestion des risques, ainsi que pour préciser les procédures à suivre advenant un incident ou un accident mettant en cause les responsabilités du CSSS en matière de sécurité des services.

Programme d'éthique

La direction du programme d'éthique a soutenu cette année plusieurs intervenants et chefs de programme, notamment par le biais de consultations en éthique clinique dispensées par le bioéthicien et directeur du programme d'éthique du CSSS. Le programme d'éthique a aussi assisté la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de même que la gestionnaire de risques de l'organisation dans le cadre de leurs responsabilités respectives.

Le programme d'éthique a aussi mis sur pied cette année un groupe de soutien en éthique clinique, composé d'intervenants possédant des expertises dans divers domaines cliniques et de gestionnaires, afin d'offrir aux intervenants une assistance dans les défis éthiques rencontrés dans le cadre de leur pratique professionnelle au sein du CSSS. L'initiative de créer ce groupe de soutien découle notamment des réflexions entourant les enjeux de l'intervention en contexte de diversité culturelle auxquels le CSSS s'est attardé dans le cadre de la présentation de son mémoire à la Commission Bouchard-Taylor.

Le comité d'éthique de la recherche (CER) a évalué 20 nouveaux projets de recherche, incluant 5 projets mettant en cause la participation de mineurs ou majeurs inaptes et ce, en fonction de la désignation ministérielle attribuée au CSSS quant à l'application de l'article 21 du code civil. Le comité a aussi réévalué, selon les rapports d'étape qui lui ont été soumis, 26 projets de recherche auxquels il avait déjà donné son approbation.

Mission universitaire et programme d'enseignement

Cette année, la planification des stages s'est faite en collaboration avec les différents chefs de programmes du CSSS. Cette collaboration a contribué à augmenter l'accueil de stages dans certaines disciplines comme le travail social et à favoriser un meilleur soutien à la supervision de stage. En septembre dernier, le dégagement de la somme de 40 000\$ de la direction générale pour le soutien aux activités d'enseignement a également contribué à améliorer le climat d'enseignement.

Au total 184 stagiaires ont été accueillis au CSSS en 2008-2009, pour des stages d'intervention de niveau secondaire, collégial et universitaire. De ce nombre, 49 étudiants en médecine, 38 stagiaires en sciences infirmières et 15 en travail social ont été formés dans notre milieu professionnel. 15 étudiantes se destinant à la pratique sage-femme ont aussi effectué leur stage de formation pratique à la Maison de naissance Côte-des-Neiges. Au total, le CSSS a accueilli des stages de 28 disciplines universitaires différentes.

Dans le cadre de son programme d'enseignement, le CSSS a aussi offert aux stagiaires 11 séminaires de formation donnés par des intervenants de l'établissement. Les thèmes abordés étaient les suivants : la psychogériatrie, l'évaluation psychosociale, la violence conjugale et familiale, aider les familles à composer avec le DI-TED, la déficience intellectuelle et la déficience physique, le programme d'éthique, introduction à l'interculturel, santé mentale, évaluation psychosociale, accès aux programmes d'aide socio-économiques, Info-Social et le suicide chez les aînés.

Responsable du travail social et de la pratique multidisciplinaire

Au début du mois d'avril 2009, une conseillère aux pratiques psychosociale et multidisciplinaire a été engagée au sein de la direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire. Le mandat principal de cette fonction est de conseiller la direction générale quant au développement professionnel et à la qualité de la pratique sociale et multidisciplinaire au CSSS. Dans le cadre des responsabilités attribuées à cette fonction, les deux premiers mandats de la conseillère ont été de soutenir le conseil multidisciplinaire de l'établissement dans la finalisation d'un cadre de référence sur la pratique psychosociale au CSSS et d'entamer l'élaboration d'un cadre de référence sur la supervision clinique.

Formation

Pour l'année 2008-2009, plusieurs employés du CSSS qui ont pu bénéficier de nombreuses activités de formation. Outre des activités de formation développées par son centre de recherche et offertes à tout le personnel, comme la formation *Interculturel*, des formations spécifiques ont aussi été suivies par les employés, selon leurs disciplines et leurs intérêts.

