

**Rapport annuel de gestion  
et rapport annuel sur l'application de la  
procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la  
qualité des services 2017-2018**

**Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles  
ccpsc.qc.ca**





## Table des matières

Message du président du conseil d'administration et du coordonnateur général .....	5
Déclaration de fiabilité des données .....	8
Rapport de la Coordination générale .....	9
Historique de la Clinique .....	10
Mission, valeurs et philosophie de gestion.....	14
Le capital humain de la Clinique – nos employé-e-s, du personnel engagé et mobilisé pour la santé et le bien-être des usager-ère-s .....	17
Portrait de la population de Pointe-Saint-Charles .....	19
Sommaire des services offerts à la Clinique .....	22
Organigramme .....	24
Bilan des priorités annuelles .....	25
Revue des activités des équipes.....	30
Équipe Services courants, Accueil et Archives .....	30
Équipe Adultes–Santé mentale .....	31
Équipe Enfance-Famille .....	32
Équipe Jeunesse.....	33
Équipe Scolaire .....	35
Équipe de Soutien à domicile.....	36
Direction des soins infirmiers / Conseillère-cadre en soins infirmiers.....	38
Équipe de Planification et de développement communautaire.....	40
Équipe des Communications.....	41
Équipe des Services administratifs .....	42
Le Conseil d'administration .....	45
Faits saillants du conseil d'administration.....	45
Les comités du conseil d'administration.....	47
Comité de lutte en santé .....	47
Comité de vigilance, qualité et gestion des risques.....	47
Comité de vérification.....	49

Comité sur les ententes de services .....	50
Comité des membres .....	50
Comité de sélection.....	51
Comité de négociation des conventions collectives .....	51
Comité d'actualisation de la convention de financement.....	51
Conseil des infirmières et infirmiers .....	53
Conseil multidisciplinaire.....	55
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens .....	57
Comité médical stratégique.....	58
Comité des usagers .....	58
États financiers et analyse des résultats des opérations.....	59
Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs .....	62
Annexe 2 : Rapport annuel du processus de plaintes et d'amélioration de la qualité.....	66
Annexe 3 : Rapport statistique .....	75
Explications des variations .....	76

## MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COORDONNATEUR GÉNÉRAL

---

Montréal, le 28 juin 2018,

Fondée en 1968, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est un organisme à but non lucratif (OBNL), qui est mandataire des services de première ligne, mission CLSC, pour le quartier de Pointe-Saint-Charles à Montréal. De par ce mandat, la Clinique reçoit son financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour dispenser ses services et organiser ses activités.

Fidèle à ses orientations et assumant ses responsabilités contractuelles envers le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Clinique communautaire est fière de ses réalisations 2017-2018, dont plus particulièrement :

### **Qualité et développement des services :**

- Assumer le suivi du dossier pour l'implantation de services sage-femme et du projet de maison de naissance. Une responsable des services sage-femme est entrée en fonction en 2018;
- Analyser les besoins de la population du quartier en matière de soins de fin de vie et rédiger un rapport « Soins de fin de vie à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles » (par le comité sur l'évaluation de la pertinence de mettre sur pied une ressource pour les soins de fin de vie);
- Superviser la mise sur pied du comité des usagers, qui a tenu son assemblée de fondation le 30 novembre 2017;
- Recruter une nouvelle médecin dans l'équipe dont l'arrivée se fera en juillet 2018. De plus, les services médicaux ont vus 245 usager-ère-s de plus que l'an dernier (augmentation de 11,7%);
- Offrir un groupe thérapeutique sur l'anxiété, un groupe Acti-marche et un groupe sur la gestion de la colère (équipe Adultes–Santé mentale);
- Présenter un protocole d'intervention pour les élèves ayant le diabète au personnel d'une école du quartier (équipe Scolaire);
- Intégrer un service d'ergothérapeute en Enfance-Famille à raison d'une journée par semaine;
- La Clinique s'est engagée dans une nouvelle démarche d'accréditation pour la qualité des services : *Initiative des amis des bébés* (IAB) (équipe Enfance-Famille);

- La Clinique a augmenté son offre de services dans divers secteurs : Augmentation de 18% du nombre de jeunes suivis dans le programme Jeunes en difficultés; augmentation de 17% d'usager-ère-s vus au soutien à domicile; augmentation de 6,5% du nombre d'usager-ère-s vus en soins infirmiers courants; augmentation de 7,6% du nombre d'usager-ère-s vus en santé parentale et infantile.

#### **Implication des membres et visibilité de la Clinique :**

- Adopter et assurer le suivi du plan de travail du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique qui a été revu en février 2018. Le comité organisateur du 50<sup>e</sup> anniversaire a réalisé une soirée retrouvailles réunissant une centaine d'anciens employé-e-s;
- La Clinique a dénoncé certaines pratiques de facturation en clinique médicale suite à l'abolition des frais accessoires. Elle a dévoilé deux rapports : « Analyse préliminaire des données quantitatives du registre de surveillance des frais accessoires » et « Enquête sur l'affichage de la tarification dans les clinique médicales publiques à gestion privée »;
- Proposer à l'arrondissement un panneau routier « CLSC » personnalisé pour la Clinique.

#### **Organisation du travail :**

- Améliorer le soutien administratif aux médecins de la Clinique par l'embauche d'une secrétaire;
- Améliorer l'organisation du travail en hygiène et salubrité;
- Les infirmières ont obtenu en grand nombre leur droit de prescrire. Celles qui n'ont pas le droit de prescrire ont accès à un grand nombre d'ordonnances collectives qui leur confère une grande autonomie professionnelle. Au total, 50 ordonnances collectives et protocoles et 10 règles de soins sont disponibles pour les infirmières;
- Créer de divers outils pour soutenir les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) du soutien à domicile dans leur accueil, leur intégration et leur organisation du travail;
- Superviser l'appel d'offre et assumer la prise de décision pour le remplacement du minibus de la Clinique;
- Assurer une présence d'un travailleur social lors des sans rendez-vous infirmiers en Jeunesse;
- Mettre à jour les cadres de référence clinique de la majorité des équipes;
- Adopter un plan de signalisation interne.

#### **Encadrement du personnel et finances :**

- Prendre connaissance, analyser et prendre position sur la proposition de convention de financement du MSSS reçue en mars 2018, et adopter une contre-proposition de convention de financement, sous recommandation du comité pour le renouvellement de la convention de financement;
- Superviser les négociations pour le renouvellement des conventions collectives (par le comité de négociation du CA);
- Adopter une politique d'environnement sans fumée;

- Optimiser la gestion financière à la Clinique et résorber le déficit accumulé.

**Soutien communautaire et solidarité de quartier :**

- Mener une réflexion et adopter une proposition d'orientation du comité de lutte en santé pour organiser une campagne publique pour l'inclusion des soins dentaires dans les soins de santé publics;
- Collaborer avec les organismes du quartier pour réaliser le Programme Entour'âge (repérage de la perte d'autonomie), le Programme PIED (prévention des chutes) et le groupe de support pour les proches-aidants d'aînés (équipe Soutien à domicile);
- La Clinique s'est impliquée dans le comité de quartier en santé mentale et a participé à un groupe « Espace de partage » (équipe Adultes-Santé mentale);
- Collaborer avec *Familles en action* pour l'offre de services « Club bébé » (équipe Enfance-Famille);
- La Clinique a participé au comité Ado de la Table de quartier Action-Gardien.

C'est donc avec le sentiment de fierté ainsi que de fidélité à nos valeurs et à notre mission que nous vous présentons notre rapport annuel de gestion 2017-2018.



**Denis Charron**  
Président du Conseil d'administration



**Luc Leblanc**  
Coordonnateur général

## DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

---

Montréal, le 28 juin 2018,

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.



Luc Leblanc, Coordonnateur général

## RAPPORT DE LA COORDINATION GÉNÉRALE

---

Montréal, le 28 juin 2018,

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

Les renseignements financiers contenus dans le rapport annuel de gestion concordent avec l'information fournie dans les états financiers.

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

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

Le conseil d'administration surveille la façon dont la coordination générale s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la coordination et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

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



Luc Leblanc, Coordonnateur général

## HISTORIQUE DE LA CLINIQUE

---

### 50 ANS DE SOLIDARITÉ EN SANTÉ : UNE FIERTÉ POUR LE QUARTIER !

#### Les premiers occupants du quartier

Avant la venue des Européens et jusqu'au 19<sup>e</sup> siècle, certains historiens affirment que les 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 continué d'y pratiquer la chasse et la pêche de façon saisonnière même après l'installation des fermes des communautés religieuses à Pointe-Saint-Charles. 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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

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 demeuré 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 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, 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 (RIL) et le Regroupement pour la relance économique du Sud-Ouest (RÉSO). 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 leur conditions de santé.

La Clinique est ainsi devenue la première clinique communautaire établie dans un quartier populaire au Québec, dans laquelle on pratiquait la médecine familiale et où les résident-e-s 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 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, le mode 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 Clinique<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> 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° 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.

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 Agence régionales de la santé et services sociaux et, surtout, a fusionné de multiples établissements de santé (CHSLD, CLSC, CH) au sein d'un même établissement, les Centres de santé et services sociaux (CSSS). Les CLSC sont disparu à titre d'établissements et d'entités juridiques distinctes et sont passées 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 santé 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<sup>er</sup> avril 2015, le gouvernement libéral a poursuivi la voie des fusions en abolissant les Agences régionales et en fusionnant les CSSS pour créer des mégastuctures, 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 22 sont des Centre intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centre 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 30% des résident-e-s du quartier Pointe-Saint-Charles.

## MISSION, VALEURS ET PHILOSOPHIE DE GESTION

---

### **Un projet de santé communautaire – toujours nécessaire, toujours pertinent**

Malgré les divers bouleversements et remises en question de notre système de santé public, les fusions d'établissements et les restructurations de programmes, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est toujours des plus actives après 50 années d'existence. La Clinique, qui a servi de modèle à l'implantation du réseau de CLSC au Québec au début des années 70, s'acquitte toujours des services curatifs, de promotion et de prévention liés à cette mission en 2018. Refusant la standardisation et la diminution des services offerts à la population, notamment à celle de Pointe-Saint-Charles, la Clinique revendique encore fièrement son statut communautaire, son approche citoyenne de la santé et son modèle d'organisation. Sa capacité à intervenir tout en demeurant connectée aux besoins de la population du quartier contribue concrètement et quotidiennement à l'amélioration des conditions de vie des citoyens et citoyennes de Pointe-Saint-Charles.

### **Notre mission**

La mission de la Clinique est d'organiser des services préventifs et curatifs et de regrouper les citoyens et citoyennes autour des enjeux de santé afin d'améliorer leurs conditions de vie à court et à long terme. Ce sont les citoyen-ne-s qui décident des orientations de la Clinique et qui s'assurent que celles-ci répondent 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 !

### **Nos valeurs**

À la Clinique, tout est mis en œuvre pour que chaque personne y trouve le respect de ses valeurs, de sa dignité et de son autonomie. C'est dans un respect mutuel que les citoyen-ne-s et employé-e-s collaborent pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins exprimés. Être à l'écoute de la population, c'est être convaincu que les premiers et premières concerné-e-s sont les mieux placé-e-s pour identifier les besoins et les services dont ils et elles ont besoin. La Clinique favorise ainsi l'éducation et la prise en charge par les individus de leurs problèmes individuels et collectifs, dans une perspective d'empowerment et de solidarité de la communauté. En ce sens, la Clinique travaille aussi à démystifier le statut des professionnel-le-s par un partage du pouvoir et du savoir entre les intervenant-e-s de la santé et les gens du quartier. Cette approche permet aux citoyennes et citoyens de consolider leur pouvoir individuel et collectif sur leur santé et sur celle de leur communauté.

### **La gestion citoyenne**

La gestion citoyenne démocratique a été, à travers les années, garante du succès des interventions de la Clinique. La littérature sociologique en santé fait abondamment référence à

l'importance fondamentale de la participation de la population pour favoriser la prise en charge de leur condition de vie et de santé :

« 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. »<sup>2</sup>

L'assemblée générale décisionnelle composée des membres de la Clinique, ainsi que le conseil d'administration élu, imputable et composé majoritairement de citoyen-ne-s, est une structure démocratique assurant une représentation des intérêts et des besoins de la population. De plus, par leur implication au sein des différents comités de travail, les citoyen-ne-s s'engagent bénévolement et solidairement à faire en sorte que leur Clinique réponde à leurs besoins. Ainsi, tout en respectant les priorités déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les citoyen-ne-s adoptent leurs propres priorités en assemblée générale.

### **La gestion participative**

La Clinique s'est dotée d'une philosophie de gestion participative afin de guider les administrateurs et administratrices, les gestionnaires et le personnel dans cette approche de gestion. Pour la Clinique, il est important que l'on tienne compte de l'expertise des employé-e-s qui dispensent les services, côtoient les usagers et usagères au quotidien et supportent l'organisation. Il est de tradition à la Clinique d'associer les employé-e-s à différents comités de travail et aux décisions qui concernent l'organisation de leur travail.

### **Une alliance entre citoyen-ne-s, conseil d'administration, employé-e-s et coordination**

Le succès de l'intervention de la Clinique repose sur une alliance et une communication ouverte entre les citoyen-ne-s, les employé-e-s et la direction (conseil d'administration et coordination générale). Cette alliance se distingue du modèle hiérarchique où les citoyen-ne-s sont davantage exclus des prises de décision, où la direction n'a qu'un pouvoir exécutif et où les employé-e-s sont des exécutant-e-s. Dans le respect des domaines de compétence et d'imputabilité respectifs des différents lieux décisionnels, la Clinique favorise ainsi une décentralisation du pouvoir en mettant l'ensemble des acteurs et actrices à contribution.

### **Une approche globale de la santé**

La Clinique communautaire fait sienne la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie. Le projet de santé de la Clinique

---

<sup>2</sup> 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](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200506_INM_PositionConseil.pdf)> (consulté le 26 avril 2018).

repose sur une vision sociale de la santé et du bien-être, vision qui comprend l'intervention préventive sur les déterminants sociaux de la santé comme l'éducation, l'environnement social et physique, le revenu et la condition sociale, plutôt que sur une vision strictement médicale et curative de la maladie.

Les problématiques psychosociales ont d'importantes répercussions sur la vie des citoyen-ne-s. Elles sont liés à des conditions socio-économiques difficiles contre lesquelles la Clinique se donne le mandat d'intervenir. Dans cette perspective, la Clinique intervient non seulement auprès des usager-ère-s, mais également, autant que possible, dans le réseau social de ceux-ci et celles-ci en collaboration et en solidarité avec les ressources communautaires du milieu.

### **Une clinique enracinée dans son quartier**

Depuis 50 ans, la Clinique travaille de près avec les citoyen-ne-s et les organismes du quartier pour regrouper les gens, défendre leurs droits et trouver des solutions à leurs problèmes individuels et collectifs. Au fil de son histoire, la Clinique a contribué de plus à la mise en place de plusieurs ressources communautaires qui agissent directement sur les déterminants sociaux de la santé.

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

### **Un fonds social et de dépannage pour les plus démunis**

La lutte pour le maintien du statut de la Clinique dans le réseau de la santé et des services sociaux est depuis toujours motivée par la volonté des citoyen-ne-s de défendre et préserver la mission et les valeurs de la Clinique. La Clinique est aussi 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).

## LE CAPITAL HUMAIN DE LA CLINIQUE – NOS EMPLOYÉ-E-S, DU PERSONNEL ENGAGÉ ET MOBILISÉ POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES USAGER-ÈRE-S

---

La mission de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de la population. Réaliser cette mission ne peut se faire sans l'engagement et l'expertise du personnel, réparti ainsi :

- 124 employé-e-s
- 8 médecins de famille

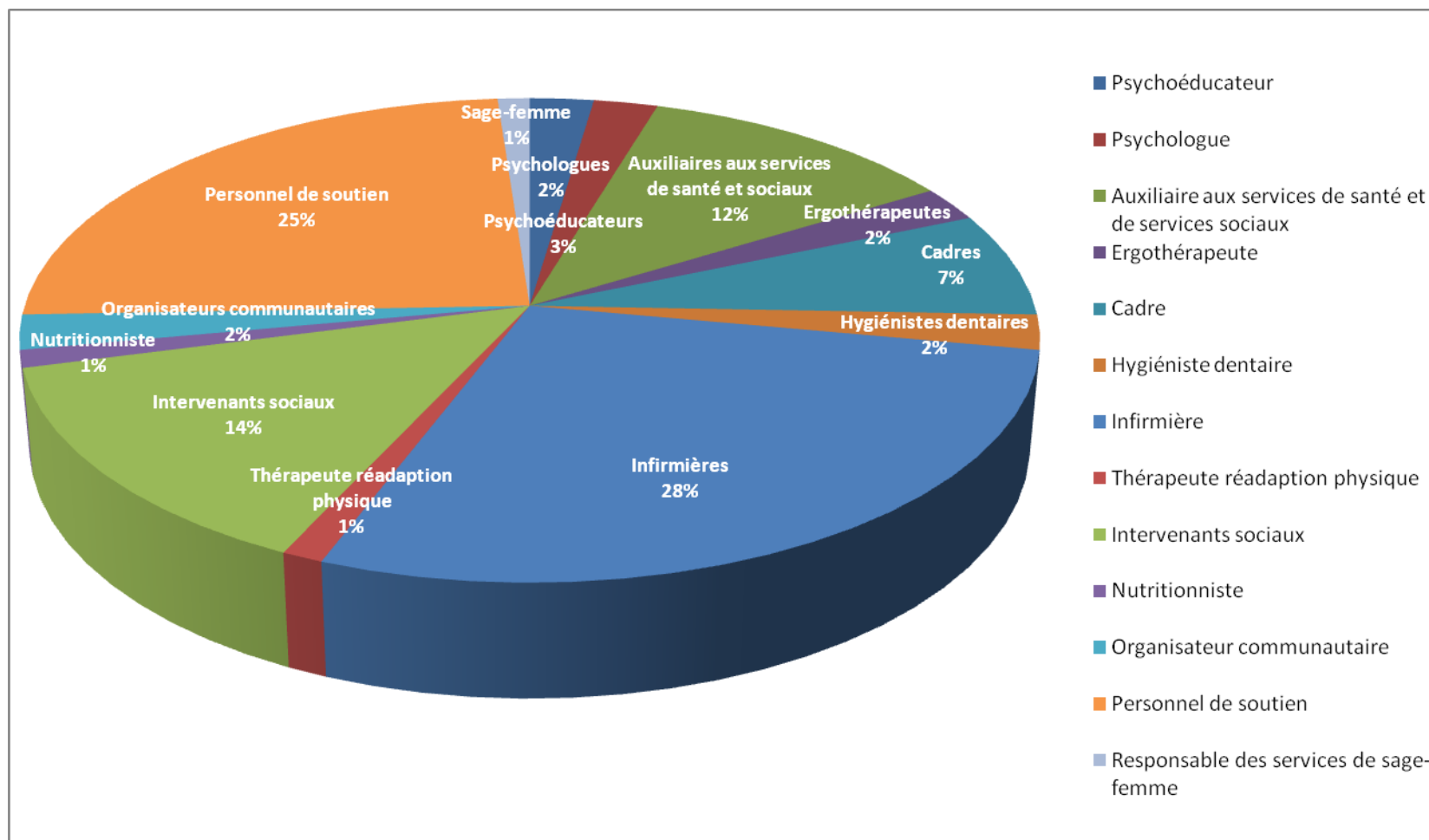
Tableau 1 : Capital humain de la Clinique

Effectifs au 31 mars	Exercice 2016-2017	Exercice 2017-2018
<b>Cadres</b>		
TC	6	6
TP	0	0
<b>Employé-e-s</b>		
TC	71	64
TP	16	15
<b>Occasionnels</b>		
ETC (a)	23	21

TC : Temps complet TP : Temps partiel

(a) L'équivalence temps complet (ETC) se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures.

Figure 1 : Répartition de nombre d'intervenants par titre d'emploi au 31 mars 2018



## PORTRAIT DE LA POPULATION DE POINTE-SAINT-CHARLES

---

Les besoins de la population varient selon ses caractéristiques sociales et économiques et sont à la base des diverses demandes de soins et services. La présentation du portrait socio-sanitaire du territoire de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles<sup>3</sup> 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, selon le recensement de Statistique Canada, la population totale desservie par la Clinique était de 14 915 personnes. En 2016, les immigrant-e-s 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 personnes de 25 à 39 ans, qui comptent pour 31,8% de la population, comparativement à 23,3% dans la région de Montréal. Il y a eu 195 naissances en 2017 comparativement à 185 naissances en 2016 (augmentation de 5,4%). La part des personnes âgées de 65 ans et plus augmente dans le temps, soit une augmentation de 16,4% en cinq ans, mais demeure plus faible que dans la région de Montréal (10,9% comparativement à 16,7%).

#### *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, contre un tiers dans la région de Montréal en 2016 (46,2% contre 32,5%).

#### *Décrochage scolaire*

Selon les données 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 en 2012-2013, contre un jeune sur cinq (20%) dans la région de Montréal (MEES, 2013).

---

<sup>3</sup> 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 (ENM) de 2011 de Statistique Canada, les projections démographiques 1996-2036 réalisées par l'ISQ, les données SISMACQ et MED-ÉCHO 2014-2015 traitées dans l'infocentre de santé publique. Les données sur le décrochage proviennent du MEES.

### *Le niveau de faible revenu*

En 2016, près de trois personnes sur dix vivent sous le seuil du faible revenu (après impôt) dans le territoire de la Clinique, contre moins du quart de la population montréalaise (28,6% contre 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 retrouvée dans la région de Montréal (43,5% contre 20,9%).

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 résident-e-s 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.

### **Déterminants sociaux de la santé de la population**

Selon les résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants de maternelle (EQDEM 2012), près de quatre enfants sur dix (40%) sont vulnérables dans au moins un domaine de développement dans le territoire de la Clinique. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle du reste de Montréal (Infocentre, EQDEM, 2012). Les résultats de l'enquête TOPO 2012 montrent que la Clinique ne diffère pas significativement du reste de Montréal concernant certaines habitudes de vie pour lesquelles les données sont disponibles (TOPO, 2012). De même, la Clinique ne diffère pas significativement du reste de Montréal en ce qui concerne l'utilisation de certains services de santé préventifs.

### **Autres facteurs de risque et de protection**

Les résultats de l'enquête TOPO 2012 indiquent que plus de quatre personnes sur dix (40%) de 15 ans et plus éprouvent un stress quotidien élevé dans la population de Pointe-Saint-Charles, contre trois sur dix (30%) dans la région de Montréal.

Dans les facteurs de protection, on remarque que 17,3% des résident-e-s du secteur utilise le transport actif pour se rendre au travail (marche ou vélo) contre 11,7% dans la région de Montréal.

### **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 de la population de 15 ans et plus souffrait d'au moins une maladie chronique dans le territoire de la Clinique. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle de la région de Montréal.

Toutefois, la situation varie selon la maladie chronique. Ainsi, selon les données SISMACQ en 2014-2015, près d'un dixième (10%) de la population de 20 ans et plus de Pointe-Saint-Charles souffre de diabète; une proportion inférieure à celle de la région de Montréal. Un peu plus d'un dixième (10%) de la population de 35 ans et plus souffre de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), une proportion supérieure à celle du reste de Montréal (TOPO, 2012; SISMACQ, 2015).

### *Maladie mentale*

La proportion de la population de 18 à 64 ans souffrant de problématiques de santé mentale est plus élevée que la moyenne montréalaise.

## **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 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 la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles présente peu de différences significatives avec la région de Montréal pour certains indicateurs de santé.

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

Ces conclusions montrent la nécessité de continuer à améliorer les programmes de promotion et de prévention sur les saines habitudes de vie de la population, l'intervention sur les MPOC, les problématiques de santé mentale, le stress et l'anxiété. Les programmes de la Clinique doivent agir sur les déterminants sociaux de la réussite scolaire chez les jeunes, l'accès à l'emploi chez les adultes, l'isolement chez les aînés et les habitudes de vie de la population en général, tant sur le plan individuel qu'environnemental.

## SOMMAIRE DES SERVICES OFFERTS À LA CLINIQUE

---

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles 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 perte d'autonomie et des personnes vivant une difficulté liée à la santé mentale ou la dépendance, par des interventions individuelles, de groupe ou collectives.

De par un lien étroit de partenariat et de solidarité avec les organismes du quartier, la Clinique initie, collabore et appuie des activités communautaires visant les déterminants sociaux de la santé, ce qui fait de la Clinique un acteur incontournable pour améliorer les conditions de vie des citoyennes et des citoyens de Pointe-Saint-Charles.

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

- 500, AVENUE ASH, MONTRÉAL
- 1955, RUE DU CENTRE, MONTRÉAL

### Des services généraux pour tous et toutes

- Consulter une infirmière au sans rendez-vous (préoccupation par rapport à votre santé, hypertension, injection, contraception, diabète, etc.);
- Consulter un intervenant social au sans rendez-vous (situation difficile, problème de santé mentale vécu par vous ou par un proche, etc.);
- Consulter un médecin au sans rendez-vous;
- Suivi par un médecin de famille et par des professionnels de la santé (soins infirmiers, travail social);
- Santé sexuelle et santé des femmes (éducation, contraception, contraception d'urgence, examen gynécologique, PAP test, dépistage ITSS, test de grossesse);
- Prélèvement et prise de sang pour examen diagnostique (sur rendez-vous);
- Services en santé mentale (diagnostic, suivi multidisciplinaire à moyen ou long terme);
- Vaccination;
- Soutien aux personnes aux prises avec des dépendances;
- Échange de seringues;
- Soutien aux personnes atteintes de déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme et à leur famille;
- Orientation et référence vers des ressources.

### **Des services pour femmes enceintes, enfants, parents et familles**

- Cours prénataux;
- Suivi de grossesse;
- Rencontres en nutrition pour jeunes femmes enceintes;
- Soutien pour femmes enceintes n'ayant pas complété leur secondaire ou vivant dans un contexte de pauvreté (programme SIPPE);
- Aide alimentaire pour femmes enceintes (programme OLO);
- Suivi médical et infirmier des enfants de 0-5 ans (suivi, dépistage et prise en charge de problème de développement, vaccination, soutien à l'allaitement);
- Groupe de soutien aux nouveaux pères;
- Ateliers de stimulation, de jeux et de partage pour les 0-9 mois (Club bébé);
- Halte-allaitement;
- Suivi psychosocial;
- Suivi en nutrition, en orthophonie, (0-5 ans), en psychologie et en psychoéducation (sur référence, après évaluation d'un professionnel);
- Soutien aux parents, enfants et familles vivant des difficultés ou des problèmes liés à la santé mentale (dépression, anxiété, etc.) et familles d'enfants en situation de handicap.

### **Des services en milieu scolaire**

- Suivis par des hygiénistes dentaires, infirmières et intervenants sociaux dans les écoles du quartier;
- Consultations sans rendez-vous et suivis (problèmes de santé courants, santé sexuelle, dépistage ITSS, drogues et dépendances, relations difficiles, etc.);
- Suivi médical.

### **Des services de soutien à domicile pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer et les proches-aidants**

- Soins médicaux, infirmiers, en ergothérapie, en soutien psychosocial, aide à domicile, accès à des équipements, évaluation pour l'adaptation de domicile;
- Soins et services en fin de vie;
- Répit pour proches-aidants;
- Exercices de prévention des chutes pour les aînés-e-s (programme PIED).

### **Des services de transport**

- Service de transport (sous certaines conditions).

# ORGANIGRAMME

## Organigramme

au 15/05/2018

### COMITÉS SOUS LA RESPONSABILITÉ DU CA :

Comité de lutte en santé • Comité de vigilance/qualité et de gestion des risques • Comité de gouvernance, éthique et amélioration continue • Comité de vérification • Comité sur les ententes de services • Comité des membres • Comité d'évaluation de l'appréciation du coordonnateur général • Comité administratif de négociation • Comité d'actualisation de la convention de financement • Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

### COMITÉS EN SOUTIEN AU CA:

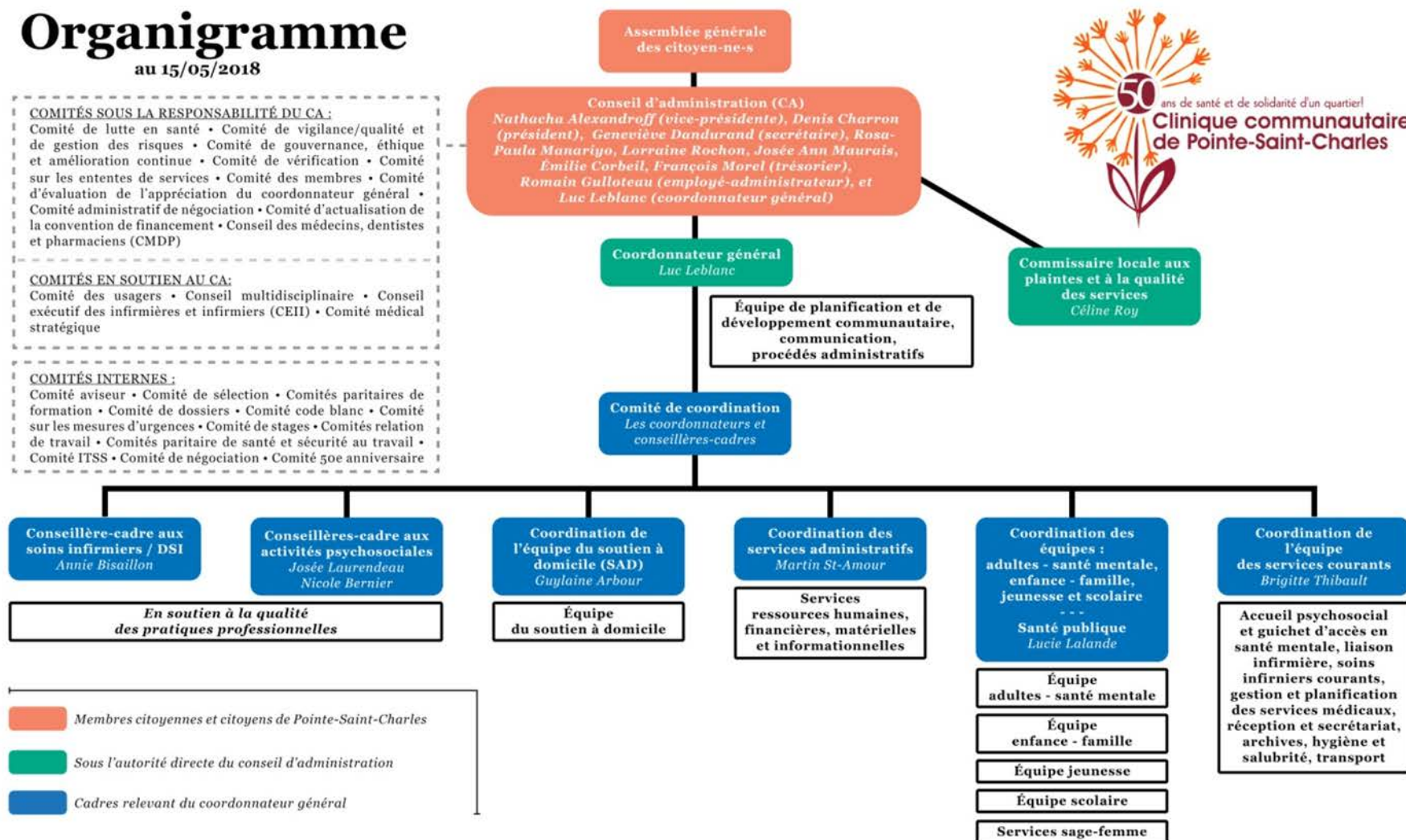
Comité des usagers • Conseil multidisciplinaire • Conseil exécutif des infirmières et infirmiers (CEII) • Comité médical stratégique

### 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 de négociation • Comité 50e anniversaire



Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles



## BILAN DES PRIORITÉS ANNUELLES

---

**Priorité 1 : Finaliser l'organisation des activités prévues pour le 50<sup>e</sup> anniversaire et s'assurer que soit mis en valeur le projet social et politique particulier de la Clinique à travers celles-ci.**

Malgré des délais importants dans l'échéancier initial, l'organisation des activités du 50<sup>e</sup> anniversaire a été remise sur les rails cette année. C'est une organisatrice communautaire qui assume désormais la coordination du projet depuis la mi-décembre 2017. L'échéancier initial a été revu et déplacé dans le temps. L'essentiel des activités du 50<sup>e</sup> anniversaire se déroulera de l'assemblée générale de juin 2018 à l'assemblée générale de juin 2019.

Nous avons cette année :

- Réalisé un plan de communication et adopté une signature graphique et un logo qui chapeauteront visuellement toutes les communications de la Clinique et les activités durant l'année des festivités;
- Déterminé les activités qui seront priorisées, identifié leurs responsables et mis sur pied les comités de travail pour les réaliser;
- Organisé avec succès une soirée retrouvailles d'anciens employé-e-s le 8 novembre 2017. Une centaine de personnes qui ont contribué au développement de la Clinique à travers les cinq décennies de son histoire étaient présentes dans une joyeuse atmosphère de fête et de solidarité.

Les balises pour l'organisation du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique ont été présentées et adoptées par le CA :

- Objectif spécifique de mobilisation : Mettre à contribution, par des témoignages ou par une implication militante ou financière à l'organisation de la programmation, les comités citoyen-ne-s de la Clinique, les employé-e-s, les organismes communautaires du quartier, les partenaires, les alliés et les sympathisant-e-s.
- Objectif spécifique de consolidation du rapport de force de la Clinique : Mettre de l'avant nos succès, accroître notre crédibilité et démontrer la pertinence de notre organisation dans le quartier, dans les médias et auprès des décideurs.
- Objectif spécifique de visibilité et de promotion des approches de la Clinique : Promouvoir notre différence, accroître notre visibilité et susciter l'adhésion à travers une programmation d'une durée d'un an, nos outils de communication et des publications spécifiques au 50<sup>e</sup> anniversaire.

Les objectifs et moyens mis en œuvre sont inscrits au plan de communication du 50<sup>e</sup> anniversaire. Un comité d'organisation porte la vision de l'ensemble des chantiers et des projets et en assure la cohérence. Il fait le lien avec le CA et le comité de coordination. Un échéancier et une première

version de la programmation a été présentée au CA le 7 février 2018. Les grandes lignes d'une stratégie d'autofinancement ont aussi été présentées. Pour un objectif financier préliminaire d'autour de 22 000\$, il y aura sollicitation d'individus, d'institutions publiques et d'élu-e-s, d'organismes et de regroupements, d'entreprises, de partenaires, de fournisseurs et de fondations publiques et privées.

Il y aura aussi des possibilités d'autofinancement à même certaines activités, par exemple la possibilité de commandites pour l'album photo et la vente d'alcool lors des événements en soirée. La sollicitation s'appuiera sur les critères et des principes identifiés par le comité de vérification dans le cadre de sa réflexion sur le fonds social.

Suite à une présentation, le CA a adopté le plan général de l'organisation du 50<sup>e</sup> anniversaire à sa séance du 7 février 2018.

