

Centre de santé et de services sociaux  
Jeanne-Mance



Centre affilié universitaire

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

Adopté par le conseil d'administration

Le mercredi 15 juin 2011

Publication

Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance  
155, boulevard Saint-Joseph Est  
Montréal (Québec) H2T 1H4  
Téléphone : 514 525-1900 Télécopieur : 514 380-5152

Production

Direction générale – Service des communications  
© Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, 2011

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 978-2-9810627-6-5

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

## Table des matières

Message du président et de la directrice générale .....	5
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion et des contrôles afférents .....	7
Présentation de l'établissement .....	8
Mission .....	8
Portrait du CSSS Jeanne-Mance.....	8
Le CSSS Jeanne-Mance, centre affilié universitaire .....	8
Données démographiques.....	8
Données socioéconomiques.....	9
Données sociosanitaires.....	9
Données sur des problématiques touchant les clientèles marginales .....	10
Données sur les personnes âgées et sur les personnes hébergées.....	11
Structure organisationnelle au 31 mars 2011 .....	11
Immobilisations : ajout d'un site et agrandissement d'un site déjà existant .....	11
Services offerts par le CSSS Jeanne-Mance .....	12
Installations physiques du CSSS Jeanne-Mance .....	13
Données sur le personnel.....	14
Organigramme.....	15
Faits saillants .....	16
Résultats en lien avec la planification stratégique 2009-2012	
Orientation 1 .....	19
Orientation 2 .....	20
Orientation 3 .....	24
Orientation 4 .....	25
Orientation 5 .....	26
Suites apportées aux recommandations faites par l'organisme d'agrément dans son dernier rapport.....	27
Bilan de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.....	28
Bilan du médecin examinateur .....	30
Conseils et comités .....	31
Conseil d'administration.....	31
Comité de vigilance et de la qualité .....	31
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	32
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.....	32
Comité d'examen des titres.....	32
Comité de pharmacologie .....	32

Conseil multidisciplinaire.....	33
Conseil des infirmières et infirmiers.....	33
Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires.....	33
Conseil des sages-femmes.....	34
Comité des usagers.....	34
Comité de gestion des risques.....	35
Comité interdisciplinaire de prévention des infections.....	37
États financiers .....	38
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs .....	42
Annexe 1 – Suivi de l'entente de gestion.....	51

## Message du président et de la directrice générale

La production du rapport annuel de gestion permet de porter un regard rétrospectif sur les événements significatifs survenus au cours des derniers mois. Bien qu'exigeante, l'année 2010-2011 fut riche en enseignement et a permis de constater la capacité de notre organisation à faire face aux difficultés. Grâce à l'engagement des membres du conseil d'administration et à la mobilisation du personnel, le CSSS Jeanne-Mance a relevé avec succès les défis importants qui lui ont été lancés. Les efforts consentis collectivement par l'ensemble de ceux et celles qui travaillent dans l'établissement ont permis d'atteindre, et même de dépasser les objectifs que nous nous étions fixés, particulièrement en ce qui concerne le retour à l'équilibre budgétaire. Nous leur en sommes profondément reconnaissants.

Par leur travail et par les projets qu'elles initient, les équipes qui œuvrent au sein de l'établissement font preuve d'une créativité et d'un dynamisme impressionnants. Leurs expertises et leurs compétences dépassent largement les frontières du territoire. L'année 2010-2011 nous aura donné l'occasion de célébrer le 20<sup>e</sup> anniversaire de l'équipe Itinérance ainsi que le 10<sup>e</sup> anniversaire de l'équipe jeunes de la rue. L'unité La Clé des champs du Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal a remporté le Prix d'excellence 2010 – santé et services sociaux de l'Institut d'administration publique du Québec. En février, l'organisme Suicide Action Montréal (SAM) décernait son prix Hommage 2011 au CSSS Jeanne-Mance. Les responsables du Projet Relations amoureuses des jeunes du CSSS Jeanne-Mance, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) et le Centre de communication en santé mentale de l'Hôpital Rivière-des-Prairies lançaient la trousse *Premières amours*, un outil destiné aux personnes qui travaillent auprès des jeunes de 12 à 18 ans. Et ce ne sont là que quelques exemples des réussites et des réalisations des équipes du CSSS Jeanne-Mance.

De nombreux autres projets ont été entrepris ou menés à terme au cours de l'exercice 2010-2011. Le rehaussement des unités de médecine familiale Notre-Dame et des Faubourgs permettent aujourd'hui d'accueillir un plus grand nombre de résidents et d'externes en médecine familiale. En tant que centre affilié universitaire (CAU), le CSSS Jeanne-Mance poursuit son importante mission de recherche et d'enseignement. De nombreux projets menés par les chercheurs du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS), qui fait partie intégrante de notre établissement, s'ancrent dans la réalité du territoire et contribuent à l'émergence de nouvelles connaissances sur les phénomènes de notre société contemporaine.

La préservation de la mixité sociale et la lutte contre la pauvreté restent de grands enjeux de notre territoire et les équipes des programmes du CSSS doivent composer avec des problématiques de plus en plus complexes. Pour faire face à cette complexité, la collaboration des partenaires est essentielle. Aussi, notre établissement entretient des relations assidues avec de nombreux acteurs du réseau local.

L'amélioration de la santé de la population, comme le bien-être et la sécurité des résidents hébergés dans nos centres, demeurent au cœur de chacun de nos choix. Il est impossible de dresser une liste exhaustive de toutes les activités qui ont été réalisées en 2010-2011 tant elles ont été nombreuses. Le présent rapport vous en présentera les faits saillants ainsi que les principaux résultats obtenus en lien avec les objectifs regroupés sous cinq grandes orientations de la planification stratégique du CSSS.

Notre nouveau site Web, en ligne depuis le 1<sup>er</sup> juin 2010, permet à la population du territoire d'accéder à une foule de renseignements pratiques et fournit de nombreux liens vers les sites des partenaires du CSSS et vers des ressources du réseau communautaire ou institutionnel. Il représente un véritable carrefour virtuel, branché sur la réalité du territoire. Notre bulletin d'information, *Le Jeanne-Mance*, distribué dans la communauté, informe les partenaires du CSSS des projets et des programmes susceptibles de les intéresser et fait découvrir les initiatives des organismes du réseau local aux employés.

Le CSSS Jeanne-Mance est privilégié de pouvoir compter sur l'appui de la Fondation CSSS Jeanne-Mance. La Fondation soutient les programmes et les services offerts aux clientèles du CSSS et certains projets de recherche menés par le CREMIS. Merci aux gens d'affaires, au personnel du CSSS et aux donateurs pour leur générosité. Un merci particulier s'adresse aux membres du conseil d'administration et à la présidente-directrice générale de la Fondation.

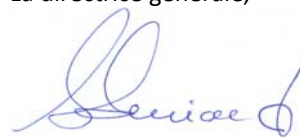
Bonne lecture!

Le président du conseil d'administration,



Ron Rayside

La directrice générale,



Sylvie Simard

## **Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion et des contrôles afférents**

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relève de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

La directrice générale,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sylvie Simard', written in a cursive style.

Sylvie Simard

## Présentation de l'établissement

### Mission

La direction, le conseil d'administration, le personnel, les médecins et les partenaires du CSSS Jeanne-Mance s'engagent à agir en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux et à mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour que la population du territoire ait accès à des soins de santé et à des services sociaux adaptés à ses besoins dans les meilleurs délais possibles.

Le CSSS Jeanne-Mance veut aussi créer, au sein de son réseau local, des conditions et des environnements favorables pour aider les personnes à prendre leur santé en main afin que chacun ait les capacités physiques et psychologiques ainsi que les ressources requises pour mener une vie active et agir dans son milieu. Le CSSS Jeanne-Mance contribue à l'avancement des connaissances et à la formation des professionnels dans le cadre de sa désignation de centre affilié universitaire.

### Portrait du CSSS Jeanne-Mance

Le CSSS Jeanne-Mance assure des services à la population de son territoire, soit à plus de 138 490 personnes, représentant 7,5 % de la population montréalaise. Le territoire desservi est composé de huit quartiers de voisinage: Saint-Louis, Mile-End, Plateau-Est et Plateau-Ouest, situés dans l'arrondissement Plateau-Mont-Royal et enfin, Sainte-Marie, Saint-Jacques, Faubourg Saint-Laurent et Vieux-Montréal, situés dans l'arrondissement Ville-Marie.

Bien que certains de ces quartiers soient parmi les plus prisés de Montréal, la population du territoire est moins favorisée que celle de l'ensemble de l'île de Montréal. Le territoire est marqué par de fortes disparités. Les écarts de revenus sont frappants et la pauvreté d'une partie de la population a des impacts néfastes sur son état de santé.

Situé au coeur de la métropole, le territoire du CSSS Jeanne-Mance accueille près de 500 000 visiteurs par jour et est le lieu où s'exprime de façon plus marquée, un ensemble de problématiques particulières : itinérance, prostitution de rue, toxicomanie, etc. Malgré les problématiques particulières, la population du territoire est, de tous les territoires de CSSS de l'île de Montréal, celle dont le sentiment d'appartenance à la communauté locale est le plus élevé.

### Le CSSS Jeanne-Mance, centre affilié universitaire

Le CSSS Jeanne-Mance est l'un des six centres de santé, sur près d'une centaine au Québec, désigné centre affilié universitaire (CAU), ce qui lui confère une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Le Centre de recherche sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS) fait partie intégrante du CSSS-CAU Jeanne-Mance.

### Données démographiques

Le territoire compte près de 9 426 habitants par km<sup>2</sup>. On y retrouve les quartiers les plus densément peuplés du Canada. Une croissance de la population de 1,4 % a été enregistrée entre 2001 et 2006, bien que le nombre d'aînés, de familles et de personnes âgées entre 20 et 24 ans ait diminué.

Depuis 2005, on assiste à une augmentation sans égal du nombre de naissances sur le territoire. On note une croissance prononcée des naissances sur les trois territoires de CLSC entre 2005 et 2008 et une légère diminution durant l'année 2008-2009. C'est le territoire du CLSC du Plateau-Mont-Royal qui a connu le plus grand nombre de naissances entre 2005 et 2009, alors que 2 952 bébés ont vu le jour.

Une présence masculine marquée est observée. À Montréal, les hommes représentent 48,1 % de la population. Sur le territoire du CSSS, ce taux augmente à 52,8 % alors qu'il atteint 57 % sur territoire du CLSC des Faubourgs.

Ce sont les 25 à 29 ans qui sont les plus nombreux à résider sur le territoire. Ils représentent près de 15 % de la population. Les moins de 20 ans sont moins nombreux qu'à Montréal. Ils représentent 13,6 % de la population locale alors

qu'à Montréal le taux s'élève à 21 %. Les 20 à 35 ans représentent plus du tiers, soit 35,4 % de la population du territoire, comparativement à 23 % pour Montréal.

Malgré le vieillissement de la population, on constate plutôt une diminution du nombre de personnes âgées. Entre 2001 et 2006, une diminution de 860 aînés a été observée. La hausse des logements et le grand nombre de petits logements situés aux étages supérieurs des immeubles pourraient partiellement expliquer cette diminution.

Le territoire est fortement marqué par la présence de populations marginales ou aux prises avec des problématiques caractéristiques des quartiers centraux des grandes villes. L'itinérance, la prostitution et l'utilisation de drogues injectables font partie des réalités locales. Le nombre de personnes fréquentant les refuges et les banques alimentaires est en recrudescence. La population sans domicile fixe et vivant dans la rue semble également en progression.

Tout comme la pyramide des âges, la répartition des ménages selon leur taille est très particulière sur le territoire. Plus de la moitié des ménages est composée d'une personne seule. Le nombre de familles avec enfants a légèrement diminué sur le territoire entre 2001 et 2006, mais de façon plus marquée sur le territoire du CLSC Saint-Louis-du-Parc qui a connu à lui seul la perte de 395 familles, dont 160 familles monoparentales.

Entre 2001 et 2006, la proportion de personnes immigrantes résidant sur le territoire est passée de 19,6 % à 22,4%. Le territoire compte 30 250 personnes d'origines immigrantes, une augmentation de 4 220 personnes entre 2001 et 2006. Le nombre d'immigrants récents est passé de 6 160 à 8 675, ce qui représente une augmentation de 29 %, comparativement à 26 % pour Montréal et 40 % sur le territoire du CLSC du Plateau-Mont-Royal.

### **Données socioéconomiques du territoire**

Les très grands écarts de conditions de vie des résidents du territoire se traduisent par un revenu moyen qui ne permet pas de déceler la très grande pauvreté dont souffre une partie de la population. Ce phénomène est particulièrement présent sur les territoires du CLSC du Plateau-Mont-Royal et du CLSC Saint-Louis-du-Parc.

La population du territoire est plus scolarisée que l'ensemble de la population montréalaise. Près de 45 % des résidents du territoire de 15 ans et plus détiennent un diplôme universitaire alors que c'est le cas de 31,8 % des Montréalais. Ce taux atteint 50,3 % sur le territoire du CLSC du Plateau-Mont-Royal.

Toutefois, il est important de souligner que 18 715 personnes de 15 ans et plus, soit 15,4 % de la population du territoire du CSSS Jeanne-Mance ne détient aucun diplôme et que 16,8 % détient comme dernier diplôme un diplôme d'études secondaires.

Sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance, 49 220 personnes vivent sous le seuil de faible revenu avant impôt, ce qui représente 37 % de la population.

De grandes disparités existent sur le territoire. Le revenu moyen des ménages du territoire est inférieur à celui des ménages montréalais de 9 275 \$. Le revenu médian des ménages du territoire est inférieur de 5 400 \$ à celui des ménages montréalais. La différence est de près de 10 250 \$ pour le territoire du CLSC des Faubourgs. La situation est préoccupante.

### **Données sociosanitaires**

Selon l'Enquête sur la maturité scolaire effectuée par la Direction de santé publique en 2008, 29 % des enfants sont mal préparés pour leur entrée à la maternelle et présenteraient une vulnérabilité dans au moins un des domaines de maturité scolaire suivants : les compétences sociales, la maturité affective, le développement cognitif et langagier et les habiletés de communication et de connaissances générales. À Montréal, le taux est de 35 % et il atteint 41 % sur le territoire du CLSC des Faubourgs.

Le taux de victimisation des enfants de 0 à 4 ans est de 37,2 pour 1 000 sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance. Ce taux est tout près de celui de Montréal même si des disparités sont enregistrées par territoire de CLSC. Le taux de victimisation chez les enfants de ce groupe d'âge est de 13,7 pour 1 000 sur le territoire du CLSC Saint-Louis-du-Parc, comparativement

à 85,4 pour 1 000 sur celui du CLSC des Faubourgs. Sur le territoire du CLSC du Plateau-Mont-Royal, ce taux est de 21,9 pour 1 000. Le territoire du CSSS, comme celui de Montréal, a des taux de victimisation supérieurs dans les secteurs les plus défavorisés.

Le décrochage scolaire est une préoccupation importante pour le CSSS Jeanne-Mance et ses partenaires. Le décrochage scolaire est particulièrement présent dans deux des écoles secondaires du territoire. Entre 2004 et 2007, le nombre d'élèves quittant l'école sans diplôme a atteint des niveaux alarmants.

L'espérance de vie des hommes du territoire du CSSS Jeanne-Mance est de 72,9 années alors qu'elle augmente à 77,3 années sur le territoire montréalais. Chez les femmes du territoire, l'espérance de vie est de 80,9 années comparativement à 82,5 années chez les Montréalaises. C'est l'espérance de vie des hommes du territoire du CLSC des Faubourgs qui affiche le plus grand écart avec Montréal. Ces hommes ont une espérance de vie de 7,7 années de moins que les Montréalais.

L'état de santé des adultes du territoire, et plus particulièrement des adultes résidant sur le territoire du CLSC des Faubourgs, est marqué par une prévalence plus élevée que pour le territoire de Montréal des principales maladies chroniques. Les maladies chroniques altèrent la qualité de vie des personnes atteintes et ce, sur une longue période de temps.

Le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), les maladies cardiovasculaires et de l'appareil circulatoire sont responsables d'un grand nombre d'hospitalisations et la cause de mortalité de près de 400 personnes chaque année sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance. Le nombre de suicide est le plus élevé des CSSS de Montréal et plus de la moitié des décès par suicide sont le fait d'hommes âgés entre 25 et 44 ans.

Les taux d'incidence par 100 000 habitants de la chlamydie, de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse et des hépatites B et C sont supérieurs sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance que sur tous les territoires de CSSS de Montréal.

Le stress et la détresse psychologique teignent la réalité d'un nombre croissant de personnes résidant sur le territoire.

Il est intéressant de constater que 93 % des résidents de 12 ans et plus du territoire utilisent le transport actif pour faire leurs emplettes alors ce taux n'est que de 79 % à Montréal. Les services de proximité et la vie urbaine favorisent ce type de déplacements. Près de 30 % de la population de 18 ans et plus du territoire affiche un surplus de poids alors que la moyenne montréalaise est de 43 %.

### **Données sur des problématiques touchant les clientèles marginales**

Le territoire du CSSS Jeanne-Mance est celui où la présence des jeunes de la rue est la plus marquée. L'état de santé physique et mentale de cette population est alarmant. Le taux de mortalité de ces jeunes est onze fois plus élevé que celui des jeunes Québécois. L'abus de substances toxiques et la prostitution marquent le quotidien de la majorité d'entre eux. Un jeune de la rue sur trois a déjà reçu de l'argent ou des drogues en échange d'activités sexuelles. La plupart de ces jeunes consomment des drogues diverses et un sur deux l'a déjà fait au moyen d'injection. Le territoire du CSSS Jeanne-Mance accueille des jeunes de la rue des différentes régions du Québec et des autres provinces canadiennes.

Il n'existe aucun dénombrement de la population sans domicile fixe. Les intervenants qui œuvrent auprès de cette population s'entendent toutefois pour dire qu'elle est en augmentation. Le niveau de détresse psychologique des personnes en situation d'itinérance est frappant. Près de 35 % des personnes en situation d'itinérance ont déjà fait une tentative de suicide alors que la prévalence dans la population générale est de 0,7 %.

L'Agence de santé publique du Canada évalue qu'à Montréal, entre 6 000 et 25 000 personnes consomment de la cocaïne et qu'entre 5 000 et 15 000 personnes consomment de l'héroïne. Les taux élevés d'infections transmissibles sexuellement et par le sang constatés sur le territoire suggèrent la présence d'une grande proportion d'utilisateurs de drogues injectables sur le territoire.

## **Données sur les personnes âgées et sur les personnes hébergées**

Plus de 14 240 personnes de 65 ans et plus habitent le territoire du CSSS Jeanne-Mance. Près de la moitié d'entre elles a plus de 75 ans. La majorité des aînés habitent seuls et une forte proportion de cette population vit sous le seuil de faible revenu. L'état de santé des aînés du territoire est de façon générale moins bon qu'ailleurs à Montréal. Mais de tous les enjeux soulevés par les acteurs œuvrant auprès des aînés, c'est l'isolement d'une grande partie d'entre eux qui reste le plus préoccupant.

Des 12 180 personnes âgées de plus de 65 ans vivant en ménage privé sur le territoire, 50,2 % d'entre elles vivent seules. La proportion est de 35,9 % à Montréal.

La prévalence des maladies chroniques est plus élevée qu'à Montréal. On estime que le diabète et les maladies respiratoires et circulatoires sévissent de façon plus prononcée sur le territoire du CSSS et encore plus particulièrement sur celui du CLSC des Faubourgs. Sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance, le nombre de personnes vivant avec une incapacité est estimé à 22 000. Le tiers a plus de 65 ans.

Plus de 1 200 usagers résident de façon permanente dans l'un des sept centres d'hébergement de soins de longue durée du CSSS Jeanne-Mance. L'âge moyen des résidents hébergés est de 79,4 ans, excluant les résidents du Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal où l'âge moyen est de 54 ans. La clientèle de ce centre présente davantage de déficiences physiques plutôt qu'une perte d'autonomie liée au vieillissement. Les personnes admises en hébergement sont maintenant plus âgées et présentent une perte d'autonomie sévère. La durée de séjour des résidents varie entre 2,8 et 6,2 ans, selon le type d'installation.

Sur le territoire, on compte aussi un peu moins de 1 400 places pour les personnes âgées, réparties dans 17 résidences privées incluant les organismes sans but lucratif ayant demandé une certification. S'ajoutent une centaine de places en ressources intermédiaires.

## **Structure organisationnelle au 31 mars 2011**

Le 1<sup>er</sup> avril 2010, des modifications importantes ont été apportées à la structure organisationnelle du CSSS. Soucieuse de participer aux efforts d'optimisation, l'équipe de direction est passée de 17 à 12 directeurs. Ainsi, les directions générales adjointes Services en hébergement et Services à la communauté et affaires universitaires ont été abolies et une nouvelle Direction générale adjointe Services à la clientèle, combinant les programmes en hébergement et en CLSC a été créée.

La Direction générale adjointe à la planification de la mission hospitalière a été modifiée pour devenir la Direction générale adjointe Planification, qualité et mission universitaire. Les services à la clientèle relèvent aujourd'hui de quatre directions : deux en CLSC et deux en hébergement.

## **Immobilisations : ajout d'un site et agrandissement d'un site déjà existant**

Le personnel du CSSS Jeanne-Mance travaille aujourd'hui dans 22 sites répartis sur le territoire. Pendant l'exercice 2010-2011, un nouveau site a été ouvert pour permettre l'installation de la Clinique de médecine familiale Notre-Dame. Le site du CLSC des Faubourgs de la rue Parthenais a aussi été agrandi. Ces deux modifications s'inscrivent dans le cadre des travaux de rehaussement des unités de médecine familiale du CSSS Jeanne-Mance pour lesquels l'établissement a été subventionné.

## Services offerts par le CSSS Jeanne-Mance

### Mission hébergement

- Programme hébergement permanent régulier
- Programme hébergement permanent spécifique de type 1
- Programme hébergement permanent spécifique de type 2
- Programme hébergement temporaire
- Programme d'évaluation et d'orientation
- Accueil
- Archives
- Bénévolat
- Ergothérapie
- Inhalothérapie
- Nutrition
- Orthophonie
- Pastorale
- Physiothérapie
- Psychologie
- Récréologie
- Services sociaux
- Pharmacie

### Mission CLSC

- Services médicaux et infirmiers
- Services généraux et services psychosociaux 1<sup>re</sup> ligne
- Services de suivi psychosocial
- Services de santé mentale
- Famille enfance jeunesse 0-5 ans
- Famille enfance jeunesse scolaire
- Famille enfance jeunesse - DI-TED et santé mentale
- Famille enfance jeunesse - Jeunes en difficultés
- Famille enfance jeunesse - Jeunes de la rue
- Famille enfance jeunesse - Clinique des jeunes
- Services de sage-femme
- Cliniques de vaccination, vaccination bébés, enfants
- Aide à domicile
- Centres de jour
- Soins infirmiers à domicile
- Services médicaux à domicile
- Services psychosociaux à domicile
- Cuisine communautaire des Faubourgs
- Ergothérapie et physiothérapie
- Nutrition VIH-SIDA
- Nutrition services courants
- Nutrition à domicile
- Groupe de médecine familiale en CLSC
- Organisation communautaire
- Archives
- Centre d'enseignement de l'asthme (CEA) et des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)
- Centre d'éducation à la santé

- Centre d'enseignement sur le risque cardiométabolique
- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)
- Hôpital de jour
- Santé au travail : Programme de santé au travail
- Santé au travail : Programme *Maternité sans danger* (régional)
- Service d'intervention, prévention et dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
- Services aux personnes itinérantes
- Service d'urgence psychosociale - justice (UPS-Justice)
- Services aux personnes migrantes
- Service d'interruption volontaire de grossesse
- Accueil aux personnes d'origine chinoise
- Service régional d'adoption internationale
- Gestion de ressources intermédiaires et alternatives

### Installations physiques du CSSS Jeanne-Mance

#### Installations - CLSC et clinique

- CLSC des Faubourgs : 1705, rue de la Visitation
- CLSC des Faubourgs : 2260, rue Parthenais
- CLSC des Faubourgs : 1250, rue Sanguinet
- CLSC Saint-Louis-du-Parc : 15, avenue du Mont-Royal Ouest
- CLSC du Plateau-Mont-Royal : 4625, avenue De Lorimier
- Clinique de médecine familiale Notre-Dame : 2120, rue Sherbrooke Est

#### Installations - Centres d'hébergement

- Centre d'hébergement Armand-Lavergne : 3500, rue Chapleau
- Centre d'hébergement Bruchési : 2225, rue Rachel Est
- Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal : 66, boulevard René-Lévesque Est
- Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or : 3430, rue Jeanne-Mance
- Centre d'hébergement Émilie-Gamelin : 1440, rue Dufresne
- Centre d'hébergement Ernest-Routhier : 2110, rue Wolfe
- Centre d'hébergement Jean-De La Lande : 4255, avenue Papineau

#### Installations - Personnel administratif

- 155, boulevard Saint-Joseph Est
- 1200, avenue Papineau

#### Autres installations physiques

- Services à domicile - 55, avenue du Mont-Royal Ouest et 1200, avenue Papineau
- Service de sages-femmes - 2187, rue Larivière
- Santé et sécurité au travail - 5800, rue Saint-Denis
- Service côté cour - 10, rue Saint-Antoine et 775, rue Gosford, bureau R-710
- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive et hôpital de jour - 1051, rue Saint-Hubert
- Projet Chez soi - 1001, boulevard de Maisonneuve Est, bureau 950

## Données sur le personnel

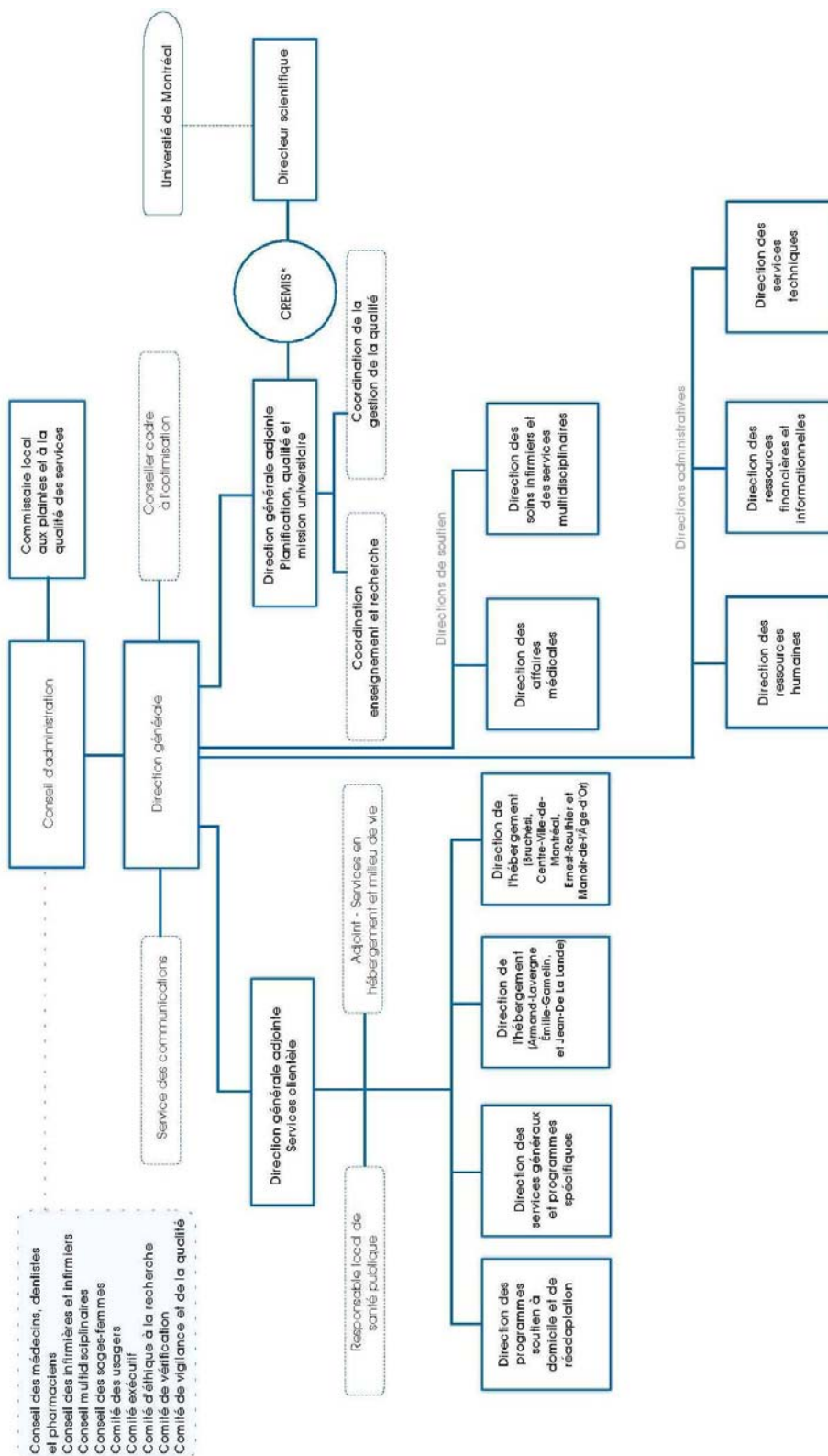
Effectifs de l'établissement	Exercice en cours	Exercice antérieur
<b>Les cadres (au 31 mars 2011)</b>		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	107	108
• Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	25	24
• Nombre de cadre en stabilité d'emploi	4	3
<b>Les employés réguliers (au 31 mars 2011)</b>		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 129	1 148
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalent temps complet <sup>1</sup> (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	639	629
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	2	1
<b>Les occasionnels</b>		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	821 398	818 354
• Équivalents temps complet <sup>2</sup>	450	448

Catégories d'emploi	Nombre de personnes
Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires (infirmière, infirmière auxiliaire, inhalothérapeute, etc.)	569
Personnel para technique, des services auxiliaires et des métiers (aide en alimentation, auxiliaire familial et social, peintre, etc.)	1 307
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (agent administratif, commis, technicien en administration, technicien en documentation, etc.)	301
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (archiviste médical, travailleur social, récréologue, ergothérapeute, etc.)	414
Effectifs médicaux (pharmaciens, médecins omnipraticiens et spécialistes)	13 (pharmaciens et sages-femmes) 141 (médecins omnipraticiens et spécialistes)
Personnel d'encadrement	141
<b>Total</b>	<b>2 886</b>

<sup>1</sup> Pour les cadres et les employés réguliers, l'équivalence temps complet se calcule en divisant le nombre d'heures de travail (selon le contrat de travail) par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

<sup>2</sup> Pour les occasionnels, l'équivalence temps complet (ETC) se calcule en divisant le nombre d'heures rémunérées par 1826 heures.

Organigramme au 31 mars 2011



## Faits saillants

### Une année marquée par un contexte budgétaire difficile

Le CSSS Jeanne-Mance s'est vu dans l'obligation d'adopter un plan de retour à l'équilibre budgétaire exigeant. La collaboration, le soutien et la créativité des équipes, les efforts de réduction des dépenses, des revenus supérieurs à ceux anticipés et l'absence de dépenses imprévues ont permis à l'établissement de terminer l'exercice en équilibre budgétaire.

### Nomination de la nouvelle directrice générale du CSSS Jeanne-Mance

Le conseil d'administration a confirmé la nomination de Sylvie Simard au poste de directrice générale du CSSS Jeanne-Mance lors de sa réunion du 16 juin 2010. M<sup>me</sup> Simard occupait ce poste par intérim depuis le départ à la retraite de M<sup>me</sup> Chantale Lapointe, en début d'année 2010. La nouvelle directrice générale a fait une tournée de toutes les installations du CSSS à l'automne. Plus de 1 200 personnes ont assisté à ces rencontres. Après chacune des présentations, la nouvelle directrice générale a discuté et a répondu aux questions des membres du personnel. Ces rencontres ont été très enrichissantes.

### Prix d'excellence pour l'unité La Clé des champs

L'unité La Clé des champs du Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal a remporté le Prix d'excellence 2010 – santé et services sociaux de l'Institut d'administration publique du Québec. La Clé des champs regroupe 26 résidents atteints d'une maladie neurologique associée à des pertes cognitives et à des difficultés d'autocontrôle de l'humeur et du comportement. Le personnel et les résidents de cette unité ont choisi de participer au Programme action créatif transitoire d'éducation socioneuropsychologique (PACTES), qui est axé sur une approche positive adaptée à la situation particulière de ces personnes. L'approche préconisée par le PACTES implique que les intervenants collaborent à la réalisation des projets des résidents, peu importe leur titre d'emploi. Le succès de La Clé des champs repose en grande partie sur la participation des intervenants qui y appliquent un modèle novateur d'intervention. Fait à noter, cette unité a également été finaliste pour le Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie Accessibilité aux soins et aux services.

### Prix partenariat Suicide Action Montréal

En février, l'organisme Suicide Action Montréal (SAM) décernait son prix Hommage 2011 au CSSS Jeanne-Mance. Cette importante distinction a été accordée au CSSS pour souligner la contribution remarquable de ses équipes en matière de prévention au suicide et pour reconnaître le partenariat privilégié qu'ont développé les deux organisations. L'organisme a souligné les compétences et l'implication active des membres du comité de prévention du suicide du CSSS ainsi que de l'équipe d'Urgence psychosociale-Justice. Une centaine d'intervenants du CSSS, du réseau de la santé et des services sociaux et d'organismes communautaires ont d'ailleurs participé au Rendez-vous Jeanne-Mance sur la prévention du suicide auprès de la population adulte en début d'année.

### Transfert et déménagement de la Clinique de médecine familiale Notre-Dame

La Clinique de médecine familiale Notre-Dame fait désormais partie des installations du CSSS Jeanne-Mance. Le transfert administratif de la clinique, jusqu'alors rattachée au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), s'est effectué comme prévu le 1<sup>er</sup> avril 2010. La clinique est à la fois un groupe de médecine de famille (GMF) et une unité d'enseignement pour les résidents en médecine familiale et les étudiants externes de l'Université de Montréal. Elle se joint au CSSS riche de son expérience et forte d'une solide réputation. L'équipe comprend 25 médecins, une vingtaine de résidents, deux externes qui, chaque mois, effectuent leur stage en médecine familiale, deux infirmières - l'une technicienne, l'autre clinicienne -, huit agentes administratives et une technicienne en administration. La clinique est très active et bien ancrée dans la vie du quartier. On y donne annuellement plus de 25 000 rendez-vous. Le 1<sup>er</sup> novembre, la Clinique de médecine familiale Notre-Dame a emménagé au 6<sup>e</sup> étage de l'immeuble situé à l'angle de l'avenue De Lorimier et de la rue Sherbrooke.

## Rehaussement des unités de médecine familiale du CSSS

Le CSSS Jeanne-Mance a obtenu un important investissement du ministère de la Santé et des Services sociaux afin de rehausser l'Unité de médecine familiale des Faubourgs ainsi que l'Unité de médecine familiale Notre-Dame. Le CSSS Jeanne-Mance peut maintenant accueillir un plus grand nombre de résidents et d'externes en médecine familiale, participant ainsi à la relève dans ce domaine où les besoins sont connus et nombreux. Il s'agit d'une excellente nouvelle pour la population du territoire, qui pourra bénéficier d'un meilleur accès à des services médicaux grâce à la présence d'un plus grand nombre de médecins de famille en formation et, dans un avenir rapproché, d'une infirmière praticienne spécialisée en première ligne.

## Les 20 ans de l'équipe Itinérance

L'émotion était au rendez-vous à la Salle des boiseries de l'Université du Québec à Montréal, le 28 octobre 2010. C'est dans ce cadre chaleureux que s'étaient réunies une soixantaine de personnes pour souligner le vingtième anniversaire de l'équipe Itinérance du CSSS Jeanne-Mance. L'événement a donné lieu à de touchantes retrouvailles et ravivé d'impérissables souvenirs. Le CSSS a créé l'équipe Itinérance en 1990, quelques années après que l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé 1987 Année internationale des sans-abri. Vingt ans plus tard, le phénomène d'itinérance persiste à Montréal, comme ailleurs au Québec, et les intervenants de l'équipe font le triste constat que les sans-abri sont de plus en plus nombreux dans les rues du territoire. L'équipe a le mandat de faciliter l'accessibilité des soins de santé et des services sociaux aux personnes itinérantes. Cette clientèle particulièrement vulnérable, qui présente des problèmes de santé de plus en plus complexes, se heurte à des préjugés tenaces de la part de la population et souvent même des professionnels de la santé. Aussi, la concertation est primordiale, comme le souligne le *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013* publié conjointement par les ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Sécurité publique, de l'Éducation, du Loisir et du Sport, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du Conseil exécutif, des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, de la Justice ainsi que de l'Immigration et des Communautés culturelles. C'est en développant des partenariats et en mettant en œuvre des actions concertées et complémentaires avec les partenaires communautaires que l'équipe Itinérance peut mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

## La Clinique des jeunes de la rue a fêté ses 10 ans

La Clinique des jeunes de la rue a été mise sur pied en 1998 à la suite d'une recherche réalisée par les équipes des D<sup>res</sup> Élise Roy et Nancy Haley qui révélait, entre autres, un taux de mortalité 11,4 fois plus élevé chez des jeunes de la rue que dans les autres groupes de jeunes de la population en général. Depuis, l'intervention auprès des jeunes de la rue a pris plusieurs formes : projets artistiques, présence et soutien de pairs aidants (des jeunes qui sont sortis de la rue), association avec des équipes de recherche, etc. Pour marquer l'anniversaire, une journée ayant pour thème *De l'errance à la citoyenneté* a été organisée et comprenait de nombreuses conférences et animations.

## Lancement de la trousse *Premières amours*

Lancée le 9 février 2011, la trousse *Premières amours* a pour objectif de promouvoir des relations harmonieuses et égalitaires ainsi que d'accompagner les adolescents dans la découverte de leur vie amoureuse. Elle vise également à prévenir la violence dans les relations amoureuses et propose des façons de soutenir les jeunes qui vivent cette dure réalité. Ce nouvel outil, destiné aux personnes qui travaillent auprès des jeunes de 12 à 18 ans dans les milieux de l'éducation, des services sociaux, de la santé ou de l'intervention communautaire, est le résultat d'une collaboration entre les responsables du Projet Relations amoureuses des jeunes du CSSS Jeanne-Mance, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) et le Centre de communication en santé mentale (CECOM) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

## Rendez-vous Jeanne-Mance sur la prévention du suicide

Le 10 février 2011, le CSSS tenait son premier Rendez-vous Jeanne-Mance sur la prévention du suicide auprès de la population adulte. Une centaine d'intervenants du CSSS, du réseau de la santé et des services sociaux et d'organismes communautaires du territoire ont participé à cette rencontre d'une demi-journée, au Centre St-Pierre. Un deuxième Rendez-vous Jeanne-Mance sur le même thème est prévu pour l'automne 2011. La rencontre aura pour but d'examiner des actions et des mécanismes à mettre en place pour développer ou consolider des partenariats sur cette problématique.

## Réduction du recours au personnel d'agences

Le CSSS Jeanne-Mance a considérablement réduit son recours au personnel d'agences privées pendant l'exercice financier 2010-2011. La diminution est particulièrement importante pour certains titres d'emplois : elle atteint 50 % chez les préposés aux bénéficiaires, 35 % chez les infirmières auxiliaires et 33 % chez les techniciens et professionnels de la santé. Même chez les infirmières, où la pénurie de personnel est particulièrement criante, on accuse une diminution de 8 %. Ces résultats ont un impact réel sur la qualité des services. Ils assurent notamment la stabilité des équipes et permettent d'assurer un meilleur suivi auprès des usagers des CLSC et des résidents des centres d'hébergement du CSSS Jeanne-Mance.

## Projet d'équipe de recherche sur la participation citoyenne

Le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS) du CSSS Jeanne-Mance a reçu une importante subvention du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC). Cette aide financière, accordée pour une période de quatre ans, permettra au CREMIS de soutenir les activités d'une nouvelle équipe de recherche sur les pratiques de participation citoyenne dans la recherche et l'action sur les inégalités sociales. Le directeur scientifique du CREMIS dirigera l'équipe, nommée PRAXCIT, qui réunit 18 chercheurs et praticiens du CSSS Jeanne-Mance. Les travaux de l'équipe visent le partage des expériences diversifiées de chacun de ses membres en matière de participation citoyenne.

## Révision de la structure d'encadrement des ressources intermédiaires (RI)

En mai 2010, la responsabilité de la gestion des RI était transférée à la Direction des programmes soutien à domicile et de réadaptation. Une équipe dédiée aux services dans ces ressources était créée et un processus d'évaluation mis en place. Ce processus a notamment mené à la fermeture du Pavillon Marquette, une RI située sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance.

## Des communications internes et externes en constante évolution

C'est en juin 2010 que le nouveau site Web du CSSS Jeanne-Mance était lancé. Complètement revampé, le [csssjeannemance.ca](http://csssjeannemance.ca) permet à la population et aux partenaires de trouver une foule de renseignements pratiques et de s'informer sur les services offerts au CSSS. Le site permet aux chercheurs d'emploi de consulter les plus récentes offres d'emploi disponibles et de postuler en ligne. Il est également possible de s'inscrire à divers ateliers grâce à des formulaires interactifs. En cas d'éclosion de grippe ou de gastroentérite, les familles et les proches des résidents sont avisés de la fermeture temporaire de certaines unités évitant ainsi des déplacements inutiles. Un bulletin sur la situation financière du CSSS Jeanne-Mance a été créé afin d'informer le personnel et les partenaires des avancées des travaux visant le retour à l'équilibre budgétaire du CSSS.

## Une nouvelle signature

Un appel a été lancé aux membres du personnel afin de trouver un slogan évocateur et représentatif pour le CSSS Jeanne-Mance. Le slogan sera utilisé dans les prochaines communications de l'établissement. Le jury, formé des membres du comité de régie de l'établissement, a dû choisir parmi les 175 propositions qui lui ont été soumises par le personnel. Le slogan retenu a été dévoilé récemment dans le bulletin interne de l'établissement : *CSSS Jeanne-Mance : notre mission, votre santé.*

**Les principales activités réalisées au cours de l'année 2010-2011 sont présentées à partir du plan d'action dont s'est doté le CSSS Jeanne-Mance et qui découle des cinq grandes orientations stratégiques (2009-2012), adoptées par le conseil d'administration lors de sa réunion du 17 juin 2009.**

## **Orientation 1**

### **Assumer la responsabilité populationnelle comme instance locale**

Assumer le leadership nécessaire à la consolidation du réseau local de services médicaux de première ligne incluant les pharmacies communautaires

- **Augmenter la prise en charge par les médecins de famille de notre population** – Le Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille a jumelé 595 patients à des médecins de famille durant l'année. Parmi ces personnes, 576 présentaient des critères de vulnérabilité. Le Guichet d'accès travaille en collaboration avec quatre cliniques du territoire.
- **Assurer le bon fonctionnement de la table locale du Département régional de médecine générale** - Une première rencontre s'est tenue en décembre. Un sondage a été effectué en janvier auprès des médecins du territoire pour identifier les actions prioritaires de la table locale. Les actions suivantes seront donc priorisées : les corridors de services avec les spécialistes (gastroentérologie, orthopédie et cardiologie), les corridors de services pour l'imagerie (échographie, scannographie et résonnance magnétique) et les guichets d'accès santé mentale et patients sans médecin de famille.
- **Améliorer les liens avec les pharmaciens du territoire** – Les pharmaciens du territoire ont été conviés à deux rencontres durant l'année. Plus de 30 pharmaciens étaient présents à chacune des rencontres.

Travailler les processus d'optimisation de l'utilisation des ressources du CSSS de concert avec les partenaires du réseau local

- **Utiliser des structures de coordination élargies autour de la dispensation des services afin d'assurer un meilleur arrimage entre les ressources disponibles et les besoins de la population et de permettre une communication en temps réel avec les partenaires** – Les structures déjà existantes ont été utilisées pour échanger avec les partenaires sur le « faire ensemble » : comité de vigie sur le développement social, tables de quartier en développement social, tables sectorielles et réseau local pour personnes âgées (RLS). Des invitations ont également été lancées aux organismes et partenaires de la communauté ainsi qu'aux utilisateurs de services pour discuter et échanger sur des dossiers plus spécifiques. Ainsi, des rencontres ont eu lieu avec les acteurs du milieu scolaire, des cuisines communautaires et des popotes roulantes et avec le CHUM. Le CSSS Jeanne-Mance a également organisé des événements d'envergure qui ont connu un vif succès, notamment un Rendez-vous Jeanne-Mance en prévention du suicide et une Journée ITSS. Le bulletin du CSSS, *Le Jeanne-Mance*, est maintenant distribué à l'ensemble des partenaires, quatre fois l'an.

Poursuivre les démarches permettant l'intégration de l'Hôpital Notre-Dame au CSSS

- Les démarches d'intégration de l'Hôpital Notre-Dame au CSSS Jeanne-Mance se poursuivent. La Clinique de médecine familiale Notre-Dame fait désormais partie intégrante du CSSS Jeanne-Mance et occupe aujourd'hui de nouveaux locaux. Des réunions se sont tenues concernant différents aspects de l'intégration. Un groupe de travail a été mis en place sur l'offre conjointe de soins cliniques.

## Orientation 2

### Améliorer l'offre de service dans l'ensemble des programmes

#### Assurer la qualité et la sécurité des services

- **Implanter un cadre de référence portant sur l'encadrement clinique afin de clarifier les rôles et responsabilités des professionnels qui agissent en soutien des activités cliniques** - En collaboration avec les gestionnaires des différents programmes, les descriptions des fonctions, des rôles et des responsabilités des professionnels ayant un rôle de soutien aux activités cliniques ont été faites ou sont en voie de l'être.
- **Implanter des normes de pratiques cliniques reconnues en collaboration avec les conseils professionnels** – La révision et la mise en vigueur des règles de soins ont été faites pour les pratiques suivantes : dépistage des ITSS chez des personnes asymptomatiques, administration d'épinéphrine lors d'une réaction grave de type anaphylactique par les infirmières exerçant à domicile et modalité d'encadrement pour confier des activités aux non-professionnels. Un protocole infirmier interdisciplinaire a également été mis en place sur l'intervention après la chute d'un résident.
- **Soutenir la collaboration interprofessionnelle** - Huit nouvelles ordonnances collectives ont été mises en vigueur, quatre pour la mission CLSC et quatre pour la mission hébergement.  
Mission CLSC : irrigation de l'œil, soulagement de la constipation chez la clientèle adulte en contexte de soins palliatifs à domicile, prélèvement pour analyse de créatinine en vue d'effectuer un bilan comparatif des médicaments (BCM) lors de l'admission d'un usager à l'URFI ou lors de l'inscription d'un usager au SAD et initiation de la contraception hormonale (révision).  
Mission hébergement : maintien de la perméabilité des cathéters veineux centraux par irrigation avec du NaCl 0.9 % injectable et héparinisation 100 un/ml, administration du cathflo (agent fibrinolytique), prélèvement des sécrétions nasales en présence de syndromes d'allure grippale lors de la période de surveillance active d'influenza et prélèvement pour analyse de créatinine en vue d'effectuer un BCM lors de l'admission d'un résident en hébergement.  
Rappelons que les règles de soins infirmiers suivantes sont également en vigueur : administration d'épinéphrine lors d'une réaction grave de type anaphylactique et confier des activités aux non-professionnels (révision).
- **Mettre en place les pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada afin d'assurer des soins et des services sécuritaires** – Le programme de prévention des chutes et l'implantation du bilan comparatif des médicaments au moment du transfert et du congé ont été mis en place. Les préparatifs en vue de la prochaine visite de l'organisme, prévue en septembre 2011, se poursuivent.

#### Programme santé publique

**Élaborer un plan d'action local en prévention et dépistage des ITSS modelé sur les orientations données par la Direction de santé publique** – Le plan d'action local en santé publique 2010-2015 a été adopté par le conseil d'administration. La lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale et le développement des communautés s'articulent autour de huit grandes orientations intitulées : *Des enfants qui naissent et se développent en santé, Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire, Des milieux de travail exempts de menaces à la santé, Une population vaccinée et protégée des infections ainsi que des menaces chimiques et physiques, Un environnement urbain favorable à la santé, Un système de santé qui sert aussi à prévenir, Le bien-être et la santé mentale, Des aînés en santé et bien intégrés dans leur quartier.* L'offre de service en ITSS a, notamment, fait l'objet d'une révision complète.

## Programmes services généraux

- **Finaliser le travail d'harmonisation des processus d'accueil clinique et d'accueil réception pour tous les sites CLSC** – L'accueil clinique harmonisé est maintenant opérationnel. Des bureaux sont disponibles pour les intervenants de l'accueil aux CLSC Saint-Louis-du-Parc, du Plateau-Mont-Royal et sur le site Parthenais du CLSC des Faubourgs. La révision de l'organisation du travail, de la formation et de l'orientation des nouveaux employés qui travaillent à l'accueil réception est maintenant terminée.
- **Poursuivre la révision du fonctionnement des services médicaux** – Des rencontres individuelles avec les chefs de médecine et chefs des unités de médecine familiale (UMF) ont été faites ainsi qu'avec la Direction générale et les directions générales adjointes.
- **Finaliser l'harmonisation du dossier usager** – Le comité du dossier et des archives a revu le gabarit et fait l'inventaire des formulaires en centre d'hébergement et en CLSC. Il a présenté un dossier-type-CLSC, avec un ordre du dossier standardisé et a participé à la fusion des bases de données I-CLSC. Des sous-comités ont été créés pour la sélection des formulaires en CLSC.

## Programme santé physique

- **Actualiser les programmes de modification des habitudes de vie de concert avec le CHUM : élaboration d'un continuum de soins en diabète et implantation d'un continuum sur le traitement de l'hypertension** - Un comité local sur le risque cardiométabolique - Modification des habitudes de vie / volet diabète et hypertension a été créé en partenariat avec le CHUM et l'ASSSM. Obtention du renouvellement d'une subvention de 50 000 \$, concernant la prise en charge des maladies chroniques en première ligne médicale : volet risque cardiométabolique (diabète) et obtention d'une subvention provenant du Fonds Pfizer-FRSQ-MSSS pour le projet « Mise en œuvre d'un réseau intégré de prévention et de gestion du risque cardiométabolique en première ligne à Montréal » pour une période de deux ans.
- **Planifier le développement, en collaboration avec la table du CHUM, d'un accueil clinique pour faciliter l'accès à des médecins spécialistes pour les médecins de famille du réseau local** - Des discussions préliminaires ont eu lieu avec les représentants du CHUM afin de développer le concept d'accueil clinique en oncologie, en débutant avec les équipes pour le cancer du poumon, du sein et du système digestif.
- **Relocaliser l'URFI et l'hôpital de jour en collaboration avec l'Agence de Montréal** - Deux projets de relocalisation ont fait l'objet d'une analyse. Un des projets a retenu l'attention de l'ASSSM et les travaux se poursuivent.

## Programme santé mentale

- **Poursuite de l'élaboration des continuums de soins pour les personnes présentant des troubles de santé mentale sévères et persistants** – Plusieurs actions ont déjà été entreprises. Un comité opérationnel CHUM/CSSS a été créé pour assurer la mise en place des corridors de services, d'ententes spécifiques interétablissements pour la desserte en santé mentale ainsi que des relations avec les partenaires du territoire. Les membres des services spécifiques et du programme santé mentale du CSSS Jeanne-Mance collaborent activement à ce comité. Une tournée des GMF a permis de présenter le Guichet d'accès en santé mentale et le rôle du psychiatre répondant. Des activités de synthèse ont été réalisées pour le continuum sur les troubles affectifs et anxieux ainsi que sur les troubles relationnels. Des travaux visant à implanter un réseau de sentinelle en prévention du suicide sur le territoire ont débuté et une entente de collaboration a été signée avec Suicide Action Montréal.

- **Mettre en place les arrimages entre le programme santé mentale et les autres programmes du CSSS notamment pour les clientèles hébergées** - Un comité Programme santé mentale, formé d'un représentant par secteur d'activité a été mis sur pied afin d'assurer la liaison entre l'équipe santé mentale et les autres programmes.
- **Planifier le transfert des services ambulatoires de 2<sup>e</sup> ligne de l'Hôpital Notre-Dame vers le CSSS** – Tous les médecins du territoire ont été informés du processus d'orientation et du fonctionnement du Guichet d'accès en santé mentale, mis en place au CSSS Jeanne-Mance en 2009. L'équipe de *suivi intensif dans le milieu* (SIM) du CHUM est maintenant localisée au CSSS Jeanne-Mance. Le CHUM a proposé une entente concernant le transfert des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en psychiatrie vers le CSSS.

#### Programme déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)

- **Poursuivre la mise en place du mécanisme d'accès aux services en s'assurant de répondre aux orientations ministérielles** – Un gestionnaire d'accès a été nommé. Des rencontres ont permis aux gestionnaires, au personnel et aux équipes concernées de s'approprier du Plan d'accès, notamment au niveau des délais prescrits (priorisation) et de la réponse à la clientèle. Avec la collaboration du service des archives, le cadre normatif a été présenté au personnel de l'accueil et des guichets afin qu'il identifie les dossiers ciblés par le plan. Des rencontres avec le Centre de réadaptation Lisette Dupras ont eu lieu et ont permis de préciser les critères d'admissibilité des dossiers 0-17 et d'améliorer l'accès aux services.

#### Programme perte d'autonomie liée au vieillissement

- **Harmoniser les services en hébergement dans une perspective d'optimisation des ressources, d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité** – Une réorganisation du travail a été faite et la structure organisationnelle a été révisée. Un comité de travail composé de préposés aux bénéficiaires a été créé et des travaux importants sont en cours. Un comité de coordination de l'hébergement a été mis en place et s'assure de l'harmonisation des processus dans tous les centres.
- **Implanter les outils nécessaires au déploiement Réseau de soins intégrés aux personnes âgées (RSIPA)** - L'implantation de l'application informatique RSIPA a été faite aux CLSC du Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc. Les deux équipes de services à domicile de ces sites ainsi que le personnel du guichet d'accès et l'équipe d'évaluation ont reçu la formation RSIPA par les deux formateurs locaux du CSSS pour leur permettre d'utiliser l'application. Au préalable, la majorité de ces utilisateurs avaient reçu une formation de mise à jour ou une formation de base sur l'Outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC). La deuxième étape de déploiement de l'application informatique concerne le CLSC Faubourgs. Au total, 127 intervenants ont été formés.

#### Programme Jeunes en difficulté

- **Réviser la programmation des activités et l'organisation des services pour les jeunes en difficulté** - L'équipe Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) a poursuivi ses travaux et un protocole de collaboration intersectoriel pour les enfants exposés à la violence a été signé avec le Service de police de la ville de Montréal (SPVM). La protection et l'intervention auprès des jeunes et des familles en crise bénéficient de meilleures collaborations et d'un resserrement du filet social.
- **Mettre en place un mécanisme tripartite entre le CSSS Jeanne-Mance, la commission scolaire et le Centre jeunesse (CJ)** - Le CSSS Jeanne-Mance participe activement aux rencontres du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) avec les CSSS, les commissions scolaires de Montréal et English-Montréal. Le CSSS participe aux rencontres concernant le suivi de

la mise en place du guide de partenariat CSSS-CJ. Les rencontres locales entre le CSSS Jeanne-Mance et le CJ ont débuté. Des mécanismes de collaboration et de suivi entre le CSSS, le CJ et les commissions scolaires ont été développés.

## Programme Dépendance

- **Préciser les contours des interventions dans la dispensation des services de 1<sup>re</sup> ligne pour les dépendances** – Des actions de repérage, de détection, d'évaluation et d'orientation des personnes qui ont une consommation à risque ou problématique ont été faites. Une évaluation de l'intégration des activités cliniques à l'offre de service de 1<sup>re</sup> ligne en dépendance est en cours de façon à répondre le mieux possible aux besoins de notre population. Le repérage s'effectue de façon systématique à toutes les portes d'entrées du CSSS et les intervenants des équipes jeunesse et adulte concernés ont été formés. Un comité dépendances, composé de représentants des différents services a également été formé.
- **Déterminer les besoins de formation ou des éléments à mettre en place pour s'assurer de la dispensation adéquate des services de 1<sup>re</sup> ligne en dépendance** - La formation sur l'outil de détection pour les adolescents (DEP-ADO) est terminée. Les agents multiplicateurs poursuivent le déploiement et l'intégration de cet outil dans les pratiques cliniques. Au niveau adulte, 31 intervenants ont reçu de la formation couvrant notamment l'organisation des services entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne en dépendance, la sensibilisation aux interventions motivationnelles brèves, et l'utilisation du DÉBA. Des formations ont également été offertes au Centre Dollard-Cormier, à l'Institut Douglas, et au CHUM. Une tournée des équipes a été réalisée pour identifier les besoins de formation en dépendance. Des formations ont également été données pour les intervenants en FEJ. Des travaux sont en cours avec les équipes de l'accueil social pour que l'offre de services de 1<sup>re</sup> ligne en dépendance soit bien intégrée dans le projet d'organisation clinique. Un service de consultation clinique a été mis en place afin que les chefs de programmes puissent faire des demandes de soutien au spécialiste en activités cliniques.
- **Contribuer, dans la mesure des ressources disponibles du CSSS, à la mise en place d'un centre de répit et de dégrisement** - Le CSSS a participé activement à la rédaction de l'appel de proposition et au comité de sélection visant la désignation de l'organisme responsable des services offerts au Centre de répit et de dégrisement. Le CSSS a aussi participé à la rédaction du cahier des charges lié au choix d'un immeuble pour le Centre.

## Orientation 3

### Assurer le développement de la vocation universitaire de l'établissement

- **Développer le soutien aux projets d'évaluation des pratiques d'interventions** – Plusieurs projets sont actuellement en cours, notamment Bien dans mes baskets, qui aide des décrocheurs potentiels à développer des habiletés sociales et scolaires par la pratique du basket-ball, et le Projet chez-soi, projet national qui combine l'accès à un logement au suivi spécialisé. D'autres projets sont en période d'exploration et pourraient faire l'étude de recherches postdoctorales dont : l'unité La Clé des Champs du Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal et le projet de pédiatrie sociale, en collaboration avec le D<sup>r</sup> Samuel Harper.
- **Déposer le projet d'équipe de recherche sur la participation citoyenne pour fins de financement** - La demande visant la création d'une équipe de recherche sur le thème de la participation citoyenne – l'équipe PRAXCIT – qui a été déposée au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) en octobre 2010, a été acceptée en avril 2011.
- **Poursuivre la préparation du dossier pour le renouvellement du statut de centre affilié universitaire** – Un plan d'action en vue de l'atteinte des critères de désignation 6, 7 et 10 a été présenté au comité d'orientation stratégique de la mission universitaire. Des membres du CREMIS ainsi que de la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSI-SM) ont participé au colloque des centres affiliés universitaires (CAU) en novembre 2010 portant sur le transfert des connaissances. Une rencontre de suivi a été tenue afin d'identifier des stratégies.
- **Stages et enseignement**

Voici quelques statistiques concernant les étudiants qui ont réalisé un stage au CSSS Jeanne-Mance en 2010-2011 :

2010 - 2011	Nombre de stagiaires	Nombre de jours de stage
Universitaire	241	8 778
Collégial	47	913
Secondaire et professionnel	451	4 966
Total :	739	14 657

Précisions que 76 étudiants ont fait leur stage dans le domaine social, 598 en santé, 36 en réadaptation et 29 en administration et soutien. Les étudiants provenaient de 9 universités, 11 collèges et 5 écoles professionnelles.

- **Midis du CREMIS et Revue du CREMIS**  
 Dans le cadre des Midis du CREMIS, 13 conférences ont été prononcées. Quatre numéros de la Revue du CREMIS ont été publiés. Ils portaient sur les thèmes : *Identités stigmatisées et discriminations*, *Autour de l'école : s'exprimer par les arts*, *Histoires de travail* et *Paroles et pouvoirs*. La révision de la classification des articles et des mots-clés a été faite dans le but de faciliter l'accès aux archives de la revue. L'évaluation des technologies et des modes d'intervention se poursuit car il y a encore de la confusion à ce chapitre.

## Orientation 4

### **Développer les stratégies pertinentes en gestion des ressources humaines pour offrir un milieu de travail enrichissant, stimulant et sécuritaire**

- **S'assurer de l'implication du personnel dans la révision des processus de travail pour l'optimisation des ressources** – Pendant sa tournée des sites du CSSS, la directrice générale a invité le personnel à s'impliquer dans la révision des processus de travail visant à optimiser les ressources. Plus de 1 200 personnes ont participé à ces rencontres et la réponse du personnel a été très positive. Des mécanismes pour favoriser cette participation ont été mis en place notamment par la création de comités et par des rencontres avec les comités déjà existants. D'autres rencontres ont été faites avec le personnel sur les unités, les directions conseil et les tables des chefs afin de superviser les modalités de participation du personnel. Des équipes ont également revu leur offre de service de façon plus spécifique, par exemple le personnel des services alimentaires, des loisirs, etc.
- **Assurer le suivi du plan de main-d'œuvre** – De nombreuses activités ont été réalisées dont le plan de recrutement stratégique, le programme d'accueil des cadres, la diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante et la mise en place d'un comité paritaire sur la santé et la sécurité au travail. L'intégration d'infirmières auxiliaires au soutien à domicile et la révision d'un document sur les exigences de postes sont avancés. Des travaux sur l'arrimage des stagiaires avec la direction de l'enseignement et sur la redéfinition des rôles et responsabilités des professionnels de la santé (Loi 21) sont en cours. Les discussions avec les syndicats pour améliorer les processus de dotation et les travaux relatifs à l'optimisation de l'offre de service avec la conseillère cadre à l'optimisation se poursuivent.
- **Poursuivre l'implantation du programme de prévention en santé et sécurité au travail** – Les activités du programme sont implantées et fonctionnelles. La première activité du Comité paritaire en SST (CSN-FIQ) a eu lieu au printemps 2010 et avait pour but de promouvoir les déclarations d'accidents de travail et de conditions dangereuses. Les membres du comité qui se réunissent mensuellement analysent les accidents de travail afin de prioriser les activités de prévention à retenir. Le logiciel ADAPTE, portant sur l'ergonomie des postes de travail a été acheté. La politique « Prévention et gestion des conflits, du harcèlement et de la violence en milieu de travail » a été adoptée au printemps 2010. Un comité paritaire qui a pour mandat de diffuser et de faire connaître cette politique a été créé et a déjà tenu deux rencontres. La production d'un dépliant explicatif est en cours et la présentation de la politique sera bientôt faite aux gestionnaires et aux employés sur plusieurs sites du CSSS.
- **Mettre en place un programme d'appréciation de la contribution du personnel** – Le programme est en place et les indicateurs de suivi ont été identifiés. Le travail d'élaboration du formulaire « appréciation du rendement » se poursuit et ce, pour chacune des catégories d'emploi.
- **Continuer la démarche de développement des compétences des cadres intermédiaires** – Des activités favorisant la maîtrise des compétences requises ont été mises en place. Le programme d'accueil des cadres a été implanté. Des outils ont été préparés pour permettre l'utilisation optimale des outils informatiques et les rôles et responsabilités ont été précisés dans l'offre de service de la Direction des ressources humaines. Du support est également offert lors des réorganisations administratives. Afin de favoriser le développement de nouvelles compétences, une formation sur la gestion participative, suivie de deux séances de codéveloppement ont été offertes aux gestionnaires des centres d'hébergement au printemps 2010.

## Orientation 5

### Optimiser la situation des ressources financières, informationnelles et matérielles

- **Assurer un suivi constant et rigoureux du plan d'équilibre budgétaire adopté par le conseil d'administration le 10 juin 2010** – Les mesures visant le retour à l'équilibre budgétaire 2010-2011 ont été identifiées et mises en place dans les différentes directions en collaboration avec la conseillère en optimisation. En hébergement, les structures de poste ont été validées afin qu'elles soient conformes aux cibles identifiées. Un suivi rigoureux des heures travaillées et des budgets a été fait et le comité d'optimisation a poursuivi ses travaux. La conseillère en optimisation et les conseillers en budgétisation ont rencontré les directions pour valider les mesures de l'an 2 et les intégrer au budget 2011-2012. L'intégration des mesures d'économies récurrentes en famille-enfance-jeunesse, soutien à domicile et services techniques ont été finalisées. Ces travaux ont permis le retour à l'équilibre budgétaire pour l'exercice financier 2010-2011.
- **S'assurer de l'implantation des outils informatiques nécessaires à l'optimisation tant dans le domaine clinique que dans celui de la gestion** – En ce qui a trait au domaine clinique, plusieurs activités ont été réalisées. La planification du projet Dossier clinique informatisé (DCI) a été assurée et les systèmes d'information clinique ont été fusionnés (Clinibase-SICHELD, I-CLSC, horaire et DSIE). L'index patient d'organisation eClinibase a été mis en place. Le comité du dossier et des archives a été relancé et l'inventaire de tous les formulaires cliniques et clinico-administratifs a été fait. L'analyse des coûts-bénéfices de la numérisation antérieure est en cours. Du côté des ressources financières, des activités en lien avec la validation des données, la nouvelle structure organisationnelle et les droits d'accès ont été réalisées. Plusieurs présentations ont été faites au comité de régie et les gestionnaires ont été informés et formés au fur et à mesure des changements qui ont été apportés. Les gestionnaires ont accès à certaines données en temps réel. De la formation est offerte aux nouveaux gestionnaires dès leur entrée en poste. L'ensemble du personnel utilise désormais les relevés électroniques de dépenses et les primes d'assurances des employés en congé long terme font l'objet de paiements préautorisés. Pour plus de 300 fournisseurs, les paiements se font aujourd'hui électroniquement. Pour l'approvisionnement, le module Requête Web permet d'accélérer le processus d'achat et de diminuer les erreurs de commande. En ce qui a trait aux ressources informationnelles, un processus d'optimisation des outils d'impression a été amorcé et la gestion des accès informatiques est maintenant en vigueur. Plusieurs outils ont également été développés notamment en matière de gestion des postes et des stages ainsi qu'en gestion des référents pour la clientèle aux prises avec des problématiques en santé mentale.
- **Procéder à la relocalisation et à la modernisation de la pharmacie** – Un projet visant à moderniser la pharmacie est en cours et sera complété à l'automne 2011.

## Suites apportées aux recommandations faites par l'organisme d'agrément dans son dernier rapport

À la fin juin 2010, un rapport de suivis au rapport final 2008 a été fourni à Agrément Canada. À la suite du dépôt, Agrément Canada a demandé une visite supplémentaire afin de valider les informations concernant les critères reliés à deux pratiques organisationnelles requises (POR), soit un programme de prévention des chutes et l'implantation du bilan comparatif des médicaments au moment du transfert et du congé. Conséquemment à cette visite, Agrément Canada a confirmé que le CSSS Jeanne-Mance était agréé et que l'établissement pouvait poursuivre sa préparation pour la nouvelle visite prévue en septembre 2011.

En mai 2010, les équipes-qualité ont complété le questionnaire d'autoévaluation des normes et ont élaboré un plan d'action à la suite de l'analyse des résultats.

Le personnel ciblé a répondu au sondage sur la culture de sécurité en janvier 2011. L'analyse des résultats met en évidence que la très grande majorité des répondants (80 % et plus) considèrent qu'au sein de leur unité ou de leur programme, on prend le temps de cerner et d'évaluer les risques liés à la sécurité des usagers. Ils considèrent qu'il est utile de remplir des rapports d'incidents/accidents sans craindre les répercussions négatives dans le fait de signaler un problème. Enfin, à la suite d'un incident, ils reconnaissent qu'on examine ce qui a pu l'engendrer, qu'on s'interroge sur comment empêcher que l'erreur se reproduise et que des changements sont apportés en conséquence.

Malgré ces points forts, les répondants ont la perception de ne pas recevoir suffisamment de rétroaction et de reconnaissance face aux actions visant l'amélioration de la sécurité des usagers. De plus, même si la haute direction considère la sécurité des usagers comme un élément prioritaire dans les réorganisations et l'attribution des ressources, les répondants perçoivent que cet aspect n'est pas suffisamment pris en compte.

Ces constats permettront à l'organisation de mettre en place les mesures nécessaires à l'amélioration continue de notre culture de sécurité en fonction des éléments ainsi identifiés. Ces mesures seront intégrées dans les plans d'amélioration continue de la qualité des directions.

Le sondage sur la satisfaction des usagers du CSSS Jeanne-Mance à l'égard des soins et des services a été réalisé entre le 14 mars et le 1<sup>er</sup> avril 2011. Ce sondage, effectué dans le cadre de la démarche d'agrément, s'est effectué par téléphone, sauf pour les résidents en centre d'hébergement et pour les usagers d'un certain nombre de programmes en CLSC pour lesquels des formulaires papier sont utilisés.

Pour la mission CLSC, 933 répondants ayant reçu des services de différents programmes ont accepté de participer au sondage. Pour la mission hébergement, 296 résidents ont répondu aux questions du sondage, ainsi que 247 proches et familles.

Les données de ces sondages seront traitées au cours du prochain exercice. Les résultats seront utiles pour entreprendre l'évaluation des services offerts au CSSS Jeanne-Mance et pour déterminer les actions prioritaires à intégrer dans les plans d'amélioration continue de la qualité des directions de l'établissement.

## Bilan de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Durant l'exercice 2010-2011, 153 dossiers ont été traités : 133 dossiers de plainte, 17 dossiers d'assistance et trois dossiers d'intervention. Au début de l'exercice, cinq plaintes étaient en cours et l'exercice s'est terminé avec neuf dossiers en cours. Deux plaintes ont fait l'objet d'un examen par le Protecteur du citoyen. Pour l'ensemble de l'exercice 2010-2011 : 23 % des plaintes concernaient l'accessibilité, 28 % les soins et les services, 13 % les relations interpersonnelles, 5 % les aspects financiers, 6 % les droits particuliers, 22 % l'organisation du milieu et 3 % portaient sur d'autres motifs.

### Mission hébergement

Objet	Plaintes conclues avec mesure corrective	Plaintes conclues sans mesure corrective	Total 2010-2011	Total 2009-2010	Assistances	Interventions
Accessibilité	4	1	5	5	2	0
Soins et services	20	4	24	8	5	0
Relations interpersonnelles	6	2	8	8	1	0
Organisation du milieu	14	6	20	22	1	1
Aspects financiers	1	2	3	6	0	0
Droits particuliers	0	3	3	2	0	0
Autres	2	0	2	2	0	0
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>18</b>	<b>65</b>	<b>53</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

La commissaire a traité 65 dossiers en lien avec la mission hébergement. L'augmentation du volume de dossiers, bien que moins marquée qu'au dernier exercice, se maintient.

La commissaire a formulé cinq recommandations touchant l'hébergement au CSSS Jeanne-Mance. Elle recommandait à l'établissement de s'assurer de la continuité et de l'accessibilité aux services d'orthophonie lorsqu'ils sont requis, dans des délais raisonnables. La direction du CSSS a accepté la recommandation. Les quatre autres recommandations concernaient un centre d'hébergement ciblé et avaient trait à la vigilance à exercer aux étages regroupant une clientèle nécessitant davantage de soins, à la surveillance intrinsèque aux particularités de cette clientèle, aux mécanismes de consultation liés aux services alimentaires pour augmenter la satisfaction à cet égard et finalement aux mécanismes de communication à mettre en œuvre pour rejoindre les familles. La direction du CSSS a également accepté ces recommandations, les intégrant au plan de correctifs amorcés. Les différents gestionnaires et directeurs de l'établissement prennent également régulièrement des engagements auprès de la commissaire. Parmi les mesures ayant donné lieu à des engagements, nous notons : l'encadrement de l'intervenant, l'obtention des services, l'information/la sensibilisation de l'intervenant, la révision d'un protocole clinique ou administratif et l'adaptation du milieu et de l'environnement. Aucun dossier n'a été transmis à un ordre professionnel. Plusieurs dossiers ont été traités conjointement avec la Direction des ressources humaines pour suivi disciplinaire.

Les ressources intermédiaires ont généré deux plaintes. Dans le cadre de l'une d'entre elles, la commissaire a également écrit à la direction du CSSS pour souligner certaines situations jugées inacceptables, obtenant l'assurance que la ressource ferait l'objet de vérifications. Le contrat avec cette ressource a été résilié par le CSSS en cours d'année.

## Mission CLSC

Objet	Plaintes conclues avec mesure corrective	Plaintes conclues sans mesure corrective	Total 2010-2011	Total 2009-2010	Assistances	Interventions
Accessibilité	13	8	24	22	2	0
Soins et services	5	5	12	10	0	0
Relations interpersonnelles	7	1	9	3	0	0
Organisation du milieu	5	2	7	1	1	1
Aspects financiers	1	0	1	0	0	0
Droits particuliers	3	1	5	4	1	1
Autres	0	2	2	1	2	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>19</b>	<b>60</b>	<b>41</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

La mission CLSC n'a fait l'objet d'aucune recommandation durant cet exercice. Les recommandations de l'exercice précédent ont toutes été actualisées.

Plusieurs mesures ont par ailleurs découlé du traitement des plaintes, à savoir : l'encadrement de l'intervenant, l'obtention des services, l'information/la sensibilisation de l'intervenant et la révision d'un protocole clinique ou administratif.

Aucun dossier n'a été transmis à un ordre professionnel. Quelques dossiers ont été traités conjointement avec la Direction des ressources humaines pour suivi disciplinaire.

## Promotion du régime

Sept rencontres de groupe et plusieurs périodes de disponibilité pour rencontres individuelles avec les usagers et leurs proches ont été tenues par la commissaire pour mieux faire connaître son rôle et pour entendre les demandes particulières des usagers. L'affichage des coordonnées de la commissaire de même que la brochure sont en tout temps disponibles dans les différents sites du CSSS. La commissaire a participé à quatre comités de vigilance et de la qualité et à plusieurs réunions avec la Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services. La promotion du rôle de commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services répond à un besoin permanent de faire connaître la fonction et de faire comprendre sa mission à l'interne comme à l'externe de même que de promouvoir les droits des usagers. La commissaire est membre du Forum canadien des ombudsmans et du Regroupement des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services du Grand Montréal.

## Remerciements

La commissaire entend poursuivre, en plus du traitement des plaintes, le travail de promotion et d'enseignement à l'égard du régime de traitement des plaintes. Une formule adaptée à la réalité de chaque site sera par ailleurs retenue pour rejoindre le plus d'usagers possible et bien cibler les besoins à ce chapitre. Le traitement des plaintes est une démarche simple, objective et utile pour tous les acteurs de l'organisation. La commissaire remercie toutes les personnes qui, dans le contexte de l'expression d'une insatisfaction, conservent ouverture et objectivité en permettant souvent un dénouement positif à des situations difficiles.

## Bilan du médecin examinateur

En cours d'exercice 2010-2011, le médecin examinateur a traité quatre plaintes concernant des médecins ayant les privilèges d'exercer la profession médicale au CSSS Jeanne-Mance. Le médecin examinateur adjoint n'a traité aucune plainte cette année.

L'examen des plaintes a comporté une rencontre ou une entrevue téléphonique avec les plaignants et les médecins visés, en présence ou non de leurs avocats respectifs, une enquête sur le terrain comprenant la lecture des dossiers et les entretiens avec les professionnels ou les autres personnes susceptibles de donner des renseignements pertinents. Les suivis ont été faits après examen. À noter que certaines plaintes comportent plus d'un objet.

### Objets des plaintes traitées par le médecin examinateur

#### L'accessibilité

- Les délais d'attente et d'obtention de services : 3
- La difficulté d'accès téléphonique ou l'attente téléphonique : 0

#### Les soins et services

- Les soins physiques et les soins d'assistance – activité de la vie quotidienne et activité de la vie domestique : 0
- Le respect et l'élaboration de plan de service ou du plan d'intervention (incluant l'erreur médicale) : 4
- L'organisation des soins et services : 0

#### Les relations interpersonnelles

- Le respect de la personne : 1
- L'attitude : 2
- L'empathie : 2

#### L'organisation du milieu et des ressources matérielles

- L'équipement et les règles et procédures du milieu : 0

#### L'aspect financier : 0

#### Les droits particuliers

- L'information : 0
- Le consentement aux soins : 0

Une plainte a été dirigée vers le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour considération d'une sanction.

## Conseils et comités

### Conseil d'administration – Membres au 31 mars 2011

Membres	Collèges électoraux
Ron Rayside, président	Population
Marie-Hélène Gauthier, vice-présidente	Population
Sylvie Simard, secrétaire	Directrice générale
Valentina Barbosa	Cooptation
Marie-Dominique Beaulieu	Universités
Françoise Dufresne	Conseil des sages-femmes
Éric Forget	Population
Élizabeth Gauthier	Conseil des infirmières et infirmiers
Pierre Hébert	Agence de la santé et des services sociaux
Michelle Mercier	Fondation
Denis Méthé	Cooptation
Josée Morissette	Personnel non clinique
Jean Noiseux	Comité des usagers
Marc Rochefort	Comité des usagers
André Savoie	Agence de la santé et des services sociaux
Poste vacant	Population
Poste vacant	Ministre
Postes vacants (2)	Conseil multidisciplinaire
Poste vacant	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Poste vacant	Département régional de médecine générale

### Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu quatre réunions en 2010-2011. Au cours de celles-ci, les membres ont suivi les activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de même que les effets de la réorganisation sur le nombre de plaintes, les activités du comité de gestion des risques et de la Direction des services multidisciplinaires et gestion de la qualité. Ils ont fait le suivi des recommandations découlant des visites d'appréciation des centres d'hébergement Jean-De La Lande et Émilie-Gamelin. Le comité s'est doté d'un registre des recommandations découlant de ses travaux pour en assurer un suivi rigoureux. Les règlements et politiques liés à la qualité des soins et services rendus

aux usagers du CSSS Jeanne-Mance ont été examinés et commentés par les membres du comité de vigilance. Lors de chacune des assemblées ordinaires du conseil d'administration, le comité a fait rapport de ces travaux, a soumis pour adoption les recommandations dont il avait fait l'étude à l'aide des outils mis à sa disposition tels les rapports périodiques concernant le traitement des plaintes, les données sur le nombre de déclarations d'événements et la répartition de ceux-ci selon l'échelle de gravité, les informations contenues au tableau de bord du conseil d'administration relatives à la gestion des contentions et des infections.

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

Le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) s'est réuni à 6 reprises depuis son assemblée générale annuelle du 1<sup>er</sup> juin 2010. Conformément aux règlements internes du CMDP, le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, le comité d'examen des titres, le comité de pharmacologie et le comité de discipline sont institués.

Durant l'année, le conseil s'est notamment penché sur les questions suivantes : révision des ordonnances collectives en CLSC et en centre d'hébergement, recrutement et rétention de médecins et de pharmaciens, informatisation des dossiers, plan d'organisation médicale, qualité des soins en ressources alternatives et intermédiaires, soutien administratif aux médecins et révision des règlements du CMDP. Des consultations sur les valeurs critiques des résultats de laboratoire, l'évaluation nutritionnelle et l'évaluation de la fonction rénale ont été engagées. Les travaux se sont poursuivis à la suite de la visite d'agrément. Pendant l'assemblée générale régulière des membres, qui s'est tenue le 7 décembre 2010, des présentations sur le guichet d'accès pour les patients vulnérables sans médecin de famille et sur le guichet d'accès en santé mentale ont été faites. L'assemblée générale annuelle des membres du CMDP s'est tenue le 13 juin 2011. Une présentation sur le partenariat patient-médecin a suivi la présentation des rapports annuels des comités du CMDP. L'accès au plateau technique du CHUM ainsi que le recrutement et la rétention des médecins au CSSS Jeanne-Mance demeurent des enjeux importants pour les membres du conseil.

### **Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique**

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique a tenu six réunions entre octobre 2010 et mai 2011. Deux projets d'évaluation de l'acte par des critères explicites ont été réalisés. Le comité a constaté que plus de la moitié des patients présentant une insuffisance rénale modérée continuaient à prendre le metformin, un médicament contre indiqué à ce stade de la maladie. Le comité a recommandé de vérifier le taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe) ou de calculer la clairance de la créatine lorsqu'arrivent les résultats de laboratoire de ces patients. En présence d'insuffisance rénale modérée ou plus avancée, il a également recommandé une révision de la liste de leurs médicaments. Le comité a aussi proscrit trois catégories d'abréviations dans les prescriptions, notamment en ce qui concerne les noms des médicaments et les unités de mesure.

### **Comité d'examen des titres**

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est composé de 156 médecins, pharmaciens et dentistes. Cent deux en sont membres actifs, 52 membres associés et deux membres conseil. Cent quinze sont médecins de famille, 26 médecins spécialistes, huit pharmaciens et sept dentistes. En cours d'année, le comité d'examen des titres s'est réuni à trois reprises. Les membres du comité ont procédé à la nomination de dix médecins, de deux dentistes et de trois pharmaciens. Une seule demande de nomination a été refusée pendant l'exercice. Le comité a traité huit demandes de départ de médecins et deux de pharmaciens, deux congés de maternité, trois congés de maladie, un stage de perfectionnement, une modification de statut, quatre modifications de privilèges et 156 renouvellements de privilèges.

### **Comité de pharmacologie**

Le comité de pharmacologie a tenu quatre rencontres pendant l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2011 et, depuis février, une conseillère en soins infirmiers y assiste. Le comité a réalisé deux études : une revue d'utilisation de médicament (RUM) sur le fer et une autre sur le lévothyroxine et a développé des critères pour la RUM sur les neuroleptiques. Il a également révisé le guide d'utilisation des médicaments par les sages-femmes, les ordonnances collectives en centre d'hébergement et les substitutions automatiques.

## **Conseil multidisciplinaire**

Le conseil multidisciplinaire (CM) du CSSS Jeanne-Mance compte près de 400 membres occupant 36 titres d'emploi différents, tant en hébergement qu'en CLSC. Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire s'est réuni à cinq reprises et a tenu trois rencontres de travail au cours de l'année.

Les membres ont par ailleurs dû composer tout au long de l'année avec un exécutif réduit et l'assemblée générale annuelle a été entre autres l'occasion de rappeler à l'ensemble des membres présents l'importance de participer à cette instance afin d'en faire un lieu stimulant et favorisant les échanges sur la pratique professionnelle.

Le comité de maintien de la promotion de la compétence et d'appréciation des conditions d'exercice de la pratique professionnelle a pour sa part poursuivi ses réflexions et amorcé les travaux préalables à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions législatives du projet de loi n° 21.

Les coprésidents de l'exécutif ont assisté à une rencontre avec la directrice générale, la directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires et le président du conseil des infirmières et infirmiers afin de réfléchir à la contribution des conseils professionnels en lien avec le contexte d'optimisation prévalant dans l'organisation.

Une demande de formation de comité de pairs a été déposée à l'exécutif, mais la mise en place d'un sous-comité du comité professionnel existant a été privilégiée.

Les membres du conseil multidisciplinaire ont maintenu leur participation aux comités du plan de développement des ressources humaines (PDRH), de la gestion des risques (GDR) et des dossiers et des archives.

## **Conseil des infirmières et infirmiers**

Au cours de l'année, le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CII) a tenu cinq rencontres régulières et a participé à deux rencontres avec la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Le fait saillant de l'année s'est révélé sans contredit la visite d'inspection professionnelle des infirmières qui a retenu l'attention de l'exécutif de septembre 2010 à l'assemblée générale annuelle de mai 2011, moment où les résultats obtenus et le plan d'amélioration afférent ont été présentés aux membres. Cette démarche d'envergure, appuyée sur un processus d'amélioration de la qualité de l'exercice, aura été un important levier quant à l'appropriation par les infirmières des pratiques attendues.

L'intégration d'infirmières auxiliaires à quelques équipes de la mission CLSC, ainsi que la réorganisation des soins dans les centres d'hébergement, ont été l'occasion d'échanger sur les responsabilités partageables entre ces professionnelles, mais aussi sur le rôle attendu des infirmières relativement aux activités qui leur sont réservées.

Tout comme les coprésidents de l'exécutif du conseil multidisciplinaire, le président du CII a été convié à une rencontre avec la directrice générale et la directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires afin de réfléchir sur la contribution des conseils professionnels en lien avec le contexte d'optimisation prévalant dans l'organisation.

Les membres du CII ont maintenu leur participation aux comités du plan de développement des ressources humaines (PDRH), de la gestion des risques (GDR) et des dossiers et des archives.

Enfin, deux recommandations relatives aux règles de soins infirmiers ont été déposées puis adoptées par le conseil d'administration.

## **Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires**

Le comité exécutif du Comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires s'est rencontré à trois reprises durant l'année. Le président et le vice-président ont participé aux rencontres régulières de l'exécutif du conseil des infirmières et infirmiers.

Les membres ont pu commenter les outils soutenant l'intégration des infirmières auxiliaires à la mission CLSC, de même que la règle de soins leur permettant d'assurer une prestation sécuritaire des soins à domicile.

Un membre du CIIA a participé au comité du plan de développement des ressources humaines (PDRH).

### Conseil des sages-femmes

Le conseil des sages-femmes est composé de toutes les sages-femmes de l'équipe. En plus du comité exécutif et du comité de révision des dossiers déjà existants, un comité de parents a été mis sur pied pendant l'exercice. Les sages-femmes offrent des soins prénatals, pernatals et postnatals incluant ceux du nouveau-né jusqu'à six semaines de vie. Les activités cliniques se poursuivent, notamment selon l'entente clinico-administrative signée avec le CHUM Saint-Luc. Les accouchements ont lieu à l'Unité des naissances de l'Hôpital Saint-Luc ou au domicile des familles desservies. Les membres du conseil des sages-femmes ont suivi des programmes de formation continue ainsi que la formation *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux*. Elles ont également participé à plusieurs comités au sein du CSSS et à l'extérieur.

Cette deuxième année d'exercice a permis de consolider le fonctionnement et les relations de collaboration avec les différents partenaires. L'accessibilité à la clientèle vivant dans un contexte de vulnérabilité représente une spécificité du projet des Services de sages-femmes du CSSS Jeanne-Mance. Des places leur sont réservées (40 %) en priorité jusqu'à 30 semaines de grossesse. Pour une seconde année, le Centre Premier Berceau a contribué à soutenir des familles bénéficiant des services du CSSS.

Tout au long de l'année, l'équipe a compilé des données exhaustives et pertinentes en lien avec la pratique sage-femme grâce à un outil statistique développé par une des sages-femmes. Ces données permettent d'obtenir un portrait global de la clientèle desservie et des services qu'elle reçoit. L'inscription des demandes de suivi sage-femme se fait maintenant par l'Accueil-santé du CSSS Jeanne-Mance. Des ajustements se font régulièrement pour améliorer ce nouveau fonctionnement.

Données répertoriées pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011 :

- 172 inscriptions, c'est-à-dire suivis entamés (incluant les transferts prénatals, autres : déménagements, désistements, fausses-couches);
- 255 usagères (incluant dossiers terminés et en cours au 31 mars 2011);
- 155 suivis complétés;
- 106 accouchements sous les soins des sages-femmes, dont 64 à domicile et 42 en centre hospitalier;
- 49 accouchements sous les soins des médecins (transferts prénatals et pernatals);
- Les demandes reçues à la suite des changements de compilation et de la prise des inscriptions par l'Accueil-santé n'ont pu être répertoriées dans leur ensemble.

### Comité des usagers

En cours d'année, les membres du comité des usagers du CSSS Jeanne-Mance se sont intéressés aux dossiers suivants : réorganisation du travail au Centre d'hébergement Jean-De La Lande, processus d'attribution des places dans les ressources intermédiaires au Québec, surplus budgétaire du comité des usagers et des comités de résidents ainsi que le projet de loi 127.

Notons également la réalisation des activités suivantes : production de matériel promotionnel, participation à des ateliers et au colloque du Regroupement provincial des comités des usagers, représentation auprès de diverses instances du CSSS Jeanne-Mance (membres du conseil d'administration, gestionnaires, intervenants, etc.), soutien aux résidents et à leurs proches, accompagnement dans les démarches des usagers, relance d'un comité de résidents permanent au Centre d'hébergement Jean-De La Lande. Les membres du comité entendent poursuivre leurs représentations auprès de la direction du CSSS Jeanne-Mance en 2011-2012 ainsi que consolider et relancer les comités de résidents des différents centres d'hébergement de l'établissement.

## Comité de gestion des risques

Depuis septembre 2010, la gestion des risques relève de la Direction générale adjointe à la planification, qualité et mission universitaire (DGA PQMU). L'année 2010-2011 a permis la consolidation des acquis et la poursuite du développement de la culture de prestation sécuritaire des soins et des services au CSSS Jeanne-Mance.

### Principaux risques d'incidents-accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2011, les intervenants ont produit 3 222 déclarations d'incidents, 3 669 d'accidents et 101 déclarations de nature indéterminée, pour un total de 6 992 déclarations. De ce nombre, il y a malheureusement eu un accident avec conséquence majeure à l'origine du décès de la personne touchée (catégorie I). Par catégorie d'événements, il y a eu 2 774 chutes, 1 732 erreurs de médicaments, de traitement ou de diète, 221 événements liés à l'équipement, 541 agressions et 1 724 autres types d'événements. L'établissement voit dans chacune des déclarations une opportunité d'amélioration des processus. Selon la gravité des événements, des analyses plus approfondies sont réalisées pouvant mener à des recommandations et à des changements de pratiques. Concernant les événements « sentinelle », huit enquêtes pour la mission CLSC et quatre enquêtes pour la mission hébergement ont été effectuées ou sont en processus de suivis. Plusieurs analyses approfondies ont été réalisées par les gestionnaires, soutenus par la DGA PQMU.

### Recommandations et suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance

Parmi les recommandations formulées l'an dernier, voici les activités qui ont été réalisées ou qui sont en voie de réalisation :

- Approbation par le conseil d'administration de la version révisée du *Règlement sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contentions physiques*.
- Mise en place d'une procédure concernant la disposition des déchets biomédicaux aux services courants et aux soins à domicile.
- Fin des consultations sur la procédure de gestion des événements « sentinelle ».
- Développement d'une grille d'enseignement et feuillet d'information à l'intention des parents portant sur l'ictère physiologique et pathologique.
- Mandat de créer un comité de travail en vue de l'élaboration d'une politique sur le code bleu et poursuite de la réflexion sur l'utilisation de défibrillateur externe automatique.
- Poursuite du déploiement de la démarche du comité opérationnel du bilan comparatif des médicaments (BCM) en hébergement, aux services ambulatoires et aux services à domicile.
- Déploiement du programme révisé de prévention des chutes en centre d'hébergement.
- Mise en place d'un comité interdisciplinaire portant sur la gestion de la dysphagie.

### Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents-accidents

- Une mise à jour du registre local des incidents et des accidents a été effectuée afin d'alimenter hebdomadairement le registre national « Système d'information sur la sécurité dans les soins et services » (SISSS), en conformité avec les exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conformément aux exigences d'Agrément Canada, une analyse prospective interdisciplinaire a été réalisée. Celle-ci a porté sur l'évaluation du risque de chute.
- Les membres du comité opérationnel du bilan comparatif des médicaments (BCM) ont été invités à présenter la démarche préconisée au CSSS Jeanne-Mance à deux reprises à l'Hôpital Général Juif dans le cadre de la *Campagne québécoise des soins plus sécuritaires Maintenant!*, soit en juin et novembre ainsi qu'au Sommet National sur le BCM à Toronto en février.
- Une procédure de gestion des alertes et rappels a été élaborée et est en consultation. La mise en application des mesures permettant l'actualisation de cette procédure est en cours.
- Une procédure de validation des données contenues au registre local des incidents et accidents a été élaborée et est utilisée par les gestionnaires.
- La décentralisation de la déclaration via l'application Gesrisk se poursuit dans les sites d'hébergement.

- Un audit pour tous les usagers requérant les mesures de contrôle physique a été effectué au Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or.
- Une harmonisation du matériel utilisé lors de code bleu a été réalisée en hébergement.
- Collaboration de la gestion des risques au processus d'enquête pour la fermeture du Pavillon Marquette.
- En collaboration avec le conseiller en gestion des risques, analyse et formulation d'un plan d'action par l'équipe scolaire suite à une augmentation des déclarations d'incidents et accidents liés à la vaccination.
- Participation au comité de la sécurité des actifs informationnels menant au plan directeur et création d'un outil de déclaration des incidents.
- Réalisation du sondage sur la culture de sécurité requis par Agrément Canada. Un des points forts qui ressort de l'analyse des résultats est la culture de sécurité non punitive instaurée dans l'établissement faisant en sorte de favoriser le signalement de problèmes sans crainte de répercussions négatives.

#### **Activités de formation**

- Plusieurs présentations en gestion des risques ont été proposées aux gestionnaires, tant en hébergement qu'en CLSC afin de permettre le partage d'apprentissages.
- Deux gestionnaires qui travaillent en centres d'hébergement ont chacun présenté l'histoire, l'analyse et les recommandations entourant un événement indésirable. Trente-quatre gestionnaires ont bénéficié de ces présentations.
- Dix-neuf gestionnaires ont participé à une présentation sur les divers types d'enquêtes incluant l'enquête administrative et disciplinaire, l'enquête menée par la commissaire aux plaintes ainsi que l'enquête en gestion des risques.
- Une activité de formation sur l'enquête a été offerte à 14 gestionnaires.
- Le déploiement des formations concernant le BCM a été fait auprès de 24 infirmières en provenance de divers secteurs d'activités, sept médecins et cinq pharmaciens.
- Le déploiement du plan de formation du programme révisé de prévention des chutes a été actualisé. Un total de 344 employés en provenance de tous les centres d'hébergement, du SAD et de la liste de rappel ont reçu la formation en lien avec le programme de prévention des chutes.
- Le plan de formation en prévention des infections a été déployé. Trois cent six personnes en provenance de divers secteurs d'activités ont bénéficié de la formation en prévention des infections.
- Au niveau du plan des mesures d'urgence, actualisation au cours de l'année 2010-2011 des mesures préventives.
- Tenue systématique d'exercices d'évacuation deux fois l'an en hébergement et une fois l'an dans les sites CLSC et bâtiment administratif.
- Déploiement du plan de formation en cas de mesures d'urgence : 330 employés ont été formés sur les codes Rouge et Vert, 111 employés ont reçu la formation relative à la prévention de la violence, 34 gestionnaires ont reçu la formation relative à la gestion d'une intervention en hébergement.

#### **Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers**

Le taux d'utilisation des contentions est un indicateur au tableau de bord *Qualité du milieu et gestion des risques*. Les résultats du taux d'utilisation des contentions sont périodiquement analysés par les directeurs. Un audit a été réalisé afin de permettre une évaluation de l'application de la politique visant à réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

#### **Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations d'un coroner**

Nous n'avons reçu aucun résultat d'enquête de coroner qui contenait des recommandations à actualiser au CSSS Jeanne-Mance.

À la lumière des rappels en provenance de l'ASSSM émises à la suite des recommandations du coroner, à l'intention de tous les établissements de santé, le suivi nécessaire à l'actualisation des recommandations portant sur l'entreposage sécuritaire des produits dangereux et la limitation de la température de l'eau chaude aux bains et douches en centre d'hébergement a été assuré.

### **Comité interdisciplinaire de prévention des infections**

Les membres du comité interdisciplinaire se sont réunis à quatre reprises. Encore cette année, la participation active des membres a contribué à identifier les problématiques émergentes dans les divers milieux et a soutenu l'application de normes en regard de la prévention et le contrôle des infections.

Quelques projets d'envergure ont été conclus, tels que le dépôt du programme-cadre en prévention et contrôle des infections, de même que le répertoire permettant l'attribution des responsabilités liées aux zones grises.

Un calendrier annuel de formation offerte à l'ensemble du personnel est maintenant intégré aux activités régulières du PDRH.

Enfin, des recommandations, notamment sur la stérilisation du matériel réutilisable et la protection des employés en cas de pandémie, ont été déposées au comité de gestion des risques en mai dernier.

## États financiers 2010-2011

### FONDS D'EXPLOITATION - Bilan - Au 31 mars

	2010-2011
<b>Actif</b>	
Encaisse	12 306 844 \$
Débiteurs	3 367 126 \$
Charges payées d'avance	438 532 \$
Stocks	369 942 \$
Créances interfonds	2 474 790 \$
Subvention à recevoir-réforme comptable	12 660 638 \$
Autres éléments d'actifs	688 961 \$
<b>Total de l'actif</b>	<b>32 306 833 \$</b>
<b>Passif</b>	
Fournisseurs	29 665 809 \$
Agence et MSSS	593 916 \$
Revenus reportés	1 643 409 \$
Autres éléments de passif	186 932 \$
<b>Total du passif</b>	<b>32 090 066 \$</b>
<b>Solde de fonds</b>	
Activités principales	1 059 705 \$
Avoir propre	842 938 \$-
<b>Total du solde de fonds</b>	<b>216 767 \$</b>
<b>Total du passif et du solde de fonds</b>	<b>32 306 833 \$</b>

### ÉTATS DES RÉSULTATS (ACTIVITÉS PRINCIPALES) POUR L'EXERCICE FINANCIER

	2010-2011	2009-2010
<b>Revenus</b>		
Agence et Ministère	146 999 128 \$	149 827 532 \$
Autres revenus	20 225 844 \$	18 932 499 \$
<b>Total des revenus</b>	<b>167 224 972 \$</b>	<b>168 760 031 \$</b>
<b>Charges</b>		
Salariales	88 440 918 \$	91 666 803 \$
Avantages sociaux	22 575 844 \$	23 050 030 \$
Charges sociales	13 403 681 \$	13 288 549 \$
Médicaments	2 253 741 \$	2 291 322 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	1 948 873 \$	2 140 985 \$
Denrées alimentaires	3 609 215 \$	3 443 554 \$
Créances douteuses	840 862 \$	203 474 \$
Autres charges	33 092 133 \$	33 980 809 \$
<b>Total des charges</b>	<b>166 165 267 \$</b>	<b>170 065 526 \$</b>
<b>Excédent des charges sur les revenus</b>	<b>1 059 705 \$</b>	<b>1 305 495 \$-</b>
Contributions en provenance de l'avoir propre et d'autres fonds		1 021 013 \$
Contributions affectées au fonds d'immobilisations - projets autofinancés	500 147 \$	433 438 \$
Contributions affectées au fonds d'immobilisations - autres	343 321 \$	123 432 \$
<b>Excédent des charges sur les revenus après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds</b>	<b>216 237 \$</b>	<b>841 352 \$-</b>

**ÉTAT DES RÉSULTATS (ACTIVITÉS ACCESSOIRES)  
POUR L'EXERCICE FINANCIER**

	<b>2010-2011</b>	<b>2009-2010</b>
<b>Revenus</b>		
Financement public et parapublic	4 570 331 \$	4 147 156 \$
Autres revenus	374 071 \$	309 595 \$
<b>Total des revenus</b>	<b>4 944 402 \$</b>	<b>4 456 751 \$</b>
<b>Charges</b>		
Salaires	2 247 310 \$	1 988 951 \$
Avantages sociaux	605 704 \$	433 602 \$
Charges sociales	384 709 \$	344 897 \$
Autres charges	1 444 365 \$	1 235 974 \$
<b>Total des charges</b>	<b>4 682 088 \$</b>	<b>4 003 424 \$</b>
<b>Excédent des revenus sur les charges après contributions</b>	<b>262 314 \$</b>	<b>453 327 \$</b>
Contributions affectées au fonds de stationnement	103 069 \$	-
Contributions affectées au fonds d'immobilisation	158 715 \$	376 376 \$
<b>Excédent des revenus sur les charges après contributions affectées à d'autres fonds</b>	<b>530 \$</b>	<b>76 951 \$</b>

**ÉTAT DES RÉSULTATS (ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES)  
POUR L'EXERCICE FINANCIER**

	<b>2010-2011</b>	<b>2009-2010</b>
<b>Excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds</b>	<b>216 767 \$</b>	<b>764 401 \$-</b>

**CHARGES BRUTES PAR CHAMP D'ACTIVITÉS**

	<b>2010-2011</b>	<b>2009-2010</b>
<b>CLSC</b>		
<b>Services non exclusifs</b>		
Soutien à domicile	16 542 588 \$	17 213 108 \$
Autres	5 497 093 \$	5 116 132 \$
<b>Programmes</b>		
Santé publique	2 044 752 \$	3 794 298 \$
Services généraux - activités cliniques et d'aide	9 499 448 \$	9 496 145 \$
Santé physique	182 083 \$	172 563 \$
Santé mentale	2 006 797 \$	1 565 980 \$
Jeunes en difficulté	3 497 343 \$	3 624 360 \$
Programme dépendances	29 247 \$	- \$
Déficience physique	91 364 \$	108 145 \$
Déficience intellectuelle et TED	584 091 \$	523 351 \$
<b>Total CLSC</b>	<b>39 974 806 \$</b>	<b>41 614 082 \$</b>
<b>CH / CHSLD</b>		
<b>Services non exclusifs autres</b>	8 607 908 \$	8 558 997 \$
<b>Programmes</b>		
Santé physique	7 694 125 \$	6 586 066 \$
Services généraux - activités cliniques et d'aide	516 104 \$	- \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement	53 313 444 \$	55 637 611 \$
Santé mentale	2 710 624 \$	2 500 618 \$
<b>Total CH / CHSLD</b>	<b>72 842 205 \$</b>	<b>73 283 292 \$</b>
<b>CH / CHSLD et CLSC</b>		
<b>Programmes de soutien non répartis</b>		
Administration et soutien aux services	33 159 654 \$	35 465 178 \$
<i>Gestion des bâtiments et équipements brut</i>	18 306 981 \$	18 936 998 \$
<i>Contributions fonds d'immobilisation inclus</i>	843 468 \$	556 870 \$
Gestion des bâtiments et équipements net	17 463 513 \$	18 380 128 \$
Mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	415 000 \$	473 132 \$
Charges non réparties	1 743 724 \$	1 007 734 \$
<b>Total programmes de soutien</b>	<b>53 625 359 \$</b>	<b>55 883 042 \$</b>
<b>Total des charges brutes</b>	<b>166 442 370 \$</b>	<b>170 780 416 \$</b>

**FONDS À DESTINATION SPÉCIALE - Solde de fonds - au 31 mars**

	<b>2010-2011</b>	<b>2009-2010</b>
<b>Solde au début</b>	- \$	- \$
<b>Dons d'une fondation</b>		
Immobilisations	56 681 \$	129 230 \$
Autres dons	383 710 \$	286 781 \$
<b>Total des dons</b>	<b>440 391 \$</b>	<b>416 011 \$</b>
<b>Montant de l'exercice viré à titre de revenu reporté</b>	<b>440 391 \$</b>	<b>416 011 \$</b>
<b>Solde à la fin</b>	- \$	- \$

**Respect de la Loi 100**

En 2010-2011, l'objectif total des mesures à mettre en place pour répondre aux critères de la Loi 100 a été fixé à 1 009 939 \$ pour le CSSS Jeanne-Mance. Ces mesures consistent à réduire de 25 % les dépenses de formation, de frais de déplacement et de publicité par rapport à l'année 2009-2010 ainsi qu'à réduire de 10 % les dépenses de nature administrative d'ici 2013-2014. Au 31 mars 2011, nous sommes heureux de constater que l'établissement présente l'équilibre budgétaire et atteint la cible fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le tableau suivant présente les résultats du plan de réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative pour l'année 2010-2011.

<b>Plan de réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative exigé par le Ministère</b>		
<b>2010-2011</b>	<b>Cible</b>	<b>Réalisation</b>
<b>Réduction des dépenses de 25 %</b>	9 114 \$	18 257 \$
<b>Réduction des effectifs</b>		
Non remplacement d'un départ sur deux	114 932 \$	114 932 \$
<b>Réduction d'autres dépenses administratives (cible de réduction de 10 % d'ici 2013-2014)</b>		
Salaires de formation	301 977 \$	318 882 \$
Autres mesures administratives (salaires, contrats, fournitures)	583 916 \$	583 916 \$
<b>Total des mesures</b>	<b>1 009 939 \$</b>	<b>1 035 987 \$</b>
<b>% de la cible atteinte</b>		<b>102,6 %</b>

## Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Le code d'éthique et de déontologie a été adopté par le conseil d'administration le 4 mai 2005.

Durant l'année 2010-2011, aucun cas n'a été soumis ou traité par le comité.

### Préambule

Compte tenu de l'importance du rôle des administrateurs publics, une conduite conforme à des principes d'éthique et de déontologie demeure une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre, impartiale et transparente des fonds publics.

Ainsi, le code d'éthique et de déontologie vise à établir des lignes directrices qui doivent être respectées par chacun des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance.

Le respect de ce code permettra aussi aux membres d'assumer leur mandat et d'accomplir leurs fonctions avec un sentiment de confiance, d'indépendance et d'objectivité dans le but de réaliser le mieux possible la mission de l'établissement.

### Section 1 : objet et champ d'application

1.1 Le code d'éthique et de déontologie porte sur les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration dans les différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions. En outre, il détermine :

- les mesures de prévention et les règles de conduite relatives à la déclaration des intérêts;
- le processus d'identification de situation de conflit d'intérêts;
- les pratiques interdites reliées à la rémunération;
- les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration lorsque leur mandat est terminé;
- les mécanismes d'application du code d'éthique et de déontologie et les sanctions possibles.

Cependant, le présent code ne vise pas à se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes et comportements attendus des membres du conseil d'administration.

1.2 Tout membre du conseil d'administration est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent code.

Tout membre est en outre tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

### Section 2 : devoirs et obligations des membres du conseil d'administration

#### Règles applicables à l'ensemble des membres du conseil d'administration incluant le directeur général

2.1 Le membre du conseil d'administration du *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance* doit :

- a. agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie;
- b. respecter, dans l'exercice de ses fonctions, les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent;
- c. témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
- d. agir avec intégrité, honneur, dignité et probité;
- e. assister aux réunions du conseil d'administration;

- f. se rendre disponible pour remplir ses fonctions et prendre une part active aux décisions du conseil d'administration;
- g. agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;
- h. adopter une conduite empreinte d'objectivité et de modération;
- i. agir avec impartialité et participer dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- j. préserver la confidentialité des débats, des échanges et des discussions;
- k. dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
- l. être solidaire des décisions prises par le conseil d'administration et ne prendre en aucun cas position publiquement à l'encontre de celles-ci;
- m. reconnaître que le président ou, en son absence, le vice-président et le directeur général agissent à titre de porte-parole du conseil d'administration lors de représentation publique.
- n. prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement des fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

#### **Règles applicables à l'ensemble des membres du conseil d'administration autres que le directeur général**

- 2.2 Tout membre du conseil d'administration, autre que le directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou du *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance* doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait, pour ce membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (chapitre V-1.1).

- 2.3 Tout membre du conseil d'administration, sous réserve de l'embauche du directeur général ou d'un cadre supérieur, s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.

#### **Règles particulières applicables au directeur général**

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

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

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

### Section 3 : situation de conflits d'intérêts

#### Mesures de prévention et d'identification de situations

- 3.1 Tout membre du conseil d'administration, autre que le directeur général, doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec le *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance* par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.
- 3.2 Tout membre du conseil d'administration, autre que le directeur général, doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec le *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance*.
- 3.3 Le directeur général doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
- 3.4 Le directeur général doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.
- 3.5 Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services du *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance* selon les modalités reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance* ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions.
- 3.6 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
- 3.7 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflits d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :
  - a. est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent être défavorablement affectés;
  - b. n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
  - c. ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

#### Section 4 : pratiques interdites reliées à la rémunération

- 4.1 Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

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

- 4.2 Le membre du conseil d'administration ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.
- 4.3 Le membre du conseil d'administration ne doit verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 4.4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

#### **Section 5 : devoirs et obligations de l'après mandat**

- 5.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
- 5.2 Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 5.3 Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement ou y exerce sa profession, de solliciter un emploi auprès du *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance*.

#### **Section 6 : mécanismes d'application du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration**

##### **Formation d'un comité d'éthique et de déontologie**

- 6.1 À chaque année, le conseil d'administration forme un comité d'éthique et de déontologie qui a pour mandat de :
- conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
  - faire enquête sur toute allégation ou de sa propre initiative, sur toute situation de manquement d'un membre du conseil d'administration aux règles d'éthique et de déontologie prévues par la loi ou par le présent code;
  - déterminer, suite à une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non à ces règles;
  - faire des recommandations au conseil d'administration sur les sanctions qui devraient être imposées à un membre du conseil d'administration fautif;
  - diffuser et promouvoir le présent code auprès des membres du conseil d'administration;
  - présenter au conseil d'administration un rapport annuel faisant état de ses activités au cours de l'année.
- 6.2 Le comité d'éthique et de déontologie est composé de trois (3) membres permanents et d'un (1) membre substitut nommé par et parmi les membres du conseil d'administration du *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance*. Le président du conseil d'administration et le directeur général ne peuvent siéger sur ce comité.
- Le conseil d'administration nomme un président du comité d'éthique et de déontologie parmi les membres permanents dudit comité.
- 6.3 Un membre du comité qui perd la qualité de membre du conseil d'administration cesse de faire partie du comité.
- 6.4 Sous réserve de l'article 6.3, les membres du comité demeurent en fonction tant qu'ils ne sont pas destitués ou remplacés par résolution du conseil d'administration.

6.5 Les réunions du comité sont convoquées par le président.

6.6 Un membre du comité ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

De plus, le membre substitut ne peut siéger qu'en remplacement du membre permanent visé au premier alinéa.

6.7 Le quorum du comité est constitué de deux (2) membres ayant droit de siéger dont, le cas échéant, le président.

6.8 Les décisions sont prises à la majorité des votes des membres présents.

#### **Procédure du comité d'éthique et de déontologie**

6.9 Tout manquement ou omission aux dispositions prévues au présent code d'éthique et de déontologie constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

6.10 Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du comité d'éthique et de déontologie ou s'il s'agit de ce dernier, un membre du comité.

6.11 Le comité d'éthique et de déontologie détermine après analyse s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre du conseil d'administration les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du présent code. La notification informe le membre du conseil d'administration qu'il peut, dans les trente jours, fournir ses observations par écrit au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

6.12 L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

6.13 Sur conclusion que le membre du conseil d'administration a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu le membre du conseil d'administration concerné ou à l'expiration du délai dont bénéficie le membre du conseil d'administration visé, transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

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

6.15 Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'omission, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours à la déchéance de charge. Le membre du conseil d'administration est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

6.16 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer ou imposer les sanctions.

**Section 7 : entrée en vigueur, accessibilité et publication du code d'éthique et de déontologie**

- 7.1 Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.
- 7.2 Le code d'éthique et de déontologie est accessible au public en tout temps et disponible au bureau de la Direction générale du *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance*.
- 7.3 Le code d'éthique et de déontologie doit être publié dans le rapport annuel du *Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance*.
- 7.4 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
- a. du nombre et de la nature des signalements reçus;
  - b. du nombre de cas traités et de leur suivi;
  - c. du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  - d. du nom des membres du conseil d'administration ayant été suspendus ou déçus de charge.

**Section 8 : engagement**

- 8.1 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le conseil, chaque membre du conseil d'administration doit produire l'engagement contenu en annexe. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante jours de son entrée en fonction.

**DÉCLARATION DES INTÉRÊTS**  
**d'un administrateur autre que le directeur général**

Je, \_\_\_\_\_ déclare les intérêts suivants :

1- Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, les sociétés ou les entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement mentionné ci-dessus ou qui sont susceptibles d'en faire.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉES*

2- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'établissement mentionné ci-dessus ou qui est susceptible de le devenir.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉES*

3- J'occupe les emplois suivants :

<b>EMPLOIS</b>	<b>EMPLOYEURS</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

*PRÉCISER L'EMPLOI ET NOMMER L'EMPLOYEUR*

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Signature de l'administrateur**

**DÉCLARATION DES INTÉRÊTS  
du directeur général**

Je, \_\_\_\_\_ directeur général du Centre de santé et de services sociaux

Jeanne-Mance **déclare les intérêts suivants :**

- 1- Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*NOMMER LES PERSONNES MORALES SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES AINSI QUE LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS*

- 2- Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES CONCERNÉES*

- 3- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*NOMMER LES PERSONNES MORALES, SOCIÉTÉS OU ENTREPRISES AINSI QUE LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS*

- 4- J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

**EMPLOIS**

**EMPLOYEURS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*PRÉCISER L'EMPLOI ET NOMMER L'EMPLOYEUR*

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Signature du directeur général**

**ENGAGEMENT PERSONNEL DE L'ADMINISTRATEUR**

Par la présente, je déclare avoir pris connaissance du code d'éthique et de déontologie du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance et je m'engage à m'y conformer.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'administrateur

## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2010 - 2011

entre

**l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et  
le Centre de santé et des services sociaux Jeanne-Mance**

### NOMBRE D'INDICATEURS PAR DEGRÉ D'ATTEINTE:

<b>n/a</b>	Non applicable	<b>3</b>
<b>non amorcé</b>	Non amorcé	<b>4</b>
<b>- 25%</b>	Tendance à renverser	<b>9</b>
<b>25 à 75%</b>	Efforts à déployer	<b>9</b>
<b>+ 75%</b>	Atteinte probable de la cible	<b>28</b>
<b>100%</b>	Atteinte de la cible	<b>65</b>
	<b>Nombre total d'indicateurs:</b>	<b>118</b>

## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé	
												- 25%	25 à 75%			
1	Gestion de la main-d'œuvre	Assurance salaire	DRH		3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées.			5,17%	<b>5,60%</b>					X		Le ratio assurance-salaire pour l'année 2009-2010 était de 5,40%. Au cours de l'année 2010-2011, nous avons procédé à une vaste réorganisation en hébergement et nous avons mis en place un plan de redressement. Ces changements organisationnels ont occasionné une période de turbulence importante.
2	Gestion de la main-d'œuvre	Postes infirmiers	DRH		3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières.			60%	<b>56,27%</b>						X	-
3	Gestion de la main-d'œuvre	Heures supplémentaires - infirmier	DRH		3.5 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le <u>poste d'infirmier</u> .			2,59%	<b>2,69%</b>					X		-
4	Gestion de la main-d'œuvre	Heures supplémentaires	DRH		3.5 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par <u>l'ensemble du personnel réseau</u> .			2,57%	<b>2,49%</b>						X	-
5	Gestion de la main-d'œuvre	Stratégie régionale pour contrer les problèmes de disponibilité	DRH	6_Au plus tard le 31 mars 2010, l'établissement déposera, à la Direction gestion des réseaux (DGR) de l'Agence, un plan d'action visant l'attraction et la rétention du personnel, l'augmentation de la présence et la disponibilité au travail selon le modèle de l'Agence.	16_Niveau de réalisation de l'ensemble des activités prévues au cadre normatif pour la gestion prévisionnel de la main-d'oeuvre;	X								X		Considérant toutes les réorganisations administratives en cours, la production du PPE a été retardée au printemps 2011 afin de l'élaborer avec le nouveau portrait des effectifs.
6			DRH			15_Dépôt d'un plan d'action à la DGR démontrant l'engagement de la haute direction à revoir l'organisation du travail et les conditions d'exercice.	X	X								X

## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
												- 25%	25 à 75%			
7	Gestion de la main-d'œuvre	Main-d'œuvre infirmier	DRH		3.6 Pourcentage de recours à la M.O.I. en <u>personnel infirmier</u> .			18,92%	<b>18,92%</b>						X	On peut constater qu'il y a déjà une amélioration par rapport à l'année dernière. Nous poursuivons notre stratégie d'attraction et de rétention. La cible est atteinte, mais nous poursuivons les travaux.
8	Gestion de la main-d'œuvre	Main-d'œuvre infirmier auxiliaire	DRH		3.6 Pourcentage de recours à la M.O.I. pour les <u>infirmières auxiliaires</u> .			4,98%	<b>6,07%</b>					X		Nous n'avons pas de postes vacants d'infirmières-auxiliaires; les besoins d'effectifs sont dus à des absences long terme pour différents motifs. Nous sommes à analyser une stratégie d'action.
9	Gestion de la main-d'œuvre	Main-d'œuvre PAB	DRH		3.6 Pourcentage de recours à la M.O.I. pour les <u>préposés aux bénéficiaires</u> .			6,93%	<b>3,07%</b>						X	-
10	Santé publique	Services intégrés SIPPE	DGASC DSGPS		1.1.12 Proportion des femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de l'année financière 2010-2011.			60%	<b>39,19%</b>			X				La vérification a été faite avec les archives et les données complétées. Le manquement à l'objectif s'explique en partie par une diminution des grossesses SIPPE. La DSP étudie cette possibilité et prévoit en informer l'Agence.
11	Santé publique	École en santé	DGASC DSGPS		1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche l'École en santé.			45%	<b>100%</b>						X	-
12	Santé publique	Vaccination	DGASC DSGPS		1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais.			68,99%	<b>75,81%</b>						X	Le résultat période 13 est confirmée par l'Agence mais la cible doit être révisée en fonction de la même méthode de calcul que le résultat P13.
13	Santé publique	Vaccination	DGASC DSGPS		1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque du sérotype C dans les délais.			58,64%	<b>58,13%</b>				X			Il y a une vérification régulière des rendez-vous pris et une attention spéciale est accordée pour déplacer les rendez-vous quand c'est possible pour respecter les délais proposés.

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

**ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES  
ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE**

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
							Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
											- 25%	25 à 75%			
14	Santé publique	Vaccination	DGASC DSGPS		1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais.		70,05%	<b>76,39%</b>						X	Le résultat période 13 est confirmée par l'Agence mais la cible doit être révisée en fonction de la même méthode de calcul que le résultat P13.
15	Santé publique	Couverture vaccinale	DRH	70_Accroître la couverture vaccinale influenza des travailleurs de la santé.	100_60% des travailleurs de la santé vaccinés contre l'influenza depuis l'automne.		60%	<b>40%</b>				X			Le pourcentage d'employés vaccinés au CSSS Jeanne-Mance au 31 mars 2011, est de 40 %. Ce pourcentage est inférieur aux années antérieures mais s'explique en partie par le fait que nous avons eu peu d'éclosions d'influenza en hébergement et que c'est lors d'une éclosion que nous vaccinons le plus grand nombre d'employés.
16	Santé publique	Couverture vaccinale	DGASC DHEB	69_Accroître la couverture vaccinale influenza des résidents en CHSLD.	99_80% des résidents en CHSLD vaccinés contre l'influenza depuis l'automne.		80%	<b>83%</b>						X	Taux de résidents vaccinés contre l'influenza par centre d'hébergement:  Armand-Lavergne: 86% Émilie-Gamelin: 78% Jean-De La Lande: 84% Bruchési: 89% Centre-Ville-de-Montréal: 84% Ernest-Routhier: 81% Manoir-de-l'Âge-d'Or: 81%
17	Santé publique	Couverture vaccinale	DGASC DHEB	68_Accroître la couverture pneumocoque des résidents en CHSLD	98_80% des résidents en CHSLD vaccinés contre le pneumocoque.		80%	<b>55%</b>				X			Taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque par centre d'hébergement:  Armand-Lavergne: 56% Émilie-Gamelin: 40% Jean-De La Lande: 54% Bruchési: 67% Centre-Ville-de-Montréal: 59% Ernest-Routhier: 58% Manoir-de-l'Âge-d'Or: 60%

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

**ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES  
ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE**

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé		
												- 25%	25 à 75%				+ 75%
18	Santé publique	Plan local	DGASC SP	74_Disposer d'un plan d'action local de santé publique (PAL) 2009-2012 qui s'inscrit dans les six grandes orientations du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2008-2012.	107_Un plan d'action local de santé publique 2009-2012 élaboré pour décembre 2009.	X										X	Le PAL 2010-2015 a été adopté au conseil d'administration du 7 avril.
19	Santé publique	Plan local	DGASC SP	77_Réaliser le contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	109_Un contour de ressources affectées à la réalisation du Plan d'action local de santé publique 2009-2012 (incluant les sommes allouées annuellement dans le cadre des mesures de santé publique).					X							La DSP a mis en place un comité de travail pour établir le contour des ressources avec 4 CSSS. Nous n'en faisons pas partie. Nous avons produit en septembre 2010 "Contour des ressources en santé publique 2008-2009" à la demande du comité de travail de la DSP.
20	Santé publique	Plan local	DGASC SP	75_Élaborer un Plan d'action local de santé publique 2009-2012 en partenariat avec le réseau local.	108_Un portrait des partenariats mis à contribution dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'action local de santé publique.											X	Démarche intégrée au PAL 2010-2015 adopté au CA d'avril 2010. Il fait état des résultats de consultation avec les partenaires du réseau local (Activité Rendez-Vous Jeanne-Mance en santé publique, Comité de vigie, Tables sectorielles...). Les partenariats avec la communauté se poursuivent. Une section est réservée dans le PAL format-Tableaux sur les partenaires de la mise en oeuvre du PAL.
21	Santé publique	Appréciation performance	DGASC SP	80_Convenir des indicateurs à inscrire au tableau de bord du système d'appréciation de la performance élaboré en collaboration avec la Direction de santé publique (DSP).	112_Des indicateurs d'appréciation de la performance du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.											X	La DSP a poursuivi les travaux de révision des indicateurs de performance. Pour le moment nous sommes tenus aux indicateurs du tronc commun identifiés par la DSP qui sont intégrés dans le PAL 2010-2015 version Tableaux.
22	Santé publique	Plan local	DGASC SP	71_Convenir avec la DSP de l'Agence des modes de reddition de comptes des crédits de santé publique affectés au déploiement du plan d'action local de santé publique 2009-2012.	101_Un bilan financier des crédits de santé publique affectés annuellement à la mise en œuvre du Plan d'action local de santé publique 2009-2012.	X	X									X	Nouveau contour financier a être élaboré par la DSP (comité de travail). Pour l'instant, le bilan financier des crédits affectés dans les 17 mesures financées par la DSP en 2010-11 sera réalisé comme les années antérieures.



## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS		INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire	
						DOCUMENT	ANNEXÉ	Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé		
												- 25%	25 à 75%				+ 75%
23	Services généraux	Activités cliniques et d'aide	DGASC DSGPS		1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC).			5 669	6 203							X	-
24	Services généraux	Activités cliniques et d'aide	DGASC DSGPS		1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC).			4,00	2,52				X				Le nombre d'utilisateurs inscrits aux services psychosociaux généraux sont de deux ordres: accueil harmonisé et suivi adulte. La liste d'attente s'est allongée compte tenu d'absences dans l'équipe de suivi autant en psychologie qu'en travail social (deux intervenants pour plusieurs mois) ce qui justifie pour les usagers suivis un décalage comparativement avec la liste d'attente qui ne génère aucune intervention. Autre chose, nous avons plusieurs usagers DI-TED qui ne demandent pas beaucoup d'interventions et que nous suivons pendant des années (ce qui n'est habituellement pas la clientèle des services généraux mais plutôt spécifiques). Cette dernière réalité affecte le nombre d'interventions par usager.
25	Services généraux	Cliniques-réseau	DAM	82_Valider et transmettre à la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) de l'Agence les rapports de reddition de comptes des cliniques-réseau dans les délais impartis.	115_Rapports trimestriels de dépenses des cliniques-réseau validés par le CSSS et transmis à la DAMU de l'Agence dans les délais impartis.	X	X									X	Les rapports sont transmis dès que nous les recevons. La CR Millénia et la CR du Plateau ont tardé à nous remettre les rapports. Nous avons pris des mesures et la situation s'est améliorée, mais nous devons demeurer vigilants.
26			DAM		116_Rapports mensuels de gestion des cliniques-réseau validés par le CSSS et transmis à la DAMU de l'Agence dans les délais impartis.	X	X									X	-
27	Services généraux	Plan d'action régional de première ligne	DGAPQMU	83_Atteindre les cibles de développement du Plan d'action régional intégré de première ligne.	117_Les cibles (seront établies entre la DAMU et chaque établissement à l'été 2009) de développement de GMF / CR / CRI et de projets de maladies chroniques pour la première année du Plan sont atteintes.	X	X									X	Le document "Plan d'action local intégré de première ligne - fiche synthèse" a été mis à jour en décembre 2010. Les projets de maladies chroniques: le volet hypertension sera ajouté au volet diabète en avril 2011.



## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
												- 25%	25 à 75%			
28	Services généraux	Périnatalité	DGASC DSGPS	84_Collaborer à la mise en œuvre de l'offre de service en périnatalité.	118_ Implantation des différentes composantes de l'offre de service en périnatalité.									X	Nous offrons des cours prénataux pour les femmes de tout le territoire; le suivi de ADN est respecté; nous offrons des cliniques d'allaitement; nous poursuivons nos travaux en vue de d'agrément IAB; nous avons un service sage-femme; nous avons mis en place des moyens pour respecter le calendrier de vaccination; nous offrons des activités sur l'introduction des solides; nous poursuivons nos activités en lien avec l'intervention éducative précoce; et nous avons présenté un projet de maison des naissances.	
29	Services généraux	Répertoire de ressources en santé et services sociaux	DGASC DSGPS	85_Participer à la mise à jour du répertoire de ressources en santé et services sociaux (RRSSS) et valider les données sur les ressources des territoires de CSSS.	119_Mettre à jour les ressources du répertoire par territoire de CSSS et en assurer la validité.	X				X					Il n'y a pas de processus formel de mise à jour du bottin des ressources; Il y a simplement une mise à jour ponctuelle faite par l'accueil. Les travaux menés pour l'accueil harmonisé seront favorables à améliorer cet aspect.	
30	Service généraux	Itinérance	DGASC DSGPS	81_Contribuer à la mise en œuvre du plan intersectoriel en itinérance.	113_Niveau de mise en œuvre du plan intersectoriel en itinérance.	X					X				Puisqu'il s'agit d'un plan intersectoriel, les travaux sont menés par l'ASSS et nous y contribuons assiduellement.	
31	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Services dans les milieux de vie	DGASC DPSADR		1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC).			3 084	3 154					X	-	
32	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Services dans les milieux de vie	DGASC DPSADR		1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie.			42,27	37,30				X		Un certain nombre d'interventions manquent au niveau des soins infirmiers compte tenu des mesures de contestation de la FIQ durant la période de négociation.	

## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser + 75%	Réalisé 100%	
												- 25%	25 à 75%			
33	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Services en milieu de vie substitut	DGASC DHEB		1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD.			3,49	3,24						X	-
34	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Services en milieu de vie substitut	DGASC DHEB		1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD.			0,24	0,24						X	-
35	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Services en milieu substitut	DGASC DHEB	41_Terminer, s'il y a lieu, l'implantation du plan d'action "Milieu de vie".	43_Terminer, s'il y a lieu, l'implantation des composantes du Plan d'action "Milieu de vie".	X								X		Le plan d'action « milieu de vie » a été poursuivi mais n'a pu être complété compte tenu de la révision majeure de la structure organisationnelle au cours de la dernière année. Dans ce cadre, nous avons revu notre approche pour assurer la consolidation et poursuivre le développement de l'approche milieu de vie au sein du CSSS.
36			DGASC DHEB		42_Déployer la formation "Agir auprès de la personne âgée" s'adressant aux préposés aux bénéficiaires en fonction de la planification prévue dans l'Établissement et selon les budgets alloués.									X		En 2010-2011 la formation a été donnée à 328 préposés aux bénéficiaires pour le premier atelier (atelier #2), à 379 préposés aux bénéficiaires pour le deuxième atelier (atelier #5) et 11 formateurs (préposés et professionnels) ont été formés en prévision de la formation du personnel pour le 3e atelier. En 2011-2012, l'objectif est de compléter la formation du personnel de la liste de rappel pour les 2 premiers ateliers et dispenser la formation du 3e atelier à tout le personnel visé.

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

**ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES  
ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE**

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
												- 25%	25 à 75%			
37	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Plan d'action PALV	DGASC DPSADR	42_ Compléter, s'il y a lieu, l'actualisation du plan d'action pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	• Niveau de mise en œuvre du réseau de services intégrés pour personnes en perte d'autonomie dans ses composantes : 49_Guichet d'accès aux services;	X								X	Le guichet d'accès a été mis en place et est opérationnel. L'admissibilité des clientèles pour les demandes de services pour l'hôpital de jour et le programme SARCA sera intégrée au guichet d'accès PPA.	
38			DGASC DPSADR		48_Gestionnaire de cas;					X					Actuellement tous les intervenants sont appelés à agir comme gestionnaires de cas. Avec la diffusion du cadre de référence régional en gestion de cas, nous procéderons à la révision notre modèle au cours de la prochaine année.	
39			DGASC DPSADR		47_Mécanismes de concertation locaux;	X								X	La composition de la Table PPALV a été révisée et la fréquence des rencontres a été augmentée.	
40			DGASC DPSADR		46_ Implantation d'un processus de repérage des personnes vulnérables;									X	Le processus de repérage a été implanté à l'urgence de l'Hôtel-Dieu du CHUM dans le cadre d'un projet régional. Dans le cadre du projet, une intervenante réseau en provenance du CSSS a été intégrée à l'équipe de cette urgence. Toutefois, le projet a pris fin le 31 mars 2011. Des travaux débiteront cette année afin d'élaborer un nouveau projet concernant le rôle de l'intervenante réseau dans l'une ou l'autre des urgences du CHUM.	
41			DGASC DPSADR		45_Création ou maintien d'une table de concertation multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées;									X	Un comité intersectoriel pour contrer la maltraitance envers les aînés a été mis en place, ce dernier relève de la Table du réseau local de service aux personnes âgées. Le comité s'est rencontré à 4 reprises durant l'année.	
42			DGASC DPSADR		44_Consolidation de l'outil d'évaluation multiclientèle et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle «e-smaf» en CSSS;									X	L'outil d'évaluation multiclientèle est implanté depuis fort longtemps et dans le cadre de l'implantation de l'application informatique RSIPA, tous les intervenants ont reçu une formation de mise à jour sur cet outil. Le logiciel E-SMAF a aussi été implanté, mais a été remplacé au cours de l'année par l'application informatique RSIPA.	
43			DGASC DPSADR		50_Niveau d'implantation du système informatique RSIPA en CSSS.	X								X	Le déploiement de l'outil se fait selon la planification prévue. Il est complètement déployé dans les équipes SAD. Il est en cours de déploiement dans les autres programmes de la DPSADR (centres de jour, hôpital de jour, URFI, RI, UTRF). Le déploiement en centre d'hébergement débutera en	



### SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011



Aucune donnée à documenter

#### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé	
												- 25%	25 à 75%			
44	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Places en CHSLD	DGASC DHEB	44_Collaborer à la démarche coordonnée par l'Agence pour le rehaussement des places requises en CHSLD sur le territoire de Montréal.	54_Collaboration à la démarche de l'Agence pour le rehaussement des places en CHSLD.									X		La démarche évolue. Les lits sont rehaussés dès que les budgets seront signifiés (pour AL, PER et MADO).
45	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Ressources intermédiaires PPALV	DGASC DPSADR	2_Poursuivre le développement de ressources intermédiaires pour les personnes en perte d'autonomie (PPALV) dans chacun des territoires de CSSS selon le "Plan d'action 2005-2010 pour les personnes âgées de la région de Montréal".	41_Collaboration à la démarche de l'Agence pour le développement de places en ressources intermédiaires (PALV).										X	Compte tenu de la fermeture d'une des ressources du territoire, soit le pavillon Marquette, le nombre de places en RI sur le territoire est passé de 100 à 72. Compte tenu de la cible de 148 places requises, 76 places sont à développer. Le conseil d'administration a déterminé des orientations dans le cadre du développement de places.
46	Perte d'autonomie liée au vieillissement	Plan d'action PALV	DGASC DPSADR	43_Transférer les opérations du CHSLD Jacques-Viger	52_Transfert de l'hôpital de jour;						X					La relocalisation au Centre d'hébergement Manoir-de-l'Âge-d'Or a reçu l'aval de l'Agence. Nous sommes présentement à l'élaboration des plans par les équipes de professionnels.
47			DGASC DPSADR		53_Transfert de l'URFI;						X					
48	Déficiences physiques	Soutien à domicile	DGASC DPSADR		1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par le CSSS (mission CLSC).			590	507					X		En période 13, nous avons présentement une liste d'attente de 11 personnes pour une première évaluation (niveau de priorité urgent: 0, niveau élevé: 6 et niveau modéré: 5). Même si nous desservons toute notre liste d'attente, la cible ne pourrait être atteinte.
49	Déficiences physiques	Soutien à domicile	DGASC DPSADR		1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP).			44,00	81,81						X	-
50	Déficiences physiques	Soutien à domicile	DGASC DSGPS		1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage), par allocation directe.			71	60					X		Aucun dossier en attente.

## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS		INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire		
						DOCUMENT	ANNEXÉ	Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé			
												- 25%	25 à 75%				+ 75%	100%
51	Déficiences physiques	Soutien à domicile	DGASC DSGPS	7_Collaborer à la mise en œuvre du "Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience" (juin 2008 - voir site web du MSSS).	2_Élaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services;	X	X									X	Nous avons élaboré notre plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services en DP et en DI-TED; Nous avons procédé à la mise à niveau sur le plan informatique pour répondre aux usagers en fonction des critères de priorité; Nous avons nommé la gestionnaire d'accès. Standards d'accès à consolider. Pour 2011-2012, à amorcer les standards de continuité.	
52			DGASC DSGPS		4_Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur;										X			
53			DGASC DSGPS		3_Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008.											X		
54	Déficiences physiques	Respect des délais d'accès	DGASC DSGPS		1.4.20.2 Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges - niveau de priorité «urgent».			90%	N/D								X	Nous n'avons pas reçu de dossier - priorité urgent.
55	Déficiences physiques	Respect des délais d'accès	DGASC DSGPS		1.4.20.3 Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges - niveau de priorité «élevé».			100%	N/D			X						Nous avons un travail à faire à deux niveaux: 1) S'assurer que nos données I-CLSC et celles de l'Agence sont congruentes. 2) Organiser les services pour mieux répondre aux priorités élevées incluant la centralisation des listes d'attente.
56	Déficiences intellectuelle et trouble envahissants du développement	Soutien à domicile	DGASC DSGPS		1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC).			43	38						X		-	
57	Déficiences intellectuelle et trouble envahissants du développement	Soutien à domicile	DGASC DSGPS		1.5.12 Nombre de moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI-TED).			20,89	63,32							X		Le mandat de l'équipe DI-TED (0-17 ans) à revoir, ainsi que le rôle de l'intervenant pivot du réseau.

## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
												- 25%	25 à 75%			
58	Déficiência intellectuelle et trouble envahissants du développement	Soutien à domicile	DGASC DSGPS		1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficiência intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage), par allocation directe.			171	184						X	Aucun dossier en attente.
59	Déficiência intellectuelle et trouble envahissants du développement	Soutien à domicile	DGASC DSGPS	87_Collaborer à la mise en œuvre du "Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficiência".	127_Élaboration du plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services;	X									X	Nous avons élaboré notre plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité des services en DP et en DI-TED; Nous avons procédé à la mise à niveau sur le plan informatique pour répondre aux usagers en fonction des critères de priorité; Nous avons nommé la gestionnaire d'accès.
60			DGASC DSGPS		129_Respect des standards d'accès et de continuité des services en vigueur;										X	
61			DGASC DSGPS		128_Résorption de la liste d'attente en date du 8 novembre 2008.											
62	Déficiência intellectuelle et trouble envahissants du développement	Respect des délais d'accès	DGASC DSGPS		1.5.20.2 Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges - niveau de priorité «urgent».			90%	N/D						X	Nous n'avons pas de dossier priorité urgent.
63	Déficiência intellectuelle et trouble envahissants du développement	Respect des délais d'accès	DGASC DSGPS		1.5.20.3 Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges - niveau de priorité «élevé».			90%	N/D					X		Nous avons un travail à faire à deux niveaux: 1) S'assurer que nos données I-CLSC et celles de l'Agence sont congruentes. 2) Organiser les services pour mieux répondre aux priorités élevées incluant la centralisation des listes d'attente.
64	Jeunes en difficulté	Services de première ligne	DGASC DSGPS		1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC).			1 992	2 071						X	-
65	Jeunes en difficulté	Services de première ligne	DGASC DSGPS		1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC).			8,36	8,38						X	-



## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
												- 25%	25 à 75%			
66	Jeunes en difficulté	Projet clinique "Jeunesse en difficulté"	DGASC DSGPS	33_Définir le projet clinique pour le programme « Jeunesse en difficulté » en tenant compte de la publication récente du MSSS « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience ».	36_Adoption d'un projet clinique « Jeunesse en difficulté ».	X							X		L'implantation des orientations relatives aux standards d'accès de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience se poursuit; Des rencontres des intervenants C.J. + CSSS ont cours; Nous participons activement à la Table des directeurs FEJ et des C.J. dont l'objectif premier est l'implantation de ces orientations.	
67	Jeunes en difficulté	Droits d'accès	DGASC DSGPS	40_Collaborer, s'il y a lieu, à la mise en place des services de supervision des droits d'accès.	40_Niveau de mise en place des services de supervision des droits d'accès.	X								X	Mise en place depuis le 17 janvier 2011. Tous les intervenants sociaux à l'accueil harmonisé ont la documentation et ce qui doit être fait.	
68	Jeunes en difficulté	Programme CAFE (Crise-Ado-Famille-Enfance)	DGASC DSGPS	32_Compléter, s'il y a lieu, l'implantation des équipes mobiles d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE).	35_L'équipe mobile d'intervention de crise pour les jeunes en difficulté (CAFE) est complétée, formée et est entrée en fonction.									X	Cette équipe est implantée, formée et en fonction.	
69	Dépendance	Orientations ministérielles dépendances	DGASC DSGPS	34_Implanter les orientations ministérielles relatives au programme-service dépendances.	12_Niveau de mise en œuvre des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme;	X				X					Poste comblé suite au financement de l'ASSS pour réaliser ce volet. Les standards d'accès sont peu implantés pour le moment, la formation facilitera l'implantation.	
70			DGASC DSGPS		11_Actualisation de la formation des intervenants de première ligne au programme "Adulte de dépendance".								X		La formation sera complétée à la fin de cette année.	
71	Dépendance	Service intégrée en toxicomanie	DGASC DSGPS	14_Référent les jeunes évalués "feu rouge" à l'aide de l'outil DEP-ADO au mécanisme d'accès pour les jeunes.	10_Identification et/ou maintien d'un agent de liaison pour le mécanisme d'accès.									X	L'agent de liaison est maintenu; L'outil DEP-ADO est utilisé lorsque requis.	

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

**ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES  
ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE**

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire		
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé			
												- 25%	25 à 75%				+ 75%	100%
72	Santé mentale	Services de première ligne	DGASC DSGPS		1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes ayant reçu ces services (au moins 2 rencontres) (ratio fixé par le MSSS de 1 intervenant pour 20 usagers).			16	18							X	-	
73	Santé mentale	Services de première ligne	DGASC DSGPS		1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes ayant reçu ces services (ratio fixé par le MSSS de 1 intervenant pour 10 usagers).			80	-	X							Les suivis de suivi intensif sont offerts au CSSS Jeanne-Mance par le CHUM Notre-Dame à la suite d'une entente.	
74	Santé mentale	Services de première ligne	DGASC DSGPS		1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>ère</sup> ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC) (ratio fixé de 1 intervenant pour 75 usagers, toutefois compte tenu de la situation montréalaise, le ratio est de 1 intervenant pour 60 usagers).			2483	1 890						X		-	
75			DGASC DSGPS			Jeunes: 495				Jeunes: 85			X					Nous allons finaliser l'offre de service santé mentale jeunesse. Première étape est à complétée. À poursuivre.
76			DGASC DSGPS			Adultes: 1 988				Adultes: 1 805					X			La cible est à réviser compte tenu des ressources en place: 1 805 adultes en période 13 selon le niveau actuel de développement de l'équipe (4,6 postes encore non dotés) + 700 heures (1/2 poste) entente de gestion pour participation à recherche Cible Qualité 1 + 1 poste attribué à la coordination et coaching clinique = notre cible serait alors atteinte à 75 usagers par intervenants qui est au delà 1/60 demandé par l'agence. Même en divisant 1 805 usagers / 30 intervenants si équipe complète nous atteignons alors la cible de 1/60. De plus, en tenant compte que du temps SIV est pris à même les effectifs de l'équipe, alors nous dépassons largement la cible.



### SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

#### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
												- 25%	25 à 75%			
77	Santé mentale	Mécanismes de liaisons	DGASC DSGPS	48_Maintenir des mécanismes de liaison avec les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques.	59_Développement d'ententes de service CSSS - CH.										X	Pour la clientèle adulte : Liens entre l'urgence psychiatrique, le Guichet et les équipes de suivis tant au CH qu'au CSSS. Liens avec les autres équipes du CSSS tel UPS-J. Pour la clientèle jeunesse: lien entre notre équipe et Ste-Justine. Liens avec les autres équipes intra-CSSS.
78	Santé mentale	Mécanismes de liaisons	DGASC DSGPS	3_Implanter le mécanisme d'accès aux services spécialisés en santé mentale.	55_Niveau d'implantation du mécanisme d'accès aux services spécialisés en santé mentale pour les adultes ainsi que les enfants et les jeunes.	X	X								X	Pour la clientèle adulte : Guichet d'accès en santé mentale adulte en place depuis les 2 novembre 2009. Pour santé mentale jeunesse: guichet FEJ en place depuis l'automne. Le guichet d'accès est la porte d'entrée pour l'accès aux services en santé mentale tant pour la 1ère que pour la 2e ligne. Nous révisons actuellement l'organisation du guichet santé mentale jeunesse.

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

**ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES  
ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE**

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS		INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire		
						DOCUMENT	ANNEXÉ	Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé	
												- 25%	25 à 75%				+ 75%
79	Santé mentale	Plan d'action régional en santé mentale	DGASC DSGGS	50_Collaborer à la mise en œuvre du plan d'action régional en santé mentale, incluant la participation à l'actualisation du plan stratégique visant à associer aux CSSS et à leurs partenaires les services de 1 <sup>ère</sup> ligne actuellement fournis par les CHSP ou les CHSGS dotés d'un département de psychiatrie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'il y a lieu, dans le cadre de l'implantation des équipes de santé mentale 1<sup>ère</sup> ligne pour les jeunes et pour les adultes:</li> </ul> 64_Dépôt d'un plan d'effectifs en vue du transfert des ressources humaines vers les équipes de 1 <sup>ère</sup> ligne adulte et enfants - jeunes;	X	X								X	Pour la clientèle jeune et adulte : Dépôt d'un plan d'effectifs.	
80			DGASC DSGGS		63_Articulation d'un programme d'accueil et de développement du personnel transféré dans les équipes adultes et enfants - jeunes;											X	Pour la clientèle jeune : mise en place pour les premiers mois d'un professionnel externe afin de supporter cliniquement l'équipe nouvellement constituée. Pour l'équipe adulte: un plan d'accueil, d'encadrement clinique et de développement est en place.
81			DGASC DSGGS		61_Réalisation d'un plan de transfert des responsabilités et des patients, visant à assurer la continuité des services réalisés pour les adultes et les enfants-jeunes;										X		Pour la clientèle adulte : Travaux en cours via les continuums de services pour la clientèle adulte entre le CH et le CSSS (réalisé à + de 75%). Les indications de références sont définis (algorithme). Des mécanismes de liaison et de référence intra-continuum sont développés et en implantation. L'offre de service de chacun des continuum est aussi défini en partenariat et en continuité. Pour la clientèle jeune : Des modalités de transfert de patients ont été retenues entre les équipes de la 1 <sup>ère</sup> ligne et la 2 <sup>e</sup> ligne (réalisé à 100%).
82			DGASC DSGGS		120_En collaboration avec les partenaires, réalisation d'un plan de communication visant la population, les usagers et les partenaires des réseaux locaux quant à l'offre de service recommandée pour les adultes et les enfants - jeunes.										X		Pour la clientèle adulte : Plan de communication planifié. Plusieurs activités ont eu lieu, tels: articles dans les journaux internes du CSSS et du CHUM, rencontres d'équipes au CSSS, au CHUM et avec les partenaires communautaires, les usagers ainsi que des communiqués écrits et rencontres avec les cliniques médicales GMF et Réseaux du territoire. D'autres activités sont à venir telles que: rencontres d'équipes au CSSS, activité porte ouverte, rencontre du comité des usagers, rencontre avec le responsable du DRMG, etc. Pour la clientèle jeune : non amorcé.

### SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

#### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé	
												- 25%	25 à 75%			
83	Santé mentale	Plan d'action régional en santé mentale	DGASC DSGPS	46_Dans le cadre du programme santé mentale, implanter une équipe de suivi intensif.	58_Niveau d'implantation de l'équipe de suivi intensif.	X						X			Données à voir avec le CHUM.	
84	Santé physique	Urgences	DGAPQMU	78_Assurer la mise à jour et le suivi du "Plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence, version 2009".	110_Dépôt, à la Direction gestion des réseaux de l'Agence, de la mise à jour du "Plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence, version 2009".	X	X							X	Le dépôt du plan d'action a été fait en septembre 2010. Un suivi est assuré: une dernière rencontre des directions concernées au CSSS a eu lieu en mars 2011.	
85	Santé physique	Infections nosocomiales	DSISM		1.1.11 Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de soins de longue durée.			1/250	0,99				X		-	
86	Santé physique	Soins palliatifs	DGASC DPSADR		1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile.			350	224			X			Nous répondons à toutes les demandes de services qui nous sont adressées et l'atteinte de la cible est tributaire des demandes que nous recevons. Nous nous assurerons toutefois que les profils d'intervention sont bien utilisés par les intervenants.	
87	Santé physique	Soins palliatifs	DGASC DPSADR		1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.			20	24,73					X	-	
88	Santé physique	Lutte contre le cancer	DGASC DSGPS	58_Collaborer à la mise en œuvre des orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer de la région de Montréal (PQLC).	78_Mise en place et maintien de corridors de services diagnostiques et thérapeutiques en oncologie;					X					Cette faible performance s'explique par notre difficulté à retenir nos porteurs de ce dossier. Nous avons maintenu notre participation à la Table Régionale.	
89			DGASC DSGPS		76_Elaboration d'un volet de lutte contre le cancer au projet clinique.			X							Cette faible performance s'explique par notre difficulté à retenir nos porteurs de ce dossier. Nous avons maintenu notre participation à la Table Régionale; Nous nous mobiliserons pour réactiver la Table Santé Physique d'organisation clinique.	

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

**ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES  
ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE**

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
												- 25%	25 à 75%			
90	Santé physique	Services posthospitaliers en réadaptation	DGASC DPSADR	67_ Soutenir le modèle régional d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation.	96_Suivi du cadre de référence des services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus (missions CHSGS, CHR, URFI, CSSS);									X	-	
91			DGASC DPSADR		93_Atteinte d'un taux minimal d'occupation de 95% pour les lits de réadaptation en CHR et URFI;			95%	92,8%					X	À certaines périodes, le nombre de demandes était insuffisant pour permettre de combler les lits. De plus, des éclosions de gastro en cours d'année ont obligé la fermeture des admissions.	
92			DGASC DPSADR		95_Réduction ou maintien de la DMS dans les CHR et URFI;			50	45					X	Au global, la durée moyenne de séjour s'est améliorée. Les périodes 8 à 13 démontrent une nette tendance à la baisse.	
93			DGASC DPSADR		94_Mise en œuvre des conditions visant à offrir des services de physiothérapie la fin de semaine et les jours fériés aux usagers ayant subi une chirurgie PTH-PTG et dont la condition le requiert (missions CHSGS, CHR, CSSS).					X					Une analyse de la situation a démontré que compte tenu des processus cliniques en place, l'offre de service de réadaptation les fins de semaine à cette clientèle n'était pas pertinente.	
94	Santé physique	Pandémie Influenza	DST	61_Contribuer au plan de lutte contre une pandémie d'influenza.	84_L'Établissement confirme qu'il a révisé son plan local de lutte contre une pandémie d'influenza;	X							X		La compilation des données et commentaires en rétroaction de la seconde vague pandémique nous permettra d'évaluer l'intégration des apprentissages et d'ajuster au besoin le plan local.	
95			DST		85_L'Établissement met en œuvre les actions nécessaires à l'accomplissement des travaux prioritaires identifiés par l'Agence (ex.: formation du personnel, approvisionnement des produits essentiels, SNT, vaccination de masse, gestion des antiviraux, fournitures médicales, masques, etc.).									X	-	

### SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

#### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire		
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé	
												- 25%	25 à 75%				+ 75%
96	Santé physique	IVG	DGASC DSGPS	53_Poursuivre la coordination du monitoring périodique des interruptions volontaires de grossesses (IVG).	70_Coordination du monitoring périodique des interruptions volontaires de grossesses (IVG).										X	Le monitoring est assuré et ces résultats sont acheminés mensuellement à l'ASSS.	
97	Santé physique	IVG	DGASC DSGPS	52_Terminer l'implantation et assurer le suivi du mécanisme de coordination régional des interruptions volontaires de grossesses (IVG).	69_Dépôt du bilan d'implantation et des résultats.	X	X									X	-
98	Santé physique	Protocole d'utilisation des opiacés	DSISM	59_Poursuivre et consolider l'implantation des quatre sections du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale: 1. l'évaluation de la douleur; 2. la rédaction de l'ordonnance; 3. l'initiation du protocole de surveillance; 4. l'initiation de l'administration de l'antidote naloxone.	81_L'Établissement a mis en place un mécanisme permettant de s'assurer que le protocole est implanté et appliqué.									X		Réalisé à 100%: 1. l'évaluation de la douleur; 2. la rédaction de l'ordonnance; 3. l'initiation du protocole de surveillance.  Pour l'initiation de l'administration de l'antidote naloxone: Le protocole médical demeure l'outil utilisé. Des discussions sont en cours pour l'élaboration d'une ordonnance collective.	
99	Santé physique	Protocole d'utilisation des opiacés	DSISM	60_Poursuivre la formation des intervenants concernés par le Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale.	82_Les intervenants concernés par l'application du Protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale sont formés.										X	En ce qui a trait à la règle de soins traitant du dépistage de la douleur, les préposés seront formés ultérieurement.	
100	Santé physique	Protocole d'utilisation des opiacés	DGASC DSGPS	86_Assurer la réalisation du projet pilote concernant le transfert des patients dépendants aux opiacés stabilisés avec un traitement de substitution vers les services de première ligne.	126_Au 31 mars 2010, produire un bilan du projet réalisé.	X	X					X				Le démarrage du projet ayant été retardé, les résultats accumulés ne permettent pas de tirer des conclusions significatives pour le moment. Six clients seulement ont été transférés aux services courants.	

### SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

#### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS		INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire			
						DOCUMENT	ANNEXÉ	Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé				
												- 25%	25 à 75%				+ 75%	100%	
101	Santé physique	Fournitures médicales	DRFI	5_Conformément au rapport du Vérificateur général du Québec, élaborer et suivre un processus formel et systématique d'évaluation des fournitures médicales utilisées et de normalisation, lequel comprend notamment:	66_La participation d'un comité multidisciplinaire;											X	Un comité d'évaluation de produits se rencontre mensuellement. Un ordre du jour et un compte-rendu sont complétés.		
102			DRFI		68_L'utilisation de critères d'évaluation;													X	Tous les nouveaux produits sont évalués suite à un essai et une formation, si nécessaire. D'autres produits sont évalués pour les fins de normalisation.
103			DRFI		67_L'élaboration d'un répertoire des décisions.	X	X											X	
104	Administration et soutien aux services	Gestion des actifs informatiques	DRFI	22_Préparer un plan triennal de maintien des actifs informationnels selon le gabarit préparé par l'Agence.	23_Le plan est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes d'information;	X	X										X	-	
105			DRFI		22_Le plan est conforme au gabarit.														X
106	Administration et soutien aux services	Gestion des actifs informatiques	DRFI	23_Préparer un inventaire des actifs informationnels.	25_L'inventaire est déposé à l'Agence, à la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, secteur des Technologies et systèmes	X	X										X	-	
107			DRFI		24_L'inventaire est conforme au gabarit;														X
108			DRFI		26_L'inventaire est mis à jour au 31 décembre 2010.	X	X												X

### SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011

Aucune donnée à documenter

#### ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT					Commentaire	
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser		Réalisé
												- 25%	25 à 75%			
109	Administration et soutien aux services	Gestion des actifs informatiques	DRFI	24_Appliquer les mesures obligatoires et minimales du Cadre de gestion des actifs informationnels - Volet sécurité.	27_Il y a indication dans le rapport financier annuel (questionnaire à l'intention de la haute direction).								X		La prévention des accès physiques non autorisés ainsi que la sécurité physique des locaux informatiques sont assurés pour 13 de nos 20 installations. Sept installations ont été sécurisées cette année et six restent à sécuriser au cours de la prochaine année. L'installation Jacques-Viger restera minimalement sécurisée à cause de sa fermeture prochaine. L'ensemble des autres mesures obligatoires et minimales ont été appliquées.	
110	Administration et soutien aux services	Gestion des actifs informatiques	DRFI	25_Mettre en place la solution anti-virus Trend Micro.	28_L'Établissement confirme que la solution est appliquée.									X	-	
111	Administration et soutien aux services	Gestion de l'accessibilité des services en langue anglaise	DG	21_Respecter le «Programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise» dans l'offre de service.	21_L'Établissement s'assure que tous ses services nommés au Programme d'accès sont accessibles en anglais.									X	Il y a du personnel en nombre suffisant dans tous les programmes services demandés pour un établissement indiquant l'accessibilité aux services. De plus, une résolution du CA du CSSS pour l'adoption du programme régionale d'accès 2011-2014 a été faite en date du 25 mai 2011.	
112	Administration et soutien aux services	Gestion de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles	DG	16_Intégrer la gestion de la diversité culturelle dans l'offre de service.	121_L'Établissement a adopté une politique de gestion de la diversité culturelle. Le processus de développement de la politique a inclus des consultations, validation et la concertation des divers partenaires du milieu.					X					Plusieurs actions sont faites dans l'offre de service pour être en mesure de rejoindre et de desservir les communautés ethnoculturelles. Le travail d'élaboration de la politique débutera au cours de l'automne 2011.	
113			DG		122_La politique adoptée a été diffusée: des mécanismes de rappel à la mémoire ont été prévus.				X						Suite à l'élaboration de la politique, un plan de communication sera mis en œuvre pour en assurer la diffusion auprès de tous les acteurs concernés. Tous les travaux devront être terminés avant la fin de l'année financière 2011-2012.	
114			DG		123_La politique adoptée a été diffusée auprès des cadres.				X							
115			DG		124_La politique adoptée a été diffusée auprès des employés.				X							
116			DG		125_La politique adoptée a été diffusée auprès des clients et famille ainsi que la communauté.				X							



SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2010 - 2011



Aucune donnée à documenter

**ATTENTES ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES  
ET ATTENTES LIÉES AU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE**

# Attente	Programme service / Objectif organisation.	Domaine prioritaire	Direction responsable	Résultats attendus des attentes administratives	Indicateurs	DOCUMENT REQUIS	ANNEXÉ	INDICATEURS		ÉTAT DE DÉVELOPPEMENT						Commentaire
								Cible visée	Résultats P13 cum.	N/A	Non amorcé	Amorcé		À finaliser	Réalisé	
												- 25%	25 à 75%			
117	Administration et soutien aux services	Gestion de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles	DG	20_Indiquer, dans le rapport annuel de gestion (établissements publics) ou dans le rapport annuel d'activités (établissements privés conventionnés) les mesures prises et les résultats obtenus en lien avec la politique de gestion de la diversité culturelle.	18_L'Établissement rend compte, dans son rapport annuel de gestion / d'activités, des objectifs et des actions réalisés dans le cadre de la politique de gestion de la diversité culturelle qu'il a adopté.										X	Les activités réalisées par tous les programmes services permettant l'accessibilité aux services aux communautés ethnoculturelles sont au rapport annuel de gestion.
118	Administration et soutien aux services	Gestion des mesures d'urgence et de sécurité civile	DST	29_Dans le cadre de la coordination locale des mesures d'urgence en cas de sinistre, développer un arrimage avec les municipalités ou les arrondissements du territoire.	29_Développement des arrimages avec les municipalités et/ou arrondissements.										X	-