

Plan d'organisation

de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles



Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles
500, avenue Ash, Montréal (Québec) H3K 2R4
1955, rue du Centre, Montréal (Québec) H3K 1J1
514 937-9251
ccpsc.qc.ca

Mis à jour le 7 novembre 2018



ans de santé et de solidarité d'un quartier!

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

Édition :

Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2018.

Direction :

Vanessa Roy, conseillère-adjointe à la coordination générale

Collaborateurs et collaboratrices :

Annie Bisaillon, conseillère-cadre aux soins infirmiers

Luc Leblanc, coordonnateur général

Geneviève Lambert-Pilotte, agente de communication

Brigitte Thibault, coordonnatrice de l'équipe des services courants

Guyline Arbour, coordonnatrice de l'équipe du soutien à domicile

Lucie Lalande, coordonnatrice des équipes adultes-santé mentale, enfance-famille,
Jeunesse, scolaire et responsable santé publique

Josée Ann Maurais, présidente du conseil d'administration

Mise en page :

Lucie Poulin

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018.

ISBN version numérique: 978-2-9817942-0-8

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Disponible en ligne : ccpsc.qc.ca/publications

Ce document a été adopté par le conseil d'administration de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles le 12 novembre 2018 (résolution 20181112-3).

© Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, 2018

Table des matières

MOT DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COORDONNATEUR GÉNÉRAL .	5
INTRODUCTION	7
CADRE LÉGISLATIF	8
Organisme à but non lucratif (OBNL)	8
Établissement ayant un mandat de CLSC	9
Statut d'établissement privé conventionné	10
CONTEXTE HISTORIQUE.....	13
MISSION, VALEURS ET PRINCIPES.....	17
PHILOSOPHIE DE GESTION	18
PHILOSOPHIE D'INTERVENTION	20
Approche écosystémique et communautaire	20
Accessibilité aux services de santé et services sociaux	22
Le respect des valeurs de chacun (approche humaine)	23
Une responsabilité populationnelle assumée	23
Pratique centrée sur l'utilisateur et sa famille	24
DONNÉES DU TERRITOIRE ET PORTRAIT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION.....	25
RÉSEAU LOCAL DE SERVICE	31
GOUVERNANCE	33
Assemblées générales	33
Conseil d'administration	34
Comités du conseil d'administration.....	37
COMITÉ DES USAGERS.....	43
COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	44
COORDINATION GÉNÉRALE	46
Équipe de planification et de développement communautaire et communication.....	46
COMITÉ DE COORDINATION.....	47
COORDINATIONS CLINIQUES.....	48
Coordination des services courants	48

Coordination des équipes enfance/famille, scolaire, jeunesse, adultes/santé mentale et santé publique.....	50
Services de sages-femmes.....	53
Coordination du soutien à domicile	53
COORDINATIONS TRANSVERSALES	55
Coordination des services administratifs	55
Conseiller-ère-s-cadres.....	56
ANNEXE 1 – LISTE DES ACRONYMES	59
ANNEXE 2 – RÉFÉRENCES	60
ANNEXE 3 – POINTS DE SERVICES DE LA CLINIQUE ET PARTENAIRES	63

MOT DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COORDONNATEUR GÉNÉRAL

Au cours de son existence, la Clinique a traversé plusieurs phases de croissance organisationnelle afin de s'adapter à l'évolution des besoins du quartier, aux transformations du système de santé et des services sociaux et au développement de la société québécoise en général.

Du petit cabinet de médecins appuyés par une équipe comptant quelques personnes en 1968, jusqu'à la Clinique d'aujourd'hui offrant une gamme complète de services de première ligne en soins de santé, services sociaux et actions communautaires, l'organisation de la Clinique a beaucoup évolué à travers les années. En 1970, la Clinique s'est enregistrée officiellement comme organisme à but non lucratif et a ainsi formalisé ses grandes orientations fondamentales et sa structure décisionnelle citoyenne, qui sont toujours celles en vigueur aujourd'hui. C'est sur la base de ce statut communautaire et citoyen qu'elle a été reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour répondre au mandat de CLSC en 1974.

Près d'un demi-siècle plus tard, ce projet unique et singulier a bien grandi, plus vivant et dynamique que jamais, et est toujours administré par un conseil d'administration composé majoritairement de citoyens et de citoyennes élu-e-s en assemblée générale annuelle. De plus, sa mission est toujours d'offrir des services de santé préventifs et curatifs et de regrouper les citoyens et citoyennes autour de questions de santé afin d'améliorer leurs conditions de vie à court et à long terme.

Pour prendre rapidement la mesure de ces changements organisationnels, rappelons qu'en 1970, la Clinique comptait 17 employé-e-s, alors qu'elle en compte aujourd'hui plus de 120. Ce développement organisationnel s'est réalisé la plupart du temps de façon progressive, en ajoutant peu à peu du personnel dans tel ou tel service, mais à l'occasion, ces changements se sont fait de façon plus importante dans l'ensemble de l'organisation de la Clinique. C'est le cas de deux restructurations organisationnelles majeures qui ont eu lieu au cours des 25 dernières années, une première en 1993 et une autre en 2007.

Ces restructurations importantes ont toutes deux été réalisées dans un contexte de réorganisation profonde du système de santé. En 1993, ce fut la réforme du ministre libéral de la santé, Monsieur Marc-Yvan Côté, dont l'intention était la décentralisation de l'organisation des services par la création des régies régionales. Puis en 2003, ce fut la réforme du ministre libéral de la santé, Monsieur Philippe Couillard, qui imposa une fusion massive de plusieurs établissements de santé et de services sociaux en les regroupant sous une seule entité administrative, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Si la mission CLSC est demeurée présente dans la *Loi sur les services de santé les services sociaux* lors de cette réforme, l'existence des CLSC comme entité juridique et structure

administrative distinctes a pris fin au moment de cette réforme. L'organisation des services des CLSC s'est alors intégrée dans les directions et les programmes des CSSS. Même si les installations « CLSC » sont demeurées en place, leur autonomie et leur liberté d'action locale ont, en pratique, disparu avec cette réforme. Douze ans plus tard, en 2015, le ministre libéral de la santé, Monsieur Gaétan Barrette, a poursuivi le travail dans cette voie en réalisant une autre réforme majeure, ayant conduit à la création d'entités administratives encore plus imposantes. En effet, le nombre d'établissements de santé est passé de 182 à 34 établissements fusionnés : les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Au terme de ces réformes centralisatrices, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles constitue donc un cas unique, puisqu'elle demeure le seul établissement de santé et de services sociaux du Québec à répondre de façon indépendante au mandat et à la mission de CLSC dans un petit quartier urbain, Pointe-Saint-Charles, qui compte environ 15 000 citoyens et citoyennes. À la Clinique, la planification, l'organisation, la gestion, la coordination et le développement des services de première ligne sont donc réalisés localement dans une structure à échelle humaine en rapport constant de proximité et de solidarité à tous les niveaux avec les citoyens et les citoyennes et les organismes du milieu. En fonction de l'évolution des besoins du quartier, les activités, programmes et services se sont adaptés et développés : soins et services de première ligne en médecine générale, enfance-famille, scolaire, jeunesse, santé mentale, soins à domicile, activités de santé publique ainsi que les activités en intervention et développement communautaire.

Au-delà de l'obligation légale pour chaque établissement de santé de produire un plan d'organisation, le présent document se veut donc un portrait actuel de l'organisation des services de la Clinique. Ce document administratif témoigne de façon concrète qu'une autre façon d'organiser les services de santé et les services sociaux de première ligne de façon décentralisée a été – et est toujours – possible au Québec.

Nous souhaitons que cet « instantané » de la Clinique en 2018, soit 50 ans après son ouverture, permette à tous et toutes d'en prendre la mesure : membres du conseil d'administration, équipe du personnel, partenaires communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux, MSSS, ainsi que la population du quartier. Le conseil d'administration et l'équipe de coordination souhaitent que ce document puisse servir également de base de discussion pour mener une réflexion sur les orientations et les développements organisationnels à venir afin d'assurer l'avenir de cette inspirante aventure citoyenne et communautaire pour les 50 prochaines années!

Bonne lecture,



Josée Ann Morais
Présidente du conseil d'administration



Luc Leblanc
Coordonnateur général

INTRODUCTION

Tout établissement de santé et de services sociaux doit avoir un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. À travers le présent plan, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles présente donc l'organisation de ses coordinations, de ses équipes, de ses services ainsi que de ses programmes cliniques offerts à la population. Le plan d'organisation permet également de présenter la mission, les valeurs, le contexte historique et les approches mises de l'avant à la Clinique¹.

La Clinique est un organisme à but non lucratif (OBNL) qui dispense des services de santé et des services sociaux préventifs et curatifs ainsi que des services de santé publique, tout en intervenant sur les causes des maladies, soit les déterminants sociaux de la santé. En vertu de *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et d'une convention de financement, la Clinique exerce les activités propres à la mission d'un CLSC pour la population du quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal. Cette convention de financement a été renouvelée depuis 1974. La dernière convention de financement en vigueur a été signée en décembre 2006. La Clinique offre à la population du territoire de Pointe-Saint-Charles des services de santé et des services sociaux courants de première ligne. Elle s'assure ainsi que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou leurs proches soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts².

La Clinique offre ses services à la population au moyen d'une structure communautaire et citoyenne au diapason du quartier Pointe-Saint-Charles. Ses programmes cliniques sont organisés de façon à répondre aux besoins et aux problèmes des familles, des jeunes, des adultes, des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie et des personnes vivant une difficulté liée à la santé mentale ou à la dépendance, par des interventions individuelles, de groupe ou collectives. Grâce à son lien étroit de partenariat et de solidarité avec les organismes du quartier, la Clinique initie, mène et collabore à des actions communautaires s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé. Cette implication directe sur le terrain a fait de la Clinique un acteur incontournable dans la grande marche pour l'amélioration des conditions de vie des citoyennes et des citoyens de Pointe-Saint-Charles. La Clinique fait partie intégrante de l'histoire des 50 dernières années du quartier Pointe-Saint-Charles. Au fil de ces années, les citoyens et citoyennes du quartier ont développé un fort sentiment d'appartenance à cette institution majeure du développement communautaire local et du développement d'une culture marquée par la défense des droits et la lutte contre les inégalités sociales. L'histoire de l'action communautaire des 50 dernières années à Pointe-Saint-Charles témoigne de cet enracinement profond de la Clinique dans son milieu.

¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, art. 183 (ci-après « **LSSSS** »).

² *Id.*, art. 80, al. 2.

CADRE LÉGISLATIF

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est un organisme à but non lucratif (OBNL) ayant un statut d'établissement privé conventionné et ayant un mandat de Centre local de services communautaires (CLSC) dans le réseau de la santé et de services sociaux, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Organisme à but non lucratif (OBNL)

À titre d'organisme à but non lucratif, la Clinique est régie par la partie III de la *Loi sur les compagnies*³. La Clinique est donc dotée d'un règlement de régie interne⁴ et est tenue aux obligations liées à la vie associative des membres. Les membres de la Clinique se réunissent en assemblée pour exercer leurs responsabilités et devoirs. Les assemblées sont : l'assemblée générale annuelle et les assemblées spéciales.

Lors de l'assemblée générale annuelle, le rapport annuel d'activités est présenté et adopté, les états financiers sont présentés, les orientations et les priorités annuelles sont présentées et adoptées, un vérificateur comptable est nommé et l'assemblée procède à l'élection du conseil d'administration⁵.

Dans les règlements de régie interne de la Clinique, on retrouve notamment les critères pour avoir la qualité de membre de la Clinique et les modalités pour devenir membre, les pouvoirs du conseil d'administration, la procédure d'élection des membres du conseil d'administration, les responsabilités des officières et officiers et du coordonnateur général, la possibilité de créer des comités du conseil d'administration et l'obligation de se conformer à un code d'éthique et de déontologie.

Les objets de la Clinique sont⁶ :

- a) Faire la promotion, obtenir et dispenser des services de santé;**
- b) Développer, promouvoir et maintenir des cliniques communautaires de santé;**
- c) Promouvoir et soutenir toutes les politiques, mesures ou législations qui visent à améliorer les conditions de vie et de santé de la population.**

En conformité avec les objets, la mission et les valeurs de la Clinique, le conseil d'administration gère les affaires de la Clinique et exerce tous les pouvoirs nécessaires à

³ *Loi sur les compagnies*, RLRQ, c. C-38. Les lettres patentes de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles ont été obtenues le 2 juillet 1970.

⁴ CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES, *Règlements de régie interne*, modifiés et adoptés à l'assemblée générale spéciale du 17 juin 2015.

⁵ *Id.*, art. 5.1.

⁶ *Id.*, art. 3.1.

cette fin. Il a également le pouvoir exclusif d'embauche de la personne occupant le poste de coordination générale de la Clinique. Enfin, il a le devoir d'informer les membres des grandes décisions qu'il a prises⁷.

Le conseil d'administration est composé de 12 personnes, soit 10 membres actifs qui sont des citoyennes et des citoyens de Pointe-Saint-Charles ayant un droit de vote, un-e employé-e de la Clinique élu par le collège électoral des employé-e-s, ayant un droit de vote et le coordonnateur général qui a un droit de parole, mais n'a pas de droit de vote⁸.

La personne à la coordination générale est nommée par le conseil d'administration. Elle est le cadre responsable de la Clinique. Le conseil peut lui déléguer une ou plusieurs de ses fonctions, en quel cas elle devient solidairement responsable. Elle peut apposer sa signature en lieu et place ou au nom des dirigeant-e-s de la Clinique, dans la mesure où le conseil lui a expressément autorisé. En tant qu'employé-e, cette personne est couverte par un contrat de travail qui la lie au conseil d'administration⁹.

Pour assurer le bon fonctionnement de l'organisme, le conseil d'administration ou l'assemblée générale (lorsque c'est opportun) peut former des comités et en préciser le mandat¹⁰. Ces comités demeurent sous la responsabilité du conseil et ce dernier doit faire rapport des comités et de leurs travaux à l'assemblée générale annuelle via son rapport annuel d'activités.

Établissement ayant un mandat de CLSC

En 1991, un article a été introduit dans la LSSSS pour protéger le statut particulier de la Clinique. Cet article énonce : « est aussi un établissement privé tout établissement constitué en personne morale sans but lucratif avant le 1er juin 1972, qui exerce des activités propres à la mission d'un CLSC et qui, le 1er octobre 1992, est titulaire d'un permis délivré à cette fin »¹¹.

En vertu de la LSSSS, la mission d'un CLSC est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion¹². La mission d'un CLSC est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la *Loi sur la santé publique*¹³.

⁷ *Id.*, art. 6.1.

⁸ *Id.*, art. 6.2.

⁹ *Id.*, art. 7.5.

¹⁰ *Id.*, art. 8.7.

¹¹ LSSSS, art. 551, al. 2. Cet article indique de surcroît : « Un tel établissement continue d'être régi par les règles qui sont applicables au financement de ses activités durant l'exercice financier commencé le 1^{er} avril 1992 et ce, jusqu'au 31 mars 1993, date à laquelle il doit avoir conclu une convention de financement conformément à l'article 475. »

¹² LSSSS, art. 80, al. 1.

¹³ LSSSS, art. 80, al. 3, *Loi sur la santé publique*, LRLQ, c. S-2.2.

À cette fin, la Clinique s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs proches soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide¹⁴.

À titre d'établissement de santé privé conventionné à but non lucratif qui exerce des activités propres à la mission d'un CLSC¹⁵, la Clinique est tenue aux responsabilités, fonctions et obligations de la LSSSS et de son règlement d'application, de même qu'aux responsabilités, fonctions et obligations des lois et règlements relatifs aux soins et services de santé et services sociaux, lorsqu'applicable¹⁶.

Statut d'établissement privé conventionné

Depuis la reconnaissance de son statut de CLSC, la Clinique est régie par une convention de financement intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles et le CSSS Sud-Ouest-Verdun (qui a été intégré depuis au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal avec l'entrée en vigueur de la réforme du ministre Gaétan Barrette le 1^{er} avril 2015)¹⁷. Cette convention actuellement en vigueur a été signée en décembre 2006¹⁸.

Cette convention de financement de 2006 établit que le Clinique exerce ses activités à titre de partenaire du réseau local de services de santé et de services sociaux (ci-après «RLS»), pour lequel la coordination des services offerts est assurée par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal depuis l'entrée en vigueur de la réforme¹⁹.

¹⁴ LSSSS, art. 80, al. 2.

¹⁵ LSSSS, art. 551, al. 2.

¹⁶ Notamment : *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ, c. S-32.0001, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ, c. P-38.001, *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P-34.1.

¹⁷ Cette convention de financement est conclue conformément à l'article 475 LSSSS, qui énonce qu'une agence peut, si elle estime que les besoins de sa région le justifient, conclure avec un établissement privé une convention, notamment dans le but de le rémunérer pour les services de santé et les services sociaux qu'il dispense. Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, une entente conclue avec une Agence est réputée conclue avec le ministre.