À titre d'exemple, les principales formations suivies par les infirmières cette année ont porté sur le plan thérapeutique infirmier et l'administration de médicaments. Les intervenants en psychosocial ont pu assister notamment au séminaire transculturel animé par l'équipe en pédopsychiatrie du CSSS et suivre une formation sur les normes reliées à la rédaction de dossier. Le personnel de soutien, pour sa part, a suivi des formations ponctuelles sur des logiciels tels que les applications bureautiques de Microsoft Office « Excel » et « Word. »

Par ailleurs cette année, afin d'offrir aux intervenants un outil de gestion leur permettant de gérer de façon optimale l'ensemble de leurs dossiers clientèle, l'équipe des archives a offert une formation portant sur la charge de cas du système d'information clientèle I-CLSC à tous les intervenants des programmes et des services de l'établissement. Cette formation se poursuivra et se terminera au cours de l'année 2009.

Gestion documentaire

Au cours de l'année 2008-2009, le CSSS de la Montagne a traité 12 demandes d'accès à des documents administratifs en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Cette année, le délai moyen de traitement des dossiers a été de 15 jours. Soulignons que la Loi prévoit qu'une réponse soit donnée au demandeur dans les 20 jours; toutefois, dans certaines circonstances, elle prévoit également que ce délai peut être prolongé d'une période de 10 jours.

Centre de documentation

Le centre de documentation offre une collection diversifiée de près de 10 500 ouvrages traitant de santé et de services sociaux. Cette documentation constituée de monographies, périodiques, documents audiovisuels et autres types d'ouvrage suscite l'intérêt de notre clientèle constituée des employés du CSSS, de nos stagiaires, des intervenants du réseau, de chercheurs et d'autres utilisateurs externes. Considérant l'importance pour la clientèle du centre d'accéder rapidement à une information récente et de qualité, le développement de la collection s'oriente progressivement vers l'acquisition de ressources électroniques (les abonnements électroniques et/ou les bases de données en ligne).

Les nombres de prêts internes (931) et de prêts interbibliothèques (PEB) (29) font foi de l'utilisation de la collection du centre. Plusieurs activités documentaires font part du quotidien du personnel du centre de documentation, notamment la référence, le traitement et la recherche documentaires, la diffusion générale et sélective de l'information, etc. Cette année, le personnel du centre a procédé à la vente et la distribution de 1 245 publications officielles du CSSS de la Montagne.

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION (CRF)

LES FAITS SAILLANTS

Le CRF est responsable de toutes les activités de recherche ainsi que des activités de formation et de diffusion découlant de la programmation de recherche du CSSS de la Montagne, en conformité avec sa mission de centre affilié universitaire (CAU), et dans une approche en partenariat. Le volet recherche du CAU, dont la programmation

2007-2012 s'intitule « Les services de santé et services sociaux de première ligne en contexte pluriethnique », comprend des chercheurs provenant de 6 universités, soit :

- 12 chercheurs réguliers;
- 18 praticiens chercheurs (intervenants et gestionnaires du CSSS);
- 18 chercheurs collaborateurs;
- 19 partenaires communautaires;
- 9 partenaires CSSS.

Le CRF héberge 2 équipes de recherche :

- L'équipe METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions de Santé et de Service social), financée par le FQRSC, est sous la responsabilité de Catherine Montgomery. Sa programmation 2008-2012 s'intitule « Parcours migratoires et citoyenneté inclusive: services sociaux et de santé en contexte pluriethnique ».
- L'équipe FRSQ, dirigée par Dr Cécile Rousseau, vient d'obtenir un renouvellement du FRSQ pour les trois prochaines années, pour sa programmation : « École, culture et santé mentale: une articulation à repenser dans une société en transformation ».

Le CRF a organisé durant l'année 2008-2009 diverses activités liées à sa programmation :

- 15 conférences-midi ont eu lieu dans les trois (3) sites du CSSS. Divers thèmes ont été abordés, notamment les programmes de prévention pour enfants réfugiés et immigrants dans les écoles, la violence conjugale chez les couples âgés, et les pratiques infirmières de prévention et de promotion de la santé.
- 6 séminaires ont été élaborés :
 - 4 séminaires METISS
 - 2 séminaires CAUCes séminaires ont abordé des thèmes tels que la problématique des gangs de rue et les soins partagés en santé mentale jeunesse.
- Une série de séminaires fut initiée, portant sur la présence de la dimension religieuse dans les interventions auprès des clientèles DI/TED (déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement).

Colloques

- Équipe METISS : «(Sur)vivre, prendre la parole, s'insérer dans l'espace social et revendiquer un droit à la cité : réalités de personnes immigrantes à statut précaire», 76 congrès de l'ACFAS, INRS – Québec, 5 mai 2008.
- Le CRF a collaboré à l'organisation de la demi-journée professionnelle du conseil multidisciplinaire, intitulée : *La multidisciplinarité : travailler autrement...*, 30 octobre 2008.

Formation

- Équipe METISS : Interculturel 1. Les mots pour dire et pour intervenir. 2-9 octobre 2008. Offert à tous les employés du CSSS de la Montagne ainsi qu'aux intervenants de nos partenaires communautaires et des autres CSSS.
- Équipe METISS : Gérer en contexte de diversité. 9-11 février 2009 (à l'intention des gestionnaires du CSSS Sud-Ouest -Verdun). 7-21 novembre 2008 et 20 mars 2009 (à l'intention des membres du comité de gestion et de coordination du CSSS de la Montagne).
- Équipe METISS : Interculturel 2. Connaître ses clients, statuts trajectoires et parcours migratoires. 29 mai- 5 juin 2008. Offert à tous les employés du CSSS de la Montagne ainsi qu'aux intervenants de nos partenaires communautaires et des autres CSSS.
- Équipe METISS : Séminaire de formation en interculturel : intervenir par téléphone en contexte de diversité. 4-11 septembre 2008, 10-17 septembre 2008 et 19-25 mars 2009. Offert aux employés des services Info-Santé et Info-Social du CSSS de la Montagne ainsi qu'aux intervenants de nos partenaires communautaires qui interviennent par téléphone.

Stagiaires

- 20 étudiants ont effectué un stage en recherche au CRF, provenant de diverses universités:
 - 3 au baccalauréat
 - 4 à la maîtrise
 - 10 au doctorat
 - 3 au postdoctorat

Projets

En 2008-2009, le CRF comptait 126 projets à son actif:

- 71 sont des projets menés par des chercheurs du CAU (44 sont toujours en cours, 7 se sont terminés durant l'année 2008-2009, 12 sont toujours en attente d'une réponse des bailleurs de fonds et 8 sont en développement);
- 13 sont des projets d'études dirigés par des chercheurs du CAU (6 doctorats, 3 maîtrises, 1 baccalauréat, 3 postdoctorats);
- 42 sont des projets menés par des chercheurs qui ne sont pas membres du CAU, et pour qui le CSSS est un terrain de recherche (parmi ceux-ci, 6 sont des projets d'étude).

Les projets menés au CRF ont donné lieu en 2008-2009 à plus de :

- 7 articles;
- 7 chapitres de livre;
- 2 ouvrages collectifs;
- Un numéro des cahiers METISS intitulé : *L'engagement social et l'intervention*.

DIRECTIONS DE SOUTIEN ADMINISTRATIF

RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

LES FAITS SAILLANTS

Notre établissement n'échappe pas à la pénurie de main-d'œuvre qui se fait sentir à la grandeur de la région de Montréal. La difficulté à combler des postes vacants infirmiers se fait particulièrement sentir au service régional Info-Santé (SRIS) dans les quarts de travail de soir et de nuit, où 54 postes sont toujours vacants. L'explosion de la demande pour des intervenants psychosociaux pour les équipes de santé mentale, d'Info-Social, les projets spéciaux en RNI et la fermeture des lits de longue durée en CH a créé une situation de déséquilibre dans ce secteur. Finalement, il est extrêmement difficile d'attirer des physiothérapeutes qui priorisent une pratique privée plutôt que le secteur public.

Nos efforts de recrutement ont pourtant porté fruits et l'utilisation de personnel infirmier provenant d'agences privées a régressé de près de 300 000\$, à l'exception du SRIS. De plus, nous avons su attirer une jeune relève dans le domaine de l'ergothérapie au PPALV et ce succès tient à la qualité de l'accueil et de l'intégration de ces jeunes faites par l'équipe en place.

Nous devons retenir comme priorité stratégique le développement d'un continuum Planification de la Main-d'œuvre-Attraction-Recrutement-Rétention.

Dans le domaine des relations du travail, nous sommes en démarche de conclure la médiation arbitrale FIQ à la fin du printemps 2010.

Finalement, notre performance en gestion de la présence au travail se situe à 4,12% (à l'exception du SRIS) en deçà de la cible régionale de 5,22%. Ce ratio d'absentéisme performant nous permet d'assurer la continuité de nos services et représente des économies substantielles en coût de remplacement.

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

Pour terminer, nous désirons souligner les priorités qui s'imposent pour l'année qui débute, particulièrement celles visant le support à l'intégration des jeunes cadres, les besoins du personnel vivant des changements technologiques ainsi que la nécessité de développer une solide structure d'accueil, de préceptorat et mentorat pour les jeunes professionnels en vue d'assurer la mise en place urgente d'une relève dans la majorité de nos secteurs.

RESSOURCES FINANCIÈRES, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES

LES FAITS SAILLANTS

Informatique

Centre d'assistance informatique

- Réponse, à chaque mois, à plus de 700 appels des employés.
- Ajout de 65 ordinateurs à notre parc informatique qui en compte maintenant près de 700.
- Vente de 112 ordinateurs usagés aux employés du CSSS. Le profit de 5 000\$ a été versé à la fondation du CSSS.

Bureau de projets des ressources informationnelles

- Consolider notre méthodologie de gestion de projet.
- Terminer l'implantation de cinq (5) systèmes d'information :
 - Intranet : afin de faciliter les communications à travers l'organisation ;
 - Info-Santé Web : pour inscrire en ligne les usagers vulnérables qui nécessitent d'être inscrit aux services 24/7 de la centrale régionale Info-Santé;
 - Horaire Plus : pour une meilleure gestion des horaires des auxiliaires aux services de santé et sociaux.
 - Logiciel SISST : afin de mieux gérer les congés d'invalidité long terme du personnel;
 - Logiciel SIRTf : pour une gestion efficace des ressources intermédiaires et des ressources non institutionnelles.

Approvisionnement

- Harmonisation de la politique et processus d'approvisionnement et gestion contractuelle à la *Loi sur les contrats des organismes publics* (loi 17).
- Centralisation de la stérilisation complétée à 60%.
- Introduction sur l'ensemble des sites des petits instruments jetables versus « stérilisables ».

Immeubles

- Planification du redéploiement des locaux du CSSS de la Montagne.
- Ajout de 27,555 pieds carrés sis au 6600, chemin de la Côte-des-Neiges.
- Planification de l'aménagement des 27,555 nouveaux pieds carrés.
- Rénovation à la Maison des naissances Côte-des-Neiges.

Service des archives

À ce jour, le service des archives a la garde et la responsabilité de près de 325 000 dossiers, dont 23 300 ont été ouverts cette année par les différents programmes.

Au cours de l'année 2008-2009, les archives ont également analysé 1 731 demandes de transmission d'information contenues aux dossiers des usagers tout en protégeant la nature confidentielle de ces renseignements. De plus, l'équipe a consacré beaucoup d'énergie à la fusion des bases de données du système clientèle I-CLSC et au déploiement de ces modules.

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

PLAINTES

L'année 2008-2009 a été marquée par :

- des efforts pour améliorer les services offerts à notre clientèle par l'entremise des agences privées ;
- des difficultés d'accès aux services médicaux, en partie compensées par la possibilité de référer les clients vulnérables prioritaires dans les cliniques réseaux;
- une augmentation du nombre de plaintes traitées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Bilan des plaintes reçues du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009	2007-2008	2008-2009
Plaintes traitées et conclues par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (1)	92	121
Plaintes traitées par le médecin examinateur et ses substituts (2)	8	5
Plaintes en traitement à la fin de l'année financière (3)	9	20
TOTAL :	109	146
Demandes d'assistance et d'intervention (4)	43	25

Commentaires :

- 1) Augmentation de 31%. Le délai moyen pour traiter une plainte est de 24 jours.
- 2) Diminution de 40%. Le délai moyen pour traiter une plainte est de 36 jours.
- 3) Selon notre évaluation, ces plaintes ne génèrent pas d'objet de plaintes.
- 4) Au total, le nombre de plaintes a augmenté de 40%. Par ailleurs, le nombre de demandes d'assistance et d'intervention a diminué de 42%.

Principaux objets de plaintes des usagers :

Les principales raisons qui ont amené les usagers à déposer une plainte auprès de la commissaire sont les suivantes :

OBJETS DE PLAINTE	Nombre	%
Soins et services dispensés : Réfère à la continuité dans les services dispensés, à l'évaluation, au traitement, à l'intervention et aux services offerts.	73	54
Accessibilité : Réfère au choix du professionnel, aux délais pour obtenir des rendez-vous, des soins et des services.	33	24
Relations interpersonnelles : Réfère aux attitudes et au respect du personnel à l'égard de la clientèle.	22	16
Droits particuliers : Réfère notamment aux demandes d'information ou à celles liées au dossier de l'utilisateur : rectification d'information, obtention d'une attestation.	4	3
Autres : Regroupe les plaintes liées à l'organisation du milieu et ressources matérielles, aux aspects financiers, etc.	4	3
Total :	136	100

Commentaires :

Les soins et les services dispensés étaient également la première raison qui amenait les usagers à porter plainte l'an dernier, et cela essentiellement dans la même proportion soit 54%. La continuité de services, associée à l'insuffisance de services et de ressources, l'arrêt de services, l'absence de suivi constituent les principaux éléments de cette rubrique.

L'accessibilité aux soins et aux services est passée du troisième au deuxième rang avec une augmentation de 11% de plus d'objets de plainte qu'en 2007-2008. L'accessibilité englobe les plaintes liées aux délais pour recevoir les soins, les services, ou encore pour obtenir un rendez-vous.

Les relations interpersonnelles représentent 16% des objets de plainte cette année, une diminution de 8% par rapport à l'an dernier. Cette rubrique inclut principalement les plaintes faisant référence au manque de respect envers les personnes ou encore des attitudes du personnel envers les usagers.

REMERCIEMENTS ET COMPLIMENTS :

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

Du 1 ^{er} avril au 31mars	2007-2008	2008-2009
Nombre d'employés ayant reçu des lettres de remerciements et de compliments	137	206

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

Les compliments reçus cette année se répartissent comme suit :

- direction du programme perte d'autonomie liée au vieillissement : 131
- direction des services généraux et spécifiques : 64
- direction du programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile : 8
- autres : 3

RECOMMANDATIONS ET PRÉOCCUPATIONS :

En raison de ma courte expérience à titre de commissaire aux plaintes et à la qualité (entrée en fonction à la mi-mars 2009), il serait imprudent de faire des recommandations dans le cadre de la préparation de ce rapport annuel. Aussi les recommandations qui suivent émanent principalement des observations de ma collègue commissaire qui a assumé la fonction dans la majeure partie de l'année, à ces recommandations s'ajoutent mes observations en fonction des plaintes reçues au cours du mois de mars.

1. Revoir l'aménagement de la salle d'accueil du CLSC Métro pour permettre au personnel de mieux gérer les situations de crise qui se présentent occasionnellement et donner la possibilité aux clients et aux réceptionnistes de se parler en toute confidentialité.
2. Impliquer les ergothérapeutes lors de projets d'aménagement de locaux ou d'achats d'équipement destiné à la clientèle, afin de tenir compte des besoins des clientèles à mobilité réduite.

3. Afin de diminuer les insatisfactions et les plaintes des usagers en contact avec le personnel de la réception et de la prise de rendez-vous (tous les sites) :
 - faire des efforts pour stabiliser les horaires des médecins et des infirmières qui travaillent dans les cliniques avec ou sans rendez-vous, et ainsi être en mesure de produire les horaires pour ces cliniques sur des périodes de plus de deux mois, sans avoir à les réviser;
 - introduire des messages téléphoniques qui précisent les dates et les heures où les rendez-vous avec les médecins ou les infirmières peuvent être pris;
 - poursuivre le travail amorcé avec la consultante auprès du personnel de la réception et développer une gestion proactive de la salle d'attente : dépister le client qui doit être vu immédiatement ou celui qui attend depuis trop longtemps pour un médecin alors qu'il n'y a pas de clinique, etc.;
 - offrir de la formation au personnel pour l'habilitier à transiger avec les clientèles particulièrement exigeantes en raison de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

4. Nous recevons de nombreuses plaintes concernant le travail des auxiliaires de santé et de services sociaux en maintien à domicile. Ils ou elles ne se présentent pas chez les clients, les tâches ne sont pas toujours complétées, les médicaments ne sont pas donnés etc. La commissaire n'est pas en mesure d'établir qu'il s'agit uniquement de personnel provenant des agences, mais elle croit que nous devons poursuivre le travail entrepris avec les agences pour :
 - analyser la charge de travail des auxiliaires, afin de s'assurer que ce personnel a le temps requis pour faire les tâches qui lui sont assignées et ceci en lien avec le profil de la clientèle qu'il dessert;

 - faire des ententes avec les agences et établir des moyens de contrôle fiables pour s'assurer que :
 - le personnel se présente chez les usagers et accomplit le travail qui lui est assigné;
 - du personnel substitut est disponible lorsque le personnel régulier ne peut se présenter au travail ;
 - le personnel du CSSS et notamment les cadres de garde peuvent rejoindre les responsables des agences pour signaler une absence et demander un remplacement;

 - revoir nos mécanismes de communication et de concertation internes et externes afin d'annuler ou déplacer les visites à domicile lorsque les usagers nous informent qu'ils seront absents au moment où des services à domicile sont prévus;

 - accorder une attention particulière à la planification des services à domicile durant les périodes des Fêtes ou des congés, de façon à nous assurer que tous les besoins de la clientèle sont comblés;

 - impliquer la direction des ressources humaines pour offrir aux cadres concernés le soutien nécessaire en vue d'établir et de maintenir les seuils de personnel requis pour dispenser les services lors de la période des Fêtes et répondre aux besoins de la clientèle.

5. Dans le cadre de la formation sur l'intervention planifiée et concertée, les professionnels sont invités à développer les plans d'intervention en collaboration avec les usagers ou leur représentant. Ils sont aussi invités à remettre le plan d'intervention aux usagers afin que ceux-ci soient au fait des engagements du CSSS à leur égard et de leurs responsabilités dans le cadre de l'actualisation du plan d'intervention. L'introduction de cette pratique devrait être encouragée dans le but de permettre aux usagers de mieux comprendre les limites du CSSS dans la dispensation des services.

CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT (au 31 mars 2009)

CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

COMITÉ DE VÉRIFICATION

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

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) (rapport annuel disponible)

Dre Sylvie Boulet
Dr J. Paul Carroll, *secrétaire*
Dr Herbert Dobrinski
Dr Daniel Ince-Cushman, *président*
Dre Vania Jimenez, *directrice des services professionnels*
Dre Loan Lam, *trésorière*
Dr Bruno Lemieux, *vice-président*
Dre Nelly Tewfik
Dre Claudette Thomas
Dre Kathia Znojkwicz
M. Marc Sougavinski, *directeur général*

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM) (rapport annuel disponible)

Mme Annabelle Gagné
Mme Marie-Josée Garcia
Mme Nathalie Grégoire
Mme Myriam Koudia
M. Jean Lachance, *vice-président*
Mme Sophie Latreille
Mme Valérie Lemieux, *présidente*
M. Marc Sougavinski, *directeur général*
Mme Suzanne Walsh ou Mme Josée Peat, *représentante du d.g.*

CONSEIL DES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES (CII) (rapport annuel disponible)

Mme Ora Alberton, *présidente par intérim*
Mme Rena Bhasin
Mme Carmela Campanelli
Mme Bernadette Couturier
Mme Barbara Dorion
Mme Lucile Dufour, *directrice des soins infirmiers*
Mme Karen MacDonald
Mme Marilyn Mahoné
Mme Marie Reis
M. Marc Sougavinski, *directeur général*

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

M. Claude Lemieux
Mme Francine Roussel, *représentante du d.g.*
Mme Stella Skagos
M. Marc Sougavinski, *directeur général*
M. Bertrand Touchette, *président*
Mme Claire Tremblay
Mme Stella Skagos
Mme Cathy Zervoudis, *représentante du d.g.*

CONSEIL DES SAGES-FEMMES (rapport annuel disponible)

Mme Catherine Arpin, *secrétaire*
Mme Valérie Perrault, *présidente*
Mme Karine Rouget, *vice-présidente*
M. Marc Sougavinski, *directeur général*

CONSEIL DE L'ENSEIGNEMENT

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

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

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Mme Suzanne Descoteaux
Mme Josette Guimont
Mme Claire Infante-Rivard
Dr Vania Jimenez
Mme Réjeanne Laroche
M. Jean Renaud
M. Jacques Rhéaume
M. Abul Lais Sher
M. Denis Sirois

M. Marc Sougavinski, *directeur général*
Mme Alice Tofan
Mme Suzanne Walsh
Mme Spyridoula Xenocostas

COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (rapport annuel disponible)

Me Marie Hirtle *présidente*
Mme Ellen Rosenberg, *vice-présidente*
Mme Anne Salomon
Mme Mathilde Renaud
Mme Louise Tremblay
Mme Norma Santoro
Dr Eugene Bereza,
M. Charles-Aimé Courcelles
Me Sébastien Lormeau, *membre suppléant*
Mme Jasmine Chouarki, *membre suppléant*

COMITÉ DES USAGERS (rapport disponible)

M. Paul-Guy Duhamel, *secrétaire*
Mme Giuliana Fumagalli
Mme Nicole Lacelle
M. Crispin Mbadu, *vice-président*
M. Marc Sougavinski, *directeur général*
Mme Andrée Sévigny
Mme Françoise Taub
M. Anthony Wait, *président*
M. James Wong

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ (rapport disponible)

Dr Eugene Bereza
Mme Isabelle Brabant
M. Charles-Aimé Courcelles
M. Christian Samoïsette
Mme Lucile Dufour
Mme Marilyn Mahone
Mme Josée Peat
Mme Suzanne Walsh

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M. Mostafa Ben Kirane
Mme Louise Gagné
M. Marc Sougavinski, *directeur général*
Mme Rosemary Steinberg
M. Anthony Wait
Mme Suzanne Walsh



ÉTATS FINANCIERS

Les résultats et le bilan du fonds d'exploitation de l'établissement de l'année financière 2008-2009 se trouvent à l'annexe A.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Au cours de l'année 2008-2009, aucune plainte n'a été reçue ou aucun manquement n'a été signalé en vertu dudit code. **Le document est à l'annexe B.**



ANNEXE A

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

Fonds d'exploitation - activités principales

exercice terminé le 31 mars 2009

RÉSULTATS - SOMMAIRE

	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
REVENUS		
Agence et MSSS.....01	75,415,351	xxxx
Usagers.....02	344,800	xxxx
Ventes de services.....03		xxxx
Recouvrements.....04	444,333	xxxx
Donations (=P300,L30+L31,C2+P302,L18,C1).....05		xxxx
Subvention du Gouvernement fédéral.....06		xxxx
Autres revenus.....07	146,119	xxxx
Total (L.01 à L.07).....08	76,350,603	xxxx
.....09	xxxx	xxxx
.....10	xxxx	xxxx
.....11	xxxx	xxxx
CHARGES		
Salaires.....12	42,455,982	xxxx
Avantages sociaux.....13	8,992,000	xxxx
Charges sociales.....14	4,505,600	xxxx
Médicaments.....15		xxxx
Produits sanguins.....16		xxxx
Fournitures médicales et chirurgicales.....17	675,427	xxxx
Denrées alimentaires.....18		xxxx
Créances douteuses.....19		xxxx
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit.....20	168,331	xxxx
.....21	xxxx	xxxx
.....22	xxxx	xxxx
.....23	xxxx	xxxx
.....24	xxxx	xxxx
Autres charges:		
Intérêts sur emprunts.....25		xxxx
Entretien et réparations.....26	137,468	xxxx
Autres dépenses.....27	17,282,782	xxxx
TOTAL (L.12 à L.27).....28	74,217,590	xxxx
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 - L.28).....29	2,133,013	xxxx

À titre informatif seulement:

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

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2009

BILAN

	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
ACTIF		
A COURT TERME		
Encaisse.....01	5,815,680	2,043,510
Placements temporaires.....02		
Débiteur-Agence et MSSS.....03	3,178,960	3,044,206
Autres débiteurs.....04	775,336	1,009,174
Charges payées d'avance.....05	235,331	259,734
Stocks.....06	29,339	24,111
Créances interétablissements (préciser).....07		
Créances interfonds.....08	1,700,324	2,199,299
Autres éléments.....09	516	
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09).....10	11,735,486	8,580,034
SUBVENTION À RECEVOIR-RÉFORME COMPTABLE.....11	5,452,007	xxxx
PLACEMENTS A LONG TERME.....12		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....13	131,993	284,143
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.13).....14	17,319,486	8,864,177
PASSIF		
A COURT TERME		
Découvert de banque.....15		
Emprunts.....16		
Créditeur - Agence et MSSS.....17		
Autres créditeurs.....18	12,770,913	5,390,332
Intérêts courus à payer.....19		
Dettes interétablissements (préciser).....20		
Dettes interfonds.....21		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme.....22		
Revenus reportés - activités principales:		
- Agence.....23	1,966,293	1,558,373
- Autres.....24		
Revenus reportés - activités accessoires:		
- Programme d'aide aux joueurs pathologiques.....25		
- Projets de recherche en cours.....26	119,935	96,501
- Projets de recherche terminés.....27		
- Autres (préciser) Plan rég. de comm. et autres.....28	394,718	763,069
Autres éléments (préciser).....29		
Total du passif à court terme (L.15 à L.29).....30	15,251,859	7,808,275
A LONG TERME		
Emprunts.....31		
Obligations.....32		
Total (L.31 + L.32).....33		
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF.....34	116,733	153,408
TOTAL DU PASSIF (L.30 + L.33 + L.34).....35	15,368,592	7,961,683
SOLDE DE FONDS.....36	1,950,894	902,494
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.35 + L.36).....37	17,319,486	8,864,177

ANNEXE B

Code d'éthique et de déontologie

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

PRÉAMBULE

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

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

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

OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il se présente d'abord comme un instrument de référence auquel s'ajoute une fonction de régulation.

Notamment, il traite:

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

2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. Il est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

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

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

DÉFINITIONS

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

a) **administrateur** désigne un membre du conseil de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;

b) **conflit d'intérêts** désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

c) **entreprise** désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;

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

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

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

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

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

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

* Agit dans les limites de ses pouvoirs

À cette fin, l'administrateur:

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

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

À cette fin, l'administrateur:

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

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

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

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

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

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

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

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

* Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

À cette fin, l'administrateur:

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

14. Se dissocie de tout acte illégal ou frauduleux.

Surveillance et contrôle

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

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

Neutralité

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

Discrétion

18. Fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

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

Relations publiques

20. Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi.

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

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

* Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur:

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

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

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

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

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

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

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

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

28. Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

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

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

Transparence

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

Interventions abusives

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

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

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

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

Le directeur général et les conflits d'intérêts

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

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

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

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

Exclusivité de fonctions du directeur général

38. Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

Le directeur général et les avantages ou bénéfices indus

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

L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT:

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

À cette fin, l'administrateur:

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

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

42. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

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

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

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Introduction d'une demande d'examen

45. Toute allégation de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du Comité d'éthique et de déontologie ou, si cette allégation le concerne, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, de sa propre initiative, toute situation de manquement aux règles d'éthique et de déontologie prévues par la loi ou par le présent Code, de la part d'un administrateur.

Examen sommaire

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

Tenue de l'enquête

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

Avis à l'administrateur concerné

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

Transmission du rapport au conseil

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

Décision

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

Sanctions

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

Remise de l'avantage reçu

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

DIFFUSION

Accessibilité du présent Code

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

Contenu obligatoire du rapport annuel

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

ENGAGEMENTS

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

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

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



LEXIQUE

Lexique

ACFAS	Association francophone pour le savoir
AMT	Agence métropolitaine de transport
APTS	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
AQAADI	Association québécoise des avocats et avocates en droit de l'immigration
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
CA	Conseil d'administration
CAFSPAS	Conseil des auxiliaires familiales et sociales et du personnel auxiliaire et de soutien
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAU	Centre affilié universitaire
CDA	Centre de dépistage anonyme
CDN	Côte-des-Neiges
CEPSUM	Centre d'éducation physique et de sport de l'Université de Montréal
CER	Comité d'éthique de la recherche
CES	Centre d'éducation pour la santé
CGC	Comité de gestion et de coordination
CGD	Centre de gestion des déplacements
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSP	Centre hospitalier de soins prolongés
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmiers et des infirmières
CLPQS	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CQA	Conseil québécois de l'agrément
CREMIS	Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations
CRF	Centre de recherche et de formation
CSA	Association canadienne de normalisation
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSPE	Centre de services préventifs à l'enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DI-TED	Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction de santé publique
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF	Groupe de médecine de famille
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IAB	Initiative amis des bébés
IEP	Interventions éducatives précoces
IPO	Infirmières pivot en oncologie
IPQ	Intervention par quartier
ITSS	Infections transmises par le sang et sexuellement
LOV	Lait-orange-vitamines
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse

Lexique

MEL	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
METISS	Migration et ethnicité dans les interventions de santé et de services sociaux
MNA	Mineurs non accompagnés
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OLO	Œuf-lait-orange
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
PCP	Pratiques cliniques préventives
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PPALV-DP	Programme perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
PTH-PTG	Prothèse totale de la hanche – Prothèse totale du genou
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
SFPEADA	Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées
SIDEP	Service intégré de dépistage et prévention
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
TCRI	Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières