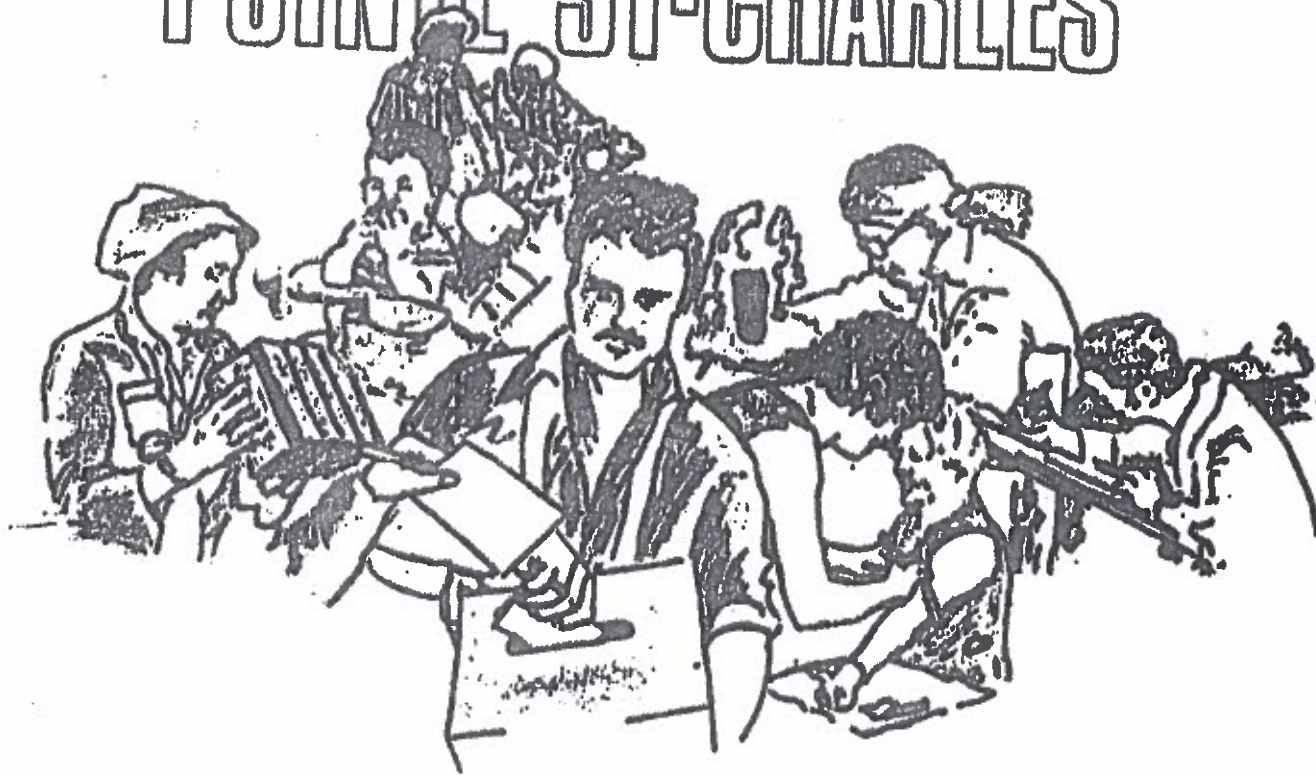


# CLINIQUE COMMUNAUTAIRE POINTE ST-CHARLES



**Rapport D'activités**

**1984-85**

\* \* \* \* \*

OBJECTIF DE LA CLINIQUE

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

\* \* \* \* \*

QUI EST MEMBRE DE LA CORPORATION?

Tous les citoyen-ne-s du quartier qui se sont inscrit-e-s à l'entrée.

\* \* \* \* \*

# ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE

---

## ORDRE DU JOUR

(JUN '85)

- 7:00 ..... BIENVENUE PAR LA PRÉSIDENTE DU C.A.  
PROPOSITION D'UN-E PRÉSIDENT-E ET  
SECRÉTAIRE DE L'ASSEMBLÉE
- 7:10 ..... ACCEPTATION DE L'ORDRE DU JOUR
- 7:15 ..... RAPPORTS:  
- CONSEIL D'ADMINISTRATION  
- FINANCES  
- COMITÉ DE SÉLECTION  
- COMITÉ DE NÉGOCIATIONS  
- PROGRAMMES  
- STATISTIQUES
- 7:45 ..... QUESTIONS - COMMENTAIRES  
ACCEPTATION DES RAPPORTS
- 8:15 ..... RAPPORT DE L'ASSEMBLÉE D'ORIENTATION
- 8:30 ..... QUESTIONS - COMMENTAIRES - PROPOSITIONS
- 8:45 ..... PAUSE
- 9:00 ..... A) CHOIX D'UN PRÉSIDENT-E D'ELECTION  
CHOIX D'UN-E SECRÉTAIRE  
CHOIX DE SCRUTATEURS  
B) MISE EN NOMINATION  
C) ELECTIONS
- 9:30 ..... EQUIPE COMMUNAUTAIRE
- 10:00 ..... VARIA

## RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

MEMBRES: Jeannine Beaudoin ..... Présidente  
Noëlla Laporte ..... Vice-Présidente  
Donna Morency ..... Secrétaire/Trésorière  
Jean-Guy Gagnier  
Patricia Levan  
Micheline Laperrière  
Lorraine Guay  
Ernie Vaudry \*  
Alfred McIntyre \*  
Micheline Parenté \*

\* Démissionné durant l'année

---

Le Conseil s'est réuni aux deux semaines pendant l'année. A l'Assemblée Générale de l'année dernière, 3 francophones et 2 anglophones ont été élus. Durant l'année, 2 autres francophones et 2 anglophones ont été élus.

Le travail du C.A. n'était pas simplement en terme de quelles décisions étaient prises mais aussi comment les décisions étaient prises. L'atmosphère au C.A. était positive, créative et ouverte. Un esprit de cogestion avec le syndicat et un grand intérêt dans le développement communautaire et la concertation était évident pendant toute l'année.

Le C.A. était impliqué dans l'étude du portrait de santé du quartier et les politiques de la santé de la C.S.N. en espérant que durant l'année à venir, des liens peuvent être créés avec ces deux éléments et les orientations et programmes de la Clinique.

### MANDATS ET SUGGESTIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE - 1984

1. Il fut proposé que la Clinique tienne une Assemblée Générale d'Orientation. Cette assemblée a eu lieu le 6 mai 1985. Les propositions de cette assemblée seront présentées à l'Assemblée Générale.
- 2) Questions concernant les Statuts & Règlements: Cette année, avec beaucoup d'aide d'Ernie Vaudry, le C.A. a retravaillé et accepté les statuts & règlements. Le plus gros du travail était du «ménage» des vieux règlements qui existaient depuis le début de la Clinique. Cependant, il y a 3 changements majeurs:
  - 1) Après discussion avec les employé-e-s et plusieurs échanges au niveau du Conseil, le C.A. a décidé que seulement les employé-e-s qui sont résidents de Pointe St-Charles ont le droit de vote à l'Assemblée Générale.

- 2) Les liens de parenté avec le personnel et l'éligibilité aux postes du C.A.: Cette clause a été biffée et c'est maintenant la responsabilité du C.A. de signaler toute question soumise à l'Assemblée Générale où un conflit d'intérêt pourrait exister.
- 3) Auparavant, le C.A. avait le droit de faire des changements dans les statuts et règlements sans que l'Assemblée Générale les entérine. Maintenant, tout changement dans les statuts & règlements doit être entériné par l'Assemblée Générale.

#### COORDONNATEUR DU PERSONNEL

Pendant l'année, Gary Furlong a démissionné comme Coordonnateur du Personnel et Omer Chouinard fut embauché pour le remplacer.

#### NOUVEAU FONCTIONNEMENT

En février, après plusieurs discussions entre le C.A. et les Coordonnateurs, il a été décidé, à cause d'un roulement rapide du personnel, ensemble avec nos responsabilités additionnelles en santé communautaire, qu'une solution à court terme était nécessaire pour permettre à la Clinique de mieux planifier son fonctionnement future. Alors, il était décidé qu'à partir du 4 mars jusqu'à la fin de septembre '85, les services de la Clinique seraient offerts sur rendez-vous seulement. Aussi, il était décidé que même quand la situation serait améliorée, la Clinique ne retournerait pas automatiquement au modèle de «sans rendez-vous» sans réflexion et évaluation.

#### NOUVEAU LOCAL

Finalement, au mois de novembre, la Clinique sur la rue Centre a déménagé dans son local permanent. L'ouverture officielle se fera à l'automne '85.

#### APPUI AUX GROUPES POPULAIRES

Pendant l'année, le C.A. a appuyé des luttes menées par plusieurs groupes populaires et communautaires. -----

- a) A.C.E.F. Sud-Ouest
- b) C.L.S.C. Iles-de-la-Madeleine
- c) Maison Saint-Columba - lutte contre les coupures de la Commission Scolaire Catholique dans les programmes de dîner
- d) I.C.E.A.
- e) Jeunesse Ouvrière Chrétienne (J.O.C.)
- f) C.I.S.O. - Manifestation contre Reagan

- g) Ligue des Droits et Libertés
- h) Lutte contre les politiques gouvernementales concernant les jeunes bénéficiaires du Bien-Être Social.

Le C.A. a aussi appuyé les programmes de développement communautaire suivant:-----

- a) Paniers de Noël
- b) Restaurant Communautaire
- c) Café Sans Murs
- d) Auto-psy
- e) Action Santé
- f) Projet Saint-Charles - Coop Bois-Vert
- g) Programme Découverte du Québec - personnes âgées
- h) Camp de Jour de la Maison Saint-Columba
- i) Carrefour d'Education Populaire
- j) Au Travail
- k) Radio Communautaire du Sud-Ouest
- l) Madame Prend Congé
- m) Maintien à Domicile - travaux lourds

Le C.A. a travaillé, pour la première fois, en étroite collaboration avec le Syndicat des Travailleuses-eurs de la Clinique sur la planification du développement communautaire.

En plus cette année, le C.A. était actif dans les projets internationaux comme: -----

- a) Marathon pour l'Amérique Centrale
- b) Victimes de la famine en Afrique
- c) Clinique Populaire au Chili

\* \* \* \* \*

FONDS D'EXPLOITATION

ÉTAT DES REVENUS ET DEPENSES

Pour l'exercice terminé le 31 mars 1985

<u>REVENUS</u>	<u>1984-85</u>		<u>1983-84</u>	
	\$	%	\$	%
. Ministère des Affaires Sociales: Conseil de la Santé et des Services Sociaux:	1,781,080.	86.1	1,683,986.	90.8
- Service à domicile	19,727.	1.0		
- Programmes préventifs	81,068.	3.9		
- Loyer	16,561.	0.8	26,725.	1.4
- Réaménagement			31,119.	1.7
. Programmes:				
- Optométrie	42,014.	2.0	63,676.	3.4
- Dentaire	36,774.	1.8	24,523.	1.3
- Action-Santé	2,769.	0.1	7,208.	0.3
. D.S.C. de Verdun	85,395.	4.1	17,827.	1.0
. Divers	2,928.	0.2	737.	0.1
	2,068,316.	100.0	1,855,801.	100.0
<u>DEPENSES</u>	\$	%	\$	%
. Salaires	1,136,227.	54.9	954,065.	51.4
. Avantages Sociaux	469,958.	22.7	381,133.	20.5
. Services contractuels	130,705.	6.3	200,394.	10.8
. Dépenses directes:				
- Programmes préventifs	57,718.	2.8	6,590.	0.4
- Services médicaux	20,487.	1.0	65,054.	3.5
- Services Sociaux	19,761.	1.0	13,012.	0.7
- Services à domicile	13,132.	.6	3,140.	0.2
. Administration	108,757.	5.3	80,152.	4.3
. Transport	16,975.	.8	7,975.	0.4
. Dépenses de fonctionnement	88,751.	4.3	127,550.	6.9
	2,062,471.	99.7	1,839,065.	99.1
<u>SURPLUS</u>	<u>5,845.</u>	<u>0.3</u>	<u>16,736.</u>	<u>0.9</u>

FONDS D'EXPLOITATION

Bilan au 31 mars 1985

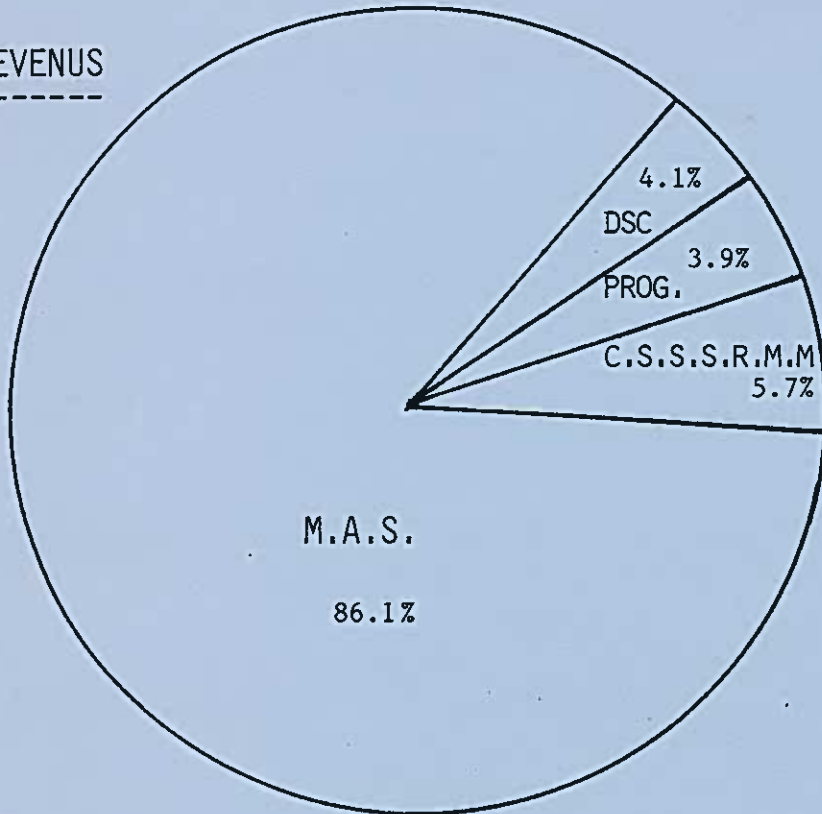
<u>ACTIFS</u> (Avoirs)	<u>1984-85</u>	<u>1983-84</u>
<u>Court Terme:</u>		
- Encaisse	105,490. \$	180,780. \$
- Comptes à recevoir	71,692.	54,553.
- Frais payés d'avance	11,204.	6,640.
	<u>188,386. \$</u>	<u>241,973. \$</u>
<u>Long Terme:</u>		
- Dû par les autres fonds	64,395. \$	47,135. \$
	<u>64,395. \$</u>	<u>47,135. \$</u>
<u>TOTAL DES ACTIFS</u>	<u>252,781. \$</u>	<u>289,108. \$</u>
<u>PASSIFS</u> (Dettes)		
<u>Court Terme:</u>		
- Comptes à payer Fournisseurs	60,714. \$	89,005. \$
- Remises gouvernementales relatives aux salaires	171,517.	177,236.
	<u>171,517.</u>	<u>177,236.</u>
<u>TOTAL DES PASSIFS</u>	<u>232,231. \$</u>	<u>266,241. \$</u>
<u>SOLDE DU FONDS</u>		
- Solde au début	22,867. \$	4,453. \$
- Récupération et régulari- sation gouvernementales	(8,162.)	1,678.
- Surplus de l'exercice	5,845.	16,736.
- Solde de la fin	20,550. \$	22,867. \$
	<u>20,550. \$</u>	<u>22,867. \$</u>
<u>TOTAL DES PASSIFS ET DU SOLDE DU FONDS</u>	<u>252,781. \$</u>	<u>289,108. \$</u>

# FONDS D'EXPLOITATION

---

## REVENUS

---



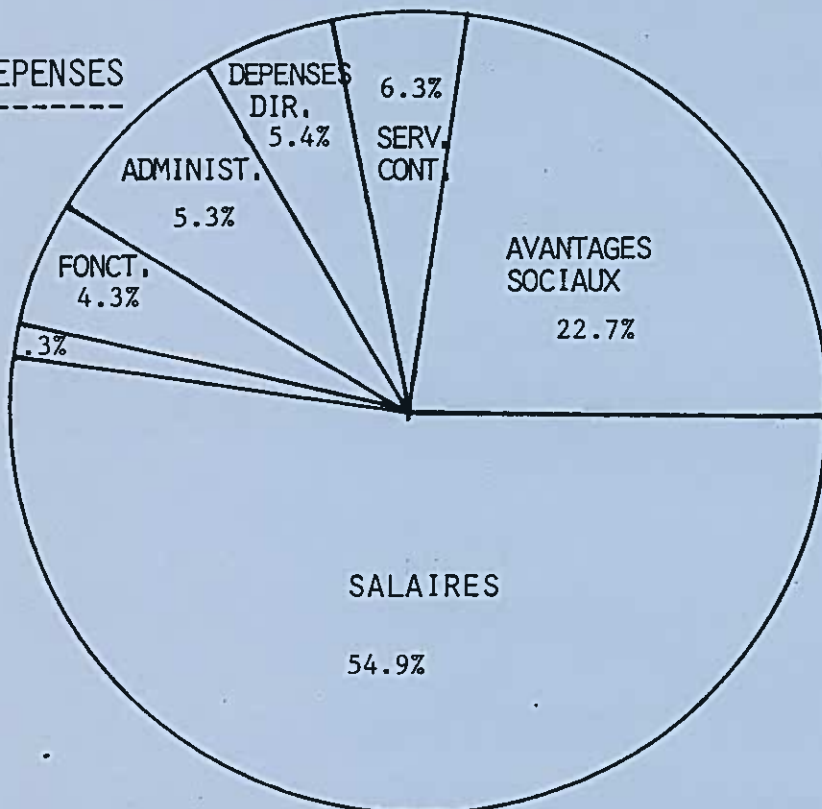
## REVENUS:

---

- M.A.S. (86.1%)
- C.S.S.S.R.M.M. (5.7%)
- Programmes: (3.9%)
  - . Optométrie
  - . Dentaire
  - . Action Santé
- D.S.C. de Verdun (4.1%)

## DEPENSES

---



## DEPENSES:

---

- Salaires (54.9%)
- Avantages Sociaux (22.7%)
- Services Contractuels (6.3%)
- Dépenses Directes (5.4%)
- Administration (5.3%)
- Dépenses de Fonctionnement (4.3%)
- Surplus = .3%

FONDS SOCIAL

ETAT DES REVENUS & DEPENSES

Pour l'exercice terminé le 31 mars 1985

	1984-85		1984-85	
<u>REVENUS</u>	\$	%	\$	%
- R.A.M.Q.	409,531.	94.8	357,307.	97.3
- C.S.S.T.	7,766.	1.8	5,780.	1.6
- Dons	13,771.	3.2	3,478.	0.9
- Divers	923.	0.2	563.	0.2
	<u>431,991.</u>	100.	<u>367,128.</u>	100.
<u>DEPENSES</u>	\$	%	\$	%
- Salaires Médecins	236,778.	54.8	220,478.	60.1
- Avantages Sociaux	51,260.	11.9	29,815.	8.1
- Médicaments	115,247.	26.7	109,807.	29.9
- Divers	128.		1,213.	0.3
	<u>403,413.</u>	93.4	<u>361,313.</u>	98.4
<u>SURPLUS DE L'EXERCICE</u>	<u>28,578.\$</u>	6.6%	<u>5,815.\$</u>	1.6%

FONDS SOCIAL

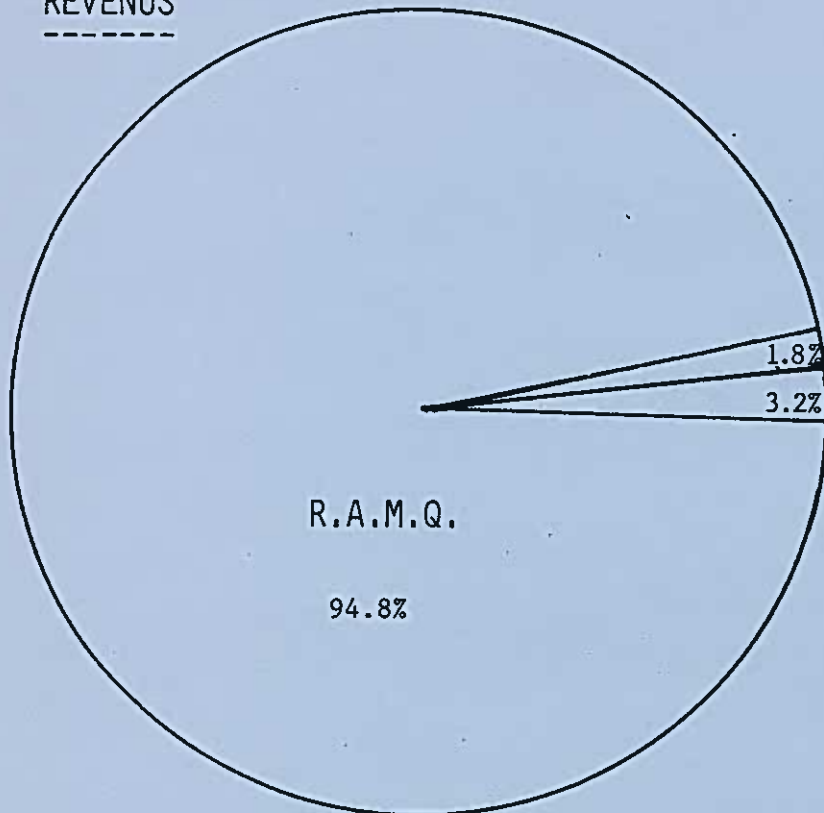
Bilan au 31 mars 1985

<u>ACTIFS (Avoirs)</u>	<u>1984-85</u>	<u>1983-84</u>
<u>Court Terme:</u>		
- En caisse	66,581.\$	28,215.\$
- Comptes à recevoir (R.A.M.Q. & autres)	57,173.	55,477.\$
- Frais payé d'avance	1,200.	885.
	124,954.\$	84,577.\$
<u>Long Terme:</u>		
- Prêt (à la Pharmacie Suzanne Paquette)	25,800.	25,800.
<u>TOTAL DES ACTIFS</u>	<u>150,754.\$</u>	<u>110,377.\$</u>
<u>PASSIFS (Dettes)</u>		
<u>Court Terme:</u>	<u>1984-85</u>	<u>1983-84</u>
- Comptes - Fournisseurs	18,864.\$	9,525.\$
- Salaires et Remises au Gouvernement	17,798.	24,595.
- Dû au Fonds d'Exploitation	47,413.	38,066.
<u>TOTAL DES PASSIFS</u>	<u>84,075.\$</u>	<u>72,276.\$</u>
<u>SOLDE DU FONDS</u>		
- Solde au début de l'exercice	38,101.\$	32,286.\$
- Surplus (déficit) de l'exercice	28,578.	5,815.
- Solde au 31 mars	66,679.\$	38,101.\$
<u>TOTAL DES PASSIFS ET DU SOLDE DU FONDS</u>	<u>150,754.\$</u>	<u>110,377.\$</u>

# FONDS SOCIAL

---

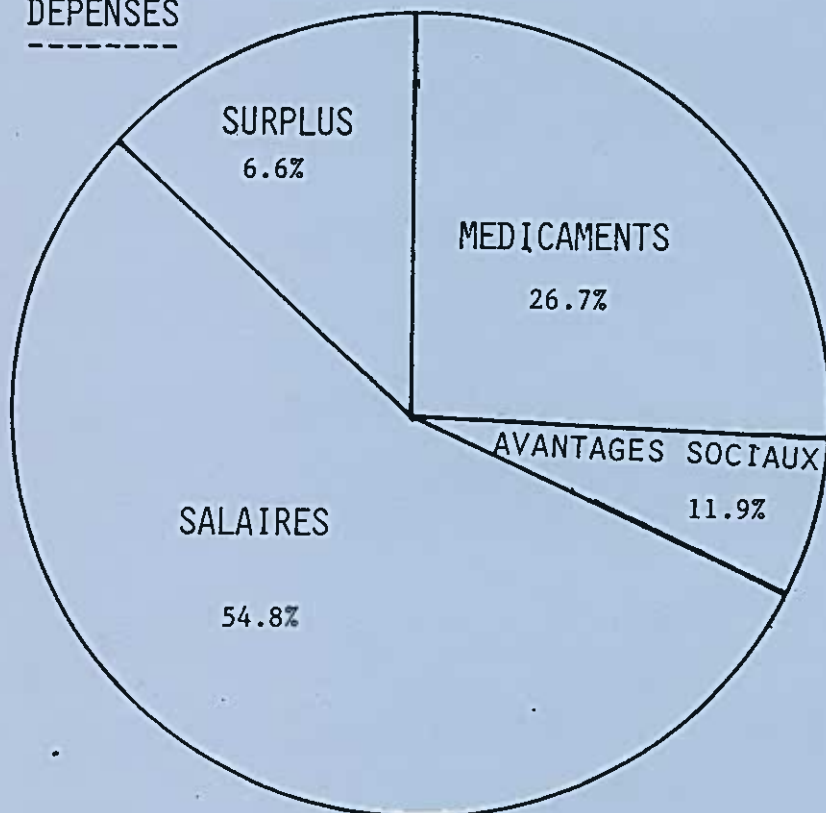
## REVENUS



## REVENUS

- R.A.M.Q. ( 94.8% )
- C.S.S.T. ( 1.8% )
- Dons ( 3.2% )

## DEPENSES



## DEPENSES

- Salaire des Médecins (54.8%)
- Avantages Sociaux (11.9%)
- Médicaments (26.7%)

## RAPPORT DU COMITE DE SELECTION

---

Membres: Micheline Crompt  
Gilles Cousineau  
Ginette Duquette  
France Laurendeau  
Omer Chouinard

---

### LE ROLE DU COMITE DE SELECTION EST LE SUIVANT:

1. Embauche du personnel.
2. Evaluation du personnel.
3. Evaluation des postes.
4. Application de la convention collective.

### DEPUIS LA DERNIERE ASSEMBLEE GENERALE EN JUIN 1983, VOICI L'ETAT DES DEMISSIONS ET EMBAUCHES DU PERSONNEL:

Démissions:

- . 1 Coordonnateur du personnel
- . 1 Coordonnateur général
- . 2 Infirmières occasionnelles
- . 3 Infirmières permanentes
- . 4 Médecins
- . 1 Optométriste
- . 1 Secrétaire médicale

Embauches:

- . 7 Auxiliaires familiales
- . 1 Auxiliaire familiale occasionnelle
- . 1 Coordonnatrice générale
- . 5 Infirmières occasionnelles
- . 6 Infirmières permanentes
- . 1 Médecin occasionnel
- . 3 Médecins permanents
- . 1 Nutritionniste
- . 2 Secrétaires médicales occasionnelles
- . 2 Secrétaires médicales permanentes
- . 1 Technicien en hygiène industrielle
- . 1 Téléphoniste/Préposée à l'accueil
- . 1 Travailleur communautaire

## EVALUATIONS

Les évaluations des nouveaux et anciens employés se sont déroulées sans problème majeur.

## MESURE DISCIPLINAIRE

Il n'y eu aucune mesure disciplinaire au courant de l'année.

## APPLICATION DE LA CONVENTION COLLECTIVE

Aucun problème relié à l'interprétation de la convention collective ne fut signalé, c'est-à-dire aucun grief.

## LE SOMMAIRE DES POSTES COMBLES A LA CLINIQUE SE PRESENTE COMME SUIT:

<u>Postes</u>	<u>Permanents</u>	<u>Remplaçants</u>
Accueil .....	3 (1 x 4 jrs/sem.)	1
Accueil/Dentaire .....	1	
Accueil/Vision .....	1	
Aide Médicale .....	1	1
Auxiliaires Familiales .....	7	2
Chauffeur .....	1	
Clinicienne en Santé Mentale .....	1	
Commis Comptable .....	1 (1 x 3 jrs/sem.)	
Comptable .....	1	
Concierges .....	3	1
Coordonnateur-Coordonnatrices .....	3	
Dentiste .....	1	
Hygiéniste Dentaire .....	1	
Infirmières .....	14	4
Médecins .....	8 (2 x 3 jrs/sem. & 2 à combler)	
Nutritioniste .....	1 (3 jrs/sem.)	
Optométriste .....	1 (à combler)	
Organisateurs-trices Communautaires	3	
Personne Ressource à la Communication	1	
Recherchiste .....	1	
Responsable Médicale .....	1	
Responsable de Soutien .....	1	
Secrétaire Administrative .....	1	
Secrétaire Comptable .....	1	
Secrétaires Médicales .....	7 (1 x 3 jrs/sem.)	5
Technicien en Hygiène Industrielle	1	
Téléphoniste .....	1	
Travailleuses-eurs Communautaires ..	7 (1 T.C. déléguée) & 1 à combler)	2
	<hr/>	<hr/>
	Total: 74	Total: 16

## RAPPORT DU COMITE DE NEGOCIATION

---

MEMBRES: Jeannine Beaudoin  
Jean-Guy Dutil  
Karen Hetherington  
Omer Chouinard

Les négociations, depuis la dernière Assemblée Générale, ont été concentrées sur l'intégration des auxiliaires familiales, la désaffiliation des médecins et le congé de maladie relié à la grossesse.

1. Après une négociation qui a duré plus de 6 mois, entre la Clinique Communautaire de Pointe St-Charles et le Syndicat des Travailleuses-eurs de la Clinique Communautaire de Pointe St-Charles, une entente est intervenue pour intégrer les auxiliaires familiales à la C.C.P.S.C. avec le statut de permanence à temps complet le 29 octobre 1984.
2. Le 21 février 1985, on assistait à la désaffiliation des médecins du Syndicat des Travailleuses-eurs de la C.C.P.S.C. et à la création du nouveau Syndicat des Médecins de la C.C.P.S.C.
3. Enfin, le 18 mars 1985, une entente fut conclue entre la Clinique et le Syndicat des Travailleuses-eurs sur les prestations de maladie reliée à la grossesse. Ceci signifie que dans le cas où il y a maladie reliée à la grossesse et qu'il y a impossibilité de bénéficier des prestations de l'assurance de la Mutuelle S.S.Q. et du retrait préventif, la C.C.P.S.C. s'engage à verser les mêmes prestations couvertes par la Mutuelle S.S.Q. pour les maladies qui ne sont pas reliées à la grossesse.

### NOTE:

Actuellement, la négociation entre la Clinique et le Syndicat des Travailleuses-eurs tire à sa fin et une entente générale sera conclue très bientôt.

D'autre part, la négociation entre la Clinique et le Syndicat des Médecins est bien engagée. Les deux parties s'entendent pour accélérer les procédures afin de signer rapidement une entente.

\* \* \* \* \*

## BILAN DES PROGRAMMES

1984 - 1985

---

Ceux et celles qui ont pris connaissance du portrait de santé du quartier et qui ont pu réfléchir sur la nouvelle politique de la santé proposée par la CSN seront en mesure de comparer ces informations avec celles contenues dans le bilan qui suit et celles ramassées en visitant les kiosques.

Cette comparaison nous montre la distance qu'il reste à parcourir.

Cependant, depuis la dernière assemblée générale en juin 1984, les intervenant-e-s dans les programmes n'ont pas chômé.

### 1) SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

---

Il y a deux volets à ce programme. Premièrement, les nouveaux parents et les enfants de 0 à 5 ans.

Compte tenu de l'intégration du programme « Santé Maternelle et Infantile » du D.S.C., nous avons eu, comme équipe, à re-préciser nos objectifs et à se partager différents champs d'action.

Nous avons également fait appel à des personnes ressources pour combler nos besoins de formation dans certains domaines: par exemple, nutrition, éducation sanitaire, animation, etc...

Durant l'année, notre énergie s'est mobilisée surtout à deux niveaux: d'une part, le travail « sur le terrain » i.e. interventions auprès des enfants « à risques » (relances, etc.), visites et suivi post-natal (208 naissances), programme d'immunisations et d'autre part, le travail « cléricale » i.e. le démêlage des dossiers du D.S.C., la révision du dossier S.M.I. et l'enregistrement sur fiches de tous les enfants vus dans le cadre du programme.

Nous avons également approché les responsables des garderies et amorcé un travail d'information auprès d'eux. Une brochure « Santé dans les Garderies » a été faite et sera distribuée à l'automne aux parents.

Quant à l'équipe dentaire et projet vision, des contacts ont été établis avec eux en début d'année et des projets sont à venir du moins avec l'équipe dentaire.

Nous avons rencontré aussi les travailleurs-euses communautaires en vue de collaborer plus étroitement dans les situations familiales à problèmes multiples.

Pour l'année qui vient, nos énergies vont porter en priorité sur:

Premièrement, intervention précoce: c'est-à-dire éviter les dépressions chez la mère après l'accouchement et agir sur des problèmes d'apprentissage chez les enfants le plus tôt possible, sur l'information et la sensibilisation des parents à travers des rencontres, de l'animation et possiblement des regroupements.

Déjà en juin, des rencontres sur la stimulation des enfants sont prévues avec les parents.

Dès septembre, un projet en intervention précoce (ateliers-jeux) verra le jour avec la participation d'une ortho-pédagogue.

Nous tenons aussi à réaliser un travail plus assidu auprès des garderies; un plan de travail a déjà été élaboré dans ce sens. Dans l'ensemble, compte tenu de l'intégration et de l'ajustement qui s'en suivit. La plupart de nos objectifs ont été atteints avec une perspective très encourageante pour l'année 85-86.

Deuxièmement, pour travailler avec la femme enceinte, on a embauché une nutritionniste qui avait comme mandat 3 tâches:

- a) Planifier le projet en périnatalité.
  - b) Intervenir auprès des femmes enceintes à risques.
  - c) Agir comme personne ressource auprès des intervenant-e-s de la Clinique, des groupes du quartier.
- a) La planification comportait plusieurs aspects:
- . statistique des naissances dans le quartier
  - . recherche de subvention
  - . recrutement des femmes enceintes
  - . formation des intervenant-e-s en périnatalité
  - . mise à jour sur des projets similaires au nôtre

La planification du projet en périnatalité est terminée. La nutritionniste travaille, actuellement, à reproduire des documents plus raffinés. La recherche de subvention a porté fruit car l'Office des Producteurs de Lait nous offre 5000 litres de lait.

- b) Depuis les quelques mois que le projet a démarré, il y a eu 12 dossiers d'ouverts et 8 femmes sont suivies régulièrement, c'est-à-dire 1 visite à domicile aux 2 semaines. On s'était fixé comme objectif pour la première année de rejoindre 15 femmes; on a donc atteint la moitié de notre objectif dans seulement 3 mois.
- c) Agir comme personne ressource auprès des intervenant-e-s de la Clinique.

- . Formation des infirmières en obésité.
- . Dans le cadre du mois de la nutrition:
  - Accueil à la C.C.P.S.C.
  - Activité en nutrition et activité physique à l'école Jeanne Leber.
  - Jeux éducatifs à l'école Charles Lemoyne.
- . Réponses à des questions spécifiques de certain-e-s intervenant-e-s.
- . La non-demande des groupes de l'extérieur provient (peut-être) du manque de publicité à ce sujet.

## 2) SANTE JEUNESSE

Le but est de promouvoir la santé bio-psycho-sociale des étudiant-e-s de tous les niveaux.

Pour ce faire, le M.A.S. a déterminé un éventail de tâches spécifiques afin d'atteindre ce but. Donc:

### OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Prioriser pour le niveau élémentaire:
  - Immunisation des jeunes de moins de 12 ans
  - Programme sur le fluor au niveau maternelle, 1ère, 2è, 3è et 4è années.
2. Dépistage visuel: 5 ans, 10 ans, 15 ans.  
Pédiculose, dépistage par classe et relance au besoin.
3. Promouvoir la sécurité et la salubrité des lieux.  
Ex: gymnase, ateliers...
4. Contrôler les maladies contagieuses.
5. Assurer les soins d'urgence, vérifier les troussees et dispenser des informations adéquates (autonomie face à sa santé).
6. Promouvoir les bonnes habitudes de vie par l'éducation et programmes.
7. Agir comme personne ressource auprès des professeurs, comité de parents et autres intervenant-e-s.

N.B. Une partie du travail consiste nécessairement à l'élaboration des programmes découlant de l'identification des besoins de santé de la population étudiante.

## PROGRAMMES

- . Alimentation - Nutrition
- . Education sexuelle (5<sup>e</sup> & 6<sup>e</sup> année) plus hygiène
- . Violence - accidents - traumatismes
- . Polyvalente - Santé sécurité ateliers
- . Tabagisme - drogues à venir

Graduellement, ces programmes seront disponibles afin d'informer et de conscientiser les étudiant-e-s et intervenant-e-s vers une prise en charge de leur santé, objectif sous-tendant tout le programme Santé-Jeunesse.

Il est évident que le processus visant cet objectif s'avère long et comporte une notion d'ouverture à l'extérieur de l'école qui mise sur un regroupement des jeunes autour des problèmes inhérents à leurs conditions afin de leur permettre d'utiliser toutes les ressources nécessaires à la prise en charge de leur santé tant physique que mentale.

Pour mettre la réalisation de cet objectif, nous tenterons de conjuguer nos efforts aux projets déjà existants tel « le Café Sans Mur ».

Nous ferons une action-observation là où les jeunes se trouvent afin d'orienter notre action de façon plus adéquate l'été prochain.

C'est un grand projet auquel nous espérons apporter notre collaboration la plus efficace.

### 3) LA SANTE AU TRAVAIL

C'est à partir des objectifs fixés pour septembre 1984 à juin 1985 que nous avons rédigé le rapport des activités pour le programme de santé au travail de la Clinique.

#### 1. Constituer et organiser l'équipe de travail

L'équipe en santé au travail a dû attendre jusqu'en octobre 1984 pour terminer sa composition au niveau des intervenants/intervenantes dans le programme. L'équipe est maintenant composée d'un médecin à 1/2 jour par semaine, d'une secrétaire à 2 jours par semaine, d'un technicien à 5 jours par semaine et de trois infirmières qui se partagent 4 1/2 jours par semaine.

#### 2. Formation des membres de l'équipe

Les membres de l'équipe ont suivis des sessions de formation et de recyclage. Tous ces séances se rapportaient principalement aux risques spécifiques dans nos établissements ainsi que sur la loi et ses éléments associés au programme de santé.

### 3. L'élaboration des programmes de santé

Selon la C.S.S.T., nous devons produire tous les programmes de santé pour les groupes prioritaires I et II pour le 31 décembre 1984, c'est-à-dire pour les produits en métal et chimique (groupe I) et pour les produits de verre (groupe II). Les programmes de santé pour les 8 établissements du groupe prioritaire I sont complétés. Ceux pour les 7 établissements du groupe prioritaire II seront complétés à la fin de juin. De toutes les équipes de Santé au Travail à Montréal, nous sommes une des seules ayant complété tous ses programmes de santé.

L'équipe de Santé au Travail de la Clinique a investie beaucoup d'énergie dans l'élaboration des programmes de santé, suite aux pressions du D.S.C. qui eux sont liés par contrat avec la C.S.S.T. La fixation d'échéancier pour l'élaboration de nos programmes de santé dans nos établissements, l'allocation de temps additionnel à la secrétaire nous ont permis d'avancer dans l'élaboration de nos programmes de santé.

### 4. L'opérationnalisation des programmes

Faire fonctionner nos programmes de santé et l'ajout des établissements du groupe prioritaire III prévu pour octobre 1985 par la C.S.S.T. seront pour l'équipe de Santé au Travail de la Clinique, les prochains défis à relever.

Une partie de nos énergies en santé au travail dépasse le cadre de l'application de la loi. C'est le programme élargi où se trouve 2 intervenantes, une demi-journée par semaine chaque. Elles s'étaient fixé 2 objectifs pour l'année:

- a) Se former.
- b) Produire un document de réflexion pour le C.A.

#### a) Formation

Elles ont assisté à plusieurs sessions de formation sur la Loi 27 sur la santé et la sécurité au travail, mais elles sont conscientes qu'une grande partie de la formation se fera dans la pratique.

#### b) Document de réflexion

Elles ont produit un document où abonde des questions pour aider le C.A. à se prononcer sur la direction que doit prendre le programme élargi. Suite aux recommandations du C.A., les intervenantes utiliseront les données sur les usines à Pointe St-Charles présentes dans le document du P.E.P. Ceci leur permettra de fixer des objectifs touchant des usines non-couvertes actuellement par la Loi 27.

En cours de route est arrivé le projet de Loi 42 sur les accidents de travail qui menace les droits acquis des travailleurs-euses. Ces 2 intervenantes ont produit et diffusé un tract visant à informer les travailleurs-euses sur ce projet.

#### 4) INFORM-ACTION TROISIEME AGE

Cette équipe composée de deux organisateurs communautaires et d'une infirmière fonctionne déjà depuis 5 ans; elle a aidé et a mis sur pied au cours de ces 5 années un certain nombre d'activités qui ont pris plus ou moins d'ampleur: on pense au Centre de jour des personnes âgées (en lien avec le Y.M.C.A.), au Service des Bénévoles, un projet de travaux lourds pour personnes âgées, un Luncheon Club, à des activités de voyages de découverte du Québec, et encore à un cahier de ressources pour les personnes âgées à la Pointe St-Charles. Il y est également toujours question de la mise sur pied d'un groupe de revendications, une section locale de l'A.Q.D.R.

En somme, durant cette année, il y eu peu de nouveautés fulgurantes, et il en sera de même pour l'année qui vient. A 5 ans, ce programme a atteint sa maturité!

##### a) LUNCHEON CLUB

Un groupe de personnes âgées anglophones qui se rencontrent une fois par mois à la Clinique pour un repas communautaire.

##### Objectifs:

1. Continuer des échanges et des liens entre des membres de ce groupe qui se connaissent depuis longtemps.
2. Encourager la participation des nouveaux membres pour élargir et stimuler le groupe.
3. Identifier des besoins des personnes âgées et partager des ressources d'une façon informelle.

##### Bilan:

Ce groupe reste stable avec 10 à 12 membres. Les membres sont contents du fonctionnement actuel et proposent de continuer de la même façon. Malheureusement, il y a très peu de personnes âgées référées par les intervenant-e-s. Le groupe est toujours ouvert aux nouveaux membres.

A part des échanges sociales, il y a toujours une préoccupation sur la bonne nutrition et les gens essaient des nouvelles recettes à l'occasion.

## b) CENTRE DE JOUR DES PERSONNES AGEES

Ce projet est fait conjointement par le Y.M.C.A. et la Clinique. Un groupe de personnes âgées isolées se rencontrent chaque mardi au Y.M.C.A. pour un repas chaud, des activités de loisirs et des échanges sociaux. Le Y.M.C.A. fournit l'animateur et les locaux. La Clinique s'occupe du transport et la référence des participants. On a un contrat avec Medicar pour le transport des gens en chaise roulante.

### Objectifs:

1. Amener les personnes âgées isolées à sortir de chez eux pour se regrouper et retrouver une vie sociale.
2. Contribuer au maintien à domicile des personnes âgées.
3. Augmenter la qualité de vie des gens isolés.
4. Favoriser des sorties des personnes âgées qui demeurent avec leurs enfants, dans le but de diminuer les tensions familiales.
5. Favoriser l'activité physique.
6. Fournir des activités qui favorisent la stimulation intellectuelle et sociale.

### Bilan:

Cette année, ce programme s'est montré de plus en plus solide et dynamique. Le groupe s'agrandi tranquillement. On pense à ouvrir une deuxième journée en automne.

Le plus grand problème est le financement du transport adapté. Plusieurs démarches ont été faites pour trouver de l'argent pour continuer à répondre à ce besoin important, avec une réponse insuffisante. Cette année, la Clinique a contribué \$500.00 pour nous aider à finir l'année. Ce sera souhaitable de trouver un moyen de financement stable pour le transport adapté. On continue ces démarches.

## c) VOYAGE DECOUVERTE DU QUEBEC

L'été dernier, on a réalisé un voyage de deux jours et une nuit dans les Cantons de l'Est. Ce voyage était possible à cause d'une subvention du Ministère des loisirs, chasse et pêche, des contributions de la Clinique, du Syndicat et des gens eux-mêmes.

### Objectifs:

1. Faire un voyage socio-culturel avec un groupe de personnes âgées isolées et peu mobiles, pour découvrir une partie de la province de Québec.

2. Elargir les horizons de ces gens à des nouvelles expériences et perceptions.
3. Favoriser un esprit de groupe et créer des liens entre des gens.

Bilan:

Le noyau pour ce voyage était les membres du Centre de jour au Y.M.C.A. Le groupe était complété par des référents des intervenants de la Clinique, pour un total de 40 personnes, dont 8 en chaises roulantes.

On avait une collaboration étroite entre les animateurs du Y.M.C.A. et celle de la Clinique.

Le voyage était un vrai succès. Les gens en ont profité au maximum. Les découvertes, des nouvelles expériences, la stimulation, des échanges, du plaisir des gens étaient remarquable. Cela a fait du bien aux os fatigués des animatrices. Ce type de voyage devrait se faire plus souvent. C'est le manque de financement qui nous empêche d'en faire plus.

d) CAHIER DE RESSOURCES POUR PERSONNES AGEES A P.S.C.

Objectifs:

1. Mettre à la disposition des intervenant-e-s et des usager-e-s de la Clinique, un cahier de ressources pour personnes âgées dans le territoire.
2. Encourager l'utilisation des ressources déjà existantes.
3. Identifier des besoins pas remplis.
4. Favoriser les échanges et la communication entre tous les organismes du quartier qui travaillent avec des personnes âgées.

Bilan:

Ce printemps, deux intervenants font le tour du quartier pour rencontrer des responsables des organismes impliqués. Avec l'aide d'un questionnaire, on identifie des ressources existantes et des besoins à combler.

Cette recherche n'est pas encore finie mais déjà on fait des découvertes. Cet été, on prévoit d'organiser ces informations dans un cahier pour distribuer à l'automne.

On discute aussi la possibilité de faire des rencontres des responsables des organismes pour favoriser des échanges et la collaboration des projets pour nos citoyens âgés.

e) A.Q.D.R.

Un des objectifs, à plus long terme, d'Information 3è Age est la formation d'un local A.Q.D.R. dans le quartier. Des contacts ont été faits avec des retraité-e-s en vue de les sensibiliser et les mobiliser. Cinq personnes devaient assister à l'assemblée annuelle de l'A.Q.D.R. A cause de différents facteurs, nous sommes encore loin de l'objectif.

f) PROJET MAINTIEN A DOMICILE - TRAVAUX LOURDS

Dans nos contacts avec les retraité-e-s et les groupes oeuvrant dans le domaine, nous avons constaté qu'un grand besoin des personnes âgées qui n'était pas comblé est celui des travaux lourds. Nous avons apporté l'aide technique nécessaire aux personnes intérieures pour présenter et obtenir un projet Canada au Travail de 20 semaines qui répond à ce besoin. Nous entendons faire ces démarches pour que ce service continue d'être offert au-delà des 20 semaines prévues.

g) LIENS AVEC LES AUTRES GROUPES

Nous agissons comme personnes ressources auprès du Service de Bénévoles et d'autres groupes de même nature dans le but d'améliorer la qualité de vie des aînés.

5) ACTION SANTE

Action Santé a tenu son Assemblée Générale le 23 avril après un dîner qui a réuni quelques 25 personnes. On a fait le bilan de notre plan de croissance en 3 ans (1984-1987); on a voté nos prévisions budgétaires pour 1985-86; on a évalué le premier C.A. d'Action Santé élu à l'automne '84; on a comblé 2 postes avec mandat d'un an; on s'est rappelé nos objectifs.

NOTRE PLAN DE CROISSANCE

En mai 1984, le C.A. de la Clinique avait approuvé notre projet d'un LOCAL en dehors de la Clinique. Au début, on a cherché mais sans succès et on a laissé tomber durant plusieurs mois. On a rebondi dernièrement. On a parlé à un certain moment de partager le local du Café Sans Murs avec les jeunes 18-30. Mais on a décidé de se chercher un local pour nous et on a même déjà trouvé un de très intéressant sur la rue Centre. On a plein de projets pour l'année qui vient.

Par rapport au BUDGET, c'était plus encourageant: on a commencé à utiliser nos livres de comptabilité dans chaque groupe. Même si on n'était pas en mesure de présenter un bilan financier, on compte bien

Le faire l'année qui vient car cette fois, on a nos prévisions budgétaires en commençant l'année (au 1er avril). Notre C.A. jettera un coup d'oeil aux livres des groupes de façon régulière.

On a jasé d'AUTONOMIE aussi. C'est très concret pour nous prendre la responsabilité de payer son repas, prendre l'initiative de participer à faire les repas, à faire la vaisselle, de façon à ce que ça soit pas toujours les mêmes. On a exigé aussi que le C.A. donne plus de nouvelles de ce qui se passe et se décide à ses réunions.

Les ACTIVITES de 1984-85 ont été sensiblement les mêmes que les années d'avant: 4 groupes ont fonctionné régulièrement avec une bonne participation de 15 à 30 personnes les jeudis soirs, de 10 à 20 personnes les lundis soirs, de 5 à 10 personnes les mardis et jeudis p.m. Les grandes activités, souper de Noël, une sortie d'hiver au Camp Bleu et Blanc, la cabane à sucre, ont été des succès et nous l'aurons dans la mémoire longtemps. Notons le bazar de février qui a permis de combler le déficit de la sortie d'hiver. On avait ramassé \$637.00.

Le GROUPE DES FEMMES qui avait tombé en 1983 n'a pas été relevé: une enquête-maison en arrivait à la conclusion que quelques femmes voulaient se rencontrer surtout pour jaser, tricoter, prendre un café... Pour l'instant, on suggère d'utiliser les groupes déjà existants du quartier, à moins que vienne une demande plus précise.

Le CONSEIL D'ADMINISTRATION d'Action-Santé a bien fonctionné aussi, avec ses réunions aux 2 semaines, même si on note un essoufflement vers février-mars. Le conseil, avec 6 participants et 2 intervenants, a été élu à l'automne et a remplacé le comité de santé mentale; il semble qu'il faut remonter à 1975 pour retracer l'existence d'un C.A. à Action Santé. On refait donc notre jeunesse. On a comblé 2 postes lors de l'assemblée du 23 avril. On a retouché légèrement aussi le texte de nos objectifs.

Un point inquiétant: on note, depuis un couple d'années au moins, une baisse des énergies de la Clinique en terme d'INTERVENANT-E-S. C'est vital qu'on se ressaisisse de ce côté, pour pas qu'Action Santé devienne le champ clos d'une couple de T.C. (travailleur-euse communautaire). Notre plan de croissance exige beaucoup plus.

Pour une vue d'ensemble d'Action Santé, procurez-vous le TRACT d'Action Santé qu'on vient tout juste de publier.

## 6) RELAXATION-DETENTE : 2 mots

Relaxation pour techniques de massage et exercices dirigées.

Détente pour prendre le temps de vivre!

2 mots pour se mettre en route, commencer un cheminement, s'ouvrir sur la recherche et l'apprentissage de la santé... de sa santé!!!  
C'est un début, une initiation, c'est un programme pour la vie.

### RELAXATION:

C'est un premier arrêt, desserrement, relâchement, c'est une première écoute, celle de sa respiration; c'est une première observation, attention, concentration.

### DETENTE:

Ce sont des échanges entre les participants (5 à 10 personnes) durant 10 rencontres sur des thèmes comme le plaisir, l'affirmation de soi, les choix, les buts, les priorités de sa vie, des temps d'arrêts...

### RELAXATION-DETENTE:

C'est d'abord et avant tout la volonté que les participantes et les participants découvrent dans leur vie de chaque jour les moyens qui leur sont propres afin de mieux vivre, afin de vivre!!

Et ça existe depuis 5 ans à la Clinique. Il y eut durant cette période l'arrivée et mise à la mode des médecines douces et autres approches corporelles... La présence de son corps, la connaissance de celui-ci dans sa globalité comme de ses bobos, de ses émotions, de ses humeurs, de ses tensions et autres sont maintenant du langage connu, voire populaire. Discrètement et sûrement, la Clinique, par ce programme, contribue à ce renouveau du langage médical de même qu'à son expérimentation et à son expansion dans notre quartier. Et le meilleur est à venir!

L'originalité des 2 intervalles de la Clinique qui s'inscrivent dans la tradition de ces 5 années reste toujours d'abord et avant tout dans la communication d'un programme d'éducation à la santé, de participantes et participants. Qui dit éducation dit répétition et résultats à long terme.

Il y aurait lieu ici de vérifier quels furent les effets sur ceux et celles qui sont venu-e-s à ces rencontres durant ces 5 dernières années. C'est une autre bonne idée!

## 7) LES 2 PROJETS

### a) LE PROJET DENTAIRE

- Principalement, c'est le travail curatif, soins directs pour la population 0-16 ans.
- A l'intérieur de ces mêmes interventions, travail de prévention individuel, en plus incluant enfants et parents d'une même famille.
- Participation active au niveau des écoles du quartier, lors de l'enquête SANTE DENTAIRE QUEBEC (dernier trimestre 1984); les résultats de cette enquête commenceront à être publiés.

- Co-participation à la discussion des programmes au niveau des écoles (hygiéniste dentaire), garderies, S.M.I., etc...
- Participation à la formation des nouveaux-elles employé-e-s de la Clinique.
- Période mai '84 à avril '85: 15% d'augmentation des visites par rapport à la même période l'année antérieure. Ceci se reflète aussi au niveau des revenus du projet pour l'année fiscale 84-85.
- Ceci est le résultat d'une diminution de rendez-vous manqués (à partir de septembre 1984, on est revenu à la méthode de rappels téléphoniques sélectifs) et aussi au fait qu'une série d'activités sont désormais assurés par l'hygiéniste.

On observe aussi une augmentation de nouveaux patients référés par l'hygiéniste dentaire (écoles - et de 0-5 ans S.M.I.).

Il y a aussi tout un travail de prévention qui se fait par l'hygiéniste dans les écoles et les garderies.

- . Rince-bouche fluoré dans les écoles, de la 1ère à la 4ième année; cette dernière est un ajout depuis septembre '84.
- . Activités d'hygiène dentaire: dans les écoles, rencontres avec la maternelle, 1ère, 3ième et 5ième années, classes spéciales, pour dépistage et relances.
- . Même chose que dans les garderies avec les enfants et moniteurs-trices.
- . Un projet pilote: la semaine dentaire à l'école Jeanne Leber qu'on espère étendre aux autres écoles l'an prochain. On espère voir les résultats de cette intervention l'an prochain lors des activités de dépistage en hygiène dentaire.
- . Des projets spéciaux:
  - Campagne de sensibilisation à la Clinique.
  - Avec S.M.I., production d'un tableau avec différents renseignements sur l'hygiène dentaire.

## b) PROJET VISION

A part du travail «curatif» qui se fait toujours dans ce projet, l'optométriste embauché l'été passé avait commencé à faire du travail préventif dans les 4 écoles du quartier. Un congé de maladie prolongé suivi de sa démission a mis fin brusquement à ce travail qu'on espère remettre sur pied à partir de l'automne.

## RAPPORT STATISTIQUE ANNUEL, 1984-85

---

Les données qui suivent ont été recueillies d'avril 1984 à mars 1985, inclusivement, dans le cadre des services curatifs fournis par les diverses équipes de la Clinique.

Il s'agit donc essentiellement de statistique du cas-à-cas, et ne sont pas répertoriés ici les divers programmes de la Clinique, non plus que les activités de regroupement effectuées par nos intervenants. (A noter que les programmes font l'objet de rapports séparés, qui sont également présentés à cette assemblée.)

On se rappellera que les statistiques produites reflètent à la fois les choix que nous faisons quant au type de services offerts, et les besoins et demandes des citoyens qui viennent consulter. On devra donc se garder d'en tirer des conclusions trop simples, qui ignoreraient l'un de ces deux aspects.

On devra également comprendre les chiffres fournis ici comme non pas des mesures précises, mais bien des indices d'ordre de grandeur des phénomènes examinés: la nature et la taille du système de collecte des données, le mécanisme d'informatisation, et les subjectivités des intervenants qui remplissent les feuilles de données statistiques, en plus des difficultés de codage du genre de données que nous ramassons, font qu'une marge "d'erreur" est inévitable. La grande force du système de données reste toutefois la vision d'ensemble qu'il nous permet.

---

### 1. La présence de la Clinique dans le quartier

Le tableau 1. nous révèle que le nombre de visites (consultations) effectuées à la Clinique augmente encore: comparé à l'année précédente, il s'agit d'une hausse de près de 8%.

La hausse est surtout sentie dans les équipes médico-sociales et le projet dentaire, puisque l'équipe d'optométrie a connu des problèmes de continuité cette année.

Les 26,481 visites sont le fait de plus de 6,000 personnes; d'ailleurs, les secrétaires pourraient le confirmer, nous avons actuellement environ 9,000 dossiers actifs (i.e. patients venus depuis trois ans). C'est donc dire qu'en un an, nous touchons plus de 40% des résidents du quartier, et que sur une période de deux ou trois ans, ce sont près des deux-tiers des gens de la Pointe qui font appel à l'un ou l'autre de nos services.

.../b

TABLEAU 1. VOLUME DES VISITES A LA CLINIQUE, 1980-85

Equipe	1984-85	83-84	1982	1981	1980
Bleue	7179	6861	6564	6076	5451
rouge	8560	7794	6725	5338	4803
verte	7287	6377	6768	6755	6464
Inter- équipe et inconnues	1220	1388	942	857	1061
TOTAL MEDICO- SOCIAL	24,246	22,420	20,999	19,026	17,779
Vision	461	860	839	832	1073
Dentaire	1716	1336	1762	1690	1353
GRAND TOTAL	26,481	24,616	23,600	21,548	20,205
Hausse annuelle	7.5%	4.3%	9.5%	6.6%	-

La hausse des visites s'explique essentiellement par l'apport de deux services qui ont connu leur première année complète de fonctionnement en 84-85; il s'agit des activités de Soins à domicile, et les consultations effectuées dans le cadre du SMI (Santé maternelle et infantile). Ces deux programmes totalisent près de 3,000 visites (900 au SMI). (NB. Ces visites sont comptabilisées au tableau 1 à l'intérieur des équipes et de l'inter-équipe.)

D'ailleurs, on note que les consultations effectuées par les infirmières ont globalement augmenté de 2,000 cas, depuis l'an dernier, corollaire de la structuration des deux services mentionnés plus haut. (On se rappellera que les autres programmes impliquant des infirmières ne sont pas inclus dans la collecte de données statistiques.) Les consultations-infirmières sont passées de 10,200 à 12,100 pour l'ensemble des équipes médico-sociales (incluant le SAD et le SMI donc.)

On verra un peu plus loin l'impact de ces programmes sur le profil général de nos usagers.

## 2. Principaux problèmes de santé

C'est sans surprise qu'on retrouve, d'une année à l'autre, les mêmes "vedettes" au palmarès des problèmes de santé: on y retrace le constant impact des conditions de vie et de travail. Infections multiples: liées aux bas revenus, à l'alimentation insatisfaisante, au cadre de vie souvent insalubre. Hypertension, problèmes de santé mentale: usure des conditions de travail, ou du chômage, insécurité des assistés-sociaux. Cette année, en plus de fournir le nombre de visites occasionnées par divers problèmes, les statistiques indiquent le nombre de patients qui souffrent des problèmes les plus fréquents chez nous. (Voir le tableau 2.)

Tableau 2: Visites et patients, selon le diagnostique

Rang	DIAGNOSTIQUE	Nombre et % du total des visites	Nombre et % du total des patients	Rang selon le nombre de patients
1.	Santé mentale	2401 (10.2%)	492 (8.9%)	2
2.	Problèmes cardio-vasculaires (sauf hypertension)	2087 ( 8.9)	265 (4.8)	7
3	Infections du système respiratoire (inf.+ sup.)	1900 (8.1 )	661 (11.9)	1
4.	Infections de peau *	1730 (7.4 )	310 (5.6)	6
	- si tous problèmes de peau groupés:*	3668 (15.7)	677 (12.2)	*
5.	Hypertension	1623 (6.9 )	318 (5.7)	4
6.	Os, muscles, articulations	1559 (6.6 )	457 (8.2)	3
7.	Diabète	1117 (4.7 )	143 (2.7)	10
8.	Oreille (tous probl.)	908 (3.8 )	262 (4.8)	8
9.	Traumatismes & empoisonnements (tous)	907 (3.8 )	318 (5.7)	4
10.	Asthme, bronchite chronique et emphysème	608 (2.6 )	130 (2.3)	11

\* NB: La catégorie "Problèmes de peau", qui figure parmi les problèmes "vedettes" depuis plusieurs années, se gonfle depuis un an de l'apport des cas de Soins à domicile: la surveillance de plaies, de cicatrices, étant codée dans la catégorie des problèmes de peau. Il ne s'agit donc pas de conclure à une épidémie quelconque, mais à un vice de code

Tableau 3: principaux diagnostics, selon les groupes d'âge

Groupe des 0-4 ans:			Nb.visites
1. "Bilan normal"	35%	des diagnostics	705
2. Oreilles (tous)	15%	" "	294
3. Infections respira- toires (i. + s)	14%	" "	278
4. Infections de peau*	7%	" "	136
- tous problèmes de peau groupés	12%	" "	249
5. Yeux (tous)	4%	" "	64
Groupe des 5-14 ans:			
1. Infections respira- toires (inf.-sup.)	24%	des diagnostics	494
2. Oreille (tous)	12%	" "	247
3. Traumatismes et empoisonnements	11%	" "	215
4. Bilan normal	8%	" "	171
5. Infections de peau *	6%	" "	131
- tous problèmes de peau groupés	15%	" "	294
Groupe des 15-24 ans:			
1. Infections génito- urinaires	11%	des diagnostics	247
2. Santé mentale	11%	" "	246
3. Infections des voies respiratoires	11%	" "	245
4. Infections de peau*	7%	" "	151
-tous problèmes de peau groupés	15%	" "	344
5. Traumatismes etc.	6%	" "	126
NB. Figurent également dans ce groupe 60 cas de grossesse non-désirée.			
Groupe des 25-44 ans:			
1. Santé mentale	19%	des diagnostics	869
2. Infections respi- ratoires	9%	" "	424
3. Os, muscles, articulations	8%	" "	392
4. Infections de peau*	7%	" "	348
-tous problèmes de peau groupés	15%	" "	707

\* Le phénomène des problèmes de peau liés au SAD (Voir tableau 2) n'apparaît qu'à partir des 25 ans et plus.

Tableau 3 (suite)

<u>Groupe des 45-64 ans:</u>				Nb.visites
1.	Santé mentale	14%	des diagnostiques	965
2.	Problèmes cardio-vasculaires (sauf hypertension)	13%	" "	849
3.	Hypertension	10%	" "	707
4.	Infections de peau *	9%	" "	631
	- tous problèmes de peau groupés	19%	" "	1289
5.	Diabète	8%	" "	526
<u>Groupe des 65 ans et plus:</u>				
1.	Problèmes cardio-vasculaires (sauf hypertension)	21%	des diagnostiques	1086
2.	Hypertension	12%	" "	647
3.	Os, muscles, articulations	9%	" "	462
4.	Diabète	7%	" "	374
5.	Infections de peau *	6%	" "	320
	-tous problèmes de peau groupés	14%	" "	727
N.B. Voir note en page précédente.				

### 3. Les données socio-économiques

Les problèmes énumérés plus haut prennent tout leur sens lorsqu'on situe le profil socio-économique de nos patients:

Assistés-sociaux:	35.5%	des visites adultes	6265	visites
Travailleurs (temps plein ou temps partiel)	: 16.8%	" "	2974	"
Chômeurs	: 1.6%	" "	280	"
Retraités	: 31.4%	" "	5544	"
Ménagères **	: 10.4%	" "	1829	"
Etudiants	: 1.2%	" "	211	"
Autres	: 3.1%	" "	554	"

\*\* Les ménagères sont à 60% des conjointes de travailleurs, à 25% sur le BES, et à 15% autres catégories.

On note que le pourcentage d'assistés-sociaux chez les usagers de la Clinique augmente depuis quelques années, reflétant en cela la tendance observée dans le quartier. (Les cas de prestataires d'Aide sociale sont passés de 2000 en 1980, à 2800 cette année: nous parlons donc de plus de 50% des ménages de la Pointe).

Le profil général des usagers de la Clinique reste donc dans la foulée des tendances observées les dernières années. Nous n'y détectons pas encore de trace de cette nouvelle population qui commence à faire son apparition dans les édifices récemment construits suite aux interventions municipales. Il faut noter que les nouveaux ménages ne sont encore guère nombreux: pas plus de 100, auxquels il faut ajouter un nombre imprécis de ménages habitant des logis restaurés à hauts loyers. Une si faible présence ne se décèle pas nécessairement dans le volume de nos 26,000 visites.

Un examen des nouveaux dossiers (patients venus à la Clinique pour la première fois cette année) ne nous indique pas de changement significatif à ce niveau. Les 1500 nouveaux (\*) sont à 39% des assistés-sociaux (ou leurs conjoints), à 36% des travailleurs (ou famille), à 14% des retraités et leurs conjoints. (Il faut toutefois noter que nous ne possédons pas d'information sur le revenu des gens: d'où l'impossibilité de vérifier le niveau économique, de façon précise.)

#### 4. Les problèmes sociaux et la pratique sociale à la Clinique

Les problèmes structurels qui touchent le quartier (chômage, bas revenus, logement, etc.) amènent des répercussions sur maints aspects de la vie des résidents de la Pointe: la vie quotidienne, les relations personnelles, familiales, etc. Le lien est évident: 78% des personnes vues par les travailleurs/eurs communautaires de la Clinique, sont des assistés-sociaux.

Les raisons principales de consultations sont les suivantes:

1. Problèmes dans les procédures administratives (20% des cas): usagers aux prises avec diverses agences gouvernementales (Office municipal des HLM, Bien-Etre social, etc.);
2. Crises causées par un manque de revenus (10% des cas): besoins de nourriture, dépannage, etc;

---

(\*) La Clinique enregistrait ces dernières années environ 800 nouveaux dossiers par an. Le bond fait cette année s'explique par les nouveaux services (SAD et SMI).

3. Mauvaises conditions de logement: entassement, insalubrité, éviction, recherche de logement, etc.;(5% des cas);
4. Isolement (pour cause de dépression, d'âge, de facteurs sociaux divers ) (4% des cas). On note par ailleurs que, sans que l'isolement constitue un diagnostic ferme dans tous les cas, 35% des usagers en contact avec les travailleuses communautaires, sont des personnes seules (le double de la moyenne vue à la Clinique et dans le quartier).

Ces diagnostics sociaux ne font pas le tour de la pratique des T.C.: environ la moitié de leurs cas sont en fait des cas dits "à problèmes multiples", où les dynamiques personnelles ou familiales sont compromises, et où les T.C. interviennent à plusieurs niveaux. (Pour un examen plus détaillé du travail des T.C., le document à consulter reste le récent texte écrit par les t.c. elles/eux-mêmes, sur le rôle des travailleuses/eurs communautaires à la Clinique).

Il est également délicat de quantifier le travail communautaire et social effectué: les 1600 visites faites aux T.C. sont en quelque sorte la pointe de l'iceberg, puisque les démarches hors-consultation et tout le travail de regroupement, échappent aux statistiques.

\*\*\*\*\*

# RAPPORT DE L'ASSEMBLEE D'ORIENTATION - 6 MAI 1985

---

Le rapport suivant est une présentation de tous les éléments soulevés à l'Assemblée d'Orientation.

## 1. CONFIRMATION DE LA DUALITE DE LA C.C.P.S.C.

(curatif & préventif communautaire)

- En sous-titre: ouverture constante à tous les aspects des situations vécues dans le quartier.

## 2. CONFIRMATION DE L'ORIENTATION «MEDICALE» DE LA C.C.P.S.C.

- On confirme le besoin d'avoir des médecins «en nombre suffisant» et le programme-médicament.
- La facilité d'accès est nécessaire (urgence ou autre).
- La question des spécialistes est soulevée.
- On demande la formation de soins de groupes, notamment pour les maladies chroniques, long terme.
- On demande de rester à l'écoute des problèmes ponctuels de santé qui surviennent dans le quartier.
- On demande d'être ouvert aux nouvelles approches de médecine dite alternative.

## 3. CONFIRMATION DE L'ORIENTATION COMMUNAUTAIRE DE LA C.C.P.S.C.

- On confirme la vision des «gros dossiers actuels» i.e. logement, emploi, etc... et l'analyse du quartier que ça sous-entend (problèmes de survie, bas revenus, analphabétisme, etc...).
- On confirme la nécessité de se lier à, et de stimuler, la vie communautaire dans le quartier (via les groupes, les projets, ou autrement); besoin de fonctionner en réseau, de faire connaître les autres groupes.
- On veut aussi agir d'avantage sur les questions de solitude/isolément/dépressions; la consommation (liée à l'alimentation, notamment); les jeunes.
- On réaffirme le besoin de communiquer nos efforts, idées, projets, etc. au quartier: il faut penser des moyens adaptés pour mieux rejoindre les gens, se lier à eux, les écouter, etc... et les inciter à participer à nos groupes.

4. CONFIRMATION DE L'APPROCHE QU'ON VEUT VOIR A LA CLINIQUE (général):

- On parle de regroupements.
- On parle d'éviter de créer de la dépendance; on parle de donner des lieux et des outils aux gens (autant dans le volet médical que dans le volet communautaire); on doit toujours viser l'autonomie des gens.
- On parle d'aller vers les gens (plutôt que de les attendre passivement).
- On parle d'approches qui ne culpabilisent pas les gens face à leurs problèmes (sociaux ou autres).
- On parle de toujours penser «vie communautaire», de penser complémentarité avec les autres groupes du quartier.
- On parle d'adapter nos modes de publicité à la réalité du quartier (analphabètes, bilinguisme aussi).

\* \* \* \* \*

QUELQUES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION A  
L'ASSEMBLEE GENERALE DU 17 JUIN 1985

---

A partir du travail réalisé cette année, à partir de notre réflexion sur la politique de la santé, des acquis de l'Assemblée d'orientation, des différentes discussions et décisions prises au Conseil d'administration, nous croyons nécessaire de recommander à l'Assemblée générale les quelques orientations suivantes

(1) REAFFIRMER LA VOCATION "MEDICALE" ET "SOCIALE" DE LA CLINIQUE

Il est évident que la Clinique est là pour répondre aux besoins médicaux et sociaux des gens du quartier (diverses maladies et problèmes sociaux). Et nous devons sans cesse améliorer nos services dans ce domaine. Il y a plusieurs façons de le faire mais nous voulons insister sur deux moyens:

- a) nous avons essayé de fonctionner par "rendez-vous" plutôt que "sans rendez-vous": nous pensons que l'expérience s'est avérée jusqu'ici très positive et c'est pourquoi nous l'avons appuyée au Conseil d'administration. Cette expérience sera bien sûr réévaluée bientôt.
- b) nous pensons bien sûr qu'il faut conserver le programme-médicament mais après avoir fait une étude sérieuse qui permettrait d'éliminer des médicaments inutiles ou non absolument nécessaires.

(2) CHERCHER DAVANTAGE DES "ALTERNATIVES" A LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Afin de permettre aux gens du quartier de devenir plus autonomes face à la médecine traditionnelle, afin d'éviter le plus possible le recours à l'hospitalisation surtout dans le domaine de la santé mentale, nous pensons que la Clinique:

- a) doit chercher davantage du côté de ce qu'on appelle les "médecines alternatives" comme nous avons un peu commencé à le faire avec le programme de relaxation-détente.
- b) doit mettre beaucoup d'énergie pour développer des ressources alternatives avec les psychiatisés-ées dans notre quartier (centre de jour, maison de chambres communautaires, etc.)

(3) DEVELOPPER LA VIE COMMUNAUTAIRE DU QUARTIER

La Clinique doit continuer et de façon encore plus ferme à s'impliquer dans les problèmes majeurs du quartier (logement, emploi, jeunes, BES, personnes âgées, etc.), à mettre ses ressources et son personnel au service de la survie du quartier et du développement communautaire. Pour nous il est évident que le quartier doit être en "bonne santé" pour que les gens améliorent leur qualité de vie.

(4) CONTINUER DE REFLECHIR SUR LE PORTRAIT DE SANTE DU QUARTIER ET LA POLITIQUE DE LA SANTE

Cette année, le CA a commencé à réfléchir plus à fond sur ce que doit être la santé dans notre quartier et notre société. Cela peut paraître encore bien abstrait, ça ne dit rien au monde. Mais nous sommes convaincus que nous devons poursuivre cette réflexion en cherchant des moyens pour la rendre plus accessible à tout le monde, si nous voulons que la Clinique puisse jouer un rôle dynamique dans le domaine de la santé.

(5) POURSUIVRE LES EFFORTS D'INFORMATION ET DE MOBILISATION

Nous pensons qu'il faut répéter l'expérience d'une assemblée d'orientation et trouver divers moyens pour se rapprocher de la population du quartier: rencontres de patients-es, articles dans la Voix populaire, porte-à-porte, etc.

## ELECTIONS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### QUI A LE DROIT DE VOTE?

- Tous les citoyen(ne)s du quartier qui s'inscrivent en entrant à l'Assemblée générale.

ET:

- Membres associés: personnes de l'extérieur du quartier qui font une demande par écrit au Conseil d'Administration. Ces personnes doivent renouveler leur demande à tous les ans.

### COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- 4 citoyen(ne)s Anglophones avec mandat de 2 ans renouvelable une seconde fois.
- 6 citoyen(ne)s Francophones avec mandat de 2 ans renouvelable une seconde fois.
- 1 représentant(e) du personnel élu(e) par les employés et entériné(e) par l'Assemblée Générale.
- Le/la Coordonnateur(trice) Général(e).  
(qui n'a pas droit de vote)

### N.B.

- Le/la représentant(e) du personnel est élu(e) pour 1 an.
- L'assemblée statutaire annuelle détermine la fin des mandats.
- L'assemblée générale a voulu conserver une certaine continuité au C.A. en établissant que 5 mandats de 2 ans finissent chaque année.

CE SOIR NOUS DEVONS DONC ELIRE:

- 3 FRANCOPHONES pour un mandat jusqu'en 1985.
- 2 ANGLOPHONES pour un mandat jusqu'en 1985.
- 3 FRANCOPHONES pour un mandat jusqu'en 1986.
- 2 ANGLOPHONES pour un mandat jusqu'en 1986.
- Entériner la représentante du personnel:  
(Lorraine Guay)

- Pour être mis en nomination, il faut être proposé par quelqu'un dans la salle (seulement les citoyen(ne)s du quartier peuvent être proposé(e)s).
- Selon la coutume, la personne qui accepte la candidature doit exprimer au micro, la raison pour laquelle elle accepte cette nomination.
- Pour être élu(e), on doit avoir 50% plus 1 des votes exprimés.
- Ceux et celles qui auront le plus de votes seront élu(e)s pour 2 ans - les autres le seront pour 1 an.

EXIGENCES MINIMUMS

- Etre disponible à des réunions (1 par 2 semaines).
- Comprendre le français (réunion du Conseil d'Administration en français).

\* \* \* \* \*

## RAPPORT DE L'EQUIPE COMMUNAUTAIRE

---

Par souci d'une présence plus grande de la Clinique au quartier, il y a trois ans, les organisatrices et organisateurs communautaires ont quitté les équipes médico-sociales et se sont regroupés avec la recherchiste et la personne ressource à la communication pour former une EQUIPE COMMUNAUTAIRE.

### UN QUARTIER MENACE

Durant les dernières années, face aux interventions de la Ville en vue du ré-aménagement du quartier, les efforts de l'équipe ont été de donner un coup de main solide d'abord à la Coalition Action Gardien et ensuite au Projet Saint-Charles du R.I.L. qui se veut une solution concrète pour garder les résidents actuels du quartier.

Dans le même temps, l'équipe communautaire donnait son appui à la demande du comité des assistés sociaux de lui dégager un-e organisateur-trice communautaire comme ressource. On sait que la population du quartier est composée de plus de 50% d'assisté-e-s sociaux-sociales; en ce sens, il était plus que normal que la Clinique réponde à ce besoin de soutenir un organisme de revendication pour les assisté-e-s sociaux-sociales.

### AUTRES BESOINS

Un des dangers perçus par le retrait des O.C. des équipes médico-sociales était que l'équipe communautaire s'accaparerait tout le communautaire. Nous pouvons dire aujourd'hui que ce danger a été évité. En effet, constatant la non disponibilité des membres de l'équipe communautaire qui avaient pris des engagements à long terme et de longue haleine (logement et les assisté-e-s sociaux-sociales), ce sont les travailleuses-eurs communautaires qui ont obtenu de leurs équipes de donner un coup de main pour répondre à d'autres besoins essentiels de la population de ce quartier, notamment la création d'emplois (par le P.E.P.) et encore un soutien aux jeunes (par la Maison des Jeunes).

### DE QUELQUES INTERROGATIONS ET DIFFICULTES NOUVELLES

La présence de l'équipe au quartier en fonction des critères de survie du quartier tel qu'on le connaît et d'appuis à certains groupes populaires ne nous laisse pas sans quelques nouvelles interrogations.

En voici quelques unes:

1. Comment ferons-nous des liens avec les T.C. engagées plus que jamais sur le terrain du travail communautaire collectif?

2. Quels sont les impacts de laisser une personne plus souvent dans un groupe du quartier que dans les projets de la Clinique?
3. Est-il acceptable que l'équipe communautaire ne soit pas disponible à de nouveaux projets pendant plusieurs années?

### LES REFLEXIONS DE L'EQUIPE

La force de l'équipe, c'est sa réflexion. Ce fut d'abord de bien comprendre que les gens de ce quartier, menacés d'expulsion de leur logement, ne s'identifiaient surtout pas à un logement délabré mais bien à un quartier, pour son voisinage, son esprit de village, ses groupes et services populaires, bref la vie de quartier.

La force de l'équipe, c'est la volonté d'informer et sensibiliser les gens de ce quartier que l'on sait en bonne partie analphabètes et sans emploi.

La force de l'équipe en ces temps où la mobilisation est difficile dans quelques milieux que ce soit est de travailler à la mise sur pied d'outils pédagogiques tout à fait appropriés à la population de ce quartier (et nous pensons à un bingo information, à une fête populaire de quartier, à un instrument d'animation sur la situation du logement dans le quartier, à une soirée de l'Halloween, à une visite de quartier en autobus, à un jeu information, et d'autres à venir...).

Et ce soir, nous expérimentons de vous dire d'une façon originale et pédagogique une partie de ce qui est écrit dans ce rapport.

### LES GRANDS DOSSIERS DONT S'OCCUPE L'EQUIPE COMMUNAUTAIRE EN 1985 :

LOGEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Action Gardien</li> <li>. Projet Saint-Charles</li> <li>. Visite de quartier</li> </ul>
SANTE AU TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Programme élargi</li> </ul>
PERSONNES AGEES	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Local A.Q.D.R.</li> <li>. Bénévoles</li> <li>. Luncheon Club</li> </ul>
C.A.S.	<ul style="list-style-type: none"> <li>. P.E.P.</li> <li>. Radio Communautaire</li> <li>. Front Commun des assistés sociaux</li> </ul>
LA VIE D'EQUIPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Réflexion</li> <li>. Poutine</li> </ul>
LA COMMUNICATION	

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE  
POINTE ST-CHARLES, tenue au St-Columba House, 2365 rue Grand-Trunk,  
Montréal, le 11 juin 1984.

Présences: 104 personnes

(dont 100 votants = 56 résidents + 44 employés  
et 4 non-résidents du quartier)

---

1. MOT DE BIENVENUE

Mot de bienvenue par Ernie Vaudry, président du Conseil d'Administration de la Clinique.

2. NOMINATION DU PRESIDENT & SECRETAIRE D'ASSEMBLEE

Il est proposé que Pierre Sylvestre soit le Président d'Assemblée et que Suzanne LaFerrière soit la Secrétaire d'Assemblée.

(Accepté)

3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

Il est proposé d'accepter l'ordre du jour.

Proposé par: Micheline Crompt

Secondé par: Alice Sabourin

Accepté

4. RAPPORTS

A) Rapport du C.A.

Le rapport du C.A. est présenté par Ernie Vaudry. Il fait un survol de quelques faits saillants.

B) Rapport des Programmes

Le rapport est présenté par Claudette Cardinal. Elle présente les grands points du rapport.

C) Rapport du Comité de Négociation

Le rapport est présenté par Gary Furlong.

D) Rapport du Comité de Sélection

Le rapport est présenté par Gary Furlong.

E) Rapport Financier

Le rapport est présenté par Gary Furlong.

F) Rapport Statistique

Le rapport est présenté par Suzanne LaFerrière.

G) Rapport sur les Locaux

Le rapport est présenté par Pierre Guérin.

5. PERIODE DE QUESTIONS SUR LES RAPPORTS

- (1) A) Une question sur ce qui constitue l'essentiel du C.A.:  
- Est-ce des relations extérieures? Est-ce relié à des dossiers, tel les auxiliaires familiales; mais où est le contenu?

Réponse: le rapport ne voulait pas répéter des choses mentionnées ailleurs, dans d'autres rapports.

- B) On insiste pour que le C.A. précise sur 'quoi il passe son temps: des bébelles ou des choses fondamentales?

Le C.A. participe-t-il à des débats, à des projets? Rien ne paraît, on le déplore.

- (2) Une question sur la méthode utilisée pour choisir les gens invités à la journée de réflexion. Une ancienne membre du C.A. se sent exclue.

Réponse: les «anciens» les plus récents ont été contactés.

- (3) Une question sur les finances: on veut savoir en nombres réels, les salaires de base et les montants sous-entendus par le 3% d'augmentation.

Réponse: \$21,000. = salaire moyen  
700. = pour le 3%  
850. = pour le montant forfaitaire

- (4) Un aspect manque au rapport du C.A.: les responsabilités acceptées (programmes). On souligne que la Clinique les a acceptées en voulant conserver ses acquis: c'est important, c'est un défi à relever, mais ça demande aussi que les gens du quartier participent à la réflexion.

- (5) On veut savoir le bilan de la journée de réflexion.

Réponse: Pas de bilan fait à date: ce sera à reporter au prochain C.A.

- (6) On mentionne un cas «refusé» à la Clinique rue Ash, suite à un appel logé à 4h45 p.m., demandant une visite à domicile. Pourquoi refuse-t-on une urgence?

Réponse: Nous ne sommes pas Urgence-Santé: on doit comprendre les limites de la Clinique.

- (7) On mentionne les temps d'attente très longs pour les vraies urgences le soir. Tous les «bobos» passent au même titre.
- (8) On suggère de placer une boîte de suggestions/plaintes.  
Réponse: Il n'y a pas de boîte de suggestions/plaintes mais il existe une procédure de plaintes.
- (9) Question au sujet du programme Santé au Travail, sur les usines prioritaires du groupe I: (dans le rapport) quelles sont-elles?  
Réponse: Usines de fabrication de métal, et usines de produits chimiques.
- (10) Qu'est-ce qui n'a pas été fait dans les programmes (i.e. mis de côté)? Qu'est-ce qui pose des difficultés? Sur quoi réfléchit-on?  
Réponse: Il y a des nouveaux programmes imposés qui ont requis beaucoup d'efforts.  
Ex: Les 600 dossiers en Santé Maternelle & Infantile: cela a requis beaucoup d'organisation pour les trier, les intégrer.  
Ex: La C.S.S.T.: les visites d'usine sont faites.  
Ex: Pré-Scolaire: ça n'a pas encore débuté.  
Ex: Hygiène Dentaire: on a atteint nos objectifs de distribution de rince-bouche fluoré.  
Ex: Projet Vision: il ira dans les écoles en septembre.
- (11) On note qu'il serait important que les gens du quartier puissent dire ce qu'ils pensent, quelque part à la Clinique. L'état actuel dénote peut-être que nos lieux & structures ne sont pas ouverts à ce besoin-là. Il faudrait peut-être repenser des réunions de patients, ou d'autres choses.
- (12) On suggère que la Clinique donne des cours de premiers soins pour les gens du quartier.  
Suite à la question précédente:
- (13) On note que d'autres organismes (Y.M.C.A.) en donnent déjà.
- (14) A propos des embauches: compte tenu du grand nombre, est-ce que la formation prévue s'avère adéquate pour intégrer les gens?  
Réponse: C'est insuffisant - le comité de formation y travaille.  
Suite à la question précédente:
- (15) Il semble qu'avec les nouveaux programmes et les nouveaux employés, ça rend difficile la transmission de l'esprit de la Clinique. On est «faible» de ce côté: c'est inquiétant.
- (16) Une question sur les maladies transmises sexuellement & les avortements: combien en voit-on?

Réponse: Les M.T.S. comptent environ 100 cas: c'est sans doute une fraction du problème. Les avortements: on compte une quarantaine de références: mais en fait, les femmes vont ailleurs.

(17) Que fait-on à la C.C.P.S.C. pour les adolescents?

Réponse: c'est un groupe d'âge qu'on ne voit pas beaucoup (18 ans & moins). Dans le réseau, il y a une volonté de «sortir les infirmières des écoles» i.e. rejoindre les adolescents dans leur milieu.

Par ailleurs, pour les 18-30 ans, des T.C. et d'autres gens de groupes du quartier sont très impliqués dans le dossier (aide sociale, groupes communautaires, etc.).

On mentionne aussi nos activités auprès des personnes âgées; et aussi les travaux de l'équipe communautaire.

(18) On veut savoir si les médecins de la Clinique vont défendre les travailleurs qui se font «attaquer» par les médecins de la C.S.S.T.?

Réponse: Sur une base individuelle ont le fait. Et on va aussi chercher des spécialistes pour appuyer nos arguments, pour avoir plus de poids face à la C.S.S.T.

(19) Suite à une question de la salle sur la vérification du rapport financier, on suggère d'annexer à des futurs rapports une copie de l'attestation des vérificateurs.

Fin de la période de questions.

#### ACCEPTATION DES RAPPORTS

Conseil d'Administration: Proposé par: M. Hunt  
Secondé par: Frances Vaillancourt

Rapport des Programmes: Proposé par: Myrna Chamberlain  
Secondé par: Gary Furlong

Rapport du Personnel: Proposé par: Micheline Cromp  
Secondé par: Alice Sabourin

Rapport Financier: Proposé par: Arthur Hunt  
Secondé par: Jocelyne Martineau

Rapport Statistiques: Proposé par: Michèle Soutière  
Secondé par: Lucie St-Germain

Rapport sur les Locaux: Proposé par: Frances Vaillancourt  
Secondé par: Gilles Fournier

6. MISES EN NOMINATION

- 10 postes sont ouverts cette année.
- Il est proposé que Pierre Sylvestre agit comme Président d'élection.  
Proposé par: Gary Furlong  
Secondé par: Ernie Vaudry
- Il est proposé que Jocelyne Martineau & France Laurendeau agissent comme scrutateurs.

A) Mise en nomination des Francophones:

- |                            |                             |           |
|----------------------------|-----------------------------|-----------|
| . Antoine Raymond ....     | Prop: Lucia Dubois          |           |
|                            | Sec: Jeanne Lalumière       | (accepte) |
| . Micheline Laperrière ... | Prop: Micheline Crompt      |           |
|                            | Sec: France Laurendeau      | (accepte) |
| . Yvonne Martin .....      | Prop: Françoise Chapdelaine |           |
|                            | Sec: Lorraine Guay          | (refuse)  |
| . Denise Larocque .....    | Prop: Yvonne Martin         |           |
|                            | Sec: Jeanne Lalumière       | (refuse)  |
| . Jeannine Beaudoin ...    | Prop: Thérèse Stanhope      |           |
|                            | Sec: Noëlla Laporte         | (accepte) |
| . Ginette Duquette ....    | Prop: Ernie Vaudry          |           |
|                            | Sec: Thérèse Stanhope       | (refuse)  |
| . Lise Jacob .....         | Prop: Gilles Fournier       |           |
|                            | Sec:                        | (refuse)  |
| . Noëlla Laporte .....     | Prop: Jeannine Beaudoin     |           |
|                            | Sec:                        | (accepte) |
| . Jacques Proulx .....     | Prop: Michèle Soutière      |           |
|                            | Sec: Claire Richard         | (refuse)  |
| . Gilles Fournier .....    | Prop: Denise Larocque       |           |
|                            | Sec: Lise Jacob             | (refuse)  |

B) Mise en nomination des Anglophones:

- |                          |                             |           |
|--------------------------|-----------------------------|-----------|
| . Donna Morency .....    | Prop: Myrna Chamberlain     |           |
|                          | Sec:                        | (accepte) |
| . Ernie Vaudry .....     | Prop: Françoise Chapdelaine |           |
|                          | Sec:                        | (accepte) |
| . Rita Vara .....        | Prop: Lorraine Guay         |           |
|                          | Sec:                        | (refuse)  |
| . Myrna Chamberlain .... | Prop: Jeannine Beaudoin     |           |
|                          | Sec:                        | (refuse)  |

On demande aux candidats de se présenter brièvement:

- . Antoine Raymond ..... Ancien du C.A. A de l'expérience dans de nombreux comités. A le goût de réembarquer.
- . Micheline Laperrière ..... 14 ans dans la Pointe et fréquentes utilisations des services de la Clinique à cause de ses enfants. Veut continuer à s'impliquer dans les groupes du quartier.
- . Jeannine Beaudoin ..... Ancienne du C.A., veut y continuer. Connaît bien la Pointe, y a élevé ses enfants.
- . Noëlla Laporte ..... 27 ans dans la Pointe. Connaît la Clinique et veut s'impliquer: ce sera son premier comité.
- . Donna Morency ..... Travaille à Working Out. A le goût de s'impliquer dans la communauté.
- . Ernie Vaudry ..... A le goût de continuer le travail à faire au C.A.

#### 7. QUESTIONS & COMMENTAIRES - DIVERS

- Une annonce est faite des revendications du R.A.J. (regroupement autonome des jeunes), pour avoir la parité avec les plus de 30 ans dans les barèmes de l'aide sociale. On demande l'appui de la Clinique, notamment en participant à la manifestation prévue pour le 15 juin, aux bureaux d'aide sociale.
- On demande où en sont les négociations entre les jeunes et le gouvernement?  
Réponse: on a entendu que la parité serait donnée à ceux qui «travailleraient» 200-300 heures aux programmes du gouvernement.
- On annonce une rencontre demain (mardi le 12) au 1710 Beaudry à 10h00 avec le R.A.J.
- Claude Ledoux du R.A.J. précise sa demande: un appui officiel (lettre), avec si possible un peu de financement.
- On demande aussi qu'un représentant de la Clinique soit à la conférence de presse du 15 juin.
- On note que la Clinique est déjà impliquée, dans la surveillance médicale du jeune jeûneur du R.A.J.

Proposition:

IL EST PROPOSE que la Clinique appuie, par l'envoi d'un télégramme d'appui au R.A.J. (pour la parité aux 18-30 jusqu'à ce qu'il y ait une politique de plein emploi). Appuie par un vote de l'Assemblée Générale, la prise de position de St-Columba House face aux jeunes. Qu'on invite le personnel à référer nos jeunes usagers au R.A.J. Qu'on donne un appui financier pour défrayer une partie des coûts de l'autobus du 15 juin.

Proposé par: Michèle Soutière  
Secondé par: Alice Hanley

Vote: Unanime

- On veut connaître la nouvelle directrice: Karen Hetherington. On la présente: elle entre en fonction le 26 juin.
- On réitère la demande de rapports plus complets à l'avenir, dans le sens de bilans (points négatifs & positifs).
- On re-demande une assemblée générale d'orientation. Ca s'est pas fait l'an dernier; on veut une assemblée large: citoyens et employés, pas seulement un petit nombre.

Proposition:

IL EST PROPOSE que le C.A. aie l'obligation de convoquer une Assemblée Générale d'orientation, réunissant employés et résidents.

Proposé par: Michèle Soutière

Secondé par: Micheline Laperrière                      Vote: Unanime

- On souhaite que dans les prochains rapports, les travaux de l'équipe communautaire soient mentionnés.
- IL EST PROPOSE que les rapports soient distribués d'avance, pour que les gens aient le temps de les lire, se préparer (on mentionne 1 semaine d'avance).

Proposé par: Gilles Gunville

Secondé par: Claire Richard                                      Vote: Unanime

- On souhaite que l'Assemblée Générale remercie Jean-Guy Dutil pour les services rendus. On en fait une proposition:

IL EST PROPOSE que l'Assemblée Générale exprime ses remerciements à Jean-Guy Dutil pour les services rendus.

Proposé par: Micheline Crompt

Secondé par: Yvonne Martin                                      Vote: Unanime

- On suggère que le C.A. et la Clinique fasse des pressions pour hausser les barèmes du B.E.S., étant donné les liens entre bas revenus et mauvaise santé.
- On note que la Clinique donne déjà une organisatrice communautaire 3 jours/semaine au C.A.S. C'est un gros effort.

SONT ELU(E)S:

Francophone:    - Micheline Laperrière (2 ans)  
                      - Jeannine Beaudoin (2 ans)  
                      - Noëlla Laporte (1 an)  
                      - Antoine Raymond (1 an)

(La position est déterminée par le nombre de votes)

- . On demande si ça prend 50% des votes pour être élu.
- . Le président note que ça n'apparaît pas clairement dans les règlements: par contre, des renseignements ultérieurs amenés de la salle lui confirment le règlement.
- . On corrige la liste des élus - donc:

- Micheline Laperrière (2 ans)  
- Jeannine Beaudoin (2 ans)  
- Noëlla Laporte (2 ans)

8/...

La liste des Anglophones élus:

- Donna Morency (2 ans)
- Ernie Vaudry (2 ans)

- . IL EST PROPOSE d'entériner la représentante du personnel, Lorraine Guay.

Proposé par: Gary Furlong  
Secondé par: Pierre Guérin

Lorraine explique sa participation: elle croit fermement à la part des citoyens et des employés. Elle voit de gros détails (cogestion) à l'horizon, et veut y travailler.

- . On explique qu'entre les Assemblées Générales, le C.A. peut combler les postes vacants.

- . IL EST PROPOSE de lever l'assemblée.

Proposé par: Pierre Guérin  
Secondé par: Jean-Guy Casaubon

\* \* \* \* \*