¹⁸ Suite à cette réforme, des responsabilités qui relevaient auparavant du CSSS Sud-Ouest-Verdun ont été transférées au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. À ce jour, les négociations pour l'actualisation de cette convention de financement ont toujours cours avec le MSSS et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Le partage de responsabilités présenté dans le présent document fait donc référence à la convention de financement de 2006. Afin de faciliter la compréhension, les termes « CSSS du Sud-Ouest-Verdun » ont été remplacés par « CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ».

¹⁹ La convention de financement énonce que le CSSS du Sud-Ouest-Verdun (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal) est l'instance locale responsable de définir le projet clinique et organisationnel pour l'ensemble du territoire du RLS en mobilisant ses partenaires, en vertu de l'article 99.5 LSSSS.

Depuis l'entrée en vigueur de *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*²⁰ le 1^{er} avril 2015, un centre intégré de santé et de services sociaux assume les responsabilités d'une instance locale pour les RLS compris dans son réseau territorial de santé et de services sociaux; et il est responsable d'assurer le développement et le bon fonctionnement de ces réseaux locaux de services de santé et de services sociaux²¹.

Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal doit notamment instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires de son territoire, incluant les autres établissements, les organismes communautaires et les ressources privées²².

La convention de financement présentement en vigueur énonce que la Clinique doit contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, préciser l'offre de services qu'elle rend disponibles au palier local, régional ou suprarégional et conclure avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal les ententes nécessaires pour permettre à ce dernier d'assurer la coordination des services requis pour la population du territoire du RLS²³.

Pour ce faire, la Clinique doit transmettre notamment son projet de santé qui inclut entre autres l'identification des besoins de santé de première ligne de la population de Pointe-Saint-Charles et son offre de services de santé et de services sociaux.

La convention formule des obligations à l'égard du conseil d'administration de la Clinique et à l'égard de la Clinique, dont notamment :

Obligations du conseil d'administration de la Clinique :

- Établir les orientations et les priorités de la Clinique conformément à l'article 171 LSSSS. Cet article indique notamment que le conseil d'administration doit définir les orientations stratégiques en conformité avec les orientations nationales et régionales.
- Déterminer les services de santé et les services sociaux que l'établissement dispense, conformément à l'article 105 LSSSS.
- Nommer le coordonnateur général et le commissaire local aux plaintes et à la qualité de services.
- Assurer la pertinence et la qualité des services offerts ainsi que le respect des droits des usager-ère-s.
- Voir à la gestion des affaires de la Clinique, à l'utilisation optimale des ressources disponibles ainsi qu'au maintien des compétences et au développement des ressources humaines.

²⁰ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2 (ci-après « **LMRSSS** »).

²¹ LMRSSS, art. 38.

²² Suivant l'article 99.7, par. 2 LSSSS.

²³ LSSSS, art. 105.1.

Obligations de la Clinique :

- Offrir et dispenser les services de santé et les services sociaux correspondant aux besoins de la population du territoire de Pointe-Saint-Charles conformément à la mission CLSC et aux exigences définies dans la LSSSS et ses règlements, aux objectifs, aux programmes, aux cibles ainsi qu'aux normes applicables établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- La Clinique doit dispenser elle-même les services de santé et les services sociaux requis ou conclure une entente de services afin de les faire dispenser par une personne, un organisme ou un établissement tel que décrit à l'article 108 LSSSS²⁴ et conformément au cadre de référence régional conclu avec les organismes communautaires du territoire²⁵.

En dernier lieu, la convention de financement présentement en vigueur énonce que la Clinique et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal conviennent de conclure les ententes de collaboration nécessaires pour que le CIUSSS puisse assurer une coordination des services requis pour la population de Pointe-Saint-Charles. Les modalités de mise à jour et les mécanismes de suivi de ces ententes doivent également être prévus. Ces ententes de collaboration portent sur les engagements respectifs quant aux mécanismes de coordination, de communication et de corridors de services et à la prestation de services à l'ensemble de la population du territoire ou à une clientèle particulière.

²⁴ L'article 108 LSSSS énonce : Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes : 1° la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement; 2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux. Dans le cas d'une entente conclue entre un établissement et un organisme communautaire visé au titre II de la présente partie (articles 334 à 338.1), celle-ci doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire.

²⁵ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Cadre de référence régional. Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissement et les organismes communautaires* (2015). Approuvé par le conseil d'administration le 30 mars 2015, en ligne : <<https://santemontreal.qc.ca/professionnels/services-et-outils/activites-communautaires/>> (consulté le 11 juillet 2018).

CONTEXTE HISTORIQUE

Un quartier et sa Clinique : survol historique²⁶

Les premiers occupants du quartier

Avant la venue des Européens et jusqu'au 19^e siècle, des historiens affirment que des autochtones chassaient et pêchaient sur ce territoire marécageux nommé à l'origine Teiontiakon (nom donné par les autochtones aux pointes de l'île de Montréal). Des Iroquois ont aussi continué d'y pratiquer la chasse et la pêche de façon saisonnière après l'installation des fermes des communautés religieuses au XVIII^e siècle. En 1654, Paul Chomedey de Maisonneuve a concédé une terre sur cette pointe à Charles LeMoyne, seigneur de Longueuil. Le beau-frère de Charles LeMoyne, Jacques Le Ber, a obtenu également un lot adjacent. Par la suite, d'autres personnages historiques sont venus s'y installer et ont légué leur nom à l'histoire du quartier : Gabriel de Queylus (1659), qui y a établi le domaine Saint-Gabriel et Marguerite Bourgeoys (1662), qui y a établi une ferme et un ouvroir pour l'éducation des jeunes filles. En 1737, les Sœurs de la Charité de Marguerite d'Youville se sont établies à Pointe-Saint-Charles. Au milieu du 19^e siècle, le territoire appartenait donc à 80% à des communautés religieuses.

Pointe-Saint-Charles, un quartier industriel et ouvrier

Après une période d'occupation du territoire par diverses fermes et institutions religieuses, l'histoire de Pointe-Saint-Charles a pris un tournant majeur en 1821 avec la construction du canal de Lachine. Jusqu'à l'ouverture de la voie maritime du Saint-Laurent en 1959, l'activité industrielle s'est développée le long du canal de Lachine et de nombreuses industries de différents secteurs (métallurgie, textile, alimentation et tabac) y ont prospéré et ont employé une main-d'œuvre locale. Un industriel nommé Augustin Cantin y a ouvert un chantier maritime d'envergure internationale en 1846. Au début du 20^e siècle, Pointe-Saint-Charles est devenu ainsi le plus grand quartier industriel du Canada. Toutefois, avec l'ouverture de la voie maritime du Saint-Laurent, le contournement des rapides de Lachine par le canal n'était plus nécessaire. Combiné au développement routier d'après guerre et l'émergence de vastes zones industrielles longeant ces nouvelles autoroutes, les années 60 et 70 ont marqué le déclin de l'industrie et de l'emploi à Pointe-Saint-Charles. Sa population est ainsi passée de 30 000 à 13 000 entre les années 1950 et 1990. Isolé géographiquement du reste de la région de Montréal par le canal, le quartier s'est isolé aussi socialement et économiquement. Une bonne partie de sa population a glissé graduellement vers la pauvreté et la dépendance aux allocations gouvernementales pour vivre.

La mobilisation citoyenne et l'essor communautaire

²⁶ Les informations de cette section sont issues de divers sites Internet : Société d'histoire de Pointe-Saint-Charles; Ville de Montréal – Direction Culture, Sports, Loisirs et Développement Social – Division de la Culture et des Bibliothèques; Table de concertation communautaire Action-gardien; Organisme Héritage Montréal.

Paradoxalement, c'est de cet isolement géographique, social et économique vécu par un petit quartier populaire « tricoté serré » qu'a émergé plusieurs projets d'entraide, de solidarité, de luttes et de développement social. Ainsi, Pointe-Saint-Charles est devenu un lieu d'expérimentation sociale marquant. Si la Pointe est demeurée longtemps un quartier fortement défavorisé, elle est devenue à partir des années 1970 un formidable creuset de mobilisation citoyenne et de fierté qui sert souvent de modèle de prise en charge citoyenne et de développement social.

De ce contexte socio-économique difficile, les résidentes et résidents de Pointe-Saint-Charles ont développé un fort sentiment d'appartenance au quartier ainsi qu'une culture de lutte contre les inégalités socio-économiques. Avec le support du milieu syndical et communautaire, les citoyennes et citoyens se sont organisés pour contrer les effets de la désindustrialisation et du chômage. C'est ainsi qu'ils ont créé des services qui ont souvent servi de modèle ailleurs au Québec, notamment : la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, la Clinique juridique de Pointe-Saint-Charles et Petite-Bourgogne, le Carrefour d'éducation populaire, le Club populaire des consommateurs, le Regroupement information-logement et le Regroupement pour la relance économique du Sud-Ouest. L'histoire de l'action communautaire du quartier des 50 dernières années témoigne de ces nombreuses réussites.

Création de la Clinique communautaire

En 1968, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est mise sur pied par des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill, qui étaient préoccupés par le peu de services médicaux et de santé offerts dans le quartier de Pointe-Saint-Charles. Ces étudiants se sont inspirés entre autres de cliniques populaires mises sur pied dans certains quartiers pauvres des États-Unis qui, en plus de donner accès à des services de santé à des populations vulnérables, faisaient le lien entre les conditions socio-économiques et l'état de santé de la population. Ces personnes ont par la suite intégré les citoyens et citoyennes du quartier à leur projet en dotant la Clinique d'une charte et d'une structure démocratique en 1970.

Le 28 juillet 1970, la Clinique est enregistrée officiellement comme organisme à but non lucratif. Les objectifs de la corporation sont alors formulés en langue anglaise de la façon suivante :

The corporation is incorporated for the following purposes:

- a) To promote, obtain and provide community health services;
- b) To establish, encourage and maintain community health clinics;
- c) To encourage and promote all legislation and other measures which would have the effect of helping members of the community attain a higher standard of health.

Qu'on pourrait traduire en français par :

L'organisme est constitué en société afin de poursuivre les objectifs suivants :

- a) Promouvoir, obtenir et fournir des services de santé communautaires;
- b) Créer, encourager et maintenir des cliniques de santé communautaires;
- c) Encourager et promouvoir toutes lois ou autres mesures qui auraient pour effet d'aider les membres de la communauté à améliorer leurs conditions de santé.

La Clinique est ainsi devenue la première clinique communautaire établie dans un quartier populaire au Québec, au sein de laquelle on pratiquait la médecine familiale et où les résidents du quartier pouvaient recevoir des services médicaux, sociaux et communautaires gratuitement. Surtout, il s'agissait d'une clinique où l'on s'attaquait aussi aux causes sociales des mauvaises conditions de santé. L'équipe de travail comptait alors 17 personnes.

Maintien de la particularité de la Clinique à travers les réformes

En 1974, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été créés, en s'inspirant largement du modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, par l'entrée en vigueur de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Au cours du processus législatif, la Clinique s'est mobilisée pour revendiquer un amendement à la loi afin que les cliniques populaires soient reconnues au même titre que les CLSC. La lutte a porté fruit et la Clinique a été reconnue comme organisme communautaire autonome qui accepte de répondre au mandat de CLSC, et qui est financée en conséquence pour offrir des services dans le quartier Pointe-Saint-Charles. Au fil des ans, la Clinique a augmenté son offre de services et son personnel est passé de 30 à 90 employé-e-s entre 1974 et 1986.

L'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec s'est développée et professionnalisée. Parallèlement, les mécanismes de reddition de compte et d'évaluation des services se sont aussi développés. Du côté médical, les modes de rémunération et l'organisation du réseau a fait en sorte que les médecins de famille se sont peu intégrés aux CLSC et ont plutôt développé à la même époque un réseau de cliniques privées envers lesquelles le MSSS a été plus favorable économiquement.

En 1990, on comptait 30 CLSC sur le territoire de l'île de Montréal. En 1991, le projet de loi 120 (*Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*) du gouvernement libéral a placé la Clinique devant un choix qui n'en était pas un : soit elle conservait sa charte d'organisme communautaire « privé » et perdait alors son permis de CLSC, soit elle devenait un CLSC public et renonçait à sa charte et à son mode de fonctionnement communautaire.

Une large mobilisation citoyenne s'est mise en place : assemblées publiques, pétition, participation à la commission parlementaire et manifestations devant les bureaux de la Régie régionale et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre de la

Santé et des Services sociaux a finalement cédé face à la pression populaire et le projet de loi 120 a été amendé pour protéger le statut particulier de la Clinique²⁷.

En 2004, le gouvernement libéral a mis en place une réforme majeure du réseau de la santé, par le biais du projet de loi 25 (*Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*) et le projet de loi 83 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*). Cette réforme a aboli les Régies régionales, a créé les Agences régionales de la santé et services sociaux et, surtout, a fusionné de multiples établissements de santé (CHSLD, CLSC, CH) pour créer les Centres de santé et services sociaux (CSSS). Les CLSC sont disparus à titre d'établissements et d'entités juridiques distinctes et sont passés sous la gouverne des conseils d'administration des CSSS.

La Clinique a négocié fermement la reconnaissance et le maintien de son statut particulier dans le réseau. Après plus de deux années de négociations avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le CSSS du Sud-Ouest-Verdun, une convention de financement qui reconnaît et maintient son statut particulier a été signée en décembre 2006.

Moins de 10 ans plus tard, soit le 1^{er} avril 2015, le gouvernement libéral a poursuivi la voie des fusions en abolissant les Agences et en fusionnant les CSSS pour créer des mégastructures, par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (projet de loi 10). Le nombre d'établissements de santé et de services sociaux au Québec est passé de 182 à 34, dont 13 sont des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et 9 sont des Centres intégrés universitaires de santé et de service sociaux (CIUSSS).

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles poursuit son partenariat avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. La Clinique compte près de 130 employé-e-s, est toujours autonome et continue d'assurer le mandat de CLSC. Elle rejoint annuellement plus de 6000 des 15 000 résidentes et résidents du quartier Pointe-Saint-Charles, soit environ 40% de la population.

²⁷ Un article qui reconnaît le statut historique de la Clinique est ajouté à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991 : « Malgré le paragraphe 1^o de l'article 98, est aussi un établissement privé tout établissement constitué en personne morale sans but lucratif avant le 1er juin 1972, qui exerce des activités propres à la mission d'un CLSC et qui, le 1er octobre 1992, est titulaire d'un permis délivré à cette fin. Un tel établissement continue d'être régi par les règles qui sont applicables au financement de ses activités durant l'exercice financier commencé le 1er avril 1992 et ce, jusqu'au 31 mars 1993, date à laquelle il doit avoir conclu une convention de financement conformément à l'article 475. » : LSSSS, art. 551, al. 2.

MISSION, VALEURS ET PRINCIPES

Mission

La mission de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est d'organiser des services préventifs et curatifs, de même que de regrouper les citoyens et citoyennes autour des questions de santé afin d'améliorer leurs conditions de santé à court et à long terme. La Clinique est un organisme de santé administré par les citoyennes et citoyens du quartier. Ce faisant, l'implication citoyenne est au cœur de sa mission.

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

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

Valeurs

Respect de la dignité de la personne : À la Clinique, tout est mis en œuvre pour que chaque personne y trouve le respect de sa dignité et de son autonomie.

Respect de l'autonomie et participation citoyenne : La Clinique favorise l'éducation populaire et la prise en charge par les citoyens et citoyennes de leurs enjeux de santé individuels, collectifs et communautaires.

Équité, solidarité et justice sociale : La Clinique intervient dans une perspective de solidarité et de justice sociale en développant la capacité des personnes d'agir individuellement et collectivement sur leur condition de vie et de santé (empowerment). La Clinique travaille aussi à démystifier le pouvoir professionnel et à partager les savoirs entre intervenant-e-s de la santé et citoyen-ne-s du quartier.

Collaboration, partenariat et soutien communautaire : C'est dans un respect mutuel que les citoyen-ne-s et les employé-e-s de la Clinique collaborent et travaillent en multidisciplinarité ou en interdisciplinarité pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins exprimés. Par ailleurs, depuis 1968, la Clinique travaille de près avec les citoyens et citoyennes et les organismes du quartier pour regrouper et mobiliser les personnes, défendre leurs droits et trouver des solutions aux problèmes individuels et collectifs. La Clinique a maintes fois fait la preuve de son enracinement dans le milieu de par sa vie démocratique citoyenne, mais aussi en s'associant aux acteurs communautaires du milieu pour définir et réaliser ses projets. Au fil de son histoire, la Clinique a contribué à la mise en place de plusieurs ressources et collabore

toujours avec les groupes du milieu pour agir directement sur les déterminants sociaux de la santé²⁸.

Principes

La Clinique mise sur l'accessibilité aux services et la collaboration avec les différents partenaires en intégrant les dimensions de prévention, de guérison et de soutien à l'intérieur de ses activités. Être à l'écoute des gens, c'est être convaincu que les usagers et usagères, de même que les citoyens et citoyennes sont les mieux placés pour identifier les services dont ils ont besoin. La Clinique favorise ainsi l'éducation et la prise en charge par les individus de leurs problèmes individuels et collectifs, dans une perspective d'empowerment. Dans ce sens, la Clinique travaille aussi à démystifier le pouvoir des professionnel-le-s pour qu'il existe une collaboration entre les intervenant-e-s, les usager-ère-s et les gens du quartier. Cette approche encourage les citoyen-ne-s à se réapproprier du pouvoir sur leur santé.

PHILOSOPHIE DE GESTION

La philosophie de gestion à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est citoyenne pour sa gouvernance et se décline en philosophie de gestion participative pour l'organisation de ses services.

Gestion citoyenne

La Clinique considère fondamentales la participation et la mobilisation de la population pour l'amélioration des conditions de vie et de santé ainsi que pour améliorer la qualité des services.

La Clinique partage les conclusions émises par le Commissaire à la santé et au bien-être concernant les bénéfices d'une participation active des citoyens et des citoyennes à la gouvernance du système :

²⁸ « La Commission envisage les déterminants sociaux de la santé dans leur ensemble. Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir. La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel : elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées. Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays. » : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ. *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009, p. 1, en ligne : <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/> (consulté le 20 février 2018).

« Une population informée qui délibère et qui participe à la prise de décision va choisir des objectifs visant l'amélioration de la qualité de vie de la collectivité et des moyens efficaces et souvent moins coûteux pour y arriver. Elle ne s'inscrit pas dans un mode de revendication, mais dans un mode de responsabilité. La compétence unique des citoyens et des citoyennes participant aux décisions publiques est complémentaire aux compétences techniques et administratives. Le principal sentiment de compétence des citoyens et des citoyennes porte sur le choix des valeurs. Et ces valeurs sont nécessaires pour guider les compétences techniques et administratives. »²⁹

L'assemblée générale citoyenne ainsi que le conseil d'administration élu et imputable permettent une représentation constante, multiple et variée des intérêts et des besoins de l'ensemble de la population du quartier. Par leur implication au sein des différents comités de travail, les citoyens et citoyennes s'engagent bénévolement et solidairement à faire en sorte que leur Clinique soit en phase avec leurs multiples réalités.

Cette gestion citoyenne permet à la Clinique d'être près des réalités vécues sur le terrain et de garder le cap sur des approches et des pratiques qui font davantage de sens pour la communauté.

Gestion participative

La Clinique favorise une gestion participative pour l'organisation de ses services. Cette philosophie de gestion a comme objectif de favoriser la mise en commun des expertises de toute personne travaillant à la Clinique de façon à développer les meilleurs moyens pour réaliser les objectifs de la Clinique.

Pour la Clinique, il est important de mettre à contribution l'expertise particulière des travailleurs et travailleuses qui dispensent les services et qui côtoient les usagers et usagères chaque jour, tel qu'en associant le personnel à différents comités de travail et décisions liés à la réalisation de sa mission et de ses priorités.

²⁹ CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Position du Conseil de la santé et du bien-être sur les propositions adoptées dans le cadre du Rendez-vous stratégique sur la santé organisé par l'Institut du Nouveau Monde* (2005), en ligne :

<https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200506_INM_PositionConseil.pdf> (consulté le 26 avril 2018).

PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

Approche écosystémique et communautaire

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles adopte la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (1946), à savoir que la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou de déficience³⁰. Le projet de santé de la Clinique repose également sur une approche écosystémique³¹ (ou écologique) de la santé et du bien-être, approche qui englobe les grands déterminants sociaux comme l'éducation, l'environnement social et physique, le revenu et la condition sociale.

« Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde. »³²

L'approche écosystémique permet d'analyser les situations vécues par les usager-ère-s en tenant compte des interactions entre l'usager-ère et son environnement, lequel comporte différentes sphères (environnement rapproché ou environnement éloigné). Cette approche accorde donc une attention particulière aux interactions entre la personne et son environnement, principalement l'environnement perçu par eux³³. Les

³⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, adoptée par la Conférence internationale de la Santé (New York, 1946), entrée en vigueur le 7 avril 1948, en ligne : <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>> (consulté le 23 mai 2018).

³¹ BOUCHARD, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Service social*, 36 (2-3), p. 454-477 : Bronfenbrenner (1979,1986) a élaboré une approche d'intervention qui insiste sur une notion fondamentale : celle de l'interaction, de l'interdépendance entre les systèmes. Les comportements et les conduites que l'on peut observer seraient le produit de l'interaction entre les personnes qui les émettent et l'environnement. L'environnement est alors défini comme la juxtaposition de systèmes (milieu de travail, normes et valeurs de la société, institutions fréquentées, milieu scolaire, relations sociales, etc.) imbriqués les uns dans les autres (à la manière de poupées russes) où les interactions sont réciproques. Les interactions ne sont alors pas seulement présentes entre l'individu et un seul niveau environnemental, mais entre la personne et plusieurs niveaux à la fois, eux-mêmes en interaction. De plus, l'individu est un système capable d'influencer les autres éléments systémiques et non pas seulement sous l'influence de ceux-ci. L'approche écologique est donc à la fois sociale, communautaire, familiale et individuelle : ce sont là des niveaux d'analyse et d'intervention que l'approche écologique nous encourage à considérer simultanément.

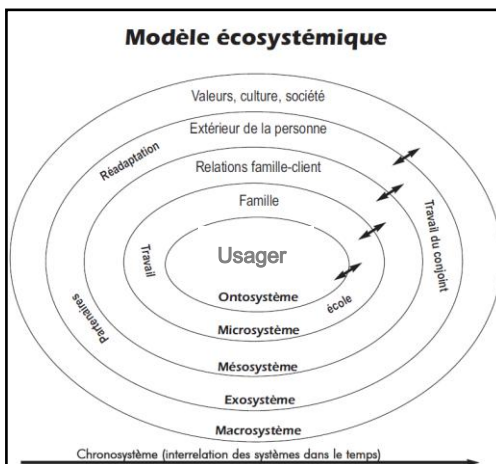
³² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Déterminants sociaux de la santé, en ligne : <http://www.who.int/social_determinants/fr/> (consulté le 20 février 2018).

³³ BRONFENBRENNER, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), p. 723-742.

différentes sphères de l'environnement dont on doit tenir compte sont, selon cette approche :

- L'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés, des vulnérabilités ou des déficits innés ou acquis d'un individu;
- Le milieu immédiat de l'individu (famille, école, groupe de pairs, quartier, etc.). Il se définit à travers les rôles occupés (par exemple, rôle de père, rôle de travailleur), les activités réalisées et les interrelations entre les acteurs qui évoluent dans ces environnements;
- Les connexions entre les milieux immédiats de la personne (par exemple, les relations qui se tissent entre la famille de l'enfant et l'école);
- L'environnement éloigné qui influence le développement d'une personne de manière plus indirecte (par exemple, le contexte de travail des parents exerce parfois une pression sur la famille);
- Le contexte culturel et les valeurs de la société qui influencent l'ensemble des autres sphères de l'environnement;
- Les transitions qui se vivent dans la vie d'une personne (par exemple, la perte d'un emploi).

Figure 1 : Modèle de l'approche écosystémique



L'approche communautaire est pour sa part une stratégie d'intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes et des communautés pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé. Elle cherche à procurer du pouvoir, des moyens et du soutien pour que se réalise ce potentiel³⁴, notamment par la recherche de solutions aux difficultés qu'ils rencontrent ou dans leur volonté de répondre eux-mêmes à leurs besoins. Cette approche est centrale dans les actions de la Clinique.

³⁴ BOURQUE, D. (1984). L'approche communautaire en centre local de services communautaires : les enjeux en cause et les conditions requises. *Service social*, 34 (2-3), p. 328-339 ; GINGRAS, P. (1992). L'approche communautaire, dans L. DOUCET et al. (Ed.) *Théories et pratiques en organisation communautaire* (p. 187 à 200). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.

Ainsi, les problèmes de santé physique, de santé mentale et les problèmes sociaux ont d'importantes répercussions sur la vie des citoyen-ne-s. Ceux-ci sont parfois liés à des inégalités socio-économiques sur lesquelles la Clinique se donne le mandat d'intervenir. L'usager-ère est considéré-e comme un être humain en relation d'interdépendance avec son milieu et sa communauté. L'analyse du problème vécu par cette personne ne tient donc pas uniquement compte des caractéristiques personnelles de celle-ci, mais aussi des caractéristiques sociales, économiques, politiques et culturelles de la communauté à laquelle elle appartient.

Dans cette perspective, les intervenant-e-s agissent non seulement auprès des usager-ère-s, mais également, auprès du réseau social et au niveau de l'environnement de ceux-ci. La Clinique intervient pour améliorer les conditions de vie et de santé de la population à court, moyen et long terme en collaboration avec les ressources communautaires de Pointe-Saint-Charles. Ainsi, les intervenant-e-s favorisent l'auto prise en charge citoyenne (empowerment) tant individuellement que collectivement. Cette approche réfère également au modèle McGill³⁵, qui est l'approche guidant la pratique infirmière à la Clinique.

Accessibilité aux services de santé et services sociaux

La facilité d'accès aux services de santé et aux services sociaux de première ligne a un impact positif sur la santé et le bien-être de la population et empêche que les situations à risque ou les difficultés se détériorent davantage. Dans l'organisation de ses services, la Clinique travaille donc à une prise en charge rapide soit en recevant les gens, en les visitant ou en leur donnant une réponse le plus tôt possible, et ce dans la mesure de ses ressources. C'est pourquoi la Clinique joint également sa voix à d'autres partenaires du milieu social pour défendre l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux publics pour tous sans égard aux conditions socioéconomiques de chacun.

Un fonds social et de dépannage pour les plus démunis-e-s

La Clinique est reconnue auprès de l'Agence canadienne du revenu comme organisme de bienfaisance. Quoique peu active dans la sollicitation de fonds, la Clinique a mis sur pied un fonds social et de dépannage pour les personnes qui requiert immédiatement des médicaments qu'elles n'ont pas les moyens de payer (ex. : une personne en attente d'un premier chèque de la Sécurité du revenu).

³⁵ PAQUETTE-DESJARDINS, D, SAUVÉ, J., GROS, C. *Modèle McGill: une approche collaborative en soins infirmiers*. Chenelière Education, 2015 ; MALO, D., CÔTÉ, S., GIGUÈRE, V. et O'REILLY, L. (1998). Modèle de McGill et CLSC : Une combinaison gagnante. *L'infirmière du Québec*, novembre-décembre, p. 28-35.

Le respect des valeurs de chacun (approche humaine)

La Clinique s'appuie sur le principe que les services de santé et les services sociaux sont offerts par des êtres humains pour des êtres humains et que la dispensation des services doit se faire dans le respect de la personne et de sa dignité, de ses droits, de ses valeurs et de ses besoins.

Écouter et connaître l'utilisateur, ses proches, sa famille, sa collectivité et son milieu de vie est indispensable pour développer avec cette personne une relation de confiance et de solidarité qui permet de lui proposer des soins et des services adaptés à ses besoins. L'utilisateur est mis au cœur des préoccupations des intervenant-e-s et est interpellé comme partenaire privilégié, tant pour l'amélioration de ses conditions de vie et de sa santé que pour la transformation de son milieu de vie, de son environnement. Cette approche encourage ainsi le personnel à innover, à réinventer leurs façons de faire afin de dispenser des soins et des services pertinents, satisfaisants et adaptés à la personne dans son milieu de vie, sa communauté et son quartier.

Une responsabilité populationnelle assumée

Tel que défini dans la LSSSS, la responsabilité populationnelle poursuit l'objectif d'agir plus efficacement pour améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire de Pointe-Saint-Charles. Elle vise à responsabiliser tous les intervenants d'un réseau local afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux. Elle vise à susciter des changements dans la manière de planifier et de dispenser les services sociaux et de santé à l'échelle locale. Sachant que les ressources du système de santé sont limitées et que les besoins de la population en termes de services sont croissants, la Clinique met en place des actions pour agir en amont de ces défis pour :

- Identifier les besoins et les particularités exprimés et non exprimés de la population et connaître l'état de santé et de bien-être de celle-ci, dans l'objectif de lui offrir des services pertinents et coordonnés;
- Anticiper les besoins, adapter l'offre de services et développer des réponses innovantes en partenariat avec les organismes et acteurs du quartier et de la région;
- Diminuer la demande de soins et services en agissant en amont sur les déterminants sociaux de la santé;
- Outiller la population et les collectivités à prendre leur santé et leur bien-être en main et les accompagner au besoin dans le système de santé et de services sociaux.

Bien que la responsabilité populationnelle n'appartienne pas à la Clinique directement, puisque la loi établit qu'elle est de la responsabilité des centres intégrés soit, pour le territoire du Centre-Sud, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, la Clinique en assume tout de même la responsabilité pour le territoire de Pointe-Saint-Charles. Elle travaille ainsi à assurer la continuité et l'intégration des soins et des services pour les

usager-ère-s du territoire, notamment en intégrant les dimensions de prévention, de guérison et de soutien, en collaboration avec ses partenaires.

Pratique centrée sur l'usager-ère et sa famille

Notre philosophie d'intervention privilégie une approche d'intervention globale et personnalisée, auprès de la personne, de ses proches et de son milieu de vie, visant le maintien ou le développement de son autonomie et le maintien dans son milieu. Le personnel favorise la responsabilisation de l'usager-ère et de sa famille selon son rythme et ses capacités, soit favorise l'empowerment. Il contribue avec la personne, ses proches, son entourage et sa communauté à l'identification et à la résolution de problèmes de santé et sociaux. En ce sens, il valorise la participation de l'usager-ère et sa famille à trouver des solutions satisfaisantes aux besoins exprimés.

La pratique centrée sur l'usager-ère et sa famille a été démontrée efficace pour améliorer la satisfaction envers les services, augmenter l'adhésion aux recommandations et améliorer l'autonomie fonctionnelle des usager-ère-s³⁶. Les principes généraux d'une pratique centrée sur l'usager-ère et sa famille sont :

- La reconnaissance du potentiel, des compétences et des connaissances de la personne et de sa famille;
- L'implication des usager-ère-s dans l'élaboration de leurs objectifs de soins et services et dans la prise de décisions concernant ces soins et services. Ainsi, on offre des choix et des alternatives de traitements et d'interventions à l'usager-ère et à ses proches;
- La reconnaissance des impacts de la condition de santé sur la qualité de vie de la personne et sur sa famille,
- La collaboration entre les intervenant-e-s, la personne et sa famille dans toutes les étapes de la démarche de soins et services, afin d'impliquer et de faire participer ceux-ci le plus possible;
- La responsabilisation de la personne et de sa famille. Le personnel les aide à développer leur pouvoir d'agir (empowerment) afin que l'usager-ère devienne un partenaire de ses soins et services.
- La flexibilité dans les interventions pour s'adapter au contexte de la personne et de sa famille.

³⁶ SUMSION, T et LAW, M. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice, *Canadian journal of occupational therapy* (2006), 73 (3) p. 153–162.

DONNÉES DU TERRITOIRE ET PORTRAIT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

Les besoins de la population varient selon ses caractéristiques sociales et économiques et sont à la base des diverses demandes de soins et de services. L'augmentation de la demande en soins et en services représente le principal défi auquel fait face le réseau de santé et des services sociaux. La présentation du portrait sociosanitaire du territoire de la Clinique Pointe-Saint-Charles³⁷ et des données sur les déterminants sociaux et les conditions de santé sont essentielles pour évaluer les besoins de la population et orienter les services de la Clinique.

La population desservie

En 2016, la population totale desservie par le Clinique était de 14 915 personnes³⁸. Selon le recensement de Statistique Canada de 2016, les immigrants représentaient un cinquième (20,7%) de la population du territoire de la Clinique, une proportion inférieure à celle de la région de Montréal (34%).

Une population en changement, qui demeure vulnérable

La population du territoire desservi par la Clinique est globalement plus jeune que celle de Montréal, surtout en ce qui concerne les 25-39 ans, qui compte pour 31,8% de la population comparativement à 23,3% dans la région de Montréal. Par ailleurs, la part des personnes âgées de 65 ans et plus augmente dans le temps (augmentation de 16,4% en cinq ans), mais demeure plus faible que dans la région de Montréal (10,9%). Il y a eu une croissance du nombre de naissances, soit 195 naissances en 2017, par rapport à 185 naissances en 2016 (augmentation de 5,4%).

Isolement

Sur le territoire de la Clinique, près de la moitié des ménages sont composés d'une seule personne (46,7% contre 39,4% dans la région de Montréal).

Monoparentalité

Près de la moitié des familles du territoire de la Clinique sont monoparentales (46,2%), contre un tiers dans la région de Montréal en 2016 (32,5%).

³⁷ Les données proviennent de diverses sources dont l'enquête TOPO 2012 (population de 15 ans et plus) qui permet d'obtenir des données à l'échelle des arrondissements de Montréal, le recensement et l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 de Statistique Canada, les projections démographiques 1996-2036 réalisées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) et MED-ÉCHO 2014-2015 traitées dans l'Infocentre de santé publique. Les données sur le décrochage proviennent du ministère de l'Enseignement et de l'Éducation supérieure (MEES).

³⁸ Christian PAQUIN, TABLE DE CONCERTATION COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES (2018). *Portrait statistique de la population du territoire de Pointe-Saint-Charles*, en ligne : <http://actiongardien.org/sites/actiongardien.org/files/Portrait%20Population%20Pointe-Saint-Charles-recensement%202016_VF_0.pdf> (consulté le 11 juillet 2018).

Décrochage scolaire

Selon les données 2012-2013 du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), un tiers (33%) des jeunes du secondaire du territoire de la Clinique sortent du système scolaire sans diplôme ni qualification, contre un jeune sur cinq (20%) dans la région de Montréal.

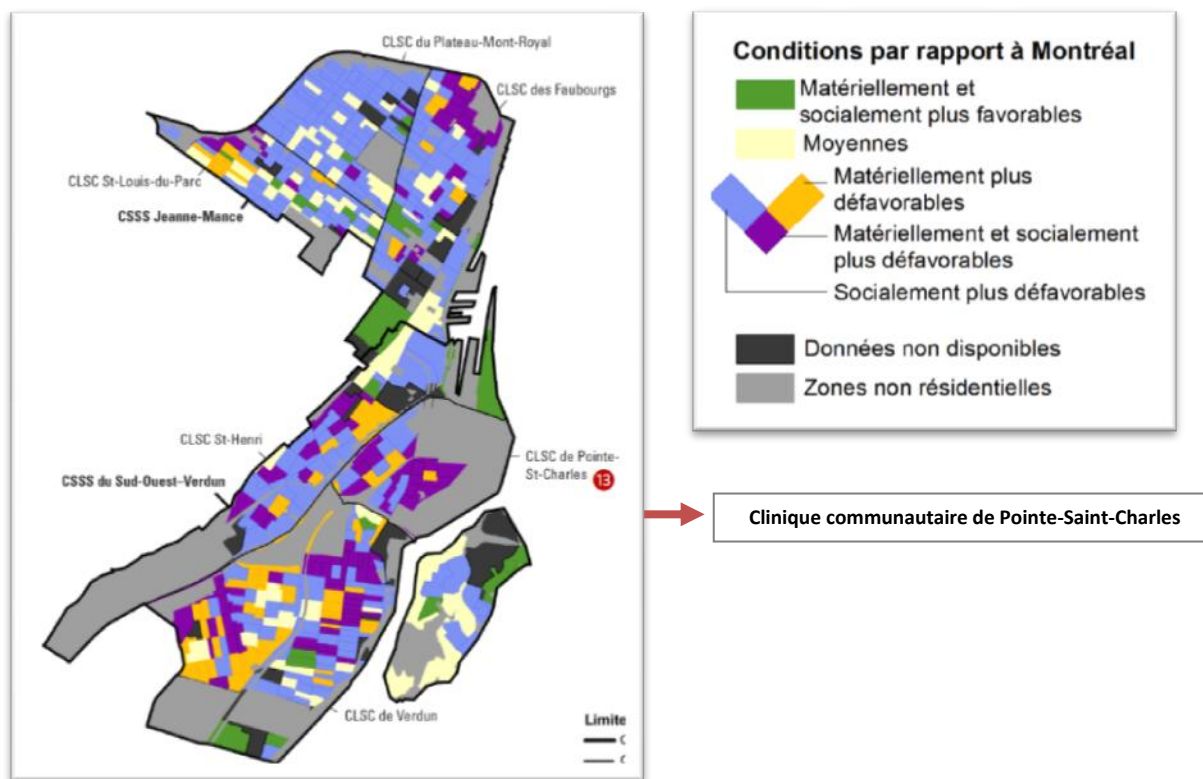
Le niveau de faible revenu

En 2016, près de trois personnes sur dix (28,6%) vivent sous le seuil du faible revenu (après impôt) dans le territoire de la Clinique, contre une personne sur cinq dans la population montréalaise (21,3%). Les personnes à faible revenu y sont proportionnellement plus nombreuses, surtout chez les moins de 18 ans (35,7% contre 22,6%) et chez les 65 ans et plus où elle est près du double de la moyenne de celle de la région de Montréal (43,5% contre 20,9%).

En contrepartie, les ménages de Pointe-Saint-Charles semblent avoir plus de facilité à accéder à un logement abordable que ceux de la région de Montréal. En effet, un peu moins du tiers (33%) des locataires consacrent 30% ou plus de leur revenu au logement, contre un peu moins de quatre ménages sur dix (40%) dans la région de Montréal. À Pointe-Saint-Charles 33,5% des locataires occupent un logement subventionné.

Les résidentes et résidents de Pointe-Saint-Charles présentaient en 2011 un indice de défavorisation matérielle parmi les plus élevés à Montréal, à l'échelle des territoires des 29 CLSC. Pointe-St-Charles présente également un indice de défavorisation sociale qui est le plus élevé des territoires des 29 CLSC de la région de Montréal. En additionnant l'indice de défavorisation matérielle et sociale, Pointe-Saint-Charles demeure le territoire ayant le plus haut taux de défavorisation. En effet, une personne sur deux (50%) vit dans un secteur où les conditions sont défavorables sur les dimensions matérielles et sociales à la fois.

Figure 2 : Profils de défavorisation matérielle et sociale au sein du territoire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal³⁹



Déterminants sociaux de la santé de la population

Selon les résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants de maternelle⁴⁰, près de quatre enfants sur dix (37,5%) sont vulnérables dans au moins un domaine de développement dans le territoire de la Clinique (Santé physique et bien-être; Compétences sociales; Maturité affective; Développement cognitif et langagier; ou Habiletés de communication et connaissances générales), ce qui est significativement plus élevé que dans la région de Montréal (28,9%)⁴¹.

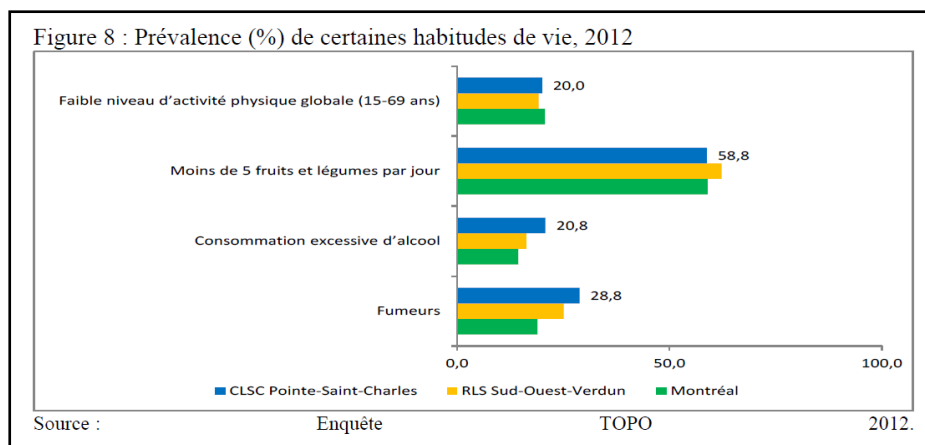
³⁹ CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, *Regards sur la défavorisation en 2011 – Territoire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*, 2016, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2612966>> (consulté le 23 mai 2018).

⁴⁰ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, 2013, en ligne : <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle.html>> (consulté le 11 juillet 2018).

⁴¹ VILLE DE MONTRÉAL. DIRECTION CULTURE, SPORTS, LOISIRS ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL. *Profil sociodémographique de Pointe-Saint-Charles*, 2015, en ligne : <http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=7757,141979928&_dad=portal&_schema=PORTAL> (consulté le 11 juillet 2018).

Les résultats de l'enquête TOPO 2012 montrent que le territoire de Pointe-Saint-Charles ne diffère pas significativement du reste de la région de Montréal concernant certaines habitudes de vie pour lesquelles les données sont disponibles, soit le niveau d'activité physique global, la consommation de 5 fruits et légumes par jour, la consommation d'alcool et le tabagisme (TOPO, 2012).

Figure 3 : Prévalence de certaines habitudes de vie dans la population de Pointe-Saint-Charles comparativement à la région de Montréal⁴²



De même, la Clinique ne diffère pas significativement du reste de la région de Montréal en ce qui concerne la prévalence de l'utilisation de certains services de santé préventifs (prise de pression artérielle, prise de la glycémie, vaccin contre la grippe, test PAP et mammographie).

Situation sanitaire

Mortalité et morbidité

Au cours de la période 2008-2012, l'espérance de vie à la naissance était de 76,5 ans dans Pointe-Saint-Charles, soit 5 ans de moins que dans la région de Montréal. Entre 2013 et 2015, le taux d'hospitalisation en santé physique de courte durée a été de 798 pour 10 000 habitants dans Pointe-Saint-Charles, un taux supérieur à celui de la région de Montréal.

Maladies chroniques

En 2012, près d'un tiers (31,5%) de la population de 15 ans et plus souffrait d'au moins une maladie chronique dans le territoire de la Clinique (hypertension artérielle, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique ou problématique de santé mentale). Cette proportion n'est pas significativement différente de celle de la région de Montréal.

⁴² Mahamane IBRAHIMA, Danielle BLANCHARD et James MASSIE, DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL, CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL (2017), *Des conditions de vie et de santé de la population du centre local de services communautaire (CLSC) Pointe-Saint-Charles*.

Toutefois, la situation varie selon le type de maladie chronique. Ainsi, selon les données SISMALCQ en 2014-2015, près d'un dixième (9,0%) de la population de 20 ans et plus de Pointe-Saint-Charles souffre de diabète, soit une proportion inférieure à celle de la région de Montréal. Un peu plus d'un dixième (11,4%) de la population de 35 ans et plus souffre de maladies pulmonaires obstructives chroniques, une proportion supérieure à celle du reste de Montréal (TOPO, 2012; SISMALCQ, 2015).

Santé mentale

La proportion de la population de 18 à 64 ans souffrant de problèmes de santé mentale est de 11,5% dans le territoire de Pointe-Saint-Charles, ce qui est semblable à la région de Montréal⁴³. Les résultats de l'enquête TOPO 2012 indiquent toutefois que plus de quatre personnes sur dix (42,2%) de 15 ans et plus éprouvent un stress quotidien élevé dans la population de Pointe-Saint-Charles, contre trois sur dix (28%) dans la région de Montréal⁴⁴.

Dans le RLS de Verdun—Côte St-Paul—St-Henri—Pointe-Saint-Charles, près d'une personne sur dix (9,4%) de 15 ans et plus se dit insatisfaite de sa vie sociale, une proportion plus élevée que dans l'ensemble de Montréal⁴⁵. Dans la région de Montréal, plus de trois personnes sur dix (30,8%) se situent à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique, soit une proportion un peu plus élevée que dans l'ensemble du Québec (28,3%). Le RLS qui inclut la population de Pointe-Saint-Charles se situe à 31,8%.

La proportion de la population du territoire du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ayant sérieusement songé au suicide au cours des 12 derniers mois est de 4,1 % (contre 2,6% dans la région de Montréal). Dans les milieux défavorisés du territoire, cette proportion de personnes ayant eu des idéations suicidaires dans les 12 derniers mois serait environ 2,5 fois plus élevée que celle observée dans les milieux plus favorisés du territoire.

Conclusion

Il ressort que la population du territoire de la Clinique représente environ 10 % de la population du réseau local de services du Sud-Ouest-Verdun. De plus, la population est plus jeune que celle de Montréal.

Les conditions de vie de la population de Pointe-Saint-Charles semblent un peu plus difficiles : les personnes âgées y sont plus isolées, une plus forte proportion de personnes vit sous le seuil du faible revenu, le niveau de stress quotidien y est plus élevé et les jeunes du secondaire décrochent davantage que la moyenne montréalaise.

Malgré certaines conditions de vie défavorables par rapport à la région de Montréal, la population du territoire de Pointe-Saint-Charles présente peu de différences

⁴³ Mahamane IBRAHIMA et al. (2017), préc., note 42.

⁴⁴ Mahamane IBRAHIMA et al. (2017), préc., note 42.

⁴⁵ CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Résultats pour Montréal. État de santé mentale*, 2015, en ligne : <<https://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/portrait-global/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population/>> (consulté le 11 juillet 2018).

significatives avec la région de Montréal pour certains indicateurs de santé (hypertension artérielle, présence de plusieurs maladies chroniques, habitudes de vie).

Les différences significatives sont toutefois observées au niveau du stress quotidien élevé, de l'espérance de vie à la naissance et des maladies pulmonaires obstructives chroniques, où la situation est moins favorable pour Pointe-Saint-Charles.

Statistiques en bref

- On compte **proportionnellement moins d'immigrants** au sein de la population du territoire de la Clinique que dans celle de Montréal (20,7% c. 34%) (2016)
- La proportion des **personnes âgées de 65 ans et plus** dans la population de la Clinique est **inférieure** à celle de Montréal (10,9% c. 16,7%) (2016)
- Il y a, en proportion, **plus de familles monoparentales** à Pointe-Saint-Charles qu'à Montréal (46,2% c. 32,5%) (2016)
- Il y a, en proportion, **plus de personnes vivant sous le seuil du faible revenu** à Pointe-Saint-Charles qu'à Montréal (28,6% c. 21,3%), cette différence se creuse encore davantage pour les personnes de moins de 18 ans (13,1% de plus) et pour les personnes de 65 ans et plus (22,6% de plus) (2016)
- Le **décrochage chez les jeunes du secondaire est plus élevé** sur le territoire la Clinique que dans le reste de Montréal (37% c. 21%) (2012)
- La population de 12 ans et plus de Pointe-Saint-Charles présente un **niveau de stress quotidien élevé plus important** que celle du reste de Montréal (42% c. 28%) (2012)
- La population de 35 ans et plus de Pointe-Saint-Charles, en proportion, **souffre davantage de maladies pulmonaires obstructives chroniques** que celle du reste de Montréal (11% c. 9%) (2014)

RÉSEAU LOCAL DE SERVICE

La Clinique fait partie du réseau local de services de Verdun–Côte Saint-Paul–Saint-Henri–Pointe-Saint-Charles⁴⁶. Elle est un partenaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, tout comme les organismes communautaires du territoire, les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille, les pharmacies communautaires, les ressources non institutionnelles (à savoir les ressources intermédiaires et les ressources de type familial), les ressources de soins palliatifs, les entreprises d'économie sociale, les établissements privés conventionnés, les partenaires scolaires et municipaux, les services de garde, les services d'emploi et les services juridiques, notamment.

Plus récemment, l'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux a été favorisée par la mise en place de réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux (RTS) qui visent à assurer des services de proximité et leur continuité⁴⁷.

Les centres intégrés de santé et de services sociaux ou les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux sont responsables d'assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) au sein de leur RTS⁴⁸.

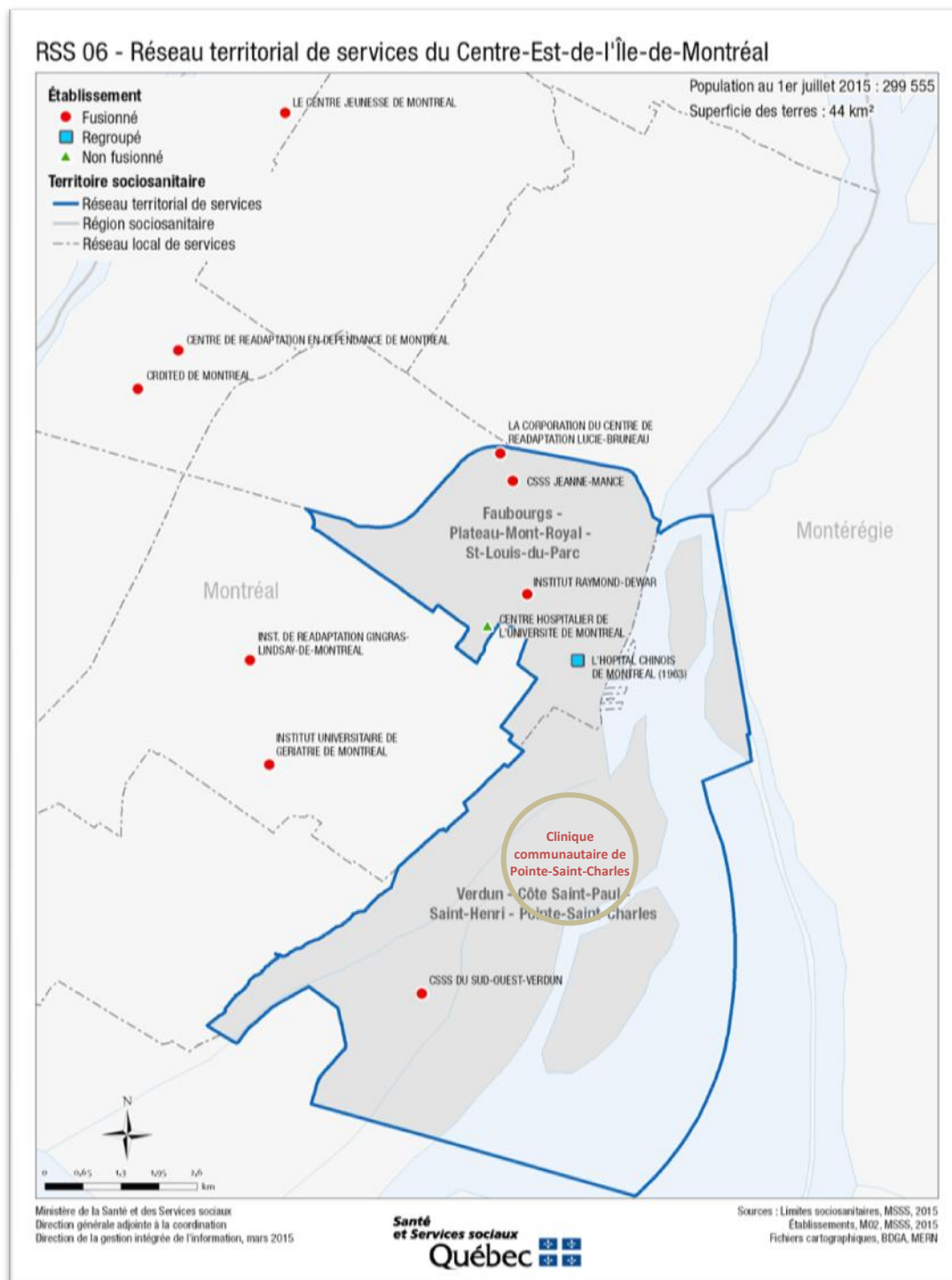
Tous les partenaires du RTS partagent collectivement une responsabilité à l'égard d'une offre de services intégrés correspondant aux besoins de la population du territoire et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. Pour assumer cette responsabilité populationnelle, ils doivent rendre accessible un ensemble d'interventions et de services le plus complet possible (globaux), à proximité ou dans le milieu de vie des personnes. Ils doivent également assurer la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes par le système de santé et de services sociaux. Le modèle repose en outre sur le principe de hiérarchisation des services, lequel facilite la complémentarité des services et le cheminement des personnes entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne.

⁴⁶ Ce réseau local de services est situé sur le territoire des quartiers Petite-Bourgogne, Saint-Henri, Griffintown, Cité-du-Havre, Verdun, Ville-Émard, Côte-Saint-Paul et Pointe-Saint-Charles; de la ville de Montréal.

⁴⁷ LMRSSS, art. 1 : « La présente loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacé de ce réseau. À cet effet, elle prévoit l'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux par la mise en place de **réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux** visant à assurer des services de proximité et leur continuité, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques. »

⁴⁸ *Id.*, art. 38 : « Un centre intégré de santé et de services sociaux assume les responsabilités d'une instance locale prévues aux articles 99.5 à 99.7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour les réseaux locaux de santé et de services sociaux compris dans son **réseau territorial de santé et de services sociaux**. Le centre intégré de santé et de services sociaux est responsable d'assurer le développement et le bon fonctionnement de ces réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. »

Figure 4 : Carte régionale du réseau territorial de services du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal⁴⁹



⁴⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cartes régionales des réseaux territoriaux de services.* Dernière modification le 31 mai 2016, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001639/>> (consulté le 2 mai 2018).

GOUVERNANCE

Assemblées générales

Les membres de la Clinique se réunissent en assemblée pour exercer leurs responsabilités et devoirs. Les assemblées sont : l'assemblée générale annuelle et les assemblées spéciales.

Les assemblées générales sont encadrées par le Chapitre 5 des règlements de régie interne de la Clinique.

Assemblée générale annuelle

Le conseil d'administration doit convoquer les membres pour l'assemblée générale annuelle, dans les quatre (4) mois précédents la fin de l'exercice financier⁵⁰. L'ordre du jour de cette assemblée comprend les éléments suivants :

- a) Présentation et adoption du rapport annuel d'activités;
- b) Présentation des états financiers;
- c) Présentation et adoption des orientations et des priorités annuelles;
- d) Nomination d'un vérificateur comptable;
- e) L'élection du conseil d'administration. À cet effet, l'assemblée générale doit voir à ce que la composition du conseil d'administration soit le plus près possible de la réalité démographique du quartier⁵¹.

Les membres sont convoqués à toute assemblée générale par un avis écrit en français et en anglais, au moins dix (10) jours avant la date de la tenue de l'assemblée générale. De plus, le conseil d'administration doit publiciser en français et en anglais la tenue de l'assemblée générale par des moyens tels que : l'affichage dans chaque point de services de la Clinique, l'affichage dans les lieux publics du quartier, une publicité dans les journaux locaux, une publicité distribuée porte-à-porte et une publicité sur le site Internet.

Assemblée générale spéciale

Le conseil d'administration convoque les membres pour des assemblées générales spéciales aussi souvent que les affaires de la corporation le requièrent.

Une assemblée générale spéciale peut aussi être convoquée sur demande de 10 % des membres ayant droit de vote. Ceux-ci doivent alors adresser un avis écrit au conseil d'administration en précisant les questions qui devront figurer à l'ordre du jour.

Le conseil d'administration doit alors tenir cette assemblée générale spéciale dans les vingt-et-un (21) jours suivant la réception de la demande. À défaut par les

⁵⁰ L'année financière de la Clinique s'étend du premier jour d'avril de chaque année au trente et unième jour de mars de l'année suivante.

⁵¹ Règlements de régie interne, art. 6.2

administrateurs d'agir dans un délai de trente-et-un (31) jours, les membres signataires de l'avis peuvent convoquer l'assemblée.

Un avis de convocation en français et en anglais est envoyé à chaque membre et est aussi affiché dans chaque point de services de la Clinique et publié selon les règles prescrites par le conseil d'administration au moins dix (10) jours avant la date prévue pour l'assemblée générale spéciale.

Charte de la Clinique et amendements aux règlements de régie interne

Conformément à la *Loi sur les compagnies du Québec*, seule l'assemblée générale peut adopter un règlement pour modifier la Charte de l'organisme. Ce règlement doit alors être adopté aux deux tiers des voix exprimées⁵².

Toute modification aux règlements de l'organisme, dans les limites de la loi et des statuts, doit être ratifiée par l'assemblée générale⁵³.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est composé de douze (12) personnes réparties comme suit : dix (10) citoyen-ne-s de Pointe-Saint-Charles élus en assemblée générale annuelle⁵⁴, un-e membre employé-e élu-e par le collège électoral des employé-es ainsi que la coordination générale⁵⁵. Ce dernier a le droit de parole, mais n'a pas le droit de vote. Les membres du conseil d'administration sont élus pour un mandat de deux (2) ans, renouvelable jusqu'à un maximum de trois (3) mandats consécutifs, à l'exception de la personne représentant les employé-e-s qui est élue par le collège électoral des employé-e-s chaque année.

Le conseil d'administration a les responsabilités suivantes :

- En conformité avec les règlements de régie interne, avec les objets, la mission et les valeurs de la Clinique, le conseil d'administration gère les affaires de la Clinique et exerce tous les pouvoirs nécessaires à cette fin;
- Le conseil d'administration a le pouvoir exclusif d'embauche de la personne occupant le poste de coordination générale de la Clinique;

⁵² Règlements de régie interne, art. 3.2.

⁵³ Règlements de régie interne, chapitre 10.

⁵⁴ Pour avoir la qualité de « membre actif » nécessaire pour être élu au conseil d'administration, un membre doit : être résidant de Pointe-Saint-Charles; être une personne majeure; partager la mission et les valeurs de la Clinique; se conformer à toutes les dispositions régissant le statut de membre et en faire la demande selon les modalités définies par le conseil d'administration, c'est-à-dire remplir un formulaire d'adhésion et participer à une activité de la Clinique (assemblée générale ou autre), en signer le registre de présence et signifier sa volonté de devenir membre (règlements de régie interne, art. 4.2 et 4.5).

⁵⁵ Le Chapitre 6 des Règlements de régie interne porte sur le conseil d'administration. Le conseil d'administration de la Clinique doit à la fois assumer ses responsabilités de conseil en vertu de la *Loi sur les compagnies* et en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, lorsqu'applicable.

- Le conseil d'administration a le devoir d'informer les membres des grandes décisions qu'il a prises. À cette fin, une communication devrait être envoyée aux membres à une fréquence régulière.

Le conseil d'administration se réunit au moins six (6) fois par année et doit tenir toutes les réunions nécessaires à la bonne marche de la Clinique.

Les administratrices et administrateurs sont tenus de se conformer au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs⁵⁶. Ce dernier énonce les principes et les valeurs qui guident la Clinique ainsi que les normes d'éthique et de conduite applicable aux membres de son conseil d'administration. Il a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyen-ne-s face au conseil d'administration et de favoriser la transparence au sein de la Clinique.

Ces règles sont élaborées dans une perspective de saine gestion de l'organisme. Elles visent aussi à identifier les situations potentielles de conflits d'intérêts, à établir des règles de conduite pour prévenir les difficultés et à définir les devoirs et responsabilités des membres du conseil d'administration pendant et après leur mandat⁵⁷.

Le conseil d'administration nomme, parmi ses membres, à l'exception de l'employé-e administrateur-trice, les officiers et officières de l'organisme à la rencontre suivant l'assemblée générale annuelle, soit la présidence, la vice-présidence, le secrétariat et la trésorerie. La personne à la coordination générale est nommée par le conseil d'administration et est le-la cadre responsable de la Clinique. Le conseil peut lui déléguer une ou plusieurs de ses fonctions, en quel cas elle devient solidairement responsable.

⁵⁶ CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES. *Code d'éthique, de déontologie et règles de fonctionnement pour le conseil d'administration*. Adopté à la séance du conseil d'administration du 11 mai 2011.

⁵⁷ *Id.*, Préambule.

Organigramme

au 7/11/2018

COMITÉS SOUS LA RESPONSABILITÉ DU CA :

Comité de lutte en santé • Comité de vigilance, qualité et gestion des risques • Comité de gouvernance, éthique et amélioration continue • Comité de vérification • Comité sur les ententes de services • Comité des membres • Comité d'appréciation de la contribution du coordonnateur général • Comité de négociation des conventions collectives • Comité d'actualisation de la convention de financement • Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens • Conseil des infirmières et infirmiers • Conseil multidisciplinaire • Comité des usagers

COMITÉS INTERNES :

Comité aviseur • Comité de sélection • Comités paritaires de formation • Comité de dossiers • Comité code blanc • Comité sur les mesures d'urgences • Comité de stages • Comités relation de travail • Comités paritaire de santé et sécurité au travail • Comité ITSS • Comité 50^e anniversaire • Comité médical stratégique



50 ans de santé et de solidarité d'un quartier!
Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

Assemblée générale
des citoyen-ne-s

Conseil d'administration (CA)

Josée Ann Maurais (présidente), Denis Charron (vice-président), François Morel (trésorier et signataire), Lorraine Rochon (secrétaire), Rosa-Paula Manariyo (signataire), Nathacha Alexandroff, Émilie Corbeil, Geneviève Dandurand, Marie-Yves Lemy, Romain Gulloteau (employé-administrateur), Luc Leblanc (coordonnateur général)

Coordonnateur général
Luc Leblanc

Équipe de planification et de développement communautaire, et communication

Commissaire locale aux
plaintes et à la qualité
des services
Céline Roy

Comité de coordination
Les coordonnateurs et
conseillères-cadres

Conseillère-cadre aux
soins infirmiers / DSI
Annie Bisailon

Conseillères-cadre aux
activités psychosociales
Renée Roy

Coordination de
l'équipe du soutien à
domicile (SAD)
Guylaine Arbour

Coordination des
services administratifs
Martin St-Amour

Services
ressources humaines,
financières, matérielles
et informationnelles

Coordination des
équipes :
adultes - santé mentale,
enfance - famille,
jeunesse et scolaire
- - -
Santé publique
Lucie Lalande

Équipe
adultes - santé mentale

Équipe
enfance - famille

Équipe jeunesse

Équipe scolaire

Services de sages-femmes

Coordination de
l'équipe
des services courants
Brigitte Thibault

Accueil psychosocial
et guichet d'accès en
santé mentale, liaison
infirmière, soins
infirmiers courants,
gestion et planification
des services médicaux,
réception et secrétariat,
archives, hygiène et
salubrité, transport

En soutien à la qualité
des pratiques professionnelles

Équipe
du soutien à domicile

Membres citoyennes et citoyens de Pointe-Saint-Charles

Sous l'autorité directe du conseil d'administration

Cadres relevant du coordonnateur général

Comités du conseil d'administration

Pour assurer le bon fonctionnement de l'organisme, le conseil d'administration ou l'assemblée générale (lorsque c'est opportun) peut former des comités et en préciser le mandat⁵⁸. Les comités demeurent sous la responsabilité du conseil d'administration, ce qui implique que :

- Les comités sont soumis aux décisions du conseil;
- Les recommandations des comités doivent être approuvées par le conseil;
- Aucune dépense ne doit être faite par les comités sans avoir été autorisée par le conseil;
- Le conseil doit aussi superviser leur travail et leur faire des demandes spécifiques lorsque cela est nécessaire;
- Le conseil fait rapport des comités et de leurs travaux à l'assemblée générale annuelle via son rapport annuel d'activités.

Ainsi, les citoyens et citoyennes s'engagent bénévolement et solidairement à faire en sorte que leur Clinique soit en phase avec leurs multiples réalités, par leur implication au sein des différents comités de travail, incluant : le comité de lutte en santé, le comité de sélection du personnel, le comité des membres de la Clinique, le comité de vigilance, qualité et gestion des risques, le comité de gouvernance, éthique et amélioration continue et le comité sur les ententes de services.

Pour la Clinique, il est également important de mettre à contribution l'expertise particulière des employé-e-s qui dispensent les services et qui côtoient les usager-ère-s chaque jour. Ainsi, le personnel participe également aux différents comités du conseil et autres comités internes liés à la réalisation de la mission de la Clinique et de ses priorités.

Comités prévus par la loi

Comité de gouvernance, éthique et amélioration continue

Le conseil d'administration constitue un comité de gouvernance, éthique et amélioration continue qui est formé d'une majorité de membres indépendants et est présidé par un membre indépendant⁵⁹. Le comité a notamment pour fonctions d'élaborer⁶⁰ :

- Des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration;
- Des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier

⁵⁸ Règlements de régie interne, art. 8.7.

⁵⁹ LSSSS, art. 181.

⁶⁰ LSSSS, art. 181.0.0.1

les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;

- Des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- Un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

Le comité procède à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration conformément aux critères approuvés par ce dernier.

Comité de vérification

Le comité de vérification est formé d'une majorité de membres indépendants et est présidé par un membre indépendant⁶¹. De plus, il compte parmi ses membres au moins une personne ayant une compétence en matière comptable ou financière⁶².

Le comité de vérification a notamment pour fonctions de s'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement est mis en place et d'en assurer le suivi⁶³. Il est également responsable de s'assurer que soit mis en place un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement. Il examine les états financiers avec le vérificateur nommé par l'assemblée générale annuelle et recommande au conseil d'administration l'approbation des états financiers. Enfin, il veille à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assure qu'ils soient adéquats et efficaces.

Comité de vigilance, qualité et gestion des risques (CVQGR)

Ce comité exerce les responsabilités du comité de vigilance et de la qualité⁶⁴ et du comité de gestion des risques⁶⁵, encadrés par la LSSSS. Il est composé d'employé-e-s, d'usager-ère-s, du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et de la coordination générale. Les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par règlement du conseil d'administration.

Le comité exerce ses responsabilités dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs et veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services.

Ainsi, le CVQGR est responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers relativement aux plaintes qui ont été formulées. Il est également responsable de coordonner les activités des autres instances exerçant des responsabilités reliées à : l'accessibilité aux services, la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services dispensés, le respect des droits des usager-ère-s et le

⁶¹ LSSSS, art. 181.

⁶² LSSSS, art. 181.0.0.2.

⁶³ LSSSS, art. 181.0.0.3.

⁶⁴ LSSSS, art. 181.0.1 à 181.0.3.

⁶⁵ LSSSS, art. 183.1 et 183.2.

traitement diligent de leurs plaintes; et d'assurer le suivi de leurs recommandations. Il doit également établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au conseil d'administration.

Dans ses fonctions à l'égard de la gestion des risques, le comité a également pour fonctions de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usager-ères et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence. Il assure la mise en place d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommande au conseil d'administration des mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents.

Comités mis sur pied par la Clinique

Comité de lutte en santé

Le comité de lutte en santé mobilise les citoyennes et citoyens pour le droit à la santé et pour un système de santé public, universel, accessible et gratuit. Il travaille contre la privatisation des services de santé et regroupe les citoyennes et citoyens pour discuter des enjeux et développer avec eux un plan d'action pour favoriser l'accès aux services tant à la Clinique que dans l'ensemble du système de santé et des services sociaux.

Comité sur les ententes de services

La Clinique travaille en étroite collaboration avec les organismes et groupes du quartier et soutient leur contribution à l'amélioration des conditions de vie et de santé des citoyen-ne-s. Ainsi, chaque année, la Clinique appuie financièrement des projets portés par des groupes ou des organismes qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé qui ont un impact sur la population de Pointe-Saint-Charles.

Le comité a pour mandat d'étudier les offres de services déposées par les groupes et organismes œuvrant sur les déterminants sociaux de la santé à Pointe-Saint-Charles et de faire une recommandation au conseil d'administration. Un membre de l'équipe de planification et développement communautaire de la Clinique siège sur le comité. Seuls les membres citoyen-ne-s siégeant sur le comité prennent les décisions et recommandent les projets au conseil d'administration.

Comité des membres

Le mandat du comité est de promouvoir l'implication des membres dans les activités de la Clinique. Ce comité doit veiller à ce que les membres qui souhaitent s'impliquer dans les activités de la Clinique puissent le faire dans le respect des valeurs, de la mission et des priorités de l'organisation.

Les fonctions du comité des membres sont de :

- Recruter, accueillir et orienter les nouveaux membres de la Clinique;

- Tenir à jour le registre des membres de la Clinique et gérer les adhésions des membres;
- Renseigner les membres sur les activités de la Clinique;
- Promouvoir l'implication des membres au sein des activités de la Clinique;
- Favoriser et soutenir la vie démocratique et associative de la Clinique;
- Accompagner et assister, sur demande, un membre qui souhaite soumettre un projet particulier à la Clinique.

Le comité des membres doit, en outre, établir ses règles de fonctionnement et soumettre chaque année un rapport d'activités au conseil d'administration.

Comité médical stratégique

Le comité médical stratégique assume un rôle-conseil sur les enjeux médicaux de la Clinique et vise à répondre aux besoins des usager-ère-s du quartier en termes d'organisation des services médicaux. Le comité émet des recommandations au conseil d'administration ou au comité de coordination.

Il assume la fonction suivante :

- Conseiller le comité de coordination et le conseil d'administration sur les enjeux médicaux en lien avec les usager-ère-s de la Clinique et les facteurs sociodémographiques du quartier.

Ce comité est composé des coordonnateurs de la Clinique, de la conseillère-cadre en soins infirmiers, d'un membre du conseil d'administration et de membres désignés par l'équipe médicale.

Conseils professionnels

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII est composé de l'ensemble des infirmières et infirmiers qui exercent leurs fonctions au sein de la Clinique⁶⁶. Le CII est responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés à la Clinique et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités exercées à la Clinique visées à l'article 36.1⁶⁷ de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières et infirmiers de la Clinique, sur les règles de soins médicaux et les

⁶⁶ Se référer aux articles 219 à 225 LSSSS pour la composition, les fonctions et les responsabilités du CII, ainsi qu'au *Règlement de régie interne du conseil des infirmières et infirmiers de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*. Approuvé par le conseil d'administration le 21 septembre 2016.

⁶⁷ L'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* réfère aux activités suivantes : prescrire des examens diagnostiques; utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; prescrire des médicaments et d'autres substances; prescrire des traitements médicaux; utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières et sur la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières;

- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil.

Envers le coordonnateur général, le CII est responsable de donner son avis sur l'organisation scientifique et technique du centre, les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et des infirmiers et toute autre question que le coordonnateur général porte à son attention.

Les responsabilités du CII sont exercées par un comité exécutif (CECII) formé notamment de quatre (4) infirmières ou infirmiers désignés par le CII, du coordonnateur général et de la directrice des soins infirmiers. Le CECII exerce tous les pouvoirs de ce conseil. Il peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration. Le CII doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent⁶⁸.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Ce conseil est composé de tous les médecins qui exercent à la Clinique⁶⁹.

Le CMDP est responsable envers le conseil d'administration⁷⁰ de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux posés à la Clinique. Il évalue et maintient la compétence des médecins qui y exercent. Il formule des recommandations sur les qualifications, la compétence, les privilèges et le statut à accorder à un médecin qui adresse une demande de nomination (ou de renouvellement) à la Clinique, de même que sur les obligations des médecins, eu égard aux exigences de la Clinique. Ces obligations⁷¹ portent notamment sur la participation d'un médecin à la garde, à des activités d'enseignement et de recherche et à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs. Le CMDP formule

⁶⁸ Fait à noter : depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, le CII de la plupart des CISSS et CIUSSS assume de nouvelles fonctions issues de la Commission infirmière régionale : voir l'article 370.3 LSSSS. Ces fonctions ne sont pas assumées par le CII de la Clinique, mais celui-ci pourrait hypothétiquement être appelé à participer avec le CII du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal aux travaux régionaux reliés à ces mandats.

⁶⁹ LSSSS, art. 213.

⁷⁰ LSSSS, art. 214.

⁷¹ Le CMDP doit « être consulté sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés par le conseil d'administration. Ces obligations doivent être établies clairement et avoir pour but d'assurer la participation du médecin aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services, à leur qualité et à leur pertinence. Le médecin concerné est ensuite invité à faire valoir ses observations sur ces obligations. Le directeur général transmet celles-ci au conseil d'administration au moment où il est saisi de la demande de nomination ou de renouvellement. » : art. 237, al. 3 LSSSS.

également des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables à la Clinique.

Le CMDP élabore un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins pour les besoins de la Clinique. Il donne son avis sur l'organisation technique et scientifique du centre et les règles d'utilisation des ressources. Il fait des recommandations sur la distribution appropriée des soins médicaux ainsi que sur l'organisation médicale du centre. Il assume aussi toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Envers le coordonnateur général, le CMDP est responsable de donner son avis⁷² sur les moyens à prendre pour que les services médicaux dispensés à la Clinique soient complémentaires aux services médicaux des autres établissements de la région et pour que ceux-ci répondent aux besoins des citoyen-ne-s de Pointe-Saint-Charles. Ces avis doivent tenir compte de l'organisation de la Clinique, de ses ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats et efficaces. Il donne également son avis sur les règles d'utilisation des ressources, l'organisation technique et scientifique de la Clinique, la distribution appropriée des soins médicaux, l'organisation médicale de la Clinique et toute autre question que le coordonnateur général porte à son attention.

Le CMDP peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration. Ce dernier doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et les avis et recommandations qui en résultent.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Ce conseil est composé de toutes les personnes ayant un diplôme collégial ou universitaire et qui exercent pour la Clinique des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement⁷³.

À la Clinique, le CM inclut les ergothérapeutes, organisateur-trice-s communautaires, nutritionnistes, archivistes, thérapeutes en réadaptation physique, psychologues, intervenant-e-s sociaux, psychoéducateur-trice-s, hygiénistes dentaires et l'agent-e de communication.

Le CM est responsable envers le conseil d'administration de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres.

⁷² LSSSS, art. 215.

⁷³ Se référer aux articles 226 à 230 LSSSS pour la composition, les fonctions et les responsabilités du CM, ainsi qu'au *Règlement de régie interne du Conseil multidisciplinaire de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles*. Adopté par le conseil d'administration le 13 janvier 2016.

Selon le *Règlement sur la régie interne d'un conseil multidisciplinaire d'un établissement de santé et de services sociaux – Projet du type*⁷⁴ du MSSS (2015), les mandats possibles d'un comité de pairs sont notamment : Recommander au CECM divers moyens visant à améliorer la qualité de la pratique professionnelle de ses membre, déterminer des critères d'appréciation de la qualité de la pratique professionnelle de ses membres, appuyer les valeurs de la collaboration interprofessionnelle dans l'établissement, faciliter la diffusion de nouvelles pratiques issues des données probantes et participer à toute recherche reliée à la promotion de la qualité de la pratique professionnelle de ses membres.

Il formule également des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par les professionnel-le-s pour assurer des services de qualité à la Clinique. Il assume en outre toute autre fonction que lui confie le conseil.

Envers le coordonnateur général, Le CM est responsable de donner son avis sur l'organisation scientifique et technique de la Clinique, sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des professionnel-le-s et sur toute autre question que le coordonnateur général porte à son attention.

Les responsabilités du CM sont exercées par un comité exécutif (CECM) formé de trois (3) professionnel-le-s élu-e-s par et parmi les membres du CM ainsi que du coordonnateur général ou d'une personne qu'il désigne. Le CM peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration. Le CM doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent⁷⁵.

COMITÉ DES USAGERS

Les fonctions du comité des usagers sont de renseigner les usager-ère-s sur leurs droits et leurs obligations, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usager-ère-s et d'évaluer le degré de satisfaction des usager-ère-s à l'égard des services obtenus de l'établissement⁷⁶. Il a également pour fonction de défendre les droits et les intérêts collectifs des usager-ère-s. Enfin, il accompagne, sur demande, un-e usager-ère lorsqu'il ou elle désire porter une plainte conformément à la *Loi sur les services de santé*

⁷⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Règlement sur la régie interne d'un conseil multidisciplinaire d'un établissement de santé et de services sociaux – Projet type*, 2015

⁷⁵ Fait à noter : depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, le CM de la plupart des CISSS et CIUSSS assume de nouvelles fonctions issues de la Commission multidisciplinaire régionale, voir l'article 370.7 LSSSS. Ces fonctions ne sont pas assumées par le CM de la Clinique, mais celui-ci pourrait hypothétiquement être appelé à participer avec le CM du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal aux travaux régionaux reliés à ces mandats.

⁷⁶ LSSSS, art. 212.

et les services sociaux ou en vertu de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*.

L'assemblée de fondation du comité des usagers de la Clinique a eu lieu en novembre 2017. Le comité des usagers se compose d'au moins cinq (5) usager-ère-s élus par tous les usager-ère-s de la Clinique⁷⁷. Le coordonnateur général favorise le bon fonctionnement du comité des usagers et informe les usager-ère-s de l'existence de ce comité⁷⁸.

Le comité des usagers doit établir ses règles de fonctionnement et soumettre chaque année un rapport d'activités au conseil d'administration. Le mandat des membres du comité des usagers ne peut excéder trois (3) ans⁷⁹.

Le *Cadre de référence relatif aux comités des usagers et aux comités de résidents*⁸⁰ du MSSS (2018) établit sept principes directeurs sur lesquels doit s'appuyer le comité des usagers pour remplir adéquatement leurs fonctions : L'intérêt des usager-ère-s qui doit motiver toutes les décisions ou les actions du comité; la représentativité de tous les usager-ère-s de l'établissement; le respect de la collaboration; l'autonomie dans le cadre des fonctions qui lui sont confiées par la LSSSS; l'imputabilité auprès des usager-ère-s qu'il représente; le partenariat et le respect de la confidentialité.

COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le conseil d'administration de la Clinique nomme le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services⁸¹ et établit, par règlement, une procédure d'examen des plaintes par la Clinique et d'examen des plaintes concernant spécifiquement les médecins⁸².

Le ou la commissaire est responsable du respect des droits des usager-ère-s et du traitement diligent de leurs plaintes⁸³. Il prête assistance à l'usager-ère pour la formulation de sa plainte et l'informe de la possibilité d'être accompagné par un organisme communautaire de la région ayant ce mandat. Il siège également sur le comité de vigilance, qualité et gestion des risques.

⁷⁷ LSSSS, art. 209, al. 4.

⁷⁸ LSSSS, art. 211.

⁷⁹ LSSSS, art. 209.1.

⁸⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence relatif aux comités des usagers et aux comités de résidents*, 2018, p. 3, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002052/?&date=DESC&annee=2018&critere=annee>> (consulté le 8 mai 2018).

⁸¹ LSSSS, art. 30.

⁸² LSSSS, art. 29.

⁸³ LSSSS, art. 33.

Le commissaire peut également intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager-ère ne sont pas respectés. Il peut dès lors recommander toute mesure visant le respect de ces droits.

Il donne également son avis sur toute question de sa compétence qui lui est soumise par le conseil d'administration. Il dresse une fois par année un bilan de ses activités accompagné des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usager-ère-s et favoriser le respect de leurs droits.

Le commissaire est également responsable du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*⁸⁴.

Plainte concernant un médecin

Pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin de même qu'un résident en médecine, le conseil d'administration de l'établissement désigne, sur recommandation du CMDP, un-e médecin examinateur-trice. Ce dernier ou cette dernière applique la procédure d'examen des plaintes, incluant les plaintes formulées par toute autre personne qu'un usager-ère ou son représentant⁸⁵.

Ainsi, lorsque la plainte d'un-e usager-ère concerne un médecin ou un résident, le commissaire la transfère au médecin examinateur et en informe par écrit l'usager-ère⁸⁶. Une plainte qui implique une appréciation de la qualité des actes médicaux est de la compétence du médecin examinateur⁸⁷. Lorsque la plainte de l'usager-ère porte sur des problèmes organisationnels liés aux services médicaux, elle est examinée par le commissaire⁸⁸. Le médecin examinateur collabore alors à l'identification des solutions aux problèmes administratifs soulevés par la plainte⁸⁹. Si la plainte nécessite une étude à des fins disciplinaires, elle est acheminée vers le CMDP⁹⁰.

Le médecin examinateur doit transmettre au conseil d'administration, au CMDP et au commissaire, une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées ainsi que ses recommandations visant l'amélioration de la qualité des services médicaux dispensés par la Clinique⁹¹.

⁸⁴ LSSSS, art. 33, al. 3.

⁸⁵ LSSSS, art. 42 et 44.

⁸⁶ LSSSS, art. 45, al. 1. Les obligations du médecin examinateur sont édictées à l'art. 46 LSSSS, notamment.

⁸⁷ LSSSS, art. 45, al. 3.

⁸⁸ LSSSS, art. 45, al. 2.

⁸⁹ LSSSS, art. 45, al. 4.

⁹⁰ LSSSS, art. 48.

⁹¹ LSSSS, art. 50.

COORDINATION GÉNÉRALE

Nommée par le conseil d'administration, la personne à la coordination générale est le ou la cadre responsable de la Clinique. Elle détient un siège d'office au conseil d'administration, sans droit de vote. Le conseil peut lui déléguer une ou plusieurs de ses fonctions, en quel cas elle devient solidairement responsable. Elle peut apposer sa signature en lieu et place ou au nom des dirigeant-e-s, dans la mesure où le conseil lui a expressément autorisé. En tant qu'employé-e, il ou elle est couvert-e par un contrat de travail qui le ou la lie au conseil d'administration.

Les responsabilités de la coordination générale consistent à s'assurer du respect de la mission, de la philosophie de gestion, des valeurs et des orientations sociales et politiques de la Clinique. Elle s'assure également de l'élaboration des orientations, des objectifs, des priorités, des stratégies et des plans d'action de la Clinique en relation avec les besoins de la population et des mandats et responsabilités qui sont dévolus à l'organisation. Elle veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration et s'assure que soit transmise à ce dernier toute l'information requise pour assumer ses responsabilités.

Elle s'assure également du développement, de l'application et de la mise à jour des normes, des systèmes et des politiques de gestion et des programmes de la Clinique et du respect des obligations légales et administratives de la Clinique. Elle s'assure de la préparation des séances du conseil d'administration en collaboration avec la présidence du conseil d'administration. Elle planifie, coordonne, prépare et anime les rencontres du comité de coordination.

La coordination générale est responsable également la coordination de l'équipe de planification et de développement communautaire, de la personne occupant la fonction d'agente de communication et de la personne occupant la fonction de conseillère-adjointe à la coordination générale.

Équipe de planification et de développement communautaire et communication

L'équipe de planification et de développement communautaire mobilise les citoyennes et citoyens de Pointe-Saint-Charles pour l'amélioration de leurs conditions de vie et de santé. Ce mandat se réalise en étroite collaboration avec les groupes du quartier (analyses et réflexions sur les situations qui affectent la vie dans le quartier). L'équipe appuie l'action des groupes communautaires et des équipes de la Clinique. Ses orientations sont les suivantes : agir pour la justice et le changement social; défendre les droits économiques et sociaux de la population du quartier; intervenir sur les déterminants sociaux et les inégalités sociales en santé et faire la promotion de la santé.

L'agente de communication assure une visibilité de la Clinique et des services qu'elle offre dans le quartier. Elle a la responsabilité de développer et de gérer des stratégies,

des plans et des outils de communication et de diffusion. Elle apporte aussi un support dans la diffusion des communications internes émanant de la coordination générale, du conseil d'administration ou des partenaires communautaires.

La personne occupant la fonction de conseillère-adjointe à la coordination générale supporte la coordination générale dans la réalisation des activités relevant de sa responsabilité. Elle apporte le soutien administratif nécessaire à la réalisation des activités administratives du comité de coordination, du conseil d'administration, des comités de travail relevant du conseil ainsi qu'à la vie associative et participative citoyenne de la Clinique en général. Elle soutient la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans le cadre de ses fonctions et de ses responsabilités, ainsi que le comité de vigilance, qualité et gestion des risques.

COMITÉ DE COORDINATION

Le comité de coordination relève du coordinateur général. Son rôle est d'assurer l'actualisation de la mission, des valeurs, des orientations, du mandat, des stratégies, des objectifs et des priorités de la Clinique.

Le coordonnateur général préside le comité, lequel est composé de la coordonnatrice de l'équipe Soutien à domicile, la coordonnatrice de l'équipe Services courants, la coordonnatrice des équipes Enfance/Famille, Adultes/Santé mentale, Jeunesse, Scolaire et Santé publique; la conseillère-cadre en soins infirmiers/Directrice des soins infirmiers, la conseillère-cadre aux activités psychosociales, le coordonnateur des services administratifs et le coordonnateur général.

Le comité de coordination coordonne l'intégration des dimensions stratégiques, cliniques, administratives et opérationnelles de la Clinique. Il assure, en collaboration avec les partenaires locaux, communautaires et régionaux, le développement et la dispensation d'une gamme de soins et de services de première ligne préventifs, curatifs, palliatifs et généraux qui soient accessibles, continus, sécuritaires et de qualité.

Le comité voit à la gestion courante des activités, des services et des ressources de la Clinique. Par ailleurs, il s'assure que des mécanismes de coordination et de surveillance des activités cliniques soient mis en place et que des processus d'évaluation continus soient exercés afin de répondre aux besoins de la population de Pointe-Saint-Charles.

Le comité de coordination veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration et à l'élaboration des règlements et des politiques. Il fait aussi le suivi stratégique et opérationnel des orientations cliniques et administratives. Le comité a un rôle d'analyse et de recommandation en ce qui a trait aux orientations et aux priorités d'action, et aux moyens à mettre en œuvre pour assurer la complémentarité et la globalité de l'offre de services.

Il voit au développement et au suivi du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques en étroite collaboration avec les coordinations concernées. Il assure le soutien et la participation à de nombreux comités du conseil d'administration et comité internes.

Le comité favorise une meilleure coordination interprogrammes, le développement de liens pour favoriser la continuité des soins et des services ainsi qu'une utilisation optimale des ressources

COORDINATIONS CLINIQUES

Le rôle des équipes des coordinations cliniques est de dispenser un ensemble de soins et de services organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux.

Coordination des services courants

La coordination des Services courants est la porte d'entrée des services de la Clinique. Elle regroupe l'accueil centralisé (liaison infirmière avec les autres établissements de santé de la région), l'accueil psychosocial et le guichet d'accès en santé mentale (services psychosociaux d'accueil et/ou de suivi ponctuel et/ou de liaison), les soins et services infirmiers de santé courants et l'équipe médicale (services médicaux diagnostics, préventifs et curatifs). Les services d'accueil des deux points de services de la Clinique permettent aux usager-ère-s d'être reçus et dirigés vers les autres services de la Clinique.

L'équipe offre des services médicaux (diagnostics, préventifs et curatifs), des soins infirmiers et des services psychosociaux d'accueil, de suivi ponctuel et de liaison.

La mission de cette coordination est d'offrir des soins et des services de santé à toute personne pouvant se déplacer et qui est aux prises avec un symptôme, une maladie, un problème ponctuel, un problème de santé complexe ou un traumatisme. Des soins et services préventifs de santé publique tels que le dépistage et le soutien-conseil sont aussi offerts.

C'est donc dans les services de cette coordination que la majorité des demandes initiales de soins et de services sont traitées. Selon l'évaluation du ou de la professionnel-le recevant la demande de service, les usager-ère-s peuvent être orientés vers l'un de trois secteurs de la Clinique, soit : 1) Adultes/Santé mentale, 2) Soutien à domicile ou 3) Enfance/Famille et Jeunesse. Ils peuvent également être référés vers les partenaires de la communauté ou les autres établissements de santé et de services sociaux de la région, selon leurs besoins. Ces services s'adressent à l'ensemble de la population du territoire.

Les services sont offerts en collaboration ou en complémentarité avec l'ensemble des partenaires impliqués pour répondre aux besoins de santé et sociaux des usager-ère-s. Les soins et les services courants sont accessibles sur le court, moyen et long terme, quoique majoritairement ponctuels. Des suivis long terme pour les maladies chroniques sont offerts (diabète, hypertension, maladies pulmonaires obstructives chroniques, notamment). Ils répondent aux besoins des usager-ère-s et de leurs proches de manière personnalisée et adaptée.

Les services de cette coordination incluent également les services de soutien à la Clinique tels que la prise de rendez-vous, la gestion du courrier interne, les archives, la gestion de l'inventaire des fournitures médicales, la production d'étiquettes et la gestion de la logistique de transport pour les prélèvements, l'entretien et la salubrité et la gestion du transport des usager-ère-s lorsque requis. Ils répondent ainsi aux différents besoins de soutien des médecins et des intervenant-e-s des autres équipes de la Clinique.

Services médicaux

Les services médicaux relèvent de la coordination des services courants. Les mécanismes de gouvernance des services médicaux comprennent le comité médical stratégique et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le présent plan d'organisation prévoit⁹² que neuf (9) médecins omnipraticien-ne-s à temps partiel sont requis-e-s pour le fonctionnement de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Les besoins en services médicaux sont déterminés sur une base populationnelle et normée pour chaque secteur d'activités reconnu en médecine de famille. Pour la première ligne, les besoins sont déterminés à partir de la population pondérée selon un ratio de 1 médecin pour 1500 résident-e-s du quartier, tout en tenant compte de la structure de population du territoire (le sexe, le groupe d'âge et la défavorisation, notamment).

La liste des médecins omnipraticiens qui exercent à la Clinique, ainsi que le numéro de leur permis d'exercice décerné par l'Ordre professionnel des médecins du Québec est détaillé ci-bas.

Dre Véronique Cloutier (n° permis : 1-12794)
 Dre Christine Demers (n° permis : 05-146)
 Dr Nicolas Demers (n° permis : 16827)
 Dre Camille Gérin (n° permis : 07-124)
 Dr Eric-Viet Laperrière-Nguyen (n° permis : 96-333)
 Dre Marie-Ève Leblanc (n° permis : 14569)
 Dre Rosalie Mongeau-Petitpas (n° permis : 1-18247)
 Dre Annie McNicoll (n° permis : 1-12372-8)
 Dre Yasmine Ousalem (n° permis : 1-15601)

⁹² En vertu de l'article 186 LSSSS.

Coordination des équipes enfance/famille, scolaire, jeunesse, adultes/santé mentale et santé publique

Cette coordination est responsable de quatre équipes, soit les équipes Enfance/Famille, Scolaire, Jeunesse et Adultes/Santé mentale. Elle a aussi le mandat de responsable de la santé publique pour la Clinique.

De plus, l'équipe favorise le développement du plein potentiel de la communauté en travaillant de concert avec l'ensemble des acteurs concernés par la santé et le bien-être des enfants et de leur famille, des jeunes, et des jeunes adultes, tels que les écoles, organismes communautaires, la municipalité et les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux de première, deuxième et troisième ligne.

Concernant le volet de la santé publique, ce mandat est transversal. La coordination a la responsabilité de planifier, organiser, développer et évaluer les activités du programme de santé publique, en collaboration avec la direction des soins infirmiers et l'équipe de planification et de développement communautaire. Elle est responsable de l'intégration des volets de promotion de la santé, de la prévention des maladies, de la protection de la santé au sein de toutes les coordinations et des activités de la Clinique, incluant les partenaires communautaires, en collaboration avec le réseau local de services dont la coordination est assurée par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Équipe enfance / famille

L'équipe a pour mission de soutenir le développement global des enfants de Pointe-Saint-Charles de 0 à 5 ans et de leur famille. L'équipe offre des services aux familles ainsi qu'aux femmes enceintes afin de favoriser la naissance et le développement sains des enfants de Pointe-Saint-Charles. Elle offre un support aux parents dans l'établissement du lien avec leur enfant et dans l'apprentissage et le développement de leurs habiletés parentales. Elle dispense aussi les activités du programme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE), du programme de la Fondation OLO (*Oeuf, lait, orange*), et des programmes Jeunes en difficulté et DI-TSA pour la population ciblée.

L'équipe est composée d'infirmier-ère-s, d'intervenant-e-s sociaux, d'un-e nutritionniste, d'un-e psychoéducateur, d'orthophonistes, d'un-e ergothérapeute et d'un-e auxiliaire aux services de santé et sociaux.

Ces services peuvent s'adresser à l'ensemble des enfants de 0 à 5 ans ainsi qu'à leur famille; être spécifique (enfants vulnérables ainsi qu'à leur famille); ou être particuliers (enfants présentant des difficultés développementales persistantes ainsi qu'à leur famille). L'équipe offre des services de dépistage postnatal immédiat, par téléphone ou à domicile, dès la réception de l'avis de naissance, ainsi que des services de suivi de la croissance et du développement de l'enfant, le développement des capacités parentales, la santé infantile et la vaccination des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans.

L'équipe offre aussi des suivis des populations à risque ou vulnérables plus intensifs, tel que pour la dépression, le suivi de poids, le soutien à l'allaitement, l'adaptation au rôle de parent, l'intervention sur les déficiences motrices, les déficiences du langage, les difficultés psychosociales et affectives et les difficultés d'apprentissage. Elle offre aussi des activités de prévention et de promotion de la santé telles que les services de nutrition, les haltes-allaitement, les cours prénataux, la guidance anticipée, la consultation en allaitement et les activités de reconnaissances des capacités.

Équipe scolaire

L'équipe scolaire a pour mandat de soutenir le développement global des enfants d'âge scolaire de Pointe-Saint-Charles ainsi que leur réussite scolaire.

Cette équipe est composée d'infirmier-ère-e, d'intervenant-e-s sociaux et d'hygiénistes dentaires. Elle offre des services de santé et des services sociaux aux jeunes fréquentant les écoles de Pointe-Saint-Charles, ce qui vise une population de plus de 800 enfants de 4 à 17 ans dans les écoles suivantes : l'École Charles LeMoyne, l'École Jeanne Leber, *St. Gabriel Elementary School* et l'École Vézina. Les intervenant-e-s collaborent avec les équipes présentes dans les écoles.

L'équipe Scolaire fait un travail de concertation avec différents partenaires de la communauté et plus particulièrement dans le cadre du programme *École en santé*. Elle travaille aussi de pair avec les parents dans l'intervention et l'accompagnement des enfants qui éprouvent des difficultés psychosociales, liées à l'apprentissage et liées à la santé physique.

Les services individuels ou de groupe comprennent entre autres les programmes de vaccination, la prévention des maladies infectieuses, la prévention des traumatismes, le suivi de problèmes de santé complexes, le dépistage, les premiers soins, l'hygiène dentaire, le développement des habiletés sociales, la gestion des comportements difficiles et le soutien aux difficultés d'apprentissage. Ces services sont balisés notamment par le portrait des enfants de l'école, le programme régional de santé publique, l'entente de complémentarité entre le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) et le MSSS et le programme-services Jeunes en difficulté du MSSS.

Enfin, les intervenant-e-s collaborent avec les partenaires de la région pour l'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale, que ce soit dans le cheminement des demandes de services aux partenaires ou dans le processus de rétablissement.

Équipe jeunesse

L'équipe jeunesse a pour mission de soutenir le développement global des jeunes de 6 à 24 ans de Pointe-Saint-Charles. Elle a pour mandat d'offrir des soins et des services de première ligne en santé et des services sociaux à ces jeunes et à leur famille, ainsi que de favoriser une bonne adaptation et un développement optimal des jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience intellectuelle (DI), des jeunes

en difficulté de comportement ou d'apprentissage ainsi que des jeunes présentant des problèmes de santé mentale, par l'entremise des programmes Jeunes en difficulté, DI-TSA-DP et le programme Alliance visant l'intervention sur la négligence.

Dans son mandat de première ligne, en plus des services infirmiers avec et sans rendez-vous pour la santé sexuelle, les problèmes de santé courants et les services médicaux, l'équipe offre des services d'accueil, d'évaluation et de référence vers les ressources spécialisées ainsi que des services d'accompagnement psychosocial et de suivi psychoéducatif pour le jeune et sa famille. L'équipe offre également des services de support aux familles qui ont un enfant en processus d'évaluation et qui auront à s'adapter à l'annonce d'un diagnostic de TSA.

En ce qui concerne la santé mentale jeunesse, le mandat de l'équipe est d'offrir des services d'évaluation, de dépistage, de suivi et de référence vers la deuxième et la troisième ligne pour les jeunes adultes, les adolescents et les familles qui ont des enfants avec une problématique en santé mentale. Il s'agit d'un travail de collaboration entre divers professionnel-le-s : infirmier-ère, intervenant-e social-e, psychoéducatrice, médecin traitant, psychiatre ou pédopsychiatre répondant, le milieu scolaire et/ou tout autre partenaire jugé important dans le cheminement de la demande et le processus de rétablissement.

Les modes de dispensation des services sont variés : intervention individuelle, familiale ou communautaire; ses lieux d'intervention le sont également : à la Clinique, au sein d'organismes communautaires ou dans un autre milieu jugé approprié.

Le champ d'intervention de l'équipe inclus la promotion de la santé et la prévention des maladies, les interventions curatives et la réadaptation. L'équipe offre aussi une clinique sans rendez-vous pour les jeunes afin de répondre plus adéquatement à leurs besoins ponctuels de santé et sociaux courants, de santé sexuelle, de vaccination, de saines habitudes de vie, de dépendances et de santé mentale. Il offre aussi des programmes d'aide financière tel le Soutien à la famille et pour la participation des jeunes à des camps de vacances. Le soutien financier permet aux parents de se prévaloir d'un remboursement pour s'offrir du répit, du dépannage ou du gardiennage.

Équipe adultes/santé mentale

L'équipe adultes/santé mentale offre des services de santé mentale et des services psychosociaux à moyen et long terme à une population adulte âgée de plus de 25 ans résidant à Pointe-Saint-Charles, dans le but de maintenir ou d'accroître leur bien-être physique, psychologique, psychique et social.

Le programme en santé mentale adulte de première ligne est destiné aux personnes qui présentent des problématiques de santé mentale graves généralement persistantes ou des problématiques de santé mentale transitoires d'intensité variable ainsi que des dépendances. L'équipe de la Clinique, en collaboration avec l'Hôpital Douglas, offre également des services diagnostiques et de suivi en psychiatrie. L'équipe a également pour mandat d'offrir des soins et services de première ligne en santé et services sociaux

aux adultes de plus de 25 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience intellectuelle (DI).

L'équipe interprofessionnelle est composée d'infirmières, d'intervenant-e-s sociaux, d'un-e psychoéducateur-trice et d'un-e psychologue. Elle travaille en collaboration avec les groupes communautaires du quartier et les autres partenaires du réseau local de services.

La gamme de services offerts sont l'évaluation de la santé mentale et du fonctionnement social, le dépistage des problématiques de santé mentale, le suivi psychosocial et de santé relié au fonctionnement social (traitement, gestion des symptômes), les groupes d'entraide ou d'autogestion, l'orientation et l'accompagnement vers les ressources appropriées, la collaboration avec plusieurs groupes du quartier, les références aux services de deuxième ligne et l'application du programme Soutien à la famille pour les personnes de plus de 25 ans. Le soutien financier permet aux parents de se prévaloir d'un remboursement pour s'offrir du répit, du dépannage ou du gardiennage.

L'équipe agit également à titre de consultant-e-s pour l'ensemble des professionnel-le-s de la Clinique en matière de santé mentale.

Services de sages-femmes

En août 2017, la Clinique a retenu les services d'une sage-femme à titre de responsable des services de sage-femme. Celle-ci a la responsabilité d'implanter les services de sage-femme de la Clinique et de mettre sur pied une maison de naissance à Pointe-Saint-Charles.

Elle est responsable de la planification des ressources humaines et matérielles nécessaires et l'aménagement de locaux temporaires pour offrir éventuellement les premiers services de sages-femmes. Elle est également responsable du processus de gestion de projet pour l'aménagement de la maison de naissances.

Elle a le mandat de conclure des ententes et d'élaborer des procédures de collaboration avec le centre hospitalier de référence, les laboratoires, les services préhospitaliers d'urgence et le département de néonatalogie associé. Elle a aussi pour fonction de développer la programmation des activités de la maison de naissance et d'élaborer la documentation, les procédures, les règles de soins et les politiques reliées aux services de sages-femmes.

Coordination du soutien à domicile

La coordination de l'équipe soutien à domicile œuvre à améliorer et maintenir la santé et le bien-être des personnes résidant à Pointe-Saint-Charles qui sont en perte d'autonomie, temporaire ou permanente, qu'elle soit physique ou mentale, en soutenant leur participation, celle de leurs proches et de la communauté.

Les soins, services et activités du programme Soutien à domicile supportent le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel en visant une qualité de vie et un environnement adéquat le plus longtemps possible selon leurs volontés.

Les secteurs d'activités des soins et services à domicile sont : le soutien à domicile et le soutien à l'autonomie des personnes en perte d'autonomie; les services généraux de courte durée à domicile post-hospitalisation suite à une maladie ou une blessure; la déficience physique (DP), la déficience intellectuelle (DI) et les troubles du spectre de l'autisme (TSA); la santé mentale à domicile; les services d'auxiliaires aux services de santé et sociaux; les soins palliatifs; les soins infirmiers à domicile; les services sociaux à domicile; les services de réadaptation physique à domicile et le prêt d'équipements à domicile pour favoriser l'autonomie.

Les services s'adressent également aux proches aidants de ces personnes qui apportent un soutien significatif, régulier ou occasionnel. Les personnes hébergées dans les ressources de type familial font aussi parties des usager-ère-s suivis par l'équipe.

La coordination du soutien à domicile est responsable de développer, en concertation avec les autres coordinations et conseils professionnels, des approches adaptées aux personnes en perte d'autonomie, aux personnes en fin de vie et aux personnes atteintes de déficits cognitifs. Elle doit mettre en place les continuums de services requis afin de permettre une accessibilité optimale et la prise en charge adéquate des demandes de soutien des personnes vulnérables dans une optique de maintien de l'autonomie.

Les soins et services à domicile offerts par la Clinique préconisent le respect des choix de l'usager-ère, de sa culture, de ses valeurs, de son intégrité et de ses capacités physiques, psychologiques et sociales. Il privilégie une approche de collaboration interprofessionnelle regroupant les professions et métiers suivants : infirmière, intervenant-e social-e, médecin, technicienne en réadaptation, ergothérapeute et auxiliaires aux services de santé et sociaux. Ces intervenant-e-s favorisent la participation et l'implication de l'usager-ère et de ses proches afin de répondre à ses besoins de façon concertée au moyen du plan d'intervention interdisciplinaire.

Le programme de Soutien à domicile prend racine dans la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »⁹³.

La participation citoyenne est au cœur de la mission de la Clinique. En ce sens, l'organisation des services préventifs, curatifs et palliatifs cherche à regrouper les citoyennes et citoyens autour d'une approche globale en santé et services sociaux. L'équipe ne vise pas à se substituer à l'usager-ère ou aux proches aidants, mais plutôt à respecter et à soutenir leur libre choix, étant convaincus que les premiers et premières concerné-e-s sont les mieux placé-e-s pour identifier les services dont ils et elles ont besoin.

⁹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile*, 2003, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351/>> (consulté le 15 février 2018).

Programme de soins palliatifs et de services en fin de vie

Dans le cadre du programme de soins palliatifs offerts par la Clinique, les soins palliatifs visent les personnes souffrant d'une maladie incurable à l'étape préterminale ou terminale de la maladie. L'étape préterminale correspond le plus souvent à une période où la maladie poursuit son évolution alors que les traitements curatifs ne sont plus envisagés. La phase terminale est, pour sa part, associée à une condition clinique souvent instable qui provoque des pertes accélérées d'autonomie.

Les professionnel-le-s de l'équipe du soutien à domicile de la Clinique prodiguent des soins palliatifs de fin de vie à domicile en collaboration avec l'usager-ère et sa famille, dans le respect du projet de fin de vie de la personne et ayant pour objectif de répondre aux besoins particuliers qui évoluent selon l'évolution de la maladie en fin de vie. La Clinique collabore également avec les partenaires de la région, soit les Maisons de soins palliatifs, les centres hospitaliers et les organismes communautaires, selon les besoins exprimés par l'usager-ère en fin de vie et sa famille.

Les soins palliatifs sont destinés à une population de tous âges et de toutes les conditions sociales aux prises avec des maladies incurables secondaires ou des maladies liées au processus de vieillissement, notamment le cancer, l'insuffisance cardiaque, les et les maladies pulmonaires et les maladies neurodégénératives.

COORDINATIONS TRANSVERSALES

Coordination des services administratifs

L'équipe des services administratifs est composée d'un conseiller en ressources humaines, d'une agente de gestion financière, d'une technicienne à la paie et aux comptes payables, d'un technicien aux ressources matérielles et d'une secrétaire aux services administratifs.

Cette équipe fournit le support matériel et informatique nécessaire aux équipes en vue d'offrir des services de santé aux usager-ère-s de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. Cette équipe a la responsabilité de la gestion des finances, de la comptabilité et de la paie, des ressources humaines, incluant le recrutement et l'application des conventions collectives, des ressources immobilières et matérielles comme les assurances, la gestion des bâtiments et des installations, la gestion des équipements, les achats de matériel, l'entretien et l'installation du matériel ergonomique chez les usager-ère-s et du transport, de la santé et de la sécurité au travail et des ressources informatiques.

Conseiller-ère-s-cadres

Les conseillères-cadres ont pour mandat de soutenir l'ensemble des coordinations de la Clinique. Elles relèvent de la coordination générale.

Elles favorisent l'amélioration des pratiques professionnelles. Elles ont également le rôle de promouvoir et de planifier le développement professionnel des intervenant-e-s et d'assurer la surveillance des pratiques professionnelles, de la qualité des soins et services et des activités d'enseignement et de recherche.

Conseillère-cadre aux soins infirmiers / Directrice des soins infirmiers

En tant que directrice des soins infirmiers, elle assume les responsabilités que lui confie la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, particulièrement en matière de surveillance et de contrôle de la qualité des soins et services infirmiers pour l'ensemble de la Clinique⁹⁴. Elle collabore à la surveillance des activités infirmières visées par l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*⁹⁵ et aussi de celles confiées aux auxiliaires aux services de santé et sociaux⁹⁶.

Elle s'assure d'élaborer les règles de soins infirmiers, ordonnances collectives, protocoles ou règles d'utilisation des médicaments; de tenir et mettre à jour un registre des infirmières habilitées à exercer certaines activités visées par la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et de développer les pratiques professionnelles infirmières. Elle veille au bon fonctionnement des comités du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et s'assure que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés à la Clinique.

Elle collabore aussi à la planification et à l'organisation des soins infirmiers pour toutes les équipes de la Clinique (services courants, soutien à domicile, enfance/famille, scolaire, jeunesse, adultes/santé mentale et activités de santé publique). Elle coordonne le développement et les activités de recherche en soins infirmiers touchant la Clinique ainsi que l'évaluation de la qualité des soins infirmiers à la Clinique. Elle est également responsable de la prévention et du contrôle des infections et s'assure des mises à jour appropriées des pratiques à cet effet, en collaboration avec la coordination des services courants (secteur de la salubrité).

En tant que conseillère-cadre aux soins infirmiers, elle assume aussi le rôle et les responsabilités liées à la qualité des soins et les pratiques exemplaires par le soutien et

⁹⁴ LSSSS, art. 207.

⁹⁵ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c. I-8. L'article 36.1 énonce : L'infirmière peut, lorsqu'elle y est habilitée par règlements, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la *Loi médicale* : 1° prescrire des examens diagnostiques; 2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; 3° prescrire des médicaments et d'autres substances; 4° prescrire des traitements médicaux; 5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

⁹⁶ En vertu du *Code des professions*, RLRQ c. C-26. Les articles 39.7 et 39.8 du Code des professions encadrent les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne qui sont requis sur une base durable et nécessaire au maintien de la santé et fournis par une personne agissant dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un CLSC.

la supervision clinique, le suivi des infirmières en difficulté professionnelle, l'évaluation de la compétence, la surveillance des normes de pratique, le soutien à l'organisation du travail, la surveillance de la qualité des plans thérapeutiques infirmiers, la gestion des risques et la prévention des infections.

Elle favorise le développement des compétences professionnelles en assurant un accès à la formation continue, en identifiant les besoins de formation et en organisant des formations pour les infirmières. Elle élabore et implante des outils cliniques, des procédures, des protocoles et des politiques concernant l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles infirmières, incluant la réduction des risques pour la sécurité des usager-e-s, et ce pour la Clinique dans son ensemble. Elle coordonne certains dossiers de santé publique tels que l'immunisation et les maladies infectieuses, la chaleur accablante et les urgences courantes.

Elle collabore au recrutement d'infirmières qualifiées et à l'amélioration de la gestion des ressources matérielles en lien avec les équipements médicaux. Elle coordonne les activités d'enseignement et de stages en sciences infirmières.

Elle développe des programmes pour répondre aux besoins de santé de la population, tels que le suivi des maladies chroniques en collaboration interprofessionnelle, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et les soins et services en fin de vie. Elle s'implique dans différents comités internes de la Clinique : équipe de coordination, comité de vigilance, qualité et gestion des risques, le comité médical stratégique, le comité des stages, le comité de sélection, le comité de formations, le comité des dossiers, le comité des ordonnances collectives, les rencontres professionnelles, le CMDP, et le comité exécutif du CII.

Conseillère-cadre aux activités psychosociales

La conseillère-cadre aux activités psychosociales travaille en étroite collaboration avec toutes les coordinations et équipes de travail. Elle a la responsabilité d'améliorer la qualité et le développement des pratiques psychosociales. Ces responsabilités incluent la planification des activités de formation pour les intervenant-e-s psychosociaux, la supervision clinique des intervenant-e-s psychosociaux et l'animation et la participation à divers comités internes et externes.

Elle met en place des outils d'évaluation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles. Elle soutient les pratiques reliées à l'élaboration de plans d'intervention de qualité et conformément à la *Loi sur la santé et les services sociaux*. Elle peut participer au besoin aux discussions de cas avec les intervenant-e-s.

Elle assure des suivis individuels auprès des intervenant-e-s présentant des difficultés professionnelles. Elle collabore à la sélection et à l'intégration des nouveaux intervenant-e-s psychosociaux. Elle peut être amenée à collaborer à la gestion des listes d'attente, à l'évaluation des charges de cas des intervenant-e-s pour assurer une saine répartition du travail dans les équipes et l'évaluation des demandes de services pour certaines équipes de travail. Elle contribue au suivi des activités de recherche ainsi qu'à

la création, la mise à jour et l'implantation des politiques, procédures et outils pour les coordinations cliniques. Enfin, elle soutient les activités du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CM).

ANNEXE 1 – LISTE DES ACRONYMES

CECII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
CECM	Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CVQGR	Comité de vigilance, qualité et gestion des risques
DI	Déficiência intellectuelle
DP	Déficiência physique
DSI	Direction des soins infirmiers
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LMRSSS	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i> (Loi modifiant le réseau de la santé et des services sociaux)
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MEES	Ministère de l'Enseignement et de l'Éducation supérieure
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OLO	Programme Oeuf, Lait, Orange
RLS	Réseau local de services
RTS	Réseau territorial de services
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
TSA	Troubles du spectre de l'autisme

ANNEXE 2 – RÉFÉRENCES

Lois et règlements

Code des professions, RLRQ, c. C-26.

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, c. O-7.2.

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ, c. P-38.001.

Loi sur la santé publique, RLRQ, c. S-2.2

Loi sur les compagnies, RLRQ, c. C-38.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, c. I-8.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ, c. S-5, r. 5.

Documentation et rapports

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Cadre de référence régional. Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissement et les organismes communautaires* (2015). Approuvé par le conseil d'administration le 30 mars 2015, en ligne : <<https://santemontreal.qc.ca/professionnels/services-et-outils/activites-communautaires/>> (consulté le 11 juillet 2018).

BOUCHARD, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Service social*, 36 (2-3).

BRONFENBRENNER, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6).

CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, *Regards sur la défavorisation en 2011 – Territoire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*, 2016, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2612966>> (consulté le 23 mai 2018).

CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Résultats pour Montréal. État de santé mentale*, 2015, en ligne : <<https://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/portrait-global/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population/>> (consulté le 11 juillet 2018).

CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES. *Code d'éthique, de déontologie et règles de fonctionnement pour le conseil d'administration*. Adopté à la séance du conseil d'administration du 11 mai 2011.

CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES, *Règlements de régie interne*. Modifiés et adoptés à l'assemblée générale spéciale du 17 juin 2015.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Position du Conseil de la santé et du bien-être sur les propositions adoptées dans le cadre du Rendez-vous stratégique sur la santé organisé par l'Institut du Nouveau Monde* (2005), en ligne :

<https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200506_INM_PositionConseil.pdf> (consulté le 26 avril 2018).

IBRAHIMA, M., BLANCHARD, D. et MASSIE, J., DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL, CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL (2017), *Des conditions de vie et de santé de la population du centre local de services communautaire (CLSC) Pointe-Saint-Charles*.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012. Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, 2013, en ligne : <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle.html>> (consulté le 11 juillet 2018).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cartes régionales des réseaux territoriaux de services*. Dernière modification le 31 mai 2016, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001639/>> (consulté le 2 mai 2018).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Règlement sur la régie interne d'un conseil multidisciplinaire d'un établissement de santé et de services sociaux – Projet type*, 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence relatif aux comités des usagers et aux comités de résidents*, 2018, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002052/?&date=DESC&annee=2018&critere=annee>> (consulté le 8 mai 2018).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile*, 2003, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351/>> (consulté le 15 février 2018).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ. *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009, en ligne : <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/> (consulté le 20 février 2018).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, adoptée par la Conférence internationale de la Santé (New York, 1946), entrée en vigueur le 7 avril 1948, en ligne : <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>> (consulté le 23 mai 2018).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Déterminants sociaux de la santé*, en ligne : <http://www.who.int/social_determinants/fr/> (consulté le 20 février 2018).

PAQUIN, C., TABLE DE CONCERTATION COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES. *Portrait statistique de la population du territoire de Pointe-Saint-Charles*, 2018, en ligne : <http://actiongardien.org/sites/actiongardien.org/files/Portrait%20Population%20Pointe-Saint-Charles-recensement%202016_VF_0.pdf> (consulté le 11 juillet 2018).

SUMSION, T et LAW, M. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice, *Canadian journal of occupational therapy* (2006), 73 (3) p. 153–162.

VILLE DE MONTRÉAL. DIRECTION CULTURE, SPORTS, LOISIRS ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL. *Profil sociodémographique de Pointe-Saint-Charles*, 2015, en ligne : http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=7757,141979928&_dad=portal&_schema=PORTAL (consulté le 11 juillet 2018).

ANNEXE 3 – POINTS DE SERVICES DE LA CLINIQUE ET PARTENAIRES

Points de services

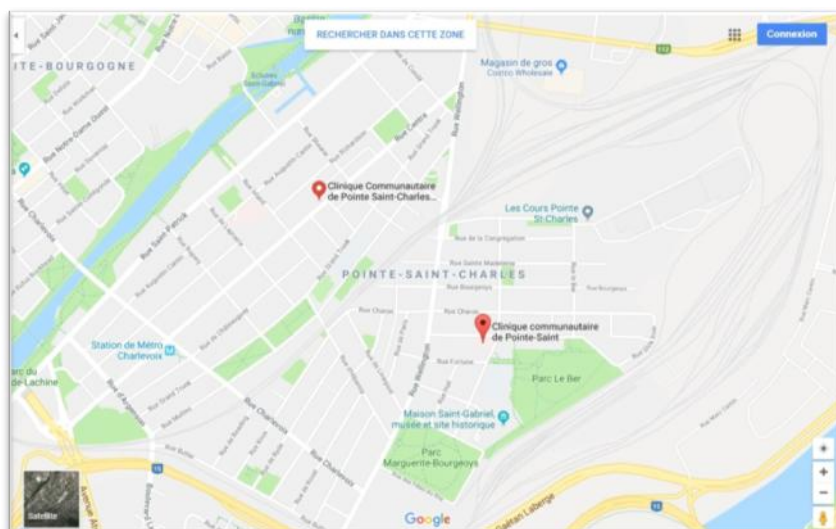
1) Avenue Ash

500, avenue Ash (coin Favard)
Montréal (Québec) H3K 2R4
Téléphone : 514 937-9251
Télécopieur (Fax) : 514 937-3492

2) Rue du Centre

1955, rue du Centre
Montréal (Québec) H3K 1J1
Téléphone : 514 937-9251
Télécopieur (Fax) : 514 937-3492

Figure 5 : Carte illustrant les points de services de la Clinique



Partenaires (liste non exhaustive)

Organismes communautaires de Pointe-Saint-Charles

- Table de concertation communautaire Action-Gardien
- Services juridiques communautaires de Pointe-Saint-Charles et Petite-Bourgogne
- Welfare Rights Committee (WRC)
- Club populaire des consommateurs de Pointe-Saint-Charles
- Regroupement Information Logement (RIL)
- Centre des aînés de Pointe-Saint-Charles
- Regroupement économique et social du Sud-Ouest (RESO)
- Carrefour d'éducation populaire
- Maison Saint Columba

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

- Clinique universitaire de médecine de famille - GMF de Verdun (CUMG-GMF de Verdun)
- Centre d'hébergement Louis-Riel (CHSLD)
- CLSC de Verdun
- CLSC de Saint-Henri
- CLSC de Ville-Émard
- Hôpital de Verdun
- Hôpital Notre-Dame
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

- Institut universitaire en santé mentale Douglas
- Hôpital de LaSalle