**Priorité 2 : Tout en gardant le cap sur la mission, le mandat, les orientations sociales et politiques de la Clinique, mener une réflexion pour revoir l'organisation et l'offre de services en fonction de l'évolution des besoins de la population du quartier, d'une approche critique du contexte de réorganisation du réseau de la santé et des ressources disponibles.**

La première partie du plan de travail concernant cette priorité a été réalisée, à savoir dresser un portrait de l'organisation actuelle des services de la Clinique, dans un document intitulé Plan d'organisation de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

La seconde partie qui était de mener une réflexion pour revoir l'offre de services en fonction de l'évolution des besoins de la population du quartier, d'une approche critique du contexte de réorganisation du réseau de la santé et des ressources disponibles, s'est avéré un projet trop ambitieux et irréaliste dans un contexte où nous avons dû consacrer beaucoup plus de ressources et de temps aux négociations pour le renouvellement des conventions collectives et la convention de financement de la Clinique, notamment. Nous nous sommes de plus engagés avec les deux syndicats de la Clinique à d'abord conclure les conventions collectives avant d'aborder la question de l'évaluation globale de l'offre de services de la Clinique. Ces négociations sont toujours en cours.

Le plan d'organisation présente un historique du quartier et de la Clinique, un portrait sociodémographique et socio-sanitaire de la population du quartier selon les données les plus récentes, les approches d'interventions privilégiées, un descriptif des cadres de références et de l'organisation des équipes, un portrait du partage des rôles et responsabilités dans la structure décisionnelle et organisationnelle, les rôles et mandats des conseil professionnels, de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que des comités du conseil d'administration.

Ce document servira de base pour mener la prochaine étape qui consiste à faire l'analyse et l'évaluation des services offerts par la Clinique, priorité qui est proposée pour 2018-2019.

Nous souhaitons que cette évaluation de l'organisation des services de la Clinique permette de mettre en évidence les pratiques, services et activités qui distinguent la Clinique des autres établissements du réseau public en 2018. Ce sera là une autre occasion d'affirmer la pertinence et la réussite du projet de la Clinique après 50 ans de santé et de solidarité dans le quartier Pointe-Saint-Charles.

**Priorité 3 : Mettre en place et souligner de façon publique l'inauguration des services de sages-femmes à la Clinique comme première étape de la mise sur pied de la maison de naissance.**

La sage-femme responsable des services sage-femme, Mme Claudia Faille, a été embauchée à l'automne 2017. Pour des raisons de santé, celle-ci n'a pu débiter son travail qu'en mars 2018. Un comité interne de gestion du projet a été mis sur pied. Dans un premier temps, une évaluation a été faite des travaux et activités à réaliser pour la mise en place des premiers services sage-femme à la Clinique. Ces travaux auront un impact et une portée plus importante que nous l'avions prévu.

Avant la réalisation du projet de maison de naissances, nous devons implanter graduellement des services sage-femme à même les locaux actuels de la Clinique. Au terme de cette première étape transitoire, nous devrions avoir mis sur pied trois équipes de deux sages-femmes chacune assistées d'une adjointe administrative qui s'ajouteraient à la responsable sage-femme déjà en poste. Donc des bureaux et locaux pour 8 personnes, sans compter les aides à la naissance. Pour y arriver, nous devons donc entreprendre des travaux de rénovation, d'aménagement et d'installation de moyenne envergure dans notre bâtiment de la rue du Centre au cours des prochains mois.

Même si nous évaluons pour le moment qu'il est encore possible d'améliorer l'utilisation de nos espaces actuels, la Clinique a atteint un certain niveau critique d'occupation et devra aussi mener une réflexion à ce sujet pour assurer son avenir.

Parallèlement à l'implantation des services sage-femme, le conseil d'administration et le comité de coordination verront à se doter d'un plan de travail pour réaliser le processus de mise sur pied d'une maison de naissance à Pointe-Saint-Charles au cours de la prochaine année.

**Priorité 4 : Assurer le maintien du statut particulier de la Clinique dans le réseau de la santé par la signature d'une convention de financement et de collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le CIUSSS du Centre-Sud.**

Ce bilan est le même que celui du comité pour le renouvellement de la convention de financement (voir p. 50).

### **Priorité 5 : Réaliser les négociations des conventions collectives et contrats des cadres de la Clinique.**

Comme planifié, la Clinique a entamé les travaux de négociation pour le renouvellement des conventions collectives avec les deux syndicats en place à l'automne 2017. Le conseil d'administration a mis sur pied un comité de négociation et lui a donné un mandat et des objectifs de négociation. Ce comité de négociation du CA s'assure du suivi de l'avancement des négociations et fait rapport de façon régulière au CA. À terme, c'est le conseil d'administration qui ratifiera les conventions collectives et les contrats des cadres.

À cet effet, le conseil d'administration a adopté des orientations et priorités de négociation sous recommandation de son comité de négociation.

19 rencontres de négociation ont eu lieu avec les deux syndicats en place depuis octobre 2017, 11 rencontres avec l'APTS et 8 rencontres avec la CSN. Comme il se doit, chacune de ces rencontres a exigé un temps préparatoire équivalent.

Les discussions ont progressé à leur rythme et le conseil d'administration compte déposer une offre globale (salariale et normative) aux deux syndicats avant les vacances estivales 2018.

### **Priorité 6 : Que le CA convienne d'une procédure démocratique pour finaliser la mise en place du comité des usagers.**

Après plusieurs mois de travail, de rencontres et de discussions au CA, une première assemblée pour l'élection et la mise en place d'un comité d'usagers a eu lieu le 30 novembre 2017.

Treize usagers et usagères des services de la Clinique étaient présent-e-s à cette assemblée. Six personnes ont été élues au comité des usagers et un mandat a été adopté, à savoir que le comité se dote de règles de fonctionnement et d'éthique à faire valider en assemblée générale des usagers et usagères en décembre 2018.

Le comité des usager-ère-s a tenu quatre rencontres entre l'assemblée de fondation et le 31 mars 2018. Le comité a assisté à une formation sur les aspects légaux de la fonction des comités d'usagers le 15 mars 2018 et a organisé une conférence sur la bienveillance et la maltraitance envers les aînés également en mars.

Il est à noter que le MSSS a publié une mise à jour du *Cadre de référence relatif aux comités des usagers* en avril 2018. Le dernier cadre de référence avait été publié en 2006, soit avant la réforme du système de santé et de services sociaux entrée en vigueur en avril 2015. Ce nouveau cadre de référence vient préciser beaucoup d'aspects dans le partage des rôles et responsabilités ainsi que la nécessaire collaboration entre le conseil d'administration et le comité des usagers. Le conseil d'administration établira un espace de discussion avec le comité des usagers pour se donner et partager et une compréhension commune de ce nouveau cadre de référence.

### **Priorité 7 : Que la Clinique évalue la possibilité qu'il y ait une ressource de soins de fin vie.**

Trois rencontres d'un comité de travail ad hoc du conseil d'administration ont eu lieu pour donner suite à cette priorité annuelle adoptée en assemblée générale.

D'entrée de jeu, les responsables internes bénéficiaient déjà des informations à l'effet que les besoins en matière de soins et services en fin de vie des usagers et usagères de la Clinique sont répondus. La réalisation et la rédaction d'un rapport à ce sujet aura permis de dresser un portrait de ces services offerts par la Clinique ou par des ressources complémentaires de nos partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Le rapport « Soins de fin de vie à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles » du comité a été présenté et adopté à la séance du CA du 7 février 2018.

Extrait du rapport :

« Pour offrir tous les soins nécessaires, les intervenant-e-s du Soutien à domicile travaillent en étroite collaboration avec les médecins consultants en soins palliatifs du CLSC de Verdun et les médecins spécialistes tels les oncologues et les radio-oncologues basés à l'Hôpital de Verdun et dans les autres hôpitaux de la grande région de Montréal. Les intervenant-e-s de la Clinique collaborent aussi avec tous les organismes impliqués dans l'administration des soins palliatifs, comme NOVA Montréal, les maisons et centres de soins palliatifs, ainsi que les organismes communautaires. Les intervenant-e-s s'informent également des corridors de services avec l'Hôpital de Verdun, les hôpitaux pédiatriques ou autres ressources de ce type afin d'offrir les soins requis et promouvoir l'accès à des lits de soins palliatifs lorsque la situation ne permet plus de poursuivre les soins de fin de vie à domicile.

Les intervenant-e-s travaillent selon une approche collaborative qui consiste en des interactions et des interventions concertées (échange d'information, éducation et prises de décisions avec la personne concernée par les soins et services), dans le plus grand respect du projet de vie de la personne. » (p. 1)

## REVUE DES ACTIVITÉS DES ÉQUIPES

### Équipe Services courants, Accueil et Archives

Cette équipe est composée de douze personnes en soutien administratif, deux travailleuses sociales, six infirmières, une archiviste, trois préposés à l'entretien, et un préposé au transport des usager-ère-s.

*Mandat* : Le secteur des services courants offre divers soins et services qui, de la porte d'entrée jusqu'aux suivis conjoints pour maladies chroniques, en passant par des suivis à court et moyen termes, répondent aux besoins de santé et de services psychosociaux immédiats des citoyen-ne-s, des travailleur-euse-s et des écolier-ère-s de Pointe-Saint-Charles. La majorité des demandes initiales pour les services offerts à la Clinique est traitée par les employé-e-s de cette coordination. De plus, les services de transport (transport des usager-ère-s, des spécimens pour le laboratoire et du courrier interne) et d'hygiène (nettoyage de l'ensemble des aires de la Clinique) sont également coordonnés au sein de cette équipe.

#### *Bons coups 2017-2018 :*

- Diminution des dépenses liées au transport des usager-ère-s par l'achat d'un véhicule de qualité et moins dispendieux;
- Ajout d'une secrétaire de coordination dédiée aux services médicaux;
- Mise à jour de la majorité des descriptions de poste du secteur bureau;
- Modification des tâches à l'hygiène et la salubrité.

#### *Bilan des activités :*

Objectifs 2017-2018	Atteint	En cours	Bilan
Contribuer à la mise à jour du plan d'organisation de la Clinique		X	Le plan d'organisation est presque achevé.
Assurer le suivi budgétaire périodique	X		L'équilibre budgétaire a été maintenu tout au long de l'exercice 2017-2018.
Mettre à jour le cadre de référence de la coordination		X	La mise à jour des informations a été complétée. La diffusion n'a pas été assurée car les travaux sur le plan d'organisation ne sont pas terminés.
Améliorer la performance des employé-e-s dans l'utilisation du DME		X	Des rencontres individuelles régulières ont eues lieu tout au long de l'année. Un plan de formation restera à définir pour les intervenant-e-s et le personnel clérical.
Diminuer les dépenses en lien avec les services de transport des usagers	X		Le calcul des dépenses a été fait et la décision de changer le véhicule a été approuvée par le CA. Les dépenses globales dans ce secteur ont diminué.
Favoriser la communication auprès du personnel de la	X		Atteint. Des rencontres régulières de toutes les équipes sont maintenues. Les informations sont transmises et les

Objectifs 2017-2018	Atteint	En cours	Bilan
coordination			échanges sont facilités.
Assurer un suivi du processus d'appréciation individuelle	X		Atteint. Un calendrier a été établi et les rencontres ont eues lieu (elles se poursuivent en continu).
Augmenter le support clérical offert à l'équipe médicale	X		Le poste a été doté en 2017.
Améliorer l'organisation et le climat du travail dans le secteur bureau		X	Partiellement atteint. Le travail d'harmonisation des tâches est en cours. Plusieurs rencontres en lien avec les comportements et les attitudes entre collègues ont été faites. Début d'un processus d'amélioration en mai 2018 avec l'ASSTSAS.
Améliorer l'offre de services en soins infirmiers	X		Atteint. Le nombre d'usager-ère-s vus et d'interventions faites ont augmenté comparativement à l'an dernier. Le tableau des temps de rendez-vous par soins donnés a été mis à jour. L'infirmière de liaison exerce son rôle d'IGC auprès des infirmières et de la coordination des services courants.
Poursuivre les travaux d'amélioration du service à l'accueil psychosocial	X		Atteint. Plusieurs éléments de l'organisation du travail ont été discutés et mis en place, notamment : révision du processus de référence interne, validation des personnes responsables de recevoir les demandes dans les équipes et réorganisation de la méthode de prise de notes en entrevue.
Informatiser la tenue de l'inventaire des fournitures médicales		X	Non atteint. À poursuivre en 2018-2019.
Modifier l'organisation du travail en créant un poste de jour à la salubrité	X		Atteint en mai 2018.
Valider la possibilité d'ajouter des ressources médicales afin de répondre aux besoins de la population	X		Atteint. Une nouvelle médecin sera accueillie en juillet 2018. Toutefois, une réorganisation du secteur du soutien administratif sera à prévoir.

### Équipe Adultes–Santé mentale

Cette équipe est composée de trois intervenants sociaux, deux infirmières, une psychoéducatrice (4 jours/semaine) et une psychologue (4 jours/semaine). Depuis l'été 2017, un travailleur social a quitté et n'a pas été remplacé. Une intervenante sociale poursuit une assignation à 2 jours/semaine.

*Mandat* : L'équipe Adultes–Santé mentale offre des services aux adultes de 25 ans et plus, qui sont en mesure de se déplacer ou qui sont hébergés en ressource intermédiaire (RI) ou en

ressource de type familial (RTF), dans le but de maintenir et d'accroître leur bien-être physique, psychologique et social.

#### *Bilan des activités :*

- Consolidation des liens avec l'organisation communautaire par la présence d'un organisateur communautaire à certaines rencontres d'équipe;
- Réévaluation des dossiers *Soutien à la famille* (SAF) faite avec le nouvel outil OEMC-RSIPA;
- Participation des intervenant-e-s aux rencontres des médecins de la Clinique avec Dr Beaulieu, psychiatre;
- Offre d'un groupe thérapeutique sur l'anxiété à l'automne 2017, d'un groupe Acti-marche à l'été 2017 et d'un groupe sur la gestion de la colère à l'automne 2017;
- Accueil d'un stagiaire en soins infirmiers et d'une stagiaire en psychoéducation;
- Implication dans le comité de quartier en santé mentale et participation à un groupe « Espace de partage » dans la communauté;
- Réorganisation du travail pour le suivi des usager-ère-s en RI-RTF;
- Réorganisation du travail pour la gestion de la liste d'attente et le transfert des dossiers;
- Documentation réalisée par les infirmières en collaboration avec la DSI : « Grille d'accueil des infirmières dans l'équipe Adultes-Santé mentale »;
- Rédaction du cadre de référence de l'équipe;
- Participation à la table de concertation de l'Office municipal d'habitation (OMH);
- Participation à l'organisation des activités dans le cadre de la semaine de la santé mentale en mai 2017;
- Sensibilisation faite auprès d'un organisme du quartier sur le trouble d'accumulation compulsive;
- Atelier d'une demi-journée sur la « Pleine conscience » suivi par l'équipe.

#### **Équipe Enfance-Famille**

Cette équipe est composée quatre infirmières (dont une à 1 jour/semaine), deux intervenants sociaux, une nutritionniste, un psychoéducateur, une auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS), une ergothérapeute (1 jour/semaine) et une orthophoniste (1 jour/semaine).

*Mandat :* L'équipe Enfance-famille offre des services variés aux familles ayant de jeunes enfants (0 à 5 ans) 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.

#### *Bons coups 2017-2018 :*

- Visite pré-agrément en vue de l'accréditation *Initiative des amis des bébés* (IAB);
- Augmentation des suivis en santé parentale et infantile (suivis des infirmières) : l'équipe a vu 57 usager-ère-s de plus que l'an dernier, soit une augmentation de 7,6%. Cela représente 252 interventions de plus, soit une augmentation de 12,8%.
- Événement des porte-paroles de *Moi, j'décroche mon diplôme* et production d'une vidéo dans le cadre du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique;
- Poursuite de la collaboration avec *Familles en action* pour l'offre de services « Club bébé ». L'offre de ce service se fait dans leurs locaux avec notre collaboration;
- Formation en équipe sur les enfants présentant un TSA à l'aide de capsules vidéo;

#### *Bilan des activités :*

- Clarification des rôles et responsabilités des travailleurs sociaux et des infirmières dans les suivis *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) et en allaitement;
- Accueil d'une nouvelle infirmière dans l'équipe;
- Intégration de l'ergothérapie dans nos services (liste d'attente de plus d'un an);
- Assignation d'une infirmière à 2 jours/semaine et clarification de son rôle d'infirmière complémentaire;
- Accueil d'une stagiaire en travail social;
- Tentative pour trouver un psychoéducateur remplaçant. Service d'une psychoéducatrice à raison de 2 jours/semaine en provenance d'une agence de placement en novembre 2017;
- Poursuite des travaux d'appropriation du cadre normatif et de l'entrée de statistiques conforme aux définitions du cadre normatif;
- Poursuite du travail interdisciplinaire entre l'équipe et les hygiénistes dentaires;
- Formation *Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité* (AIDES) suivie par une infirmière et un intervenant social;
- Participation à l'inventaire de services pour les jeunes et leur famille dans le quartier;
- Participation au comité 0-5 ans de la Table de quartier Action-Gardien;
- Présentation du plan d'action régional en santé publique par la coordination;
- Rédaction du cadre de référence de l'équipe;
- Amélioration du travail interdisciplinaire.

### **Équipe Jeunesse**

Cette équipe est composée de deux travailleurs sociaux, deux infirmières, une psychoéducatrice, un psychologue (2 jours/semaine) et un travailleur social en assignation (2 jours/semaine).

*Mandat* : Aux jeunes de 6 à 24 ans, aux parents et aux familles, l'équipe Jeunesse offre une large gamme de services préventifs et curatifs pour améliorer leur qualité de vie et les accompagner dans le développement de leur autonomie. Les services infirmiers, psychosociaux et de psychoéducation sont adaptés aux besoins des jeunes, qu'il s'agisse de services préventifs

d'éducation et de dépistage en regard de la santé sexuelle, de la toxicomanie, de la santé mentale, aux suivis des jeunes présentant des difficultés familiales ou scolaires et aux services de support à la famille d'enfants ayant un handicap.

*Bons coups 2017-2018* : Augmentation de 18% du nombre de jeunes suivis dans le programme « Jeunes en difficultés », par rapport à l'an dernier.

*Bilan des activités* :

- Consolidation de l'équipe jeunesse : intégration de deux infirmières;
- Assignation d'une travailleuse sociale à 3 jours/semaine en septembre 2017 dû à une absence. Ajout de 2 jours/semaines à l'assignation en décembre 2017;
- Poursuite de l'assignation d'un travailleur social en surcroit à 2 jours/semaine depuis juin 2015;
- Assignation d'une travailleuse sociale en surcroit pour soutenir les évaluations des dossiers *Soutien à la famille* (SAF) avec le RSIPA. Exigences du MSSS rencontrées pour la révision des dossiers SAF avant le 31 mars 2018 de tous les usager-ère-s de plus de 18 ans;
- Accueil d'une stagiaire en psychoéducation, d'une stagiaire en soins infirmiers et d'une stagiaire en *drama therapy*;
- Révision périodique des charges de travail des intervenants sociaux;
- Application rigoureuse de la politique sur le cheminement des demandes;
- Création du comité ergothérapie pour harmoniser le développement de l'offre de services en ergothérapie à 1 jour/semaine pour les enfants de 0 à 12 ans;
- Participation d'un travailleur social au comité Ado de la Table de quartier Action-Gardien;
- Création d'un comité de travail en collaboration avec l'équipe Scolaire pour l'organisation des activités d'inscriptions pour les camps de vacances;
- Rencontres de groupe de co-développement « Dyade parent-enfant »;
- Formations par le visionnement de capsules TSA;
- Collaboration avec des professionnel-le-s de l'équipe Enfance-Famille pour une activité dans le cadre du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique (*Moi, j'décroche mon diplôme*);
- Présence d'un travailleur social lors des sans rendez-vous Jeunesse des infirmières;
- Présentation des outils de la démarche Maletto aux nouveaux employé-e-s de l'équipe;
- Participation d'un membre de l'équipe au comité social créé à l'installation sur la rue du Centre, calendrier mensuel d'activités déployé;
- Présentation à l'équipe, par une ASSS, de l'offre de services des ASSS;
- Rédaction du cadre de référence de l'équipe;
- Participation au forum « Jeunes 0-35 ans et familles » organisé par la Clinique et le comité Jeunesse de la Table de quartier Action Gardien;
- Création d'un comité pour « Opération Bonne Mine » (achat de matériel scolaire à la rentrée scolaire).

## Équipe Scolaire

Cette équipe est composée de deux infirmières (dont une à 3 jours/semaine), deux intervenants sociaux et deux hygiénistes dentaires à temps partiel (total de 5 jours/semaine).

*Mandat* : En matière de services psychosociaux, l'équipe effectue des suivis individuels et familiaux lorsque des difficultés affectent le fonctionnement scolaire des jeunes, réalisent des évaluations avec le jeune, ses parents et le milieu scolaire, des suivis psychosociaux, de l'orientation et de l'accompagnement vers des ressources appropriées. En matière de soins dentaires, les hygiénistes dentaires font du dépistage, de la prévention, des suivis individuels, des animations de groupes sur la santé des dents et des applications d'agents de scellement. Les infirmières réalisent des suivis de santé, du dépistage, des consultations et de la vaccination.

Les professionnelles de l'équipe Scolaire développent aussi en collaboration avec le milieu scolaire des programmes de prévention adaptés aux besoins, réalisés en classe ou en petits groupes, par exemple : hygiène, habitudes de vie, sexualité et changements pubertaires et prévention des abus physiques et sexuels. Elles peuvent aussi fournir de l'information et faire des références vers les ressources du quartier ou de la région. L'équipe Scolaire offre aussi à tous les élèves les programmes de santé publique obligatoires, comme la vaccination.

*Bons coups 2017-2018* :

- Présentation d'un protocole d'intervention pour élèves ayant le diabète au personnel d'une école du quartier;
- La solidarité des membres de l'équipe entre eux et le maintien (parfois le rehaussement) de l'offre de services malgré les absences et départs;
- La participation des deux hygiénistes dentaires à l'exercice *Kaizen* de la direction régionale de la santé publique;

*Bilan des activités* :

Domaine	Activités
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"><li>• Départ des deux hygiénistes dentaires dont une pour sa retraite après 35 ans de services, arrivée de deux nouvelles hygiénistes dentaires;</li><li>• Départ d'une infirmière, absence long terme d'une autre infirmière. Arrivée de deux nouvelles infirmières en septembre dont l'une a quitté au printemps;</li><li>• Début d'un horaire à 4 jours/semaine pour l'une des travailleuses sociales.</li></ul>
Services en Scolaire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ajout d'une campagne de vaccination pour les enfants d'âge préscolaire;</li><li>• Rédaction de la documentation sur les protocoles en soins infirmiers en milieu scolaire;</li><li>• Révision de la procédure de couverture vaccinale en milieu scolaire;</li><li>• Début d'une démarche conjointe avec la table de quartier Action Gardien</li></ul>

Domaine	Activités
	visant à identifier des modalités de soutien et de collaboration à apporter à une école du quartier
Interdisciplinarité et collaboration inter-équipes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation d'un membre de l'équipe au « comité ergothérapie » inter-équipes;</li> <li>• Participation à l'organisation des camps d'été;</li> <li>• Poursuite du travail de collaboration des hygiénistes dentaires avec l'équipe Enfance-Famille pour voir les enfants avant l'âge de 5 ans.</li> </ul>

### Équipe de Soutien à domicile

Cette équipe est composée d'une infirmière gestionnaire de cas (IGC), neuf infirmières, cinq intervenants sociaux, 14 auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS), une responsable des ASSS, une thérapeute en réadaptation physique (TRP) et une ergothérapeute (2 jours/semaine).

*Mandat* : L'équipe offre ses services à toute personne résidant à Pointe Saint-Charles, peu importe son âge, qui présente une ou des incapacités temporaires ou persistantes et qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des services requis, en raison du fait qu'elle n'est pas en mesure de se déplacer pour recevoir les services.

Les soins et services de l'équipe vise à permettre à l'usager-ère- et à son proche-aidant de conserver et d'améliorer sa qualité de vie dans son milieu naturel. Le soutien à domicile s'adresse à tous les citoyen-ne-s du quartier ayant des incapacités chroniques ou ponctuelles, désirant demeurer à domicile et qui nécessitent des services médicaux, psychosociaux et des soins à la personne, pour eux-mêmes, leurs proches-aidant-e-s et leurs familles. Le soutien à domicile offre des services à 22,5% des aînés de 65 ans et plus du quartier Pointe-Saint-Charles.

*Bons coups 2017-2018* : En présence d'une augmentation significative d'usager-ère-s vus (augmentation de 16,6%) et d'interventions faites (augmentation de 8,8%), nous avons atteints et même dépassé presque toutes les cibles attendues par le MSSS, et ce avec un délai d'attente très court (aucun délai, ou court délai) pour les usager-ère-s. Ces résultats significatifs de l'équipe ont été atteints tout en augmentant son implication communautaire.

*Bilan des activités* :

Domaine	Activités
Plan de travail équipe SAD	Cadre de référence / cheminement d'une demande :
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre de référence opérationnel en cours incluant les critères d'accès pour chacune des disciplines au SAD.</li> </ul>
	Création du cartable d'orientation :

Domaine	Activités
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier d'accueil, orientation et intégration des ASSS et des infirmières au SAD;</li> <li>• Guide de survie pour les ASSS;</li> <li>• Cahier d'information pour les ASSS.</li> </ul> <p>Assurer la collaboration avec les organismes du quartier pour améliorer la condition de santé des aînés du quartier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Première phase d'un programme de repérage des aînés en perte d'autonomie : « Entour'âge » mise en place;</li> <li>• Trois sessions du programme PIED (prévention des chutes chez les aînés) ont été offertes à la population;</li> <li>• Capsules santé et d'information présentées par des infirmières et des intervenants sociaux du SAD;</li> <li>• Maintien de la couverture de vaccination antigrippale des personnes résidant dans les tours d'habitation.</li> </ul> <p>Offrir des groupes de support aux proches-aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un groupe de support pour les proches-aidant-e-s à raison d'une fois par mois.</li> </ul>
Plan d'amélioration du Conseil québécois d'Agrément	<p>Préciser l'organisation et l'offre de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre de référence réalisé.</li> </ul> <p>S'assurer que les OEMC, PI, PII, PTI soient présents au dossier de l'usager-ère-s et qu'ils soient de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En date du 31 mars 2018 : 96% des usager-ère-s du soutien à domicile ont un OEMC et un plan d'intervention (PI) à leur dossier.</li> </ul>
Planification stratégique	<p>S'assurer d'une offre de service efficace et efficiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de l'offre de service débutée;</li> <li>• Budget du SAD en équilibre.</li> </ul>

*Bilan 2017-2018 sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie*

La politique sur les soins de fin de vie de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a pour objectif d'encadrer la dispensation des soins et services de fin de vie aux personnes et à leurs proches suivis par la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles dans le respect de la loi et de la dignité humaine.

Dans la dernière année, 30 usager-ère-s du territoire ont reçu des soins palliatifs par les services du Soutien à domicile, soit une diminution de 5 usager-ère-s par rapport à 2016-2017. Il y a eu un total de 897 interventions en soins palliatifs à domicile, comparativement à 1335 interventions faites lors de l'exercice précédent (diminution de 32,8% du nombre d'interventions). Concernant l'aide médicale à mourir, une seule personne en fin de vie et respectant les critères de la loi a reçu

l'aide médicale à mourir dans la dernière année. Concernant la sédation palliative continue, une seule personne a reçu une sédation palliative continue sur le territoire de Pointe-Sainte-Charles.

Le Coordonnateur général est imputable de l'application de la politique sur les soins de fin de vie et, à cet égard, il fait rapport au conseil d'administration de la Clinique sur l'application de la présente politique. Le Coordonnateur général transmet un rapport à la Commission sur les soins de fin de vie au plus tard le 30 juin de chaque année. Cette transmission de rapports serait réalisée par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal étant donné que les médecins qui administrent l'aide médicale à mourir sont ceux de l'équipe de soins palliatifs du CLSC de Verdun (CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal).

### **Direction des soins infirmiers / Conseillère-cadre en soins infirmiers**

*Mandat* : La directrice des soins infirmiers / conseillère-cadre en soins infirmiers a pour mandat d'exercer une vigilance et un contrôle qualité des soins infirmiers, d'élaborer des règles de soins, des ordonnances collectives, des protocoles ou des règles d'utilisation des médicaments et des règles de soins médicaux, de tenir à jour le registre des infirmières habilitées à exercer certaines activités selon la loi et veiller au bon fonctionnement du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et à la réalisation de ses mandats en vertu de la loi.

*Bons coups 2017-2018* :

- Le travail notable de l'ensemble des infirmières de la Clinique et leur engagement dans l'amélioration de la qualité et dans l'évolution de la pratique infirmière;
- Fidèle à son histoire reliée au rôle élargi de l'infirmière à la Clinique, les infirmières ont obtenu en grand nombre leur droit de prescrire (totalité des infirmières cliniciennes et quelques infirmières DEC). Celles qui n'ont pas le droit de prescrire ont accès à un grand nombre d'ordonnances collectives qui leur confère une autonomie professionnelle significative;
- Le suivi des usager-ère-s en soins palliatifs par les infirmières de l'équipe Soutien à domicile et accompagnement à l'aide médicale à mourir pour les usager-ère-s qui ont fait ce choix;
- Les suivis conjoints pour usager-ère-s ayant des maladies chroniques : très apprécié et bonne qualité des soins de la part des infirmières des services courants;
- Le suivi de la croissance et du développement par les infirmières de l'équipe Enfance-Famille auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille;
- Le dépistage des maladies transmises sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes par les infirmières de l'équipe Jeunesse et Services courants;
- L'offre du dépistage du cancer du col utérin (test Pap) par les infirmières de l'équipe Services courants et la poursuite du même service par les infirmières de l'équipe Jeunesse et par les médecins;

- La présence des infirmières de l'équipe Scolaire dans les écoles pour les soins, le dépistage, la vaccination, la prévention et les ateliers;
- L'implication communautaire des infirmières de l'équipe Adultes-Santé mentale.

*Bilan des activités :*

- Assurance de la qualité des soins et des pratiques exemplaires en continu des 35 infirmières de la Clinique en plus des activités confiées aux ASSS :
  - Audits, rencontres individuelles et de groupe, implantation de bonnes pratiques, formations et information;
  - Évaluation, surveillance des normes, soutien à l'organisation du travail et à la qualité des plans thérapeutiques infirmiers;
  - Gestion des risques et prévention des infections.
- Supervision professionnelle et soutien clinique pour toutes les infirmières (individuel et groupe) et suivi des infirmières en difficultés;
- Coordination de la campagne de vaccination antigrippale de novembre à février 2018 : Augmentation de 9% de la vaccination antigrippale chez les citoyen-ne-s. Vaccination de masse dans les tours d'habitation, à la Clinique, à domicile et lors des consultations;
- Rédaction et révision de 10 ordonnances collectives :
  - Dépistage du cancer du col utérin (test Pap), Contraception, Immunothérapie aux allergènes, Analyses sanguines pour problème de l'humeur, Traitement de la conjonctivite, Infections vaginales et BHCG sérique;
  - Six protocoles et une règle de soins afin de maintenir la facilité d'accès aux soins pour les citoyen-ne-s, le rôle élargi de l'infirmière et son autonomie professionnelle. Les ordonnances qui touchaient les activités du droit de prescrire ont été transformées en protocoles (Contraception, Traitement des ITSS, Pédiculose, Érythème fessier et Candidose buccale);
  - Au total, 50 ordonnances collectives et protocoles et 10 règles de soins sont disponibles pour les infirmières.
- Élaboration et développement de programmes et de services en soins palliatifs et en dépistage cancer du col utérin;
- Développement des compétences professionnelles :
  - Organiser des formations continues pour les infirmières et favoriser l'accès aux formations;
  - Plusieurs formations ont été offertes par les médecins;
  - Planifier et participer à l'orientation des infirmières. Processus d'orientation révisé.

- Coordination d'activités de santé publique sous sa responsabilité (vaccination, chaleur accablante, ITSS et urgences courantes). Implication dans des comités à la Direction régionale de la santé publique pour d'autres services, notamment en post-natal et établissement sans fumée;
- Participer aux entrevues d'embauche des infirmières;
- Coordonner les activités d'enseignement et de stages en sciences infirmières ainsi que les activités de recherche;
- Collaboration à la gestion de ressources matérielles reliées aux équipements médicaux;
- Implication dans différents comités, notamment : comité de coordination, comité de stages, comité de sélection, comité de formation, comité ITSS, réunions professionnelles, comité de vigilance, qualité et gestion des risques, CMDP, CMS et comité établissement sans fumée.

### Équipe de Planification et de développement communautaire

Cette équipe est composée de deux organisateurs communautaires.

*Mandat* : L'équipe 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.

*Bons coups 2017-2018* :

- Dénonciation de certaines pratiques de facturation en clinique médicale suite à l'abolition des frais accessoires (attention particulière sur la prolifération des frais administratifs imposés aux usager-ère-s);
- Élaboration d'une programmation sur une année dans le cadre des activités célébrant le 50e anniversaire de la Clinique.

*Bilan des activités* :

Domaine	Activités
Mobilisation pour les droits collectifs et l'accès aux soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Production de deux documents dévoilés lors d'une conférence de presse :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Analyse préliminaire des données quantitatives du registre de surveillance des frais accessoires;</i></li> <li>○ <i>Enquête sur l'affichage de la tarification dans les cliniques médicales publiques à gestion privée.</i></li> </ul> </li> <li>• Visibilité assurée dans les médias sur la question de la facturation en</li> </ul>

	clinique médicale.
Soutien à la vie démocratique et au projet de la Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Accompagnement et soutien aux comités du CA : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comité des usagers;</li> <li>○ Comité de lutte en santé;</li> <li>○ Comité des membres;</li> <li>○ Comité sur les ententes de services;</li> <li>○ Comité sur le renouvellement de la convention de financement.</li> </ul> </li> <li>● Soutien à des processus internes de la Clinique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contribution à l'accueil des nouveaux employé-e-s par une journée de formation sur les réalités du quartier incluant une visite de quartier;</li> <li>○ Participation au comité aviseur et au conseil multidisciplinaire;</li> <li>○ Soutien ponctuel à la planification de l'intervention communautaire des équipes;</li> <li>○ Organisation de l'assemblée générale annuelle.</li> </ul> </li> </ul>
Soutien à la concertation et à des initiatives de quartier	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordination avec Action-Gardien de la Concertation aînés;</li> <li>● Coordination avec Action-Gardien du comité santé mentale;</li> <li>● Représentation de la Clinique aux assemblées d'Action-Gardien;</li> <li>● Soutien au comité de citoyen-ne-s du parc intergénérationnel Joe-Beef.</li> </ul>
Organisation du 50e anniversaire de la Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordination du comité organisateur du 50e anniversaire de la Clinique;</li> <li>● Élaboration d'une programmation sur une année;</li> <li>● Amorce d'une campagne de visibilité;</li> <li>● Amorce d'une campagne de financement.</li> </ul>

## Équipe des Communications

Ce secteur est composé d'une agente de communication.

*Mandat* : L'agente de communication assure une visibilité de la Clinique et des services offerts 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.

*Bilan des activités* :

En plus des activités régulières, notamment l'application du plan de communication, la production du Bulletin Clinique en bref et du Journal Info-Clinique, la production de contenu sur le site web, le soutien aux équipes, le soutien à l'assemblée générale annuelle, la participation à la séance

d'accueil des nouveaux employé-e-s, l'organisation des assemblées du personnel, les réalisations spécifiques pour cette année sont :

- Réalisation d'un plan de communication, d'une charte graphique et d'un logo qui chapeauteront visuellement toutes les communications de la Clinique et les activités durant l'année du 50<sup>e</sup> anniversaire;
- Participation au comité organisateur du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique. Coordination du comité « Album et contenus visuels » pour le 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique. Recherche et collecte d'archives, dans le cadre du 50<sup>e</sup> anniversaire, entre autres à l'université McGill;
- Soutien au comité aviseur et à ses comités de travail;
- Réalisation et mise en œuvre d'un plan de communication « Établissement sans fumée » et participation au comité;
- Réalisation d'un plan de signalisation adopté par le CA et collaboration avec l'arrondissement pour la pose de panneaux d'acheminement dans le quartier;
- Visibilité accrue sur les réseaux sociaux;
- Soutien à l'activité de reconnaissance *Moi, j'décroche mon diplôme!*;
- Soutien au niveau de la réalisation du plan d'organisation;
- Responsable de l'accès aux statistiques sociodémographiques du quartier et de leur analyse.

### **Équipe des Services administratifs**

Cette équipe 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.

*Mandat* : L'équipe de services administratifs fournit le support nécessaire en vue d'offrir des services de santé aux usager-ère-s de la Clinique. Cette équipe s'occupe, en autres, de la bonne 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, bâtiments, installations, équipements, achats de matériel, entretien et 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.

*Bons coups 2017-2018* :

- Mise à jour des serveurs de domaine ainsi que le remplacement de vieux postes informatiques, qui sont des améliorations notables pour le personnel dans l'utilisation des logiciels informatique;
- Grand nombre de rencontres de préparation et de négociation des conventions collectives avec le souhait de pouvoir arriver à une entente prochainement;

- Adoption d'une nouvelle approche budgétaire et production de nouveaux rapports de suivi financier ayant pour objectif de guider les décisions des gestionnaires;
- Mise en place d'Octopus, un logiciel de gestion des requêtes pour permettre de mieux prioriser les demandes faites aux ressources matérielles et permettre de faire l'inventaire des nos ressources.

*Bilan des activités :*

Domaines	Activités
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse du maintien de l'équité salariale;</li> <li>• Révision du processus de gestion de la liste de rappel avec la CSN;</li> <li>• Révision du processus de gestion de la formation des employé-e-s du syndicat APTS;</li> <li>• Révision des tâches des employé-e-s de la coordination.</li> </ul>
Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimisation de la gestion financière;</li> <li>• Analyse de la capacité de payer de la Clinique vis-à-vis les augmentations de salaires demandés par les syndicats;</li> <li>• Assurer le financement des services de sage-femme et faire les modifications requises dans les systèmes comptable et de paie;</li> <li>• Participation aux discussions sur le renouvellement de la convention de financement avec le MSSS et sur les ententes de gestion.</li> </ul>
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminer les rénovations du sous-sol de la Clinique (avenue Ash);</li> <li>• Révision de l'utilisation des espaces et planification des espaces pour héberger les services de sage-femme;</li> <li>• Amélioration du processus de suivi des projets PCFI-PCEM. De nombreux changements ont eu lieu durant l'année et la Clinique doit modifier ses façons de faire en fonction des nouvelles procédures et orientations du ministère;</li> <li>• État de situation et évaluation des besoins et des coûts d'un remplacement du système téléphonique;</li> <li>• Gestion d'une urgence de bris du chauffage à l'eau chaude sur l'avenue Ash à l'hiver;</li> <li>• Remplacement de l'ensemble du parc de photocopieurs pour des modèles plus récents et à moindre coûts;</li> <li>• Évaluation d'une génératrice d'urgence pour assurer la conservation des vaccins;</li> <li>• Travaux de peinture dans les locaux du 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> étage (avenue Ash).</li> </ul>
Ressources informatiques	État de situation du parc informatique et améliorations apportées :

Domaines	Activités
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migration des serveurs Windows 2003 à 2012;</li> <li>• Migration du courriel Lotus Notes à Outlook;</li> <li>• Remplacement d'un bon nombre d'ordinateurs;</li> <li>• Achat de moniteurs pour les présentations lors de réunions;</li> <li>• Amélioration des enregistrements de secours des fichiers;</li> <li>• Installation d'un nouveau logiciel de gestion du parc informatique;</li> <li>• Installation d'un nouveau logiciel pour déployer et mettre à jour les ordinateurs à distance;</li> <li>• Correction de plusieurs problèmes dans l'utilisation des logiciels;</li> <li>• Amélioration de la sécurité du réseau informatique et du parc d'ordinateurs;</li> <li>• Harmonisation des postes de travail afin d'en faciliter la gestion;</li> <li>• Migration de Qualicode, un logiciel de gestion des routes aux services à domicile.</li> </ul>

## LE 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 élus en assemblée générale annuelle, un-e membre employé-e élu-e par le collège électoral des employé-e-s et la coordination générale. Les membres du conseil d'administration sont élus pour un mandat de deux (2) ans, à l'exception de la personne représentant les employé-e-s qui est élue par le collège électoral des employé-e-s.

Membres du Conseil d'administration au 31 mars 2018 :

**Présidence** : Denis Charron

**Vice-présidence** : Josée Ann Maurais

**Secrétariat** : Nathacha Alexandroff

**Trésorerie** : François Morel

**Administrateurs et administratrices** :

- Geneviève Dandurand
- Émilie Corbeil
- Rosa-Paula Manariyo
- Lorraine Rochon

**Employée-administratrice** : Nancy Bell

**Coordination générale** : Luc Leblanc

En 2017-2018, le conseil d'administration a tenu onze (11) séances régulières et une (1) séance extraordinaire.

### Faits saillants du conseil d'administration

Principaux dossiers traités et activités réalisées :

- Adopter le calendrier annuel des rencontres de la Clinique;
- Désigner les dirigeant-e-s et les signataires des effets bancaires parmi ses membres;
- Prendre connaissance des priorités de chacune des coordinations;
- Adopter le bilan et le plan de travail annuel du coordonnateur général;
- Adopter le budget annuel;
- Répartir la participation des membres du CA sur les différents comités de travail et assumer tout au long de l'année le suivi des travaux de ces comités :
  - Comité de vérification;
  - Comité de vigilance, qualité et gestion des risques;

- Comité de lutte en santé;
  - Comité des ententes de services;
  - Comité des membres;
  - Comité de négociation des conventions collectives;
  - Comité pour le renouvellement de la convention de financement;
  - Comité d'analyse pour une ressource de soins de fin de vie;
  - Comité pour l'appréciation annuelle du coordonnateur général;
  - Comité médical stratégique;
  - Comité de sélection.
- Adopter et assurer le suivi du plan de travail du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique qui a été revu en février 2018;
  - Adopter les dépenses d'immobilisation, mobilier et matériel médical et non médical;
  - Assumer le suivi des négociations des conventions collectives avec le comité de négociation du CA;
  - Assumer le suivi du dossier pour l'implantation de services sage-femme et du projet de maison de naissance;
  - Prendre connaissance et adopter un bilan mi-parcours des priorités annuelles;
  - Superviser l'appel d'offre et assumer la prise de décision pour le remplacement du minibus de la Clinique;
  - Adopter une politique d'environnement sans fumée;
  - Superviser la mise sur pied du comité des usagers;
  - Superviser et adopter le rapport du comité sur l'évaluation de la pertinence de mettre sur pied une ressource pour les soins de fin de vie;
  - Adopter un plan de signalisation interne pour favoriser l'orientation des usager-ère-s;
  - Proposer à l'arrondissement un panneau routier « CLSC » personnalisé pour la Clinique;
  - Mener une réflexion et adopter une proposition d'orientation du Comité de lutte en santé pour organiser et mener une campagne publique pour l'inclusion des soins dentaires dans les soins de santé publics;
  - Prendre connaissance, analyser et prendre position sur la proposition de convention de financement du MSSS reçue en mars 2018 et adopter une contre-proposition de convention de financement, sur recommandation du comité pour le renouvellement de la convention de financement.

Le nombre de cas traités en application du *Code d'éthique, de déontologie et Règles de fonctionnement* (**Annexe 1**) pour le conseil d'administration a été de : 0 cas.

## LES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

### Comité de lutte en santé

*Composition* : Josée Ann Maurais, Lorraine Rochon, Geneviève McCready, Katherine Stein, Laurent Chicoine, Élise-Mercier Gouin et Stéphane Defoy (soutien).

*Mandat* : Militer pour le droit à la santé et pour un système de santé publique (contre la privatisation du système en tout ou en partie), universel, accessible et gratuit. Le comité s'attaque à certaines inégalités telles que la taxe santé et les frais facturés par certaines cliniques médicales, qui mettent en péril l'accès aux services en santé offerts à la population. Le comité est composé de citoyen-ne-s bénévoles, de membres du CA et est accompagné d'un organisateur communautaire.

*Réalisations* :

- Le comité s'est rencontré 8 fois.
- Analyse finale des données du premier registre des frais facturés lors de consultations médicales (février 2015 à décembre 2016).
- Production de deux documents :
  - Analyse préliminaires des données quantitatives du registre de surveillance des frais accessoires;
  - Enquête sur l'affichage de la tarification dans les cliniques médicales publiques à gestion privée.
- Dévoilement des résultats de l'analyse préliminaire et de l'enquête sur l'affichage lors d'une conférence de presse, dimanche le 21 janvier 2018.
- Amorçe d'une nouvelle série d'animation dans le quartier pour faire la promotion du registre de surveillance des frais accessoires.

### Comité de vigilance, qualité et gestion des risques

*Composition* : Rosa-Paula Manariyo, Nathacha Alexandroff, Céline Roy (Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services), Annie Bisailon, Luc Leblanc et Marie-Norah Desravines.

*Mandat* : Regrouper les mandats prévus par la loi du comité de vigilance et de la qualité et du comité de gestion des risques au sein d'un seul comité. Le comité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne l'accessibilité, la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés, le respect des droits des usager-ère-s et le traitement diligent de leurs plaintes. Également, le comité identifie et analyse les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usager-ère-s. Il s'assure que soit mis en place un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes de ces incidents et accidents. Il s'assure

également que les incidents et les accidents soient divulgués à l'utilisateur concerné ou à sa famille et que les ressources de soutien leur soient offertes lorsque nécessaire. Il contribue ainsi à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services.

#### *Réalisations :*

- Le comité s'est rencontré une fois;
- Suivi concernant l'adoption d'une politique de nettoyage des jouets (annexe au guide de prévention des infections et pratiques de base), de l'adoption du plan d'entretien préventif des équipements, de la politique d'environnement sans fumée et de la politique sur les soins de fin de vie;
- Suivi de la mise en place du nouveau comité des usagers de la Clinique;
- Vigie sur l'avancement de la complétion des plans d'intervention pour tous les usagers en suivi à la Clinique;
- Suivi des recommandations du rapport de l'inspecteur sur la gestion des produits immunisants. La principale recommandation concernait l'acquisition de génératrices afin d'éviter des pertes de vaccins lors des pannes d'électricité;
- Suivi des stratégies mises en place pour réduire les risques liés à la stérilisation;
- Vigie au niveau des incidents liés aux tests de laboratoires, plus spécifiquement à l'étape de la production d'étiquettes.

#### *Agrément*

Suite à la dernière correspondance du Conseil québécois d'Agrément, la Clinique a mis en place les actions suivantes : mettre sur pied un comité des usagers de la Clinique, adopter une politique d'aménagement des lieux, un plan de signalisation et une procédure de prévention et de contrôle des infections incluant le nettoyage régulier des jouets dans les salles d'attente et de thérapie, adopter une procédure d'utilisation des clés USB et l'inclure dans la politique sur la sécurité des actifs informationnels, réaliser l'évaluation de la contribution d'une grande partie du personnel et élaborer, diffuser et mettre en application une procédure de mise à jour de l'inventaire des médicaments. Le statut de la Clinique est : agréé.

#### *Rapport du registre national des incidents et accidents*

Pour l'année 2017-2018, 61 événements ont été déclarés, soit une hausse comparativement à l'an dernier (36 événements), mais demeure toutefois une baisse comparativement à l'année 2015-2016 (148 événements). L'absence prolongée et le roulement de personnel au poste de spécialiste en procédés administratifs, coresponsable de la promotion des activités de déclaration et d'analyse des risques, explique en grande partie cette situation.

L'analyse des rapports de déclaration d'incidents ou d'accidents révèle que les types d'événements le plus fréquemment déclarés sont les erreurs liées aux médicaments et aux interventions : 23 incidents/accidents, soit 38% des événements. Ces erreurs sont liées par exemple au non-respect d'une procédure, à l'omission d'un traitement, à une erreur de dose ou de date ou encore à un entreposage inadéquat. Viennent ensuite les erreurs liées aux tests

diagnostiques de laboratoire (17 incidents/accidents, soit 28% des événements), incluant notamment les erreurs dans la saisie de données ou l'identification du spécimen qui peuvent entraîner la reprise d'un test diagnostique.

La majorité des événements sont de gravité A et B, soit des incidents n'ayant pas touché les usager-ère-s (31 incidents; 51% des événements). 18 accidents ont touché l'usager-ère mais ont été sans conséquence (30% des événements). 12 accidents ont eu des conséquences mineures et temporaires nécessitant une surveillance et des soins de base (20% des événements).

Les mesures prises pour prévenir la récurrence de ces incidents et accidents sont surtout des rappels auprès des employé-e-s de certaines procédures et protocoles ainsi que des mesures de soutien auprès des employé-e-s. Sur les 30 événements où la divulgation à l'usager-ère était obligatoire ou facultative, 26 accidents ont été divulgués (87%). Tous les accidents où la divulgation était obligatoire ont fait l'objet d'une divulgation à l'usager-ère (3 accidents).

#### *Suivi de la campagne de vaccination antigrippale*

La campagne de vaccination antigrippale de novembre 2017 à février 2018 a entraîné une augmentation de 9% de la vaccination antigrippale chez les citoyen-ne-s de Pointe-Saint-Charles. Des stratégies de vaccination de masse dans les tours d'habitation, à la Clinique, à domicile et lors des consultations ont favorisé cette augmentation.

#### *Gestion des plaintes et promotion des droits des usager-ère-s*

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usager-ère-s et du traitement diligent de leurs plaintes. Le *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2017-2018* se trouve à l'**Annexe 2**. Les faits saillants sont :

- 8 dossiers de plaintes pour 14 motifs de plainte. Le motif le plus répandu est celui relié aux relations interpersonnelles (5 motifs), viennent ensuite les motifs liés à la dispensation de soins et services (4 motifs). Les plaintes ont été traitées dans un délai moyen de 35 jours;
- 7 dossiers d'assistance concernant principalement l'accessibilité;
- La Commissaire aux plaintes a fait une activité de promotion et d'information le 14 décembre 2017.

### **Comité de vérification**

*Composition* : Denis Charron, François Morel, Martin St-Amour et Luc Leblanc

*Mandat* : S'assurer de l'utilisation optimale des ressources financières de la Clinique, d'exercer une vigie de la gestion des risques pour la conduite des affaires de la Clinique et de réviser toute activité portée à sa connaissance et susceptible de nuire à la bonne situation financière de la Clinique. Il est également responsable d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé

par l'assemblée générale, de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers et veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place.

*Réalisations* : Le comité de vérification s'est réuni à trois reprises au cours de l'année afin de faire le suivi de la situation budgétaire de la Clinique. Il a présenté aux membres du conseil d'administration les rapports financiers d'étape et annuels requis selon la loi.

### **Comité sur les ententes de services**

*Composition* : Émilie Corbeil, Lorraine Rochon et Myreille Audet (soutien).

*Mandat* : Soutenir financièrement des projets particuliers d'organismes qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé ou des initiatives novatrices ou hors de l'ordinaire, et pour lesquelles il y a peu de financement disponible.

*Réalisations* : 11 organismes ont déposé des demandes de financement pour des projets. 11 organismes ont reçu des appuis financiers de la part de la Clinique pour un total de 40 035\$. Les projets retenus ont obtenu des contributions financières variant entre 2 500\$ et 6 200\$.

Les projets réalisés cette année ont permis une plus grande proximité entre les organismes et la Clinique, en particulier avec ses équipes de travail. Les activités de l'année ont permis de favoriser un travail de concertation en sécurité alimentaire afin d'éviter des doublons en terme d'offre de services.

### **Comité des membres**

*Composition* : Denis Charron, Geneviève Dandurand, François Morel, Émilie Corbeil et Stéphane Defoy (soutien).

*Mandat* : Promouvoir l'implication des membres dans les activités de la Clinique. Ce comité veille 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 la Clinique.

*Réalisations* :

- Le comité s'est rencontré 3 fois durant l'année;
- Mise à jour de la liste de membres à partir de la liste des usager-ère-s de la Clinique ainsi que l'élaboration d'un processus pour la mise à jour du statut de membre;
- À travers les relances téléphoniques des membres pour l'AGA 2018, établissement d'une liste de bénévoles pour donner un coup de main lors des différentes activités du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique.

## **Comité de sélection**

*Composition* : Sébastien Renault, Nathacha Alexandroff, Émilie Corbeil, le coordonnateur de l'équipe et un-e employé-e du même titre d'emploi. Pour certaines entrevues de sélection, une conseillère-cadre peut également être membre du comité de sélection.

*Mandat* : Afin d'évaluer chez les candidat-e-s le respect et l'adhésion aux approches de la Clinique, le recrutement s'effectue par un comité de sélection comportant un membre du conseil d'administration. Cette personne participe également aux entrevues de sélection. L'objectif est de recruter des personnes qui ont non seulement les compétences professionnelles requises, mais qui partagent aussi des valeurs communautaires.

*Réalisations* : Le comité de sélection s'est réuni plusieurs fois dans le cadre de plus de cinquante entrevues, un nombre similaire à celui de l'année précédente. Ces entrevues avaient pour but de pourvoir des postes, que ce soit dû à des départs ou à des besoins de remplacements. De la suite de ces entrevues, plus d'une vingtaine de personnes se sont jointes à l'équipe de la Clinique.

## **Comité de négociation des conventions collectives**

*Composition* : Denis Charron, Lorraine Rochon, François Morel, Martin St-Amour, Lucie Lalande, Guylaine Arbour, Sébastien Renault et Luc Leblanc.

*Mandat* : Le comité de négociation a pour mandat de négocier les conventions collectives avec les syndicats (APTS et CSN) et le contrat des cadres. Les objectifs de la négociation sont d'avoir une convention collective négociée qui tient compte du contexte particulier de la Clinique, de permettre la pérennité financière de la Clinique, d'assurer le respect de la mission de la Clinique et des orientations ministérielles, d'assurer l'engagement du personnel, d'assurer la pérennité de la Clinique et de ses valeurs et, enfin, de convenir de ce qui distingue la Clinique du réseau de la santé et des services sociaux.

*Réalisations* : 19 rencontres de négociation ont eu lieu avec les deux syndicats en place depuis octobre 2017, 11 avec l'APTS et 8 avec la CSN. Comme il se doit, chacune de ces rencontres a exigé un temps préparatoire équivalent. Les discussions ont progressé à leur rythme et le conseil d'administration compte déposer une offre globale (salariale et normative) aux deux syndicats avant les vacances estivales 2018.

## **Comité d'actualisation de la convention de financement**

*Composition* : Denis Charron, Josée Ann Maurais, Myreille Audet, Luc Leblanc, Lise Ferland et Claude-Catherine Lemoine (Directrice générale des Services juridiques de Pointe-Saint-Charles).

*Mandat* : Le comité pour le renouvellement de la convention de financement est un comité temporaire mis sur pied dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services

sociaux. Il voit à la reconduction de la convention de financement avec les futurs signataires, soit le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le coordonnateur général assume la coordination du comité.

#### *Le statut particulier de la Clinique*

Suite à des mobilisations historiques des citoyens et citoyennes du quartier, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a reconnu un statut particulier à la Clinique communautaire dans la mise en place du réseau de CLSC au tournant années 70. Ayant été mise sur pied par des citoyens et citoyennes avant la création de ce réseau de CLSC, la Clinique a alors été reconnue par le MSSS comme organisme communautaire à but non-lucratif (OBNL) qui répond au mandat de CLSC pour le quartier de Pointe-Saint-Charles.

À travers les époques et les différents gouvernements qui se sont succédé, la Clinique a eu souvent à lutter pour conserver cette autonomie et ce statut particulier dans le réseau de la santé. Ainsi, au fil des réformes et des différents ministres de la santé qui sont passés à la tête du ministère, ces luttes pour le maintien de son autonomie se sont à chaque fois conclues par une entente de financement dûment signée entre la Clinique, le MSSS et le partenaire de la Clinique, soit le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ces ententes ont reconnu et maintenu ce statut particulier.

La dernière de ces ententes a été signée en 2006 entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, (instance administrative du MSSS), le CSSS du Sud-Ouest-Verdun et la Clinique. Comme les ententes précédentes, cette entente reconnaît toujours que la Clinique a un statut d'OBNL citoyen qui a un mandat de CLSC pour le quartier Pointe-Saint-Charles et qu'elle est un partenaire du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.

#### *La réforme du ministre Gaétan Barrette*

La réforme du ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015, est venue modifier de façon importante la structure organisationnelle du réseau de la santé et a rendu nécessaire l'actualisation de la convention de financement de la Clinique datant de 2006 pour l'adapter à cette nouvelle structure. Cette réforme a aboli l'Agence de la santé et fusionné les 12 CSSS de l'île de Montréal pour les intégrer désormais dans 5 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (les CIUSSS).

En mai 2016, une première rencontre a eu lieu à la Clinique avec une délégation de la Direction du MSSS pour ouvrir la discussion quant à la mise à jour de notre convention de financement. Deux ans plus tard, après de nombreuses rencontres, discussions et conférences téléphoniques, le MSSS a finalement fait parvenir au conseil d'administration de la Clinique une proposition de convention de financement le 15 mars 2018.

#### *Une proposition qui assure en principe le financement de la Clinique*

La proposition de convention du MSSS maintient, en principe, le financement historique et global de la Clinique. Selon cette proposition, la Clinique continuera à recevoir ce financement global pour

les programmes de la mission CLSC et elle rendra des comptes dans son Rapport annuel de gestion au MSSS sur ses activités et ses résultats globaux.

Toutefois, cette proposition de convention du MSSS vient imposer des changements majeurs et inacceptables dans le rapport qu'aurait à l'avenir la Clinique avec son principal partenaire, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

#### *Contre-proposition de convention de financement du CA de la Clinique*

Le comité de travail mis sur pied par le conseil d'administration a travaillé méticuleusement en collaboration avec les Services Juridiques de Pointe-Saint-Charles à formuler une contre-proposition de convention de financement à soumettre au MSSS.

Le CA dispose ainsi d'une proposition structurée, étoffée et documentée qui s'appuie autant sur l'historique des ententes passées de la Clinique, que sur le cadre juridique actuel de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la réforme du ministre Barrette. Le CA a adopté et fait parvenir cette contre-proposition au MSSS le 24 mai dernier et attend une réponse du MSSS à cette contre-proposition pour fixer une première rencontre de négociations sur la base de cette contre-proposition.

Le CA compte se servir du contexte du 50<sup>e</sup> anniversaire de la Clinique pour affirmer positivement les réalisations et les choix de la Clinique qui la rendent efficiente, pertinente et qui font que les citoyennes et citoyens du quartier sont satisfaits depuis 50 ans.

### **Conseil des infirmières et infirmiers**

*Composition* : Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est formé de l'ensemble des infirmières de la Clinique. Le comité exécutif du CII (CECII) est actif et est formé d'infirmières représentant plusieurs services de la Clinique : Nathalie Charpentier (équipe Adulte-Santé mentale et présidente par intérim du CECII), Janie Kelley (Services courants), Isabelle Massé-Verreault (Soutien à domicile), Mélanie Tremblay (Enfance-Famille), Céline Kvale (Soutien à domicile), Annie Bisailon (Directrice des soins infirmiers et conseillère-cadre en soins infirmiers) et Luc Leblanc (Coordonnateur général), qui peut y siéger.

*Mandat* : Le CII est une instance consultative permettant un canal direct pour la transmission de recommandations au conseil d'administration et l'émission d'avis au Coordonnateur général de la Clinique. Les interventions du CII permettent de faire valoir la contribution des infirmières à l'efficacité des soins de santé, riche de retombées significatives pour les usager-ère-s. Le mandat du CII est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur les domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers : l'appréciation de la qualité des actes infirmiers posés dans la Clinique, les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières et la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières. Il formule aussi des avis au Coordonnateur général sur l'organisation scientifique et technique de la Clinique et l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.

Le CII peut également être sollicité pour formuler des avis ou des recommandations sur tout autre dossier confié par le Coordonnateur général et par le conseil d'administration. Il a un pouvoir de recommandation et non un pouvoir de décision. Il est investi du pouvoir propre à une instance consultative qui est d'aider la direction d'une organisation à résoudre une problématique, à améliorer une situation ou à faire face à une nouvelle situation.

*Bons coups 2017-2018 :*

- Divers outils cliniques fait en collaboration avec les infirmières et infirmiers de différentes équipes;
- Implication dans l'orientation des nouvelles infirmières, révision des guides d'orientation et accueil de nombreuses stagiaires en sciences infirmières.

*Réalisations :*

1. L'appréciation de la qualité des actes infirmiers posés dans la Clinique : La révision des guides d'orientation a été faite pour toutes les équipes sauf l'équipe des Services courants. Le CII a assuré la qualité de l'orientation et la recommandation de formations selon les différentes équipes pour avoir des infirmières compétentes et offrant des soins et services sécuritaires;
2. Évaluation du matériel de soins sécuritaire afin de prévenir les accidents.
3. Règle de soins et protocoles infirmiers : Les règles de soins sont rédigées ou révisées par la DSI et le CECII collabore pour la révision et la correction.
  - La règle de soins infirmiers de dépistage des ITSS chez les personnes asymptomatiques, le protocole infirmier de dépistage et de suivi HTA et le protocole de détresse respiratoire (soins palliatifs) ont été révisés et adoptés;
  - Les ordonnances collectives (OC) suivantes ont été révisées par la DSI en consultation avec le CECII, les infirmières et les médecins, et approuvées par le CMDP :
    - OC Initiation de la contraception hormonale et du stérilet et contraception d'urgence a été révisée et transformée en protocole suite à l'abolition des ordonnances collectives relativement au droit de prescrire;
    - OC Suivi cardiométabolique en santé mentale a été statuée et clarifiée : décision de ne pas poursuivre la rédaction de cette ordonnance. Ce type de suivi est fait en deuxième ligne.
4. La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières :
  - Clarifier les outils dans le programme de soins palliatifs.
  - Orientation d'infirmière de type « volante » : La plupart des infirmières sont maintenant orientées dans plus d'une équipe afin de permettre une couverture plus large des besoins.

5. L'organisation scientifique et technique de la Clinique :
  - Poursuite de la collaboration pour le projet de recherche de doctorat sur le rôle de l'infirmière en lien avec les inégalités sociales de santé de Geneviève McCready. La diffusion de ses observations et discussions a été faite en rencontre CECII;
  - Accueil de stagiaires (automne, hiver, printemps) : Université de Montréal, Université de Sherbrooke, Cégep André Laurendeau et Cégep du Vieux-Montréal;
  - Évaluation de la pertinence d'avoir des externes pour les remplacements d'été à l'équipe SAD ou à la clinique de prélèvement. Pas de pertinence pour cette année (volume trop petit de stagiaires);
  - Évaluation de la pertinence d'avoir une infirmière praticienne spécialisée (IPS) d'ici 5 ans : toutes les fonctions sont faites par les infirmières déjà en place à la Clinique, sauf le suivi des grossesses (à évaluer dans la révision des cadres de références).
6. L'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières : formation continue et supervision clinique :
  - Émission d'avis pour les besoins de formation au plan de développement des ressources humaines (PDRH);
  - En rencontre professionnelle, quatre présentations sous forme de formation ont été données par les médecins de la Clinique aux infirmières : Évaluation cognitive MMSE-MOCA, dépistage PHQ-9 et GAD-7 et constipation;
  - Des médecins de la Clinique et la directrice des soins infirmiers ont offert des formations et des présentations sur : l'ajustement de l'insuline, les infections urinaires, informations continues sur les formations en ligne gratuites disponibles, la RCR et la vaccination antigrippale. Un formateur externe a donné une formation sur la fatigue de compassion. Une révision de certains protocoles e eu lieu avec les infirmières SAD, Services courants et Jeunesse.

## Conseil multidisciplinaire

*Composition* : Le conseil multidisciplinaire (CM) est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme de niveau 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'enseignement (excepté médecins et infirmières). Les titres d'emplois actuellement membres du CM sont : psychologues, psychoéducateurs, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, archiviste, thérapeute en réadaptation physique, intervenants sociaux, organisateurs communautaires et nutritionnistes.

Le comité exécutif du CM (CECM) est composé de Lina Hu (nutritionniste équipe Enfance-Famille, présidente CECM); Stéphane Defoy (organisateur communautaire, vice-président CECM) et Maria Costa (intervenante sociale équipe Enfance-Famille, secrétaire CECM).

*Mandat* : Comme conseil professionnel consultatif encadré par la loi, en plus d'assumer toute fonction que lui confie le conseil d'administration ou le Coordonnateur général, il a la responsabilité de donner son avis au Coordonnateur général sur l'organisation de la Clinique et les moyens à prendre pour apprécier et développer les compétences de ses membres. Il doit aussi, lorsque requis, constituer les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres. Il doit également faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres pour assurer des services de qualité à la Clinique.

*Bons coups 2017-2018* : Composition inter-équipes et interdisciplinaire du comité de pairs organisateur de la formation Gestion de l'énergie et la tenue de deux événements pour le développement professionnel des membres.

*Réalisations* :

- L'exécutif s'est rencontré à 5 reprises. L'AGA s'est tenue le 19 octobre 2017.
- Valoriser et promouvoir les rôles et responsabilités du CM :
  - Poursuite de la diffusion du dépliant dans la trousse d'accueil des nouveaux employé-e-s et de l'accueil personnalisé des nouveaux membres du CM;
  - Poursuite de la diffusion de l'information sur le travail de l'exécutif du CM envoyée par courriel (capsule du CM) aux membres après chaque rencontre de l'exécutif et identification d'une personne responsable de mettre à l'ordre du jour de leur rencontre d'équipe la capsule du CM;
  - Une lettre a été envoyée au Coordonnateur général pour préciser les modes de communication en lien avec les suivis des demandes. Une rencontre a eu lieu le 22 août 2017 concernant l'amélioration des communications et des collaborations;
  - Lina Hu, présidente, a rencontré le CA le 13 décembre 2017 pour présenter le bilan 2016-2017 et le plan d'action 2017-2018.
- Participer activement aux décisions relatives à l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle :
  - En collaboration avec la conseillère-cadre aux activités psychosociales, finaliser la démarche du cadre de référence de la pratique psychosociale;
  - Concernant l'équipe de planification et de développement communautaire, les travaux sur le cadre de référence sont suspendus;
  - Un mécanisme d'élaboration des suivis des recommandations du CM a été précisé lors de la rencontre du 22 août 2017 avec le Coordonnateur général.
- Favoriser le développement professionnel des membres :
  - Suite au sondage fait auprès des membres, le choix de la formation Gestion de l'énergie a eu lieu le 8 février 2018 à partir du budget de stages (durée d'une journée);

- Un atelier sur la pleine conscience s'est tenu le 27 mars 2018 sous la forme d'un midi causerie.

### **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

*Composition* : Le CMDP est composé des Drs Véronique Cloutier-Nguyen, Christine Demers, Nicolas Demers, Camille Gérin, Eric-Viet Laperrière-Nguyen, Marie-Eve Leblanc, Annie McNicoll et Yasmine Ousalem.

*Mandat* : Les responsabilités du CMDP de la Clinique sont celles définies dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services médicaux sécuritaires, adéquats et efficaces aux usager-ère-s de la Clinique en tenant compte des ressources dont dispose l'organisation. Il émet des recommandations au Coordonnateur général et au conseil d'administration sur les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux dispensés à la Clinique soient en adéquation avec le reste du réseau pour le même type de mission et que ceux-ci répondent aux besoins de la population de Pointe-Saint-Charles.

*Bons coups 2017-2018* :

- Recrutement d'un médecin pour juillet 2018;
- Stabilisation de l'équipe médicale;
- Augmentation de la prise en charge de nouveaux usager-ère-s.

*Réalisations* :

- Effectifs : Recrutement d'une nouvelle médecin pour juillet 2018 et maintien et consolidation de l'équipe en place.
- Services médicaux : Prise en charge de 365 nouveaux usager-ère-s, signature de 12 nouvelles ordonnances collectives, 7187 visites médicales, 2339 usager-ère-s vus et 6 formations médicales données au personnel infirmier.
- Collaboration interprofessionnelle : Rencontres trimestrielles avec le psychiatre répondant auxquelles participent les intervenants de l'équipe Adultes-Santé mentale et instauration de rencontres statutaires régulières avec l'équipe du Soutien à domicile pour les médecins concernés.
- Organisation des services : Instauration de réunions mensuelles de l'équipe médicale dans un but de formation continue et d'amélioration de l'organisation des services, harmonisation de l'utilisation du dossier médical électronique Kinlogix, amélioration des communications entre intervenants et harmonisation des procédures et communications entre le secrétariat et les médecins.

## Comité médical stratégique

*Composition* : Nathacha Alexandroff, Camille Gérin, Eric Viet Laperrière-Nguyen, Annie Bisailon, Guylaine Arbour, Lucie Lalande, Brigitte Thibault et Marie-Norah Desravines.

*Mandat* : Exercer un rôle-conseil et stratégique sur les enjeux médico-cliniques visant à répondre aux besoins des usager-ère-s du quartier. Le comité permet également d'assurer un lieu de réflexion et de travail privilégié avec et pour l'équipe médicale. Le comité émet ainsi des recommandations au comité de coordination et le cas échéant, au conseil d'administration. Le comité médical stratégique a été mis en place par le conseil d'administration de la Clinique en 2013. La fréquence des rencontres est déterminée selon les besoins émis par les différentes instances représentées, mais elles sont souvent déterminées à trois par années.

*Réalisations* : Une seule rencontre a eu lieu. Toutefois, les communications se sont maintenues en dehors des rencontres entre les médecins et les coordonnatrices. Des discussions ont été entamées en lien avec le début des suivis conjoints pour certaines maladies chroniques au Soutien à domicile, autour de l'arrivée d'une nouvelle médecin dans l'équipe et de l'impact au niveau du support administratif et infirmier. Le comité a également pris position à l'encontre de la décision du Collège des médecins de mettre fin aux ordonnances collectives.

## Comité des usagers

*Composition* : Simon Cardinal, Adriana Hamelin, Sarah Gobeil, Kate Michetti et Mélanie Forget

*Mandat* : Renseigner les usager-ère-s sur leurs droits et leurs obligations, promouvoir l'amélioration de la qualité de vie des usager-ère-s, évaluer le degré de satisfaction des usager-ère-s à l'égard des services obtenus de la Clinique, défendre les droits et les intérêts collectifs des usager-ère-s ou, à la demande d'un-e usager-ère, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager-ère de la Clinique et accompagner, sur demande, un usager-ère dans toute démarche qu'il ou elle entreprend, y compris lorsqu'il ou elle désire porter plainte.

*Réalisations* : Une première assemblée des usagers et des usagères de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a eu lieu le 30 novembre 2017. Un comité a été élu pour un an avec le mandat de travailler un projet de règles d'éthique et de fonctionnement à adopter par l'assemblée avant novembre 2018. Entre le 1<sup>er</sup> février et le 29 mars 2018, le comité a tenu deux rencontres, a suivi une formation sur les aspects légaux de la fonction des comités d'usagers et a organisé une conférence sur la bienveillance et la maltraitance envers les aînés.

## ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles présente les résultats des états financiers au 31 mars 2018.

### Faits saillants 2017-2018

Le résultat de l'exercice financier pour l'année 2017-2018 démontre un surplus de 396 904 \$.

Le solde du fonds présentait un déficit de 280 866 \$ au début de l'année financière.

Ce surplus vient directement baisser la dette de la Clinique et celle-ci se retrouve maintenant avec un solde positif de 116 040 \$.

### Éléments clés à retenir

1. Les économies non récurrentes proviennent du non remplacement de postes en maladie, en sans solde ou temporairement vacants suite à des départs à la retraite.
2. Plusieurs services ont vu une augmentation du nombre d'usager-ère-s vus et du nombre d'interventions faites.
3. Un seul service, soit la santé mentale, a vu une diminution du nombre d'usager-ère-s vus et du nombre d'interventions faites, ainsi qu'une augmentation des délais d'attente, suite à l'absence de membres du personnel.

Tableau 2 : Revenus et charges pour l'exercice financier 2017-2018

Description des activités	2016-2017		2017-2018		Note
	%	\$	%	\$	
<b>Revenus</b>					
Ministère de la santé et des services sociaux		8 094 522 \$		8 112 520 \$	
Divers		171 152 \$		30 710 \$	
<b>Total revenus</b>		<b>8 265 674 \$</b>		<b>8 143 230 \$</b>	
<b>Charges</b>					
Projets réalisés dans le cadre du PCNP	0.2%	16 366 \$	0.2%	13 990 \$	
Développement, adaptation et intégration sociale	2.0%	164 640 \$	0.5%	38 157 \$	1
Maladies infectieuses	0.1%	10 085 \$	0.1%	11 068 \$	
Autres activités de santé publiques	0.1%	9 415 \$	0.1%	9 420 \$	
Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	5.7%	458 138 \$	3.2%	247 258 \$	1
Services psychosociaux pour les JD et leur famille	7.4%	598 928 \$	7.8%	607 855 \$	

Description des activités	2016-2017		2017-2018		
Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	6.7%	542 660 \$	6.4%	493 797 \$	2
Administration des soins	1.5%	118 722 \$	1.4%	110 023 \$	
Soins infirmiers à domicile	10.8%	876 628 \$	11.3%	872 077 \$	
Services de santé courants	7.9%	637 561 \$	8.5%	661 427 \$	
Santé parentale et infantile	3.0%	240 266 \$	3.6%	278 515 \$	3
Aide à domicile	7.9%	636 019 \$	8.1%	629 876 \$	
Services dentaires préventifs	0.7%	60 557 \$	0.7%	54 108 \$	4
Pratique des sages-femmes			0.3%	26 423 \$	5
Services psychosociaux	6.6%	536 397 \$	6.8%	525 905 \$	
Santé scolaire	1.3%	105 705 \$	1.1%	83 527 \$	6
Audiologie et orthophonie	0.3%	23 000 \$	0.3%	20 000 \$	
Soutien aux familles de personnes handicapées	1.4%	116 743 \$	1.6%	121 073 \$	
Nutrition	0.9%	72 914 \$	0.9%	71 137 \$	
Gestion et soutien aux programmes	7.0%	568 614 \$	7.4%	572 784 \$	
Ergothérapie et physiothérapie - MAD	2.0%	159 418 \$	1.9%	149 015 \$	
Administration générale	13.0%	1 052 148 \$	13.8%	1 071 620 \$	7
Informatique	1.9%	155 264 \$	2.3%	176 010 \$	8
Déplacement des usagers	1.1%	89 543 \$	1.0%	73 977 \$	9
Réception - archives - télécommunications	7.0%	569 037 \$	6.7%	515 352 \$	10
Entretien ménager	2.0%	158 816 \$	2.0%	156 841 \$	
Gestion des déchets biomédicaux	0.0%	2 468 \$	0.0%	2 832 \$	
Fonctionnement des installations	1.1%	87 469 \$	1.2%	94 998 \$	
Entretien réparation parc immobilier - mobilier - équipement	0.4%	33 649 \$	0.7%	57 261 \$	11
<b>GRAND TOTAUX</b>	<b>100.0%</b>	<b>8 101 170 \$</b>	<b>100.0%</b>	<b>7 746 326 \$</b>	
<b>Résultats = Surplus</b>		<b>164 504 \$</b>		<b>396 904 \$</b>	
Salaires		4 275 187 \$		4 209 935 \$	
Avantages sociaux		1 191 472 \$		1 215 682 \$	
Charges sociales		1 000 548 \$		1 021 000 \$	
Fournitures médicales et chirurgicales		103 421 \$		109 970 \$	
Autres		1 530 542 \$		1 189 739 \$	
<b>Total des charges</b>		<b>8 101 170 \$</b>		<b>7 746 326 \$</b>	
<b>Solde du fonds (déficit accumulé)</b>		<b>(280 866) \$</b>		<b>116 038 \$</b>	

Explication des écarts majeurs au niveau des dépenses réelles

Note 1 : Les sommes d'argent pour Action-gardien et des sommes en santé publique sont versées directement aux organismes et ne figurent plus dans nos dépenses.

Note 2 : Non remplacement de personnel en maladie.

Note 3 : Ajout de services pour combler la hausse des activités.

Note 4 : Départ des hygiénistes dentaires remplacées par du personnel plus jeune à taux horaire moindre.

Note 5 : Nouveau service.

Note 6 : Absence du personnel remplacé par du personnel à taux horaire moindre.

Note 7 : Présence du coordonnateur des services administratifs toute l'année.

Note 8 : Achat d'ordinateurs non financé par le fond d'immobilisation.

Note 9 : Diminution des frais d'entretien et de réparation de l'autobus et des billets de taxi-autobus.

Note 10 : Abolition du poste de téléphoniste.

Note 11 : Ajouts d'équipement non mobilier.

### Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Le tableau 3 présente la répartition des charges brutes par programme-services et programmes soutien. Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471, pour plus d'information sur les ressources financières.

Tableau 3 : Répartition des charges brutes par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
<b>Programmes-services</b>				
Santé publique	360 011	4,66	702 835	8,69
Services généraux – activités cliniques et d'aide	1 939 701	25,09	1 919 276	23,74
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	1 852 067	23,95	1 870 936	23,14
Déficiences physiques	108 638	1,40	72 745	0,90
Déficiences intellectuelles et TSA	91 353	1,18	37 308	1,08
Jeunes en difficulté	607 855	7,86	598 228	7,41
Dépendances	--	--	--	--
Santé mentale	493 797	6,39	542 660	6,71
Santé physique	93 977	1,22	112 543	1,39
<b>Programmes soutien</b>				
Administration	1 241 630	16,06	1 207 412	14,93
Soutien aux services	631 375	8,17	687 759	8,51
Gestion des bâtiments et des équipements	311 932	4,03	282 402	3,49
<b>Total</b>	<b>7 826 313</b>		<b>8 197 347</b>	

# ANNEXE 1 : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

---

CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE ST-CHARLES

Code d'éthique, de déontologie

Et

Règles de fonctionnement pour le conseil d'administration

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

## PRÉAMBULE

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

## LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE

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

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

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

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

2. Le conseil d'administration de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est composé de 12 personnes réparties comme suit : dix (10) personnes sont élues parmi les membres actifs, un membre employé élu par le collège électoral des employé-e-s et la coordination générale, qui a le droit de parole mais n'a pas droit de vote.

3. Les membres du conseil d'administration sont élus en assemblée générale annuelle, pour un mandat de 2ans, à l'exception de la personne représentant les employé-e-s qui est élue par le collège électoral des employé-e-s.

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

## LES RÈGLEMENTS DE RÉGIE INTERNE

5. Le présent code est adopté conformément aux dispositions des règlements de régie interne de la Clinique et plus particulièrement l'article 6.9 et il s'applique en complément desdits règlements.

6. Ce Code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables, mais constitue davantage des principes ou des règles minimales qui guident l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions et le conseil dans son mode de fonctionnement.

## DEVOIRS ET OBLIGATIONS

7. Les membres du conseil d'administration reconnaissent que c'est au conseil d'administration pris dans son ensemble, en tant que corps, que la loi attribue le pouvoir d'administrer les affaires de la corporation. Les membres du conseil pris individuellement, ne bénéficient d'aucun pouvoir de lier la corporation, sauf s'ils ont été spécialement autorisés à cet effet. Les décisions doivent donc être collectives.

8. Conformément à l'obligation qui leur est faite par l'article 322 du Code Civil du Québec, les membres du conseil d'administration reconnaissent qu'ils doivent agir avec prudence et diligence, honnêteté et loyauté ainsi qu'avec avec intégrité, impartialité et compétence.

9. Dans l'exercice de son mandat, le membre du conseil d'administration doit aussi agir dans l'intérêt de la population locale pour laquelle la Clinique est instituée et dans l'intérêt supérieur de la Clinique elle-même.

10. Pour exercer pleinement son rôle et remplir ses responsabilités le membre du conseil d'administration doit participer aux travaux du conseil d'administration ou des différents comités où il siège.

11. Le membre du conseil d'administration doit être présent lorsque ses fonctions l'exigent et participer activement à la prise de position du conseil d'administration.

12. Le membre du conseil d'administration intervient lors des séances du conseil d'administration afin d'énoncer son opinion de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne.

13. Le membre du conseil d'administration, par ses interventions, doit permettre que les décisions du conseil d'administration soient prises en respect de la mission des établissements et des partenaires de la Clinique.

#### CONFIDENTIALITÉ ET DISCRÉTION

14. Le membre du conseil d'administration fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du conseil d'administration.

15. Le membre du conseil d'administration est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

16. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher le membre du c.a. qui représente les employé-e-s de les consulter ni de faire rapport, sauf si l'information en provenance du conseil d'administration exige la discrétion ou le respect de la confidentialité.

17. Le membre du conseil d'administration est, à tout moment, tenu de respecter le caractère confidentiel des informations qui lui sont transmises.

18. Le membre du conseil d'administration doit prendre les mesures appropriées quant à la conservation et à la destruction de la documentation reçue dans l'exercice de ses fonctions et ce, en vertu des règles de confidentialité.

#### CONFLIT D'INTÉRÊTS

19. Le membre du conseil d'administration agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de la Clinique sans tenir compte d'intérêts particuliers.

20. Le membre du conseil d'administration doit éviter de se placer dans une situation de conflits entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

21. Le membre du conseil d'administration doit aviser le conseil de toute situation potentielle de conflit d'intérêt. Il doit dénoncer toute situation dans laquelle son intérêt direct ou indirect ou son association avec un organisme, ou entreprise etc., est susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêt.

22. Le membre du conseil d'administration ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

23. Le membre du conseil d'administration ne doit tirer aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom personnel ni pour le compte d'autrui.

24. Le membre du conseil d'administration doit, dans la prise de décision, éviter de se laisser influencer par des possibilités d'emploi que ce soit pour lui-même ou des proches.

25. Le membre du conseil d'administration ne doit pas confondre les biens de la Clinique avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

#### RÉMUNÉRATION

26. Le membre du conseil d'administration ne reçoit aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions.

27. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter aucun cadeau ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

28. Le membre du conseil d'administration ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.

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

29. Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de la Clinique.

30. Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant la Clinique ou un autre établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat.

31. Dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, le membre du conseil d'administration ne peut agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle la Clinique est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

32. Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions au sein du conseil d'administration ne peut se porter candidat pour un emploi avant l'écoulement d'un délai d'au moins trois mois.

#### RÈGLES FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

33. Dès le début de son mandat, un membre du conseil d'administration doit signer un engagement écrit à respecter les règles contenues au présent code ainsi que toutes les règles relatives à la confidentialité.

34. Le membre du conseil d'administration doit en tout temps avoir une conduite et un comportement respectueux, courtois et exempt de toute violence physique et verbale à l'égard des autres membres du conseil, des employé-e-s et des membres de l'organisme.

35. Le membre du conseil d'administration reconnaît que le président, ou en son absence le vice-président, et le coordonnateur général ou toute autre personne qu'un de ceux-ci pourrait désigner ponctuellement, agissent à titre de porte-parole du conseil d'administration vis-à-vis le public ou de représentation à un tiers.

36. Le membre du conseil d'administration est solidaire des décisions prises par le conseil et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

37. Les rencontres du conseil d'administration se tiennent, conformément aux règlements de régie interne et à la loi, en présence des membres du conseil à moins d'une demande de participation d'un tiers, dument acceptée par le conseil.

38. Les procès verbaux des rencontres du conseil d'administration sont des documents à l'usage exclusif des membres du conseil et ne doivent pas être diffusés à des tiers.

39. Les procès verbaux doivent être rédigés de façon à respecter les règles de confidentialité, permettre de retracer les décisions prises par le conseil et ne doivent contenir aucun propos pouvant nuire à des personnes ou causer tort à la clinique.

#### *Situation particulière du membre employé au conseil d'administration*

40. Les membres du conseil d'administration reconnaissent que la participation d'un-e employé-e de l'organisme à titre de membre employé du conseil d'administration peut créer des situations de conflits de rôles, de conflit ou d'apparence de conflits d'intérêts.

41. Les membres du conseil d'administration conviennent que le ou la membre employé-e ne participera pas aux discussions et décisions du conseil ayant trait à des questions syndicales, de relations de travail, d'évaluation du personnel, incluant le personnel cadre.

42. Le ou la membre employé-e du conseil devra exercer une vigilance particulière et une très grande discrétion face à toutes les informations auxquelles elle a accès et pouvant avoir une incidence dans les rapports entre l'organisme à titre d'employeur et ses employé-e-s pris individuellement ou collectivement via leurs syndicats respectifs.

43. Les membres du conseil d'administration devront en tout tenter de bien identifier les situations de conflits d'intérêt potentiel ou réel ou les situations de conflit de rôle, de loyauté, d'intérêt et adopter les mesures qui s'imposent pour une saine gestion.

44. Aucun des éléments ci-haut mentionné ne vise à restreindre la pleine participation du ou de la membre employé-e au sein du conseil.

#### *Communication entre les membres du conseil, les employé-e-s ou usagers de la Clinique*

45. Les membres du conseil d'administration de la Clinique communautaire sont des résident-e-s du quartier et /ou usager-e-s de la Clinique. En ce sens, ils et elles peuvent avoir des liens fréquents et privilégiés avec d'autres citoyen-ne-s ou employé-e-s de la clinique. Les administrateurs doivent dans ces situations demeurer discrets quant à leur rôle au sein du conseil d'administration.

46. Les membres du conseil d'administration ne peuvent en aucun cas s'immiscer dans les dossiers ou relations professionnelles de toute personne utilisant les services de la clinique.

47. Les membres du conseil d'administration ne peuvent s'immiscer dans la gestion courante des affaires et des ressources humaines de la clinique.

48. Advenant que les membres du conseil soient interpellés individuellement à titre de membre du conseil par des citoyen-ne-s ou employé-e-s, ils doivent s'en remettre aux mécanismes existants au sein de la Clinique et s'il y a lieu en référer au coordonnateur général de la clinique.

#### RESPECT DU CODE D'ÉTHIQUE

49. Le ou la président-e du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique, des règles de déontologie et des règles de fonctionnement du conseil, par les membres du conseil d'administration de la Clinique ; Advenant le cas où le ou la président-e serait visé par un manquement au présent code, le ou la vice-président-e agira en lieu et place du ou de la président-e.

50. Il ou elle peut s'adjoindre ponctuellement un comité d'éthique et de déontologie constitué de trois (3) membres désignés par et parmi les membres du conseil pour l'aviser sur toute plainte.

51. Un membre du conseil qui constate un manquement au présent code doit le signaler à la personne responsable de son application conformément au paragraphe 49. De même, les membres du conseil d'administration sont invités à en référer au ou à la président-e- du conseil pour toute question d'interprétation des règles déontologiques, d'éthique ou de fonctionnement applicables au conseil.

#### MANQUEMENTS AUX RÈGLEMENTS

52. Le membre du conseil d'administration est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévues par la loi et le présent code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.

53. Le membre du conseil d'administration à qui l'on reproche des manquements au présent règlement, doit en être informé et il peut être relevé provisoirement ou complètement de ses fonctions, par le conseil d'administration.

#### AUTRES DISPOSITIONS

54. Le présent règlement s'applique intégralement à toute personne membre du personnel de la clinique et qui sans être membre du conseil d'administration, est appelée à participer aux rencontres du conseil ou a accès aux documents du conseil d'administration.

55. Ces personnes doivent signer un engagement à respecter les règles de confidentialité et seront exclues des délibérations du conseil aussi souvent que le ou la membre employé-e peut l'être. Ces personnes ne devront en aucun moment être en conflit d'intérêt entre leurs fonctions au sein de la Clinique et leur rôle de soutien au conseil d'administration.

## ANNEXE 2 : RAPPORT ANNUEL DU PROCESSUS DE PLAINTES ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

---



500, avenue Ash, Montréal, Québec, H3K 2R4. Téléphone : 514-937-9251/Télécopieur : 514-937-3492

### **RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES 2017-2018**

Préparé par :

Céline Roy

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

**ATTENDU QUE :**

1. La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* L.Q. 2015, c. 1 (LMRSSS) est entrée en vigueur le 1er avril 2015;
2. L'article 53 de la LMRSSS précise que le ministre dépose à l'Assemblée nationale le rapport qui lui est transmis par tout centre intégré de santé et de services sociaux ou tout établissement non fusionné en application de l'article 76.10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* L.R.Q. c. S-4.2 (LSSSS) dans les trente jours de sa réception ou, si elle ne siège pas, dans les trente jours de l'ouverture de la session suivante ou de la reprise de ses travaux.
3. L'article 76.11 LSSSS précise que ce rapport comprend : le bilan des activités du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services visé au paragraphe 9 du deuxième alinéa de l'article 33 LSSSS et intègre le rapport du médecin examinateur visé à l'article 50 LSSSS et celui du comité de révision à l'article 57 LSSSS.

Il décrit les motifs des plaintes reçues et indique notamment pour chaque type de plainte :

- Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
- Les délais d'examen des plaintes;
- Les suites qui ont été données après leur examen;
- Le nombre de plaintes et les motifs des plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen.

Le rapport doit également faire état des mesures correctives recommandées par le commissaire local et indiquer les mesures prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

4. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, le rapport visé à l'article 76.10 LSSSS, auquel il intègre le bilan annuel de ses activités ainsi que le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision.
5. Une entente de services a été conclue, le 12 janvier 2017, entre :

**CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

155, boulevard Saint-Joseph Est  
Montréal (Québec) H2T 1H4

Représenté par madame Sonia Bélanger, présidente-directrice générale

Et

**CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES**

500, avenue Ash

Montréal (Québec) H3K 2R4

Représentée par monsieur Luc Leblanc, coordonnateur général

6. L'examen des plaintes doit être perçu comme un moyen contribuant à l'amélioration des services et à l'assurance de leur qualité :

Les insatisfactions exprimées par les usagers fournissent des informations utiles que la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles entend utiliser pour évaluer et améliorer les services et leur organisation.

7. Tout membre du personnel porte la responsabilité de traiter les insatisfactions des usagers :

Il appartient aux membres du personnel et à leur supérieur immédiat de répondre aux besoins des usagers, de déceler les insatisfactions et d'y manifester une approche favorisant la conciliation, d'écouter leur mécontentement et d'y apporter une réponse au fur et à mesure qu'ils s'expriment.

8. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est guidé dans son action par une philosophie de respect et de neutralité :

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou, le cas échéant, le médecin examinateur s'engage à accueillir l'utilisateur dans une attitude d'ouverture et de respect lors du processus d'examen.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est soucieux de préserver son indépendance et sa crédibilité tant auprès de l'utilisateur, que du personnel.

9. Le respect des droits et la satisfaction des usagers guident les actions du commissaire en matière d'examen des plaintes :

Les droits et les responsabilités reconnus par la LSSSS sont notamment, mais non limitativement les suivants :

- Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources;
- Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire, prévu à l'article 5 de la LSSSS, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose;
- Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux;

- Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsqu'une demande lui est adressée, de voir à ce que soient fournis ces soins;
- L'utilisateur a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant;
- L'utilisateur a le droit d'être informé, le plus tôt possible de tout accident survenu au cours de la prestation de services;
- L'utilisateur a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être;
- L'utilisateur a le droit de porter plainte sur les services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert de l'établissement, d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial ou de tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt, notamment par entente pour la prestation de ces services;
- L'utilisateur qui le requiert a le droit à l'assistance pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte;
- L'utilisateur a le droit à un examen responsable, confidentiel et diligent de sa plainte, sans risque de représailles;
- Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 76 de la LMRSSS;
- Le conseil d'administration de l'établissement, supporté par le comité de vigilance et de la qualité, doit s'assurer de la qualité des services, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers, de leur satisfaction et du traitement diligent de leurs plaintes;
- Le médecin examinateur contrôle ou apprécie la qualité des actes médicaux notamment afin d'améliorer la qualité des soins ou des services dispensés à l'utilisateur;
- Le comité de vigilance et de la qualité doit notamment assurer le suivi des recommandations relativement aux plaintes.



## **Rapport du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services**

### **Plaintes : 8 dossiers**

*Motifs : 14 motifs*

- **Accessibilité :**
  - Difficulté d'accès/aux services réseau (1)
  - Refus de services/Services d'urgence (1)
- **Relations interpersonnelles :**
  - Communication/attitude/manque d'écoute (2)
  - Communication/attitude/commentaires inappropriés (1)
  - Respect/manque à l'égard de la vie privée (1)
  - Fiabilité/disponibilité (1)
- **Soins et services dispensés :**
  - Continuité/arrêt de service (1)
  - Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)/Respect du Code des professions concernées (1)
  - Organisation des soins et services (systémique)/propre à l'installation (1)
  - Traitement/intervention/services (action faite)/soins (santé physique) (1)
- **Organisation du milieu et ressources matérielles**
  - Règles et procédures du milieu/respect des règles (2)
- **Droits particuliers**
  - Droit à l'information/sur tout incident ou accident survenu (1)

*Délai : 35 jours*

*Avec mesure/sans mesure : 7 mesures correctives*

- Information/sensibilisation d'un intervenant (3)
- Ajustement des activités professionnelles (1)
- Ajustement technique et matériel (1)
- Ajustement professionnel (1)
- Encadrement des intervenants (1)

*Avec recommandation/sans recommandation : Aucune recommandation*

*Rejeté sur examen sommaire : Aucun dossier*

*Refusé ou abandonné : Aucun dossier*

*Protecteur du citoyen : Aucun dossier*

### **Intervention : Aucun dossier**

**Assistances : 7 dossiers**

*Action* : Aide concernant un soin ou un service/obtention d'un soin ou d'un service

*Motifs* : 2 motifs

▪ **Accessibilité :**

- Difficulté d'accès/aux services formellement requis (1)
- Délais/accès téléphonique/obtention de la ligne (1)

*Délai* : 4 jours

*Action* : Aide concernant un soin ou un service/Intercession/liaison

*Motifs* : 2 motifs

▪ **Accessibilité :**

- Difficulté d'accès/aux services réseau (1)
- Délais/accès téléphonique/obtention de la ligne (1)

*Délai* : 2 jours

*Action* : Aide concernant un soin ou un service/Information générale

*Motifs* : 1 motif

▪ **Droit particuliers :**

- Choix du professionnel (1)

*Délai* : 27 jours

*Action* : Aide concernant un soin ou un service/Démarche d'amélioration

*Motifs* : 1 motif

▪ **Accessibilité :**

- Absence de service ou de ressource (1)

*Délai* : 9 jours

*Action* : Aide à la formulation d'une plainte/information générale

*Motifs* : 1 motif

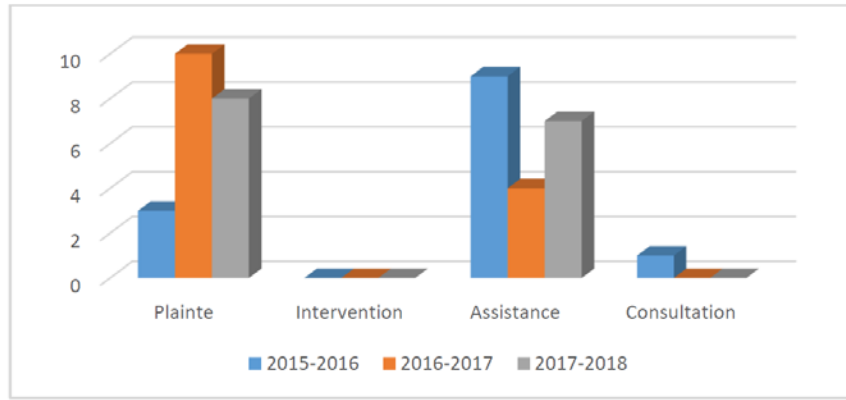
▪ **Accessibilité :**

- Délais/accès téléphonique/obtention de la ligne (1)

*Délai* : 1 jour

**Consultation : Aucun dossier**

**Tableau comparatif des dossiers par année de référence**



	2015-2016	2016-2017	2017-2018
<b>Plainte</b>	3	10	8
<b>Intervention</b>	0	0	0
<b>Assistance</b>	9	4	7
<b>Consultation</b>	1	0	0

**Autres fonctions du commissaire :**

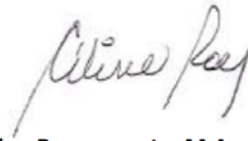
Activités	Date
Participation au CVQ	13 octobre 2017
Promotion/Information/Droits et obligations des usagers Promotion/Information/Régime et procédure d'examen des plaintes	14 décembre 2017

### **Rapport du Médecin examinateur**

Aucune plainte n'a été adressée au médecin examinateur au courant de l'année 2017-2018.

### **Rapport du Comité de révision**

Aucune demande n'a été adressée au comité de révision au courant de l'année 2017-2018.



**Madame Céline Roy, avocate, M.A.**

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

*Présenté au CVQ le : 31 mai 2018*

*Modifié le : 5 juin 2018*

## ANNEXE 3 : RAPPORT STATISTIQUE

Le tableau 4 présente le rapport cumulatif des interventions faites et des usager-ère-s vus par centres d'activités pour la période 13 à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Tableau 4 : Rapport des statistiques pour l'année 2017-2018

RAPPORT DES STATISTIQUES POUR L'ANNÉE 2017-2018 *												
SECTEURS DES ÉQUIPES DE LA CLINIQUE	Année financière 2016-2017		Année financière 2017-2018		Écart 2017-2018 vs 2016-2017							
	Quantité de services		Quantité de services		Écart en nombre		Écart en %					
	Usagers	Interv	Usagers	Interv	Usagers	Interv	Usagers	Interv				
TOTAL Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (excluant les services médicaux)	5 489	41 473	5 933	43 189	439	1 716	8,1%	4,1%				
SERVICES À DOMICILE	884	24 393	1 031	26 545	147	2 152	16,6%	8,8%				
SERVICES COURANTS	2 196	6 288	2 338	6 593	142	305	6,5%	4,9%				
DEMANDES À L'ACCUEIL PSYCHOSOCIAL ET À L'ACCUEIL CENTRALISÉ	1 216	2282 demandes	1 229	2234 demandes	13	-48 demandes	1,1%	-2,1% demandes				
SERVICES ENFANCE/FAMILLE, JEUNESSE, SCOLAIRE, ADULTES/SANTÉ MENTALE ET SANTÉ PUBLIQUE	2 409	10 792	2 564	10 051	155	-741	6,4%	-6,9%				
VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA (campagne)	1 225		1 343		118		9,6%					
SERVICES MÉDICAUX	2094	6010	2 339	7 187	245	1 177	11,7%	19,6%				
* Statistiques du 1er avril 2017 au 31 mars 2018	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Interprétation des résultats généraux</td> <td>Vert : Démontre soit une augmentation des services offerts ou du nombre d'usagers.</td> </tr> <tr> <td>Rouge : Représente soit une diminution du nombre d'usagers ou du nombre d'interventions.</td> </tr> </table>									Interprétation des résultats généraux	Vert : Démontre soit une augmentation des services offerts ou du nombre d'usagers.	Rouge : Représente soit une diminution du nombre d'usagers ou du nombre d'interventions.
Interprétation des résultats généraux	Vert : Démontre soit une augmentation des services offerts ou du nombre d'usagers.											
	Rouge : Représente soit une diminution du nombre d'usagers ou du nombre d'interventions.											

## Explications des variations

### *Introduction*

L'année 2017-2018 a été positive pour la Clinique en termes d'interventions réalisées et d'usager-ère-s vus. Pour l'ensemble de la Clinique, 444 usager-ère-s de plus ont été vus par rapport à l'an dernier (augmentation de 8%). Quant au nombre d'interventions réalisées, la Clinique a connu globalement une hausse de 4% par rapport à l'an dernier (1716 interventions additionnelles)<sup>4</sup>. Ces résultats favorables ont été réalisés tout en menant des dossiers importants au cours de l'année.

Tel que demandé par les membres de la Clinique dans les années antérieures, un tableau présente les statistiques par secteurs d'équipes de travail (**Tableau 4**).

### *Coordination du Soutien à domicile*

Le Soutien à domicile a vu la plus forte augmentation d'usager-ère-s vus, avec une hausse de près de 17% (147 usager-ère-s de plus). Également, on observe une augmentation de 2152 interventions faites (augmentation de 9%)<sup>5</sup>.

Les soins infirmiers comptent pour la moitié de cette augmentation, avec 107 usager-ère-s de plus dans leurs charges de cas. Les auxiliaires des services d'aide à domicile ont réalisé 929 visites de plus qu'en 2016-2017.

Le nombre d'interventions des services psychosociaux a augmenté de plus de 5%, pour un nombre d'usager-ère-s globalement stable par rapport à l'an dernier. C'est en moyenne une rencontre de plus par usager-ère.

Pour le service de réadaptation à domicile, 40 usager-ère-s de plus que l'an dernier ont été rencontrés, ce qui représente une augmentation de 17%.

### *Coordination des services courants*

Les services courants incluent les rendez-vous médicaux ainsi que les cliniques de sans rendez-vous infirmier et médical, les cliniques de prélèvements, l'accueil psychosocial, le guichet d'accès en santé mentale et l'accueil centralisé (infirmière de liaison). On y retrouve également les services d'archives médicales, du secteur bureau, de l'aide médicale (fournitures), du transport et de l'hygiène et salubrité.

Le nombre d'usager-ère-s ayant reçu des soins infirmiers dans ce secteur a connu une augmentation de 6,5% (142 usager-ère-s de plus). Le nombre d'interventions en soins infirmiers a également connu une augmentation, soit de près de 5% (305 interventions de plus). Ces résultats sont attribuables à l'augmentation du nombre de références en suivi conjoint avec les médecins

---

<sup>4</sup> Total des services de la Clinique.

<sup>5</sup> Total des services pour la coordination du Soutien à domicile (SAD) : soins infirmiers, service social, réadaptation, aide à domicile.

ainsi qu'une légère augmentation du nombre de rendez-vous pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) offerts par les infirmières de ce secteur.

L'accueil centralisé (infirmière de liaison) et l'accueil psychosocial reçoivent presque toutes les demandes de services formulées par les usager-ère-s à la Clinique. Les résultats sont donc présentés par nombre d'usager-ère-s vus (1229 usager-ère-s en 2017-2018) et par nombre de demandes traitées (2234 demandes en 2017-2018), plutôt que par le nombre d'interventions effectuées. Ces services ont connu une légère hausse du nombre d'usager-ère-s vus (13 usager-ère-s de plus) et une diminution du nombre de demandes traitées (48 demandes de moins) par rapport à l'an dernier. Cette diminution s'explique notamment par une augmentation du nombre d'usager-ère-s concernés par une même demande (exemple : une demande concerne deux usager-ère-s d'une même famille).

### ***Coordination Enfance-Famille, Jeunesse, Scolaire, Adultes-Santé mentale et Santé publique***

Ce secteur a connu une augmentation du nombre d'usager-ère-s de 6,4%, soit 155 usager-ère-s de plus<sup>6</sup>. Toutefois, cette année, les équipes de ce secteur ont connu plusieurs absences à durée indéterminée et des départs à la retraite. Cette situation s'est traduite par une diminution de la fréquence d'interventions et du nombre d'interventions, principalement dans les services sociaux de l'équipe Adultes-Santé mentale, ce qui explique l'écart par rapport à l'an dernier.

Ce sont les soins dentaires offerts par l'équipe Scolaire et les services psychosociaux offerts par l'équipe Jeunesse qui ont connu la plus grande augmentation du nombre d'usager-ère-s vus, avec des augmentations respectives de 21,5% (75 usager-ère-s) et de 15,1% (61 usager-ère-s).

Le nombre d'usager-ère-s ayant reçu des soins infirmiers offerts par l'équipe Enfance-Famille ont connu une augmentation de 57 usager-ère-s par rapport à l'an dernier et le nombre d'interventions en soins infirmiers dans cette équipe a augmenté de 11%. Ces résultats peuvent être expliqués notamment par une hausse de la natalité dans le quartier.

### ***Vaccination***

La Clinique offre un service de vaccination à la population, tant par les infirmières des différents secteurs que lors de la campagne de vaccination contre l'influenza. Le nombre d'usager-ère-s vaccinés en 2017-2018 a augmenté de 9% par rapport à l'an dernier.

### ***Services médicaux***

L'équipe médicale a aussi connu une augmentation du nombre d'usager-ère-s vus par les médecins, soit 245 nouveaux usager-ère-s (augmentation de 11,7%). Cette augmentation est liée en partie à l'entente survenue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le MSSS, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, qui a favorisé une augmentation importante de la prise en charge d'usager-ère-s inscrits sur la liste d'attente du Guichet d'accès pour un médecin de famille (GAMF).

---

<sup>6</sup> Total des services pour la coordination Enfance-Famille, Jeunesse, Scolaire, Adultes-Santé mentale et Santé publique : soins infirmiers, travail social, psychoéducation, psychologie, nutrition et réadaptation.



50 ans de **santé** et de **solidarité** d'un quartier!

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

500 avenue Ash, Montréal, Québec, H3K 2R4

1955 rue du Centre, Montréal, Québec, H3K 1J1

Téléphone: 514-937-9251

Télécopieur: 514-937-3492

Site web: [www.ccpsc.qc.ca](http://www.ccpsc.qc.ca)

Facebook: Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles