

**DOCUMENT  
D'APPUI**

## Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal



**Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal – Document d’appui** – est une production du service des communications de l’Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

### **Éditeur**

Louis Côté  
Directeur de l’information et de la planification

### **Rédaction**

Louis Côté  
Michèle Bérubé  
Carole L’écuyer  
Nicole Guinard

### **Collaboration à la rédaction**

Loraine Desjardins  
et toutes les directions de l’Agence

### **Cartographie**

Marc Bourguignon

### **Édition**

Évelyne Joyal

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004  
3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9  
(514) 286-6500

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2004  
ISBN 2-89510-171-X

Ce document est disponible :

- aux services documentaires de l’Agence  
Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de l’Agence : [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)

**DOCUMENT  
D'APPUI**

Vers des réseaux locaux de services de santé  
et de services sociaux à Montréal

*Agence  
de développement  
de réseaux locaux  
de services de santé  
et de services sociaux*

**Québec**  
Montréal





# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>1. LA DÉMARCHE DE CONSULTATION .....</b>	<b>9</b>
<b>2. PROPOSITIONS RELATIVES AU DÉCOUPAGE TERRITORIAL, À LA COMPOSITION DES INSTANCES LOCALES ET À LA CRÉATION DES CMA .....</b>	<b>15</b>
2.1 Le découpage territorial recommandé.....	15
2.2 La composition des centres de santé et de services sociaux.....	17
2.3 Les centres médicaux associés (CMA) .....	21
<b>3. IMPACTS PRÉVISIBLES SUR LES PROGRAMMES-SERVICES .....</b>	<b>35</b>
3.1 Santé publique .....	35
3.2 Services généraux – activités cliniques et d’aide .....	40
3.3 Services médicaux de 1re ligne en CLSC .....	42
3.4 Services aux personnes en perte d’autonomie liée au vieillissement .....	42
3.5 Déficience physique.....	44
3.6 Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED) .....	45
3.7 Jeunes en difficulté (0-17 ans) .....	47
3.8 Dépendances .....	49
3.9 Problèmes sociaux montréalais.....	51
3.10 Santé mentale.....	52
3.11 Santé physique.....	54
<b>4. LES PRINCIPALES MODALITÉS DE COLLABORATION .....</b>	<b>57</b>
4.1 Les ententes existantes.....	57
4.2 Principaux corridors de services requis et acteurs concernés.....	61
4.3 Les modalités de participation et de collaboration prévues avec les médecins.....	62
4.4 Les liens avec les RUIS .....	65
<b>5. MAINTENIR ET AMÉLIORER LES PARTENARIATS STRATÉGIQUES AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ MONTRÉLAISE .....</b>	<b>67</b>
5.1 Le partenariat avec la Ville de Montréal, les commissions scolaires et les universités .....	67
5.2 Le partenariat avec les organismes communautaires .....	69
5.3 Les entreprises d’économie sociale.....	70
<b>6. LA STRATÉGIE D’IMPLANTATION .....</b>	<b>71</b>
6.1 Le soutien à l’implantation et à la gestion des changements .....	71
6.2 La gouverne des centres de santé et de services sociaux .....	72
6.3 La participation des usagers et le respect de leurs droits .....	74
6.4 Information à la population, aux médecins et aux employés .....	74
6.5 De nouvelles approches régionales en matière de gestion .....	75
<b>7. LES CONDITIONS DE RÉALISATION.....</b>	<b>81</b>
7.1 L’injection de ressources additionnelles pour financer la stratégie d’implantation .....	81
7.2 Le maintien, pendant la période de transition, des ententes existantes .....	81
7.3 Le maintien, pendant au moins deux ans, de certaines fonctions régionalisées.....	81
7.4 L’introduction de mécanismes de protection et de sécurisation des renseignements personnels.....	82
7.5 Des actions concrètes pour maximiser la disponibilité de la main-d’œuvre .....	82
7.6 Des garanties d’accès aux services en langue anglaise .....	82
<b>LEXIQUE.....</b>	<b>83</b>

**ANNEXE 1 - LA RÉGION DE MONTRÉAL**

**ANNEXE 2 - VERS UN NOUVEAU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL – PLAN DE TRAVAIL**

**ANNEXE 3 - LE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL – BALISES NATIONALE, CRITÈRES RÉGIONAUX**

**ANNEXE 4 - INDICATEURS DE SANTÉ SELON LES REGROUPEMENTS DES TERRITOIRES DE CLSC DE MONTRÉAL**

**ANNEXE 5 - INDICATEURS DE SANTÉ SELON LES REGROUPEMENTS DES TERRITOIRES DE CLSC DE MONTRÉAL**

**ANNEXE 6 - LES BALISES RÉGIONALES RELATIVES À L'IMPLANTATION DU PROGRAMME DES SERVICES MÉDICAUX DE 1<sup>RE</sup> LIGNE, DU PROGRAMME DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT, DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER ET DU PROGRAMME DES SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ**

**ANNEXE 7 – NORMES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX (OMS)**

**ANNEXE 8 - LES PROTOCOLES ET ENTENTES INTERÉTABLISSEMENTS DÉNOMBRÉS DANS LA RÉGION**

**ANNEXE 9 - PROPOSITION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LES CONTRATS ENTRE LES INSTANCES LOCALES ET LES CHSGS**

**ANNEXE 10 - CADRE DE RÉFÉRENCE POUR UNE ENTENTE ENTRE LE CSSS ET LE CMA**

**ANNEXE 11 - LIENS ANTÉRIEURS ARRONDISSEMENTS-CLSC VERSUS LIENS PROPOSÉS ARRONDISSEMENTS-CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.**

**ANNEXE 12 - LE MODÈLE D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE**

## Introduction

Le 18 décembre 2003, le gouvernement du Québec sanctionnait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003, chapitre 21). Le 30 janvier 2004, l'Agence de Montréal est officiellement créée et les membres du conseil d'administration sont nommés.

Depuis, l'Agence exerce tous les pouvoirs, fonctions et devoirs exercés jusque là par la Régie régionale de Montréal-Centre. Elle a, en outre, le mandat d'implanter, sur son territoire, une nouvelle organisation de services fondée sur le concept de réseaux intégrés. Plus particulièrement, l'Agence doit proposer, d'ici le 30 avril 2004, un modèle d'organisation constitué de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont le nombre et les composantes étaient à déterminer selon des balises nationales et des critères régionaux.

Cette proposition est décrite dans le présent document.

### Intégrer pour améliorer

La création des centres de santé et de services sociaux par le regroupement des forces combinées des CLSC, des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des hôpitaux locaux est un des moyens d'intégration retenus pour améliorer la continuité et la qualité des services en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. L'intégration des services n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'en améliorer la qualité tout en assurant l'équité dans l'accès de la population à la santé et au bien-être.

### *Le conseil d'administration*

M. Alban ASSELIN  
Dr Louis BOUCHARD  
Mme Clémence BRUNETTE-MALLETTE  
Mme Christine A. CARRON  
M. Jacques DESMARAIS  
Dr Victor C. GOLDBLOOM  
M. Michel GRAVEL  
M. Jean-Vianney JUTRAS  
Mme Élisabeth KHABAR-DEMBIL  
M. YVON LAMARRE  
Mme Ann LANGLEY  
M. Pierre Thomas LÉGER  
Mme Josée PRUD'HOMME  
Mme Nicole ROUILLIER  
Mme Renée VOISARD  
ainsi que  
M. David LEVINE, président-directeur général

<b>Santé et bien-être de la population</b>	←	<b>Qualité :</b>	←	<b>Continuité :</b>	←	<b>Intégration des services :</b>
		accès		(vécue par les professionnels et les patients)		vision
		satisfaction				modèle
		efficience				stratégie
		efficacité				
		(Résultats)				

**Source : OMS (24)**

<sup>1</sup> *Trends in Integrated Care - Reflections on Conceptual issues*, Gröne, O. & Garcia-Barbero, M., WHO, European Office for Integrated Health Care services

Cette vision de l'intégration correspond à la définition classique proposée par Shortell et al <sup>2</sup> :

« ... *Un réseau de services intégrés est un réseau d'organisations qui disposent ou prennent des arrangements pour que soit dispensé un continuum de services à une population définie et qui acceptent d'être tenus cliniquement et financièrement responsables des résultats des services et de l'état de santé de la population desservie... »*

La démarche de consultation ayant entouré son élaboration est d'abord résumée.

Suivent les propositions de l'Agence concernant le découpage territorial, la composition des instances locales et la mise en place des centres médicaux associés, ou CMA (chapitre 2), les programmes-services (chapitre 3), les modalités de collaboration (chapitre 4), le développement de partenariats stratégiques à Montréal (chapitre 5) et la stratégie d'implantation (chapitre 6).

Les conditions de réalisation identifiées pendant le processus de consultation sont décrites en conclusion (chapitre 7). On notera que les avis, commentaires et mémoires reçus font l'objet d'un rapport indépendant. Ce document intitulé « *Rapport de consultation* » sera transmis au ministre avec la proposition de l'Agence. On peut en obtenir copie sur le site de l'Agence ou, sur demande en téléphonant au (514) 286-5604.

---

<sup>2</sup> *Remaking Health Care in America : Building Organized Delivery Systems*, Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan Erickson K, Mitchell JB, San Francisco, California : Jossey-Bass Publishers, 1996

## 1. La démarche de consultation

Prenant en compte les caractéristiques de la région et du réseau de la santé et de services sociaux montréalais (annexe 1), les balises nationales soumises par le Ministère et les résultats de la préconsultation auprès des établissements de santé et de services sociaux, l'Agence a proposé à la consultation générale :

*De créer 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal.*

La clé d'une meilleure accessibilité des services réside dans la création de 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sur l'Île de Montréal. La mise en œuvre de chacun des 12 réseaux locaux est assurée par le regroupement des CLSC, des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que des hôpitaux œuvrant sur le territoire. Ces réseaux sont coordonnés par de nouvelles entités que nous proposons de nommer « *centres de santé et de services sociaux* ».

Dès le dépôt du projet de loi 25 et en concertation avec ses principaux partenaires, l'Agence de Montréal a entrepris de définir le processus d'élaboration du plan d'organisation des services qui lui serait demandé au lendemain de l'adoption de la nouvelle loi. Les personnes et groupes énumérés à la suite ont participé à cet exercice qui s'est conclu par l'adoption d'un plan de travail en quatre étapes (annexe 2).

### à l'externe

- les établissements montréalais;
- les regroupements d'établissements;
- les RUIS
- les regroupements d'organismes communautaires;
- les associations professionnelles;
- les élus locaux;
- les représentants de la Ville de Montréal.

### à l'interne

- les cadres et le personnel de l'Agence;
- le DRMG;
- les commissions régionales : CMR, CMUR, CIR;
- le Forum de la population;
- le Comité régional pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise;
- le Comité de planification et d'évaluation du conseil d'administration;
- le conseil d'administration.

À la fin janvier 2004, soit dès la création de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et la nomination des membres de son conseil d'administration, la deuxième étape du plan de travail a été mise en œuvre. De très nombreuses rencontres et une tournée sous-régionale ont été menées afin de définir la proposition qui serait par la suite soumise à la consultation publique. Cette proposition a été rendue publique à la fin février 2004 dans un document de consultation et un document d'appui<sup>3</sup> qui furent largement diffusés, en français et en anglais, au sein du réseau et chez les partenaires de l'Agence.

---

<sup>3</sup> *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal – Document d'appui, Février 2004, 89 p. - Document de consultation, Février 2004, 16 p.* (également, en version anglaise) disponibles sur le site Internet de l'Agence <http://www.santemontreal.qc.ca>

Les activités de consultation publique – trois journées d’audiences publiques, onze assemblées publiques dans les quartiers, une table ronde des partenaires, trois forums thématiques et des rencontres bilatérales – se sont tenues entre le 27 février et le 6 avril. Au total, 149 avis écrits ou mémoires ont été reçus, 42 participants ont été entendus en audiences publiques et plus de 1800 personnes ont assisté aux assemblées publiques.

Les avis et commentaires exprimés ont été résumés dans un rapport intitulé « *Rapport de consultation* », dont les faits saillants sont repris dans l’encadré ci-contre.

### *La consultation : faits saillants*

#### **Des objectifs louables**

Peu d’organisations et de citoyens se sont levés contre les objectifs d’intégration des services de santé et des services sociaux.

#### **Le rejet du projet de loi 25**

Plusieurs organisations et citoyens se sont inscrits en faux contre l’implantation du projet de loi 25 estimant que le réseau n’a pas besoin d’une réforme de structures, mais d’argent neuf et de personnel soignant. La très grande majorité des travailleurs du milieu de la santé qui se sont exprimés craignent la fragilisation du réseau, le désengagement de l’État et la privatisation.

D’autres favorisent la mise en place des services intégrés à l’aide d’ententes de services plutôt qu’avec la fusion forcée des établissements. Plusieurs croient qu’une telle réorganisation se prête mal au territoire montréalais, en raison de ses particularités de grand centre urbain. On se demande comment les fusions d’établissements amélioreront les services à la population.

L’Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) et la Conférence de l’Association des hôpitaux du Québec (AHQ) de Montréal considèrent que le projet de loi 25 améliorera l’efficacité du système de santé à Montréal en éliminant le fonctionnement des établissements par silo.

#### **Le regroupement territorial**

Plusieurs organisations sont en faveur du découpage proposé par l’Agence. Quant au Centre-Ouest, il semble que les deux hypothèses proposées récoltent un nombre équivalent d’appuis.

De façon générale, on considère la taille des territoires proposés trop grande qualifiant les futurs centres de santé et de services sociaux de « méga-structures ». On craint des impacts négatifs sur les ressources humaines et sur le sentiment d’appartenance aux organisations. Le manque d’équité de services entre les territoires est soulevé et on juge que cela pourrait entraîner plus de mobilité des bénéficiaires. Aussi, une meilleure harmonisation avec les découpages territoriaux déjà existants est souhaitée.

#### **L’inclusion des hôpitaux et la place de la prévention**

Plusieurs CLSC et groupes du milieu communautaire appréhendent l’approche curative que pourrait prendre la réforme au détriment de l’approche préventive. Ils craignent que l’inclusion d’hôpitaux déficitaires pénalise les établissements plus petits qui verraient leurs budgets grugés par les centres hospitaliers. Les CLSC redoutent de perdre leur mission sociale et ont critiqué le manque de clarté de l’Agence quant à la place qu’elle compte donner à la prévention.

Les associations regroupant les CLSC et les CHSLD de Montréal rejettent la proposition de fusion avec les hôpitaux et suggèrent la fusion entre CLSC et CHSLD uniquement.

Ceux qui militent en faveur de l'inclusion des hôpitaux croient que sans ces derniers, le fonctionnement en silo se poursuivrait, la prise en charge des patients serait moins efficace et la continuité des services, limitée.

#### **Des établissements demandent leur retrait des centres de santé et de services sociaux (CSSS)**

Plusieurs établissements du réseau demandent d'être exclus de la composition des CSSS en raison de la spécificité de leur clientèle, de la spécialisation de leurs services, ou de leur mandat régional ou suprarégional.

#### **La gouverne des centres de santé et de services sociaux**

Plusieurs organisations s'inquiètent du fait que les membres des conseils d'administration des CSSS soient nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elles se questionnent entre autres sur leur degré d'imputabilité. Certains proposent que chaque conseil d'administration soit composé d'un membre de chaque établissement fusionné et d'autres proposent qu'il y ait parité de mission. On déplore aussi le fait qu'il n'y ait aucune représentation citoyenne à ces conseils d'administration. On parle de « déficit de participation démocratique ».

La Commission scolaire de Montréal et la Ville de Montréal, comme d'autres groupes, ont manifesté leur désir de participer à l'administration des centres de santé et services sociaux.

#### **Les centres médicaux associés (CMA)**

L'implantation des CMA est bien accueillie par le milieu. Toutefois, des interrogations subsistent quant à la nature de leur financement.

#### **Les organismes communautaires**

Tout en s'alliant aux objectifs de la réforme, les groupes communautaires craignent que leur mission, leur autonomie et leur financement ne soient pas assurés. Ils ont peur de perdre les liens qui les unissent à leur communauté.

Les groupes rejettent d'emblée le mode de financement des établissements selon l'approche populationnelle-programme. Ils craignent d'être amenés à « sous-traiter » et ne veulent pas être contraints de s'ajuster à ces programmes pour obtenir leur financement. Ils souhaitent que la gestion du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) demeure au niveau régional.

D'autre part, les organismes déplorent le manque de clarté quant aux orientations que prendra le ministère de la Santé et des Services sociaux après la période de transition de deux ans vers les réseaux locaux.

#### **La liberté de choix**

Les organisations et les citoyens ont demandé à l'Agence l'assurance, pour le patient, d'une réelle liberté de choix du médecin et du lieu de traitement.

#### **L'informatisation**

Tout en approuvant le projet d'informatisation, autant les organisations de santé que les citoyens réclament que soit garantie la confidentialité des dossiers des usagers. On insiste sur la nécessité d'investissements adéquats pour assurer l'informatisation du réseau.

N.B. La version intégrale du rapport de consultation se trouve sur le site web de l'Agence : [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)

En conclusion, selon le Forum de la population, la consultation semble démontrer que, malgré la reconnaissance que les objectifs de la réforme sont louables. Il existe une forte opposition et/ou inquiétude chez la majorité des personnes qui ont témoigné, tant les citoyens que les intervenants du réseau. Il y a absence d'adhésion de l'ensemble des travailleurs et travailleuses du milieu; les citoyens ne voient pas de liens entre la réorganisation du réseau et l'amélioration réelle des services; les délais pour la mise en œuvre d'une telle réforme apparaissent irréalistes.

### **Quelques commentaires retenus :**

- La réorganisation aura comme effet un « déficit de participation démocratique » par l'abolition de différents conseils d'administration qui comptaient des postes réservés aux représentants de la population;
- La proposition gouvernementale n'offre pas de garanties quant aux ressources humaines, financières et technologiques nécessaires à l'implantation de cette réforme;
- Il s'agit d'une gestion « hospitalo-centriste » dans laquelle les besoins hospitaliers risquent de prédominer sur les autres services. On parle de culture de « déficit »;
- La promotion et la prévention de la santé pourraient en sortir perdantes. On assiste à un recul dans l'équilibre acquis entre le préventif et le curatif;
- Montréal perdra le modèle québécois des CLSC en tant que dispensateurs de services de proximité adaptés aux besoins des résidents des quartiers. Il est important de conserver leur mission communautaire;
- Les centres de santé et de services sociaux amènent de trop grosses structures, ce qui entraînera une perte de capacité de répondre rapidement aux besoins du milieu;
- La garantie de deux ans du financement des organismes communautaires n'est pas suffisante;
- La réforme pourrait amener la privatisation d'une partie des services;
- Il manque d'information sur les centres médicaux associés (CMA) : qui les choisira, quelles seront les normes de contrôle et à quel prix ?
- Les nouveaux territoires ne correspondent pas à ceux des partenaires municipaux et autres;
- Un statut particulier et une exemption d'intégration aux réseaux locaux des établissements répondant à une clientèle ethnoculturelle sera-t-elle possible ?
- Avec cette réforme, le réseau de la santé pourrait malheureusement délaisser son implication dans le développement social et local des quartiers;
- L'amélioration des services ne peut se faire que dans le cadre d'une réorganisation liée à une stratégie de lutte à la pauvreté.

Suite aux résultats de la consultation, l'Agence a modifié sa proposition initiale et a ajouté certaines recommandations visant à améliorer son projet et à tenir compte des principales préoccupations. Ces recommandations portent notamment sur :

- le respect des caractéristiques socio-culturelles, ethno-culturelles et linguistiques des établissements et de la clientèle desservie : recommandations 2 et 5;
- l'assurance d'un meilleur équilibre dans la répartition des lits d'hébergement et de soins de longue durée : recommandation 4;
- le maintien et le renforcement des activités de promotion-prévention dans la mission des centres de santé et de services sociaux : recommandations 7 à 10;
- le maintien des ententes existantes : recommandation 11;
- la participation des médecins à la gouverne des centres de santé et de services sociaux : recommandations 12, 13;
- le partenariat avec la ville de Montréal et les commissions scolaires : recommandations 15, 16;
- le financement des organismes communautaires : recommandation 17;
- le soutien à l'implantation des centres de santé et de services sociaux : recommandation 19;
- la composition des conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux : recommandation 21;
- les mécanismes de participation des usagers et de respect de leurs droits : recommandation 22;
- l'importance de l'informatisation : recommandations 23 à 28.

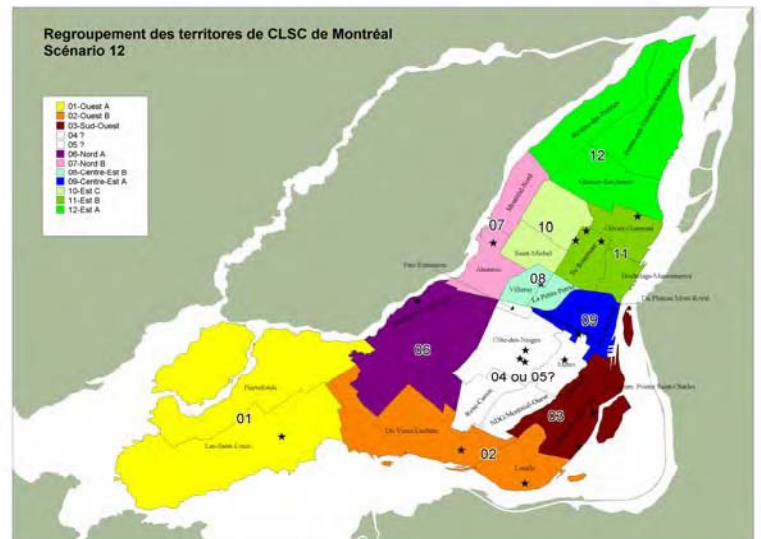




La sous-région Sud-Ouest actuelle englobe les territoires de LaSalle et Verdun. Or, la fusion volontaire en 1995 des centres hospitaliers de Verdun et de LaSalle pour former le Centre hospitalier Angrignon n'a pas donné les effets escomptés et la défusion a été confirmée. Il apparaît donc difficilement envisageable de fusionner à nouveau des établissements au sein d'une même instance locale.

Lors de la consultation, les dix territoires proposés à l'exception du Centre-Ouest, ont été largement appuyés notamment à l'intérieur du réseau sociosanitaire. Cependant, l'Hôpital Jean-Talon considère que le territoire Villeray-Petite Patrie n'est pas assez peuplé (103 965 personnes) et réitère le souhait que Rosemont lui soit ajouté de façon à inclure complètement l'arrondissement municipal Rosemont-Petite Patrie.

La Ville de Montréal et les commissions scolaires auraient souhaité que le découpage se rapproche davantage de leurs propres découpages. Aucune proposition précise n'a toutefois été soumise en ce sens.



Dans le cas du Centre-Ouest, la consultation a démontré que les principaux établissements concernés (CLSC NDG/Montréal Ouest, CLSC René-Cassin, CH de réadaptation Richardson, CLSC Côte-des-Neiges, CLSC Parc Extension) préfèrent l'hypothèse 1 prévoyant de regrouper les territoires de NDG/Montréal-Ouest et René-Cassin d'une part, et Côte-des-Neiges et Parc Extension, mais sans inclure le CLSC Métro, d'autre part. Le CLSC Métro, quant à lui, a exprimé qu'il préférerait se rattacher au secteur NDG-Montréal-Ouest. L'hypothèse 2 a recueilli l'appui d'autres organismes comme le CHSLD Father Dowd, St-Andrew et St. Margaret et l'Hôpital Catherine Booth. En définitive, l'Agence recommande de retenir le scénario 1.

### Recommandation 1

L'Agence recommande :

de créer 12 centres de santé et de services sociaux regroupant les territoires de CLSC suivants :

- Pierrefonds et Lac Saint-Louis;
- LaSalle et du Vieux Lachine;
- Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri, Clinique communautaire Pointe Saint-Charles;
- Notre-Dame-de-Grâces/Montréal-Ouest et René-Cassin;
- Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension;
- Nord-de-l'île et Saint-Laurent;
- Ahuntsic et Montréal-Nord;
- La Petite Patrie et Villeray;
- Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc;
- Saint-Léonard et Saint-Michel;
- Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont;
- Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est.



## Recommandation 2

### L'Agence recommande

- que l'Hôpital Chinois de Montréal, l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être, le Centre hospitalier Mont-Sinaï, le Centre hospitalier gériatrique Maimonides et le CHSLD juif de Montréal ne soient pas identifiés comme devant faire partie d'un centre de santé et de services sociaux;
- que le Centre hospitalier Mont-Sinaï, le Centre hospitalier gériatrique Maimonides et le CHSLD juif de Montréal soient intégrés sous un même conseil d'administration, qu'ils soient désignés comme ayant une vocation suprarégionale et soient associés au centre de santé et de services sociaux de leur territoire local;
- que l'Hôpital Chinois de Montréal et l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être demeurent des établissements autonomes, qu'ils soient désignés comme ayant une vocation suprarégionale et soient associés au centre de santé et de services sociaux de leur territoire local.

### 2.2.2 La désignation des centres hospitaliers de réadaptation spécialisés en déficience physique

La proposition initiale de l'Agence recommandait que chaque centre de santé et de services sociaux ait la capacité de se doter d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en santé physique, soit en intégrant un centre hospitalier de réadaptation (CHR) ou un CHSLD déjà pourvu du plateau technique et des ressources requises, soit en faisant évoluer en ce sens l'une de ses installations.

Pour ce qui est des services de réadaptation en déficience physique, il était prévu qu'ils demeureraient concentrés dans deux centres hospitaliers de réadaptation dont l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM). Ces services sont actuellement morcelés et répartis dans cinq CHR. Seul l'Institut de réadaptation de Montréal est déjà désigné pour offrir des services spécialisés de réadaptation en déficience physique.

La proposition de l'Agence permet de concentrer les programmes et d'assurer la présence de masses critiques suffisantes tout en conservant la flexibilité et la capacité d'intervention et en respectant le contexte linguistique et culturel de Montréal. On notera ici que le rôle de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, un centre privé conventionné, est maintenu, notamment en matière de réadaptation des grands brûlés.

## Recommandation 3

### L'Agence recommande :

- de créer un réseau hospitalier d'expertise en déficience physique formé de deux pôles principaux, soit l'Institut de réadaptation de Montréal et l'Hôpital de réadaptation Lindsay;
- de redéfinir la mission de l'Hôpital de réadaptation Lindsay en complémentarité avec celle de l'Institut de réadaptation de Montréal;
- d'adapter l'offre de services de l'Hôpital de réadaptation Lindsay pour répondre aux exigences du programme de réadaptation en déficience physique.

### 2.2.3 Un meilleur équilibre dans la répartition des lits d'hébergement et de soins de longue durée

La proposition initiale répartissait les lits d'hébergement et de soins de longue durée en fonction de la localisation actuelle des établissements avec certaines exceptions comme l'inclusion du CHSLD Grace Dart dans le Centre-Ouest et de la Résidence Auclair, du CHSLD Mance-Décary, dans le territoire Villeray-Petite Patrie. Le ratio de lits par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus y était basé sur des données brutes et ne tenait pas compte de données importantes, telles que le taux standardisé d'hébergement, le niveau d'intensité des services par lit en heures-soins et les mandats régionaux.

Une analyse plus fine des données a amené l'Agence à introduire des ajustements à sa proposition initiale afin d'assurer un meilleur équilibre entre les besoins et les ressources disponibles en matière d'hébergement et de soins de longue durée (voir annexe 4 pour la méthode utilisée).

#### **Recommandation 4**

L'Agence recommande :

- d'intégrer le CHSLD Les Havres à l'instance locale du territoire Saint-Michel/Saint-Léonard et d'associer 96 de ses lits au territoire Villeray/La Petite Patrie;
- d'associer chacun des CHSLD privés-conventionnés de la région avec le centre de santé et de services sociaux du territoire où ils sont situés sauf :
  - le CHSLD Bourget, qui serait associé au territoire 11 (Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont) plutôt qu'au territoire 12 (Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est);
  - une partie des lits du Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin (100 lits) qui serait associé au territoire 10 (Saint-Léonard et Saint-Michel) plutôt qu'au territoire 12 (Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est);
  - le Centre d'hébergement Saint-Georges, qui déménage prochainement dans le Centre-Ouest et qui serait associé au territoire 8 (La Petite Patrie et Villeray);
  - le CHSLD Vigi Santé (CHSLD Reine Elizabeth) qui serait associé au territoire 1 (Pierrefonds et Lac Saint-Louis) plutôt qu'au Centre-Ouest;
- d'associer le Centre de soins prolongés Grace Dart dans le Centre-Ouest par son intégration au Centre universitaire de santé McGill plutôt que par fusion au sein du centre de santé et de services sociaux.

### 2.2.4 L'exclusion d'hôpitaux additionnels

#### L'Hôpital Santa Cabrini

L'évaluation du bassin de desserte de l'Hôpital Santa Cabrini révèle qu'une concentration aussi importante de ses usagers provient d'un autre territoire de référence que de son territoire local. En effet, l'hôpital dépend à 23,1 % de son territoire local et à 23,8 % du territoire Rivière-des-Prairies/Mercier-Est/Anjou/Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est.

L'hôpital est, en outre, reconnu en vertu de la Charte de la langue française, comme devant livrer ses services en italien et en français. Or, la communauté italienne, qui compte près de 300 000 personnes, présente des concentrations importantes dans d'autres territoires que Saint-Michel/Saint-Léonard.

Ainsi, la fusion de l'Hôpital Santa-Cabrini avec les CLSC-CHSLD Saint-Michel, le CLSC Saint-Léonard et le CHSLD Les Havres ne le rattacherait pas à une instance de même nature au plan de la

responsabilité linguistique et culturelle face à l'ensemble de la communauté italienne, telle que la reconnaît la Charte de la langue française.

En conséquence, en appliquant les critères régionaux 3.2 et 3.3, l'Agence conclut que l'Hôpital Santa Cabrini devrait être exclu du centre de santé Saint-Michel/Saint-Léonard, en vertu de l'article 26, compte tenu de l'étendue de son bassin de desserte en relation avec ses responsabilités linguistiques et culturelles face à l'ensemble de la communauté italienne.

#### Le Centre hospitalier de St-Mary

L'Agence prévoit que le Centre hospitalier de St-Mary agira comme hôpital de 1re instance pour les deux centres de santé et de services sociaux du Centre-Ouest.

Pour assumer cette responsabilité, l'établissement devra former un consortium avec l'Hôpital général Juif et le Centre universitaire de santé McGill. À cette fin, ces trois hôpitaux, dont les bassins de desserte se superposent dans ces territoires, devront convenir, par contrat, du partage du soutien qu'ils apporteront aux centres de santé et de services sociaux dans la réalisation de leur mission. Ainsi, les habitudes de consommation hospitalière de cette population seront respectées par la création du consortium hospitalier.

En conséquence, la participation du Centre hospitalier de St-Mary au consortium entraîne un niveau de complexité tel qu'il est jugé à propos de ne pas intégrer le Centre hospitalier de St-Mary au centre de santé et de services sociaux.

#### *L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal*

Outre sa mission universitaire, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a une double mission, celle d'un centre hospitalier et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Sa localisation géographique dans le territoire 5 l'amènerait à se fusionner avec des établissements qui sont tous reconnus en vertu de la Charte de la langue française et désignés pour offrir l'ensemble de leurs services en langue anglaise. Pour sa part, l'Institut n'est ni reconnu, ni désigné et aucun de ses services n'est indiqué car il offre ses services à une clientèle francophone.

En conséquence, en appliquant les critères régionaux 3,2 et 3,3, l'Agence préconise que l'Institut devrait être exclu du centre de santé et de services sociaux Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension, en vertu de l'article 26, de façon à respecter les caractéristiques linguistiques et culturelles de la clientèle qu'il dessert.

#### **Recommandation 5**

L'Agence recommande :

Conformément aux dispositions de l'article 26 de la loi (2003, chapitre 21) et aux balises nationales, de ne pas inclure dans un centre de santé et de services sociaux :

- l'Hôpital Santa Cabrini
- le Centre hospitalier de St-Mary
- l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal mais de l'associer au territoire Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension et que le Ministre développe un modèle, lors de la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, permettant d'assurer la pérennité de la mission universitaire de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de déplacer vers les réseaux locaux les services d'hébergement et de soins de longue durée qui appartiennent aux services de base.

### 2.3 Les centres médicaux associés (CMA)

En plus des 12 centres de santé et de services sociaux, l'Agence propose de doter, dès la première année, chacun des 12 territoires d'au moins un centre médical associé (CMA) qui offrira des services médicaux avec et sans rendez-vous de 8 heures à 22 heures, 7 jours par semaine. Les CMA rendront accessibles aux omnipraticiens du territoire les plateaux techniques appropriés (laboratoire, imagerie) pour des tests urgents. De plus, ils assureront la prise en charge des clientèles vulnérables et la liaison avec les programmes pertinents du centre de santé et de services sociaux.

#### **Recommandation 6**

L'Agence recommande :

- de mettre sur pied un centre médical associé (CMA) par 50 000 habitants;
- de doter chacun des territoires d'au moins un CMA dès la première année.

## 2.4 Portrait sommaire des 12 centres de santé et de services sociaux à Montréal

### 01 : Centre de santé et de services sociaux de Pierrefonds et Lac Saint-Louis

#### Instance

- Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger (125) \*\*
- CLSC Lac Saint-Louis \*\*
- CLSC Pierrefonds \*
- Hôpital général du Lakeshore \*\*

- Population : 204 645
- Ressources CHSLD :
  - lits : 627
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 0

#### Langue d'expression

- Français : 37,8 %
- Anglais : 61,3 %
- Autres : 1,0 %

**Budget :** 122 957 967 \$

**Ressources humaines :** 1775

**CMA potentiels :** 2

#### · Hôpital local :

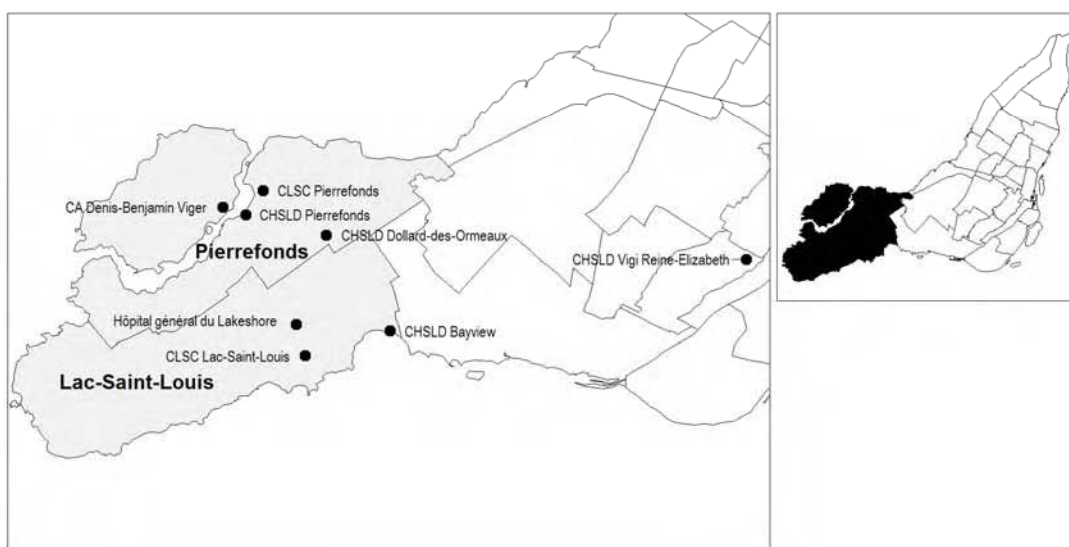
- Hôpital Général du Lakeshore
- Dépendance 60,3 %

#### · Habitudes population :

- soins surspécialisés
  - 52,1 % CUSM
  - 19,9 % HGJ
- soins généraux
  - 42,8 % Lakeshore
  - 19,7 % CUSM

#### Associés

- CHSLD Bayview (128)
- Vigi Santé
  - CHSLD Dollard-des-Ormeaux (160)
  - CHSLD Pierrefonds (64)
  - CHSLD Reine-Élisabeth (150)



### Autres particularités du territoire 1 (voir détails à l'annexe 5)

<b>Sociodémographiques</b>	Le territoire compte le plus grand nombre de jeunes 0-18 ans : 52 455 jeunes, soit 25,6 % de sa population. Un pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus se trouvant sous la moyenne du territoire montréalais : 12 % de sa population, 24 560 personnes. Le nombre et le pourcentage de personnes à faible revenu sont les plus bas de la région.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie est supérieure à la moyenne régionale autant pour les hommes (78,6 ans) que pour les femmes (82,8 ans). Le taux de mortalité et l'incidence du cancer y sont inférieurs ou comparables. Les problèmes sociaux sont inférieurs à la moyenne sauf pour l'externalisation des 0-17 ans qui est comparable à la région.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique et en santé mentale sont inférieures à la moyenne montréalaise. Le taux d'hébergement est le plus bas et le soutien à domicile est comparable.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Des lits de réadaptation en santé physique. Des places en RTF et RI pour les personnes âgées. Plateau technique : la résonance magnétique

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**02 : Centre de santé et de services sociaux de LaSalle et du Vieux Lachine**

**Instance**

- Centre d'accueil LaSalle (202) \*
- Centre hospitalier de LaSalle (115)
- CLSC du Vieux Lachine \*
- Les CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval (428) \*
- Centre hospitalier de Lachine (143) \*

- Population : 131 855
- Ressources CHSLD :
  - lits : 930
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 0
- Lits de réadaptation : 0

**Langue d'expression**

- Français : 57,1 %
- Anglais : 41,4 %
- Autres : 1,6 %

**Budget :** 123 956 548 \$

**Ressources humaines :** 2344

**CMA potentiels :** 2

**· Hôpitaux locaux :**

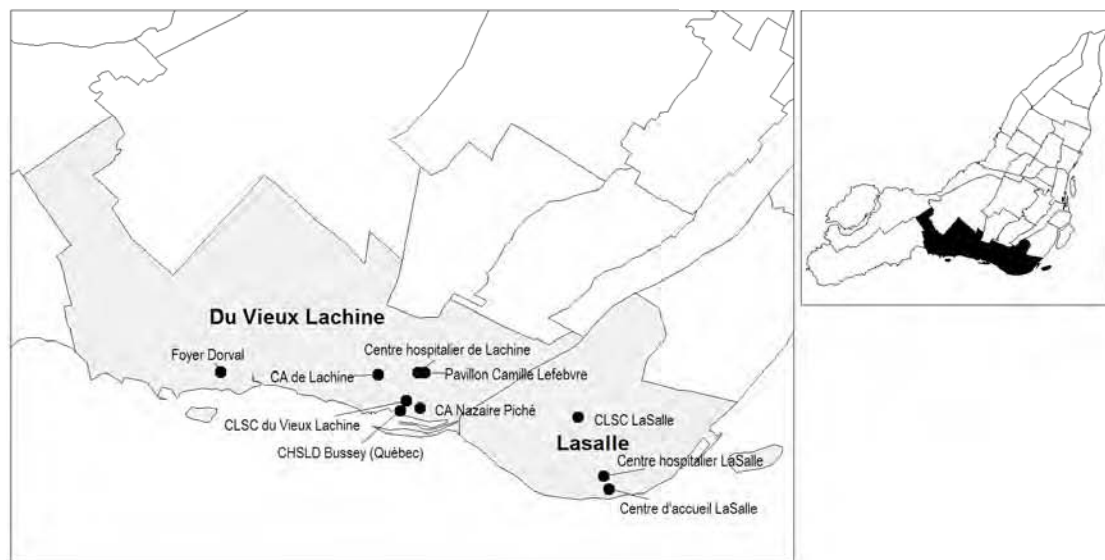
- LaSalle et Lachine
- Dépendance 37,4 % LaSalle  
44,6 \$ Lachine

**· Habitudes population :**

- soins surspécialisés
  - 49,2 % CUSM
  - 22,8 % CHUM
- soins généraux
  - 31,2 % LaSalle
  - 17,1 % CUSM
  - 15,0 % Lachine

**Associé**

- CHSLD Bussey (Québec) (42)



*Autres particularités du territoire 2*

<b>Sociodémographiques</b>	19,1 % de sa population a moins de 18 ans et 17,5 % a 65 ans et plus. 23,2 % des personnes vivent avec un faible revenu.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie à la naissance est comparable à celle de la région pour les hommes et pour les femmes. Le taux de mortalité est supérieur pour les décès provoqués par des maladies de l'appareil circulatoire et par le cancer du poumon en comparaison aux taux montréalais. Les jeunes 0-17 ans en externalisation sont en plus grand nombre. Les autres problèmes sociaux se situent dans la moyenne régionale.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique sont comparables alors que les admissions en santé mentale et en hébergement ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile, sont sous la moyenne de la région.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Des lits de réadaptation en santé physique. Des places en RTF et RI pour les personnes âgées. Plateau technique : la résonance magnétique

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**03 : Centre de santé et de services sociaux de  
Verdun-Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles**

**Instance**

- Centre d'accueil Louis-Riel (100)
  - Centre d'accueil Réal-Morel (148)
  - Centre hospitalier de Verdun (12)
  - CHSLD Champlain - Manoir de Verdun (416)
  - CLSC Saint-Henri \*
  - CLSC Verdun / Côte Saint-Paul \*
  - Résidence Yvon-Brunet (185)
  - Résidences Mance-Décary
    - Pavillon des Seigneurs (CHSLD) (180)
    - Pavillon Saint-Henri (CHSLD) (240)
- Population : 129 580
  - Ressources CHSLD :
    - lits : 1141 + 128
    - places RTF-RI : 0
    - mandat régional : 128
      - déficience intellectuelle : 32
      - unité spécifique : 96
  - Lits de réadaptation : 27

**Langue d'expression**

- Français : 73,1 %
- Anglais : 25,7 %
- Autres : 1,2 %

**Budget :** 165 518 328 \$

**Ressources humaines :** 3810

**CMA potentiels :** 5

**• Hôpital local :**

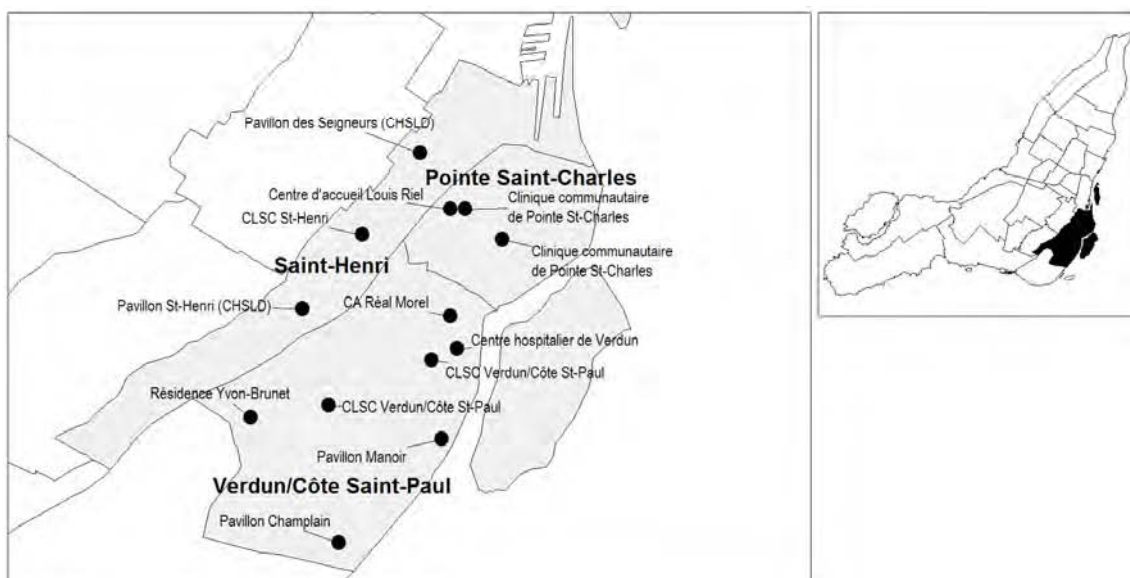
- Centre hospitalier de Verdun
- Dépendance 68 %

**• Habitudes population :**

- soins surspécialisés
  - 44,2 % CUSM
  - 26,0 % CHUM
- soins généraux
  - 32,2 % Verdun
  - 19,0 % CUSM

**Associé**

- Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles



*Autres particularités du territoire 3*

<b>Sociodémographiques</b>	18,5 % de sa population a entre 0 et 18 ans : 23 980 jeunes. 15,4 % a 65 ans et plus : 19 930 personnes. Avec 35,9 %, le territoire affiche le plus haut pourcentage de personnes à faible revenu de la région montréalaise : 45 695 personnes.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie est inférieure à la moyenne régionale autant pour les hommes (72,3 ans) que pour les femmes (79 ans). Le taux de mortalité est supérieur à celui de la région pour les décès causés par les tumeurs, par les affections de l'appareil circulatoire et respiratoire, par le cancer du poumon et par le suicide. Les problèmes sociaux dépassent la moyenne de la région sur plusieurs aspects : chômage, victimisation et externalisation des 0-17 ans ainsi que les grossesses à l'adolescence.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement ainsi que l'utilisation des services en soutien à domicile, sont tous au-dessus de la moyenne.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Des places en RTF et RI pour les personnes âgées Le plateau technique est complet.

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**04: Centre de santé et de services sociaux de René-Cassin et NDG / Montréal-Ouest**

**Instance**

- Centre hospitalier Richardson (125) \*\*
- CLSC N.D.G./Montréal-Ouest \*\*
- CLSC René-Cassin \*\*

**Associés**

- Résidence Gilman (59)
- Grace Dart (CUSM) (357)
- Centre hospitalier gériatrique Maïmonides (387) <sup>(1)</sup>
- Centre hospitalier Mont-Sinaï (57) <sup>(1)</sup>

- Population : 117 655
- Ressources CHSLD :
  - lits : 985
  - places RTF-RI : 140
  - mandat régional : 0
- Lits de réadaptation : 67

**Langue d'expression**

- Français : 31,1 %
- Anglais : 66,9 %
- Autres : 2,0 %

**Budget :** 93 220 999 \$ + Gilman

**Ressources humaines :** 712

**CMA potentiels :** 3

- **Hôpital local :** non
- **Hôpital 1<sup>re</sup> instance :** Centre hospitalier de St.Mary au nom du consortium <sup>(2)</sup>

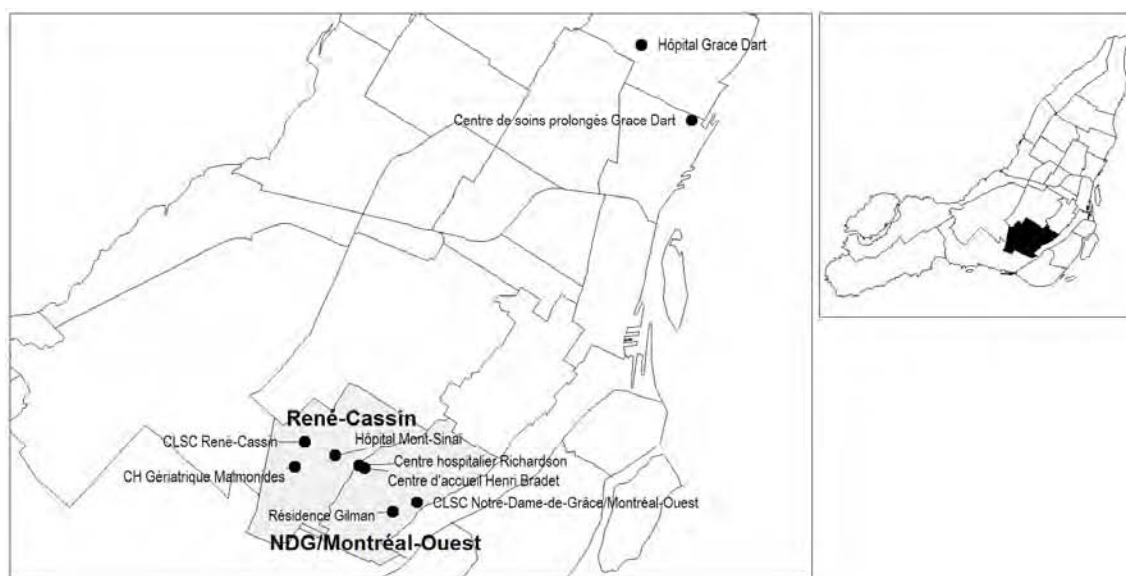
- Dépendance 13,6 %

**Habitudes population :**

- *soins spécialisés*
  - 42,1 % HGJ
  - 41,2 % CUSM
- *soins généraux*
  - 34,1 % HGJ
  - 31,8 % CUSM
  - 20,7 % CH de St.Mary

<sup>(1)</sup> Le Centre hospitalier gériatrique Maïmonides, le Centre hospitalier Mont-Sinaï et le CHSLD juif de Montréal sont intégrés sous un même conseil d'administration

<sup>(2)</sup> Consortium formé par le Centre hospitalier de St.Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM



*Autres particularités du territoire 4*

<b>Sociodémographiques</b>	19,1 % de sa population a moins de 18 ans, 20 % a 65 ans et plus, ce qui représente la plus forte proportion à Montréal. 25,7 % des personnes vivent avec un faible revenu.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie à la naissance est favorable comparativement à celle de la région pour les hommes et pour les femmes. Les taux de mortalité sont inférieurs ou comparables à ceux de la région. Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne ou affichent une valeur favorable en comparaison avec celles de la région.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique sont inférieures ainsi que pour les admissions en santé mentale et en hébergement. L'utilisation des services de soutien à domicile sont aussi sous la moyenne de la région.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Plateau technique : les laboratoires regroupés, la tomodensitométrie, la résonance magnétique ne sont pas accessibles sur le territoire, mais au centre hospitalier de 1 <sup>re</sup> instance (Centre hospitalier de St.Mary).

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**05 : Centre de santé et de services sociaux de Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension**

**Instance**

- Centre d'accueil Father Dowd (134) \*\*
- Centre d'accueil St-Margaret (96) \*\*
- Centre d'accueil des Foyers presbytériens de St-Andrew (70) \*\*
- CLSC Côte-des-Neiges \*\*
- CLSC Métro \*\*
- CLSC Parc Extension \*\*
- Hôpital Catherine Booth \*\*

Population : 219 000

Ressources CHSLD :

- - lits : 1272
- - places RTF-RI : 49
- - mandat régional : 0

**Associés**

- Vigi Santé (CHSLD Mont-Royal) (273)
- CHSLD juif de Montréal (320) <sup>(1)</sup>
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (379)

Lits de réadaptation : 129

**Langue d'expression**

- Français : 44,9 %
- Anglais : 51,3 %
- Autres : 3,8 %

**Budget :** 136 981 204 \$

**Ressources humaines :** 1356

**CMA potentiels :** 6

**Hôpital 1<sup>re</sup> instance :**

Centre hospitalier de St.Mary au nom du consortium <sup>(2)</sup>

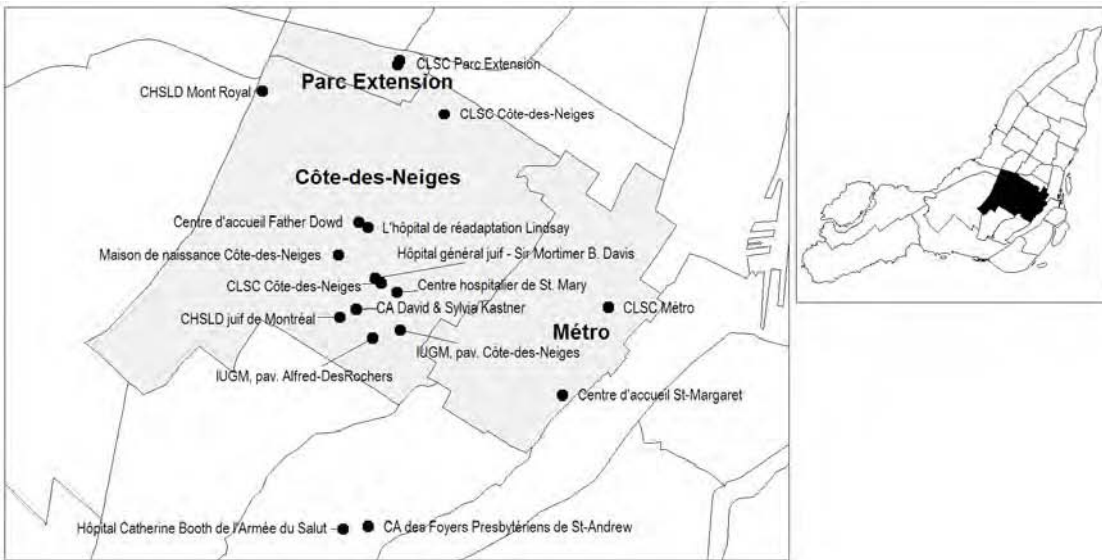
- Dépendance 21,7 %

**Habitudes population :**

- soins surspécialisés
  - 40,3 % CUSM
  - 30,6 % HGJ
- soins généraux
  - 28,5 % CUSM
  - 26,9 % HGJ
  - 20,5 % CH de St.Mary

<sup>(1)</sup> Le Centre hospitalier gériatrique Maïmonides, le Centre hospitalier Mont-Sinaï et le CHSLD juif de Montréal sont intégrés sous un même conseil d'administration

<sup>(2)</sup> Consortium formé par le Centre hospitalier de St.Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM



*Autres particularités du territoire 5*

<b>Sociodémographiques</b>	18,9 % de sa population a moins de 18 ans et 15,7 % a 65 ans et plus. Le nombre et le taux de personnes vivant avec un faible revenu sont les plus élevés de la région avec 75 510 personnes ou 34,9 %.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie à la naissance est favorable comparativement à celle de la région pour les hommes et pour les femmes. Les taux de mortalité sont inférieurs ou comparables à ceux de la région. Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne ou affichent une valeur favorable en comparaison des valeurs régionales.
<b>Utilisation des services</b>	Tous les taux d'utilisation de services sont inférieurs aux taux régionaux : admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement et en services de soutien à domicile.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Plateau technique complet est accessible sur le territoire à l'hôpital de 1 <sup>re</sup> instance, le Centre hospitalier de St.Mary.

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**06 : Centre de santé et de services sociaux du Nord de l'île et Saint-Laurent**

**Instance**

- CHSLD-CLSC Nord de l'île (554) \*
- CHSLD-CLSC Saint-Laurent (154) \*
- Manoir Cartierville (285)

· Population : 124 600

- Ressources CHSLD :
  - lits : 920 + 164
  - places RTF-RI : 28
  - mandat régional : 164
    - déficience intellectuelle : 28
    - déficience auditive : 111
    - clientèle syrienne, libanaise : 25
- Lits de réadaptation : 22

**Associés**

- Les Cèdres - Centre d'accueil pour personnes âgées (25)
- Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie (66)

**Langue d'expression**

- Français : 57,2 %
- Anglais : 38,4 %
- Autres : 4,4 %

**Budget :** 94 094 927 \$

**Ressources humaines :** 2095

**CMA potentiels :** 3

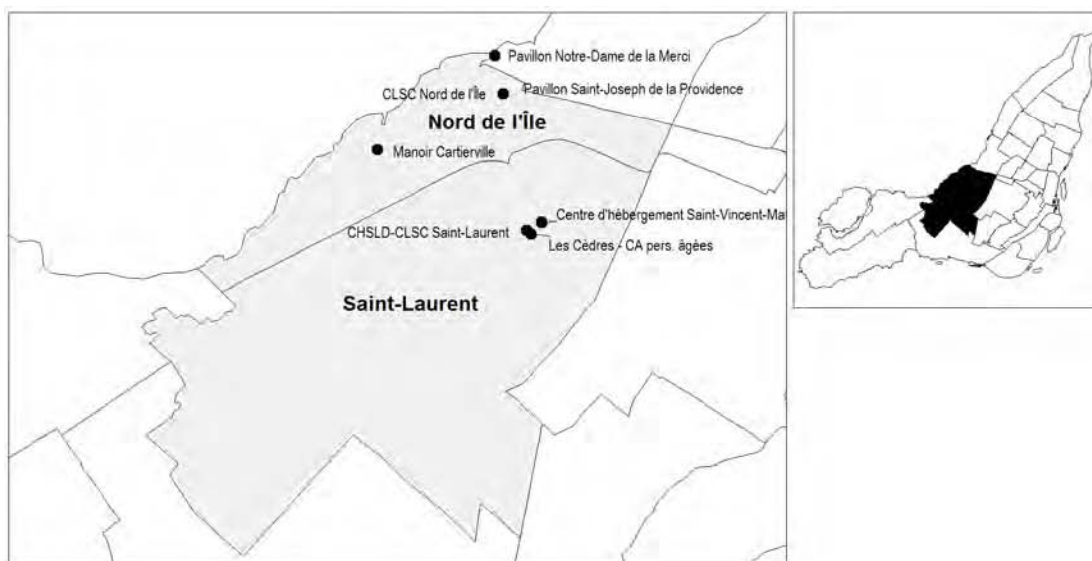
· **Hôpital local :** non

· **Hôpital 1<sup>re</sup> instance :**

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Dépendance 20,3 %

· **Habitudes population :**

- *soins surspécialisés*
  - 24,1 % CUSM
  - 23,0 % HGJ
  - 21,2 % HSC
- *soins généraux*
  - 29,2 % HSC
  - 17,7 % CUSM



*Autres particularités du territoire 6*

<b>Sociodémographiques</b>	20 % de la population a entre 0 et 18 ans : 24 955 jeunes et 19,1 % a 65 ans et plus : 23 755 personnes. 30 % de la population tire un faible revenu : 36 875 personnes
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie est au-dessus de la moyenne régionale pour les hommes (78,2 ans) et pour les femmes (82,9 ans). Le taux de mortalité est soit inférieur ou comparable au taux régional selon les causes de décès. De même les problèmes sociaux sont inférieurs ou comparables selon les aspects regardés.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique, en santé mentale et en hébergement sont inférieures à la moyenne régionale. Le taux d'utilisation des services de soutien à domicile y est supérieur.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Plateau technique : des laboratoires regroupés, la tomodensitométrie, l'ultrasonographie et la résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**07 : Centre de santé et de services sociaux de  
Ahuntsic et Montréal-Nord**

**Instance**

- Centre hospitalier Fleury
- CLSC Ahuntsic \*
- CLSC Montréal-Nord (128) \*
- Les Résidences Laurendeau,  
Légaré, Louvain (560)

- Population : 161 415
- Ressources CHSLD :
  - lits : 1 452
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 0

**Langue d'expression**

- Français : 85,2 %
- Anglais : 12,8 %
- Autres : 2,0 %

- Budget :** 159 214 962 \$
- Ressources humaines :** 2290
- CMA potentiels :** 4

**• Hôpital local :**

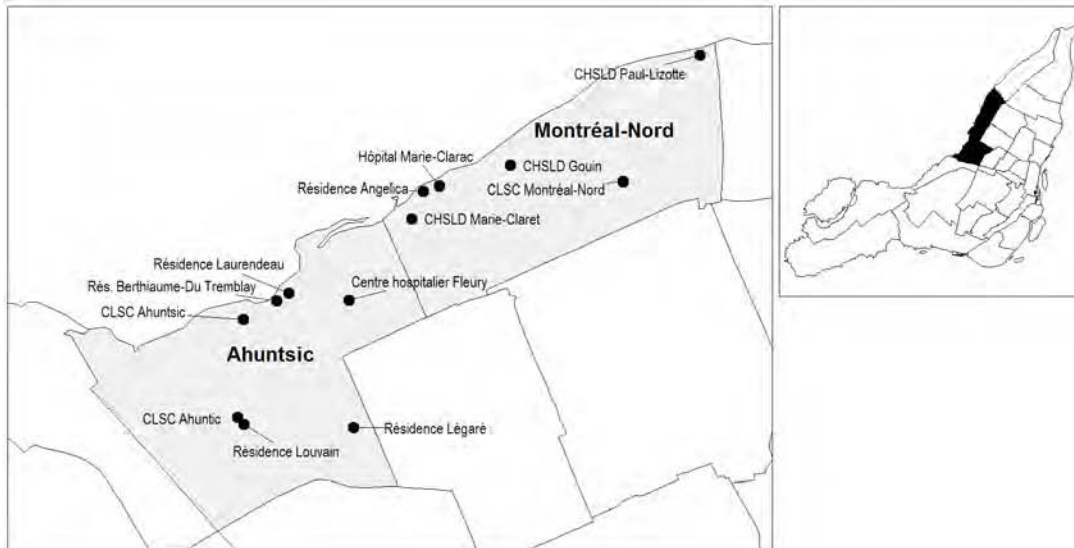
- Centre hospitalier Fleury
- Dépendance 50,3 %

**• Habitudes population :**

- *soins surspécialisés*
  - 28,3 % ICM
  - 17,3 % CHUM
- *soins généraux*
  - 19,7 % Fleury
  - 13,7 % HSC

**Associés**

- CHSLD Gouin (93)
- CHSLD Marie-Claret (78)
- Hôpital Marie-Claret
- Résidence Angelica (347)
- Résidence Berthiaume-Du Tremblay (246)



*Autres particularités du territoire 7*

<b>Sociodémographiques</b>	Les jeunes de 0-17 ans forment 19,2 % de la population : 30 940 jeunes. La population âgée de 65 ans et plus compte pour 19,4 % avec 31 265 personnes. 33,2 % a un faible revenu : 52 550 personnes.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie des hommes et des femmes se situe dans la moyenne régionale tout comme le taux de mortalité. Les problèmes sociaux sont plus élevés en termes de chômage, de victimisation des 0-17 ans et de grossesses à l'adolescence que les moyennes montréalaises.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique, en santé mentale et en hébergement sont plus élevées. Quant à l'utilisation des services de soutien à domicile, elle est sous la moyenne régionale.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Des places en RTF et RI pour les personnes âgées. Plateau technique : la résonance magnétique

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**08 : Centre de santé et de services sociaux de  
La Petite Patrie et Villeray**

**Instance**

- CLSC Villeray \*
- CLSC-CHSLD La Petite Patrie (100) \*
- Hôpital Jean-Talon
- Résidences Mance-Décary
  - Pavillon Auclair (CHSLD) (160)

- Population : 107 965
- Ressources CHSLD :
  - lits : 619 + 25
  - places RTF-RI : 0
  - mandat régional : 25
  - unité spécifique : 25
- Lits de réadaptation : 0

**Langue d'expression**

- Français : 84,4 %
- Anglais : 13,3 %
- Autres : 2,4 %

**Budget :** 110 886 783 \$

**Ressources humaines :** 1571

**CMA potentiels :** 5

**Hôpital local :**

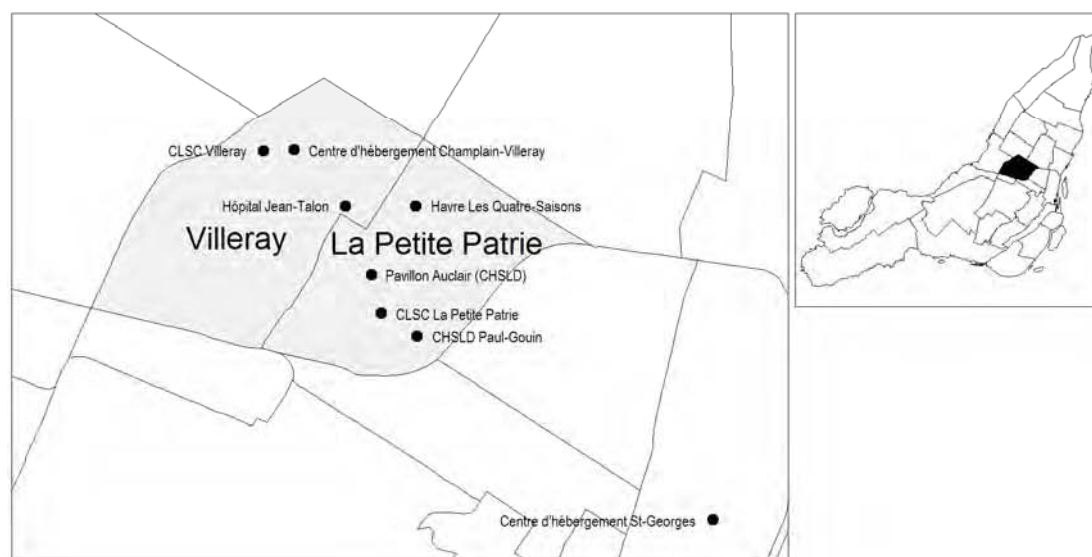
- Hôpital Jean-Talon
- Dépendance 32,4 %

**Habitudes population :**

- soins surspécialisés
  - 33,4 % CHUM
  - 20,0 % ICM
- soins généraux
  - 23,8 % Jean-Talon

**Associés**

- Groupe Champlain (Centre d'hébergement Champlain-Villeray) (28)
- Groupe Roy Santé
  - CHSLD St-Georges (260)
- CHSLD Les Havres (utilisation de 96 lits)



*Autres particularités du territoire 8*

<b>Sociodémographiques</b>	Il s'agit du territoire avec la plus petite population totale : 107 965 habitants. Les jeunes de 0-18 ans forment 16 % de la population : 17 230 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus comptent pour 14,4 % soit 15 560 personnes. 34,9 % de la population a un faible revenu : 37 270 personnes.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie est inférieure pour les hommes (72,6 ans) et dans la moyenne montréalaise pour les femmes (80,1 ans). Le taux de mortalité est plus élevé que le taux moyen régional dans le cas de tumeurs, de cancer du poumon et de cancer du sein. Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne sauf pour les grossesses à l'adolescence qui sont plus élevées.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique sont dans la moyenne montréalaise. Les admissions en santé mentale et en hébergement sont plus élevées ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Des lits de réadaptation en santé physique. Des places en RTF et RI pour les personnes âgées Plateau technique : résonance magnétique

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**09 : Centre de santé et de services sociaux  
des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc**

**Instance**

- Centre hospitalier Jacques-Viger (359)
  - CHSLD Centre-Ville de Montréal (396) \*
  - CHSLD Émilie-Gamelin/Armand-Lavergne (368)
  - CLSC des Faubourgs \*
  - CLSC du Plateau Mont-Royal \*
  - CLSC Saint-Louis du Parc \*
  - Les CHSLD du Plateau Mont-Royal (363)
- Population : 136 475
  - Ressources CHSLD :
    - lits : 1364 + 250
    - places RTF-RI : 74
    - mandat régional : 250
      - unité spécifique : 122
      - clientèle chinoise : 128
  - Lits de réadaptation : 185

**Langue d'expression**

- Français : 82,6 %
- Anglais : 15,6 %
- Autres : 1,8 %

**Budget :** 154 718 714 \$

**Ressources humaines :** 2957

**CMA potentiels :** 3

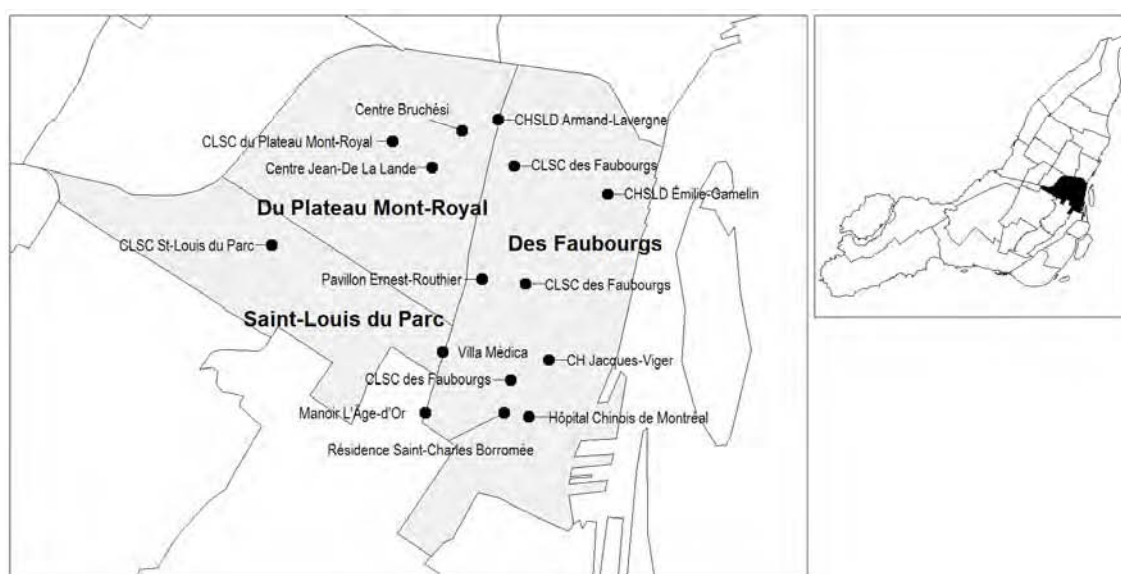
- **Hôpital local :** non
- **Hôpital de 1<sup>re</sup> instance :** CHUM
  - Dépendance 14,8 %

• **Habitudes population :**

- soins surspécialisés
  - 56,0 % CHUM
- soins généraux
  - 52,6 % CHUM

**Associés**

- Hôpital de réadaptation Villa Medica
- Hôpital Chinois de Montréal (128)



*Autres particularités du territoire 9*

<b>Sociodémographiques</b>	Le territoire compte le plus petit pourcentage de jeunes 0-18 ans avec 11,5 % de sa population : 15 760 jeunes. Il compte aussi le plus petit pourcentage de personnes de 65 ans et plus avec 11,7 % de sa population : 15 930 personnes. Les personnes à faible revenu forment le 2 <sup>e</sup> pourcentage le plus élevé de la région montréalaise soit 35,5 % de sa population : 47 300 personnes.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie est la plus basse de la région pour les hommes (69,1 ans) et pour les femmes (78,4 ans). Le taux de mortalité est plus élevé que la moyenne dans le cas des tumeurs, des affections de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des traumatismes, du cancer du poumon et du suicide. Les problèmes sociaux sont dans la moyenne régionale sauf pour les grossesses à l'adolescence qui sont plus élevées.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique sont dans la moyenne régionale. les admissions en santé mentale et en hébergement sont au-dessus ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Plateau technique : laboratoires regroupés, tomographie, ultrasonographie et résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire au CHUM)

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

## 10 : Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel

### Instance

- CLSC Saint-Michel \*
- CLSC Saint-Léonard \*
- CHSLD Les Havres (192)
- CHSLD Saint-Michel (160)

- Population : 123 165
- Ressources CHSLD :
  - - lits : 452 + 103 (Dante)
  - - places RTF-RI : 0
  - - mandat régional : 103
  - - clientèle italienne : 103
- Lits de réadaptation : 0

### Langue d'expression

- Français : 70,9 %
- Anglais : 24,3 %
- Autres : 4,9 %

**Budget :** 47 522 825 \$

**Ressources humaines :** 974

**CMA potentiel :** 1

### • Hôpital de 1<sup>re</sup> instance :

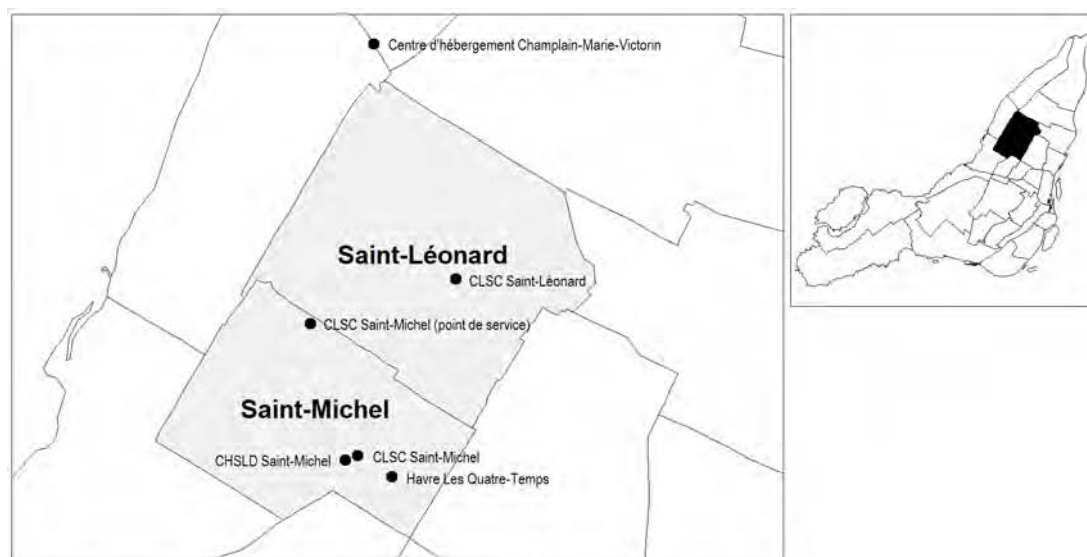
- Hôpital Santa Cabrini
- Dépendance 23,1 %

### • Habitudes population :

- soins surspécialisés
  - 33,3 % ICM
  - 19,3 % HMR
  - 14,7 % CHUM
- soins généraux
  - 21,5 % HMR
  - 14,5 % Santa Cabrini

### Associé

- Groupe Champlain
  - CHSLD Marie-Victorin (utilisation de 100 lits)



### Autres particularités du territoire 10

<b>Sociodémographiques</b>	Le pourcentage de jeunes 0-18 ans, 21,5 % de la population, est le 2 <sup>e</sup> plus élevé. Il compte 26 420 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus, 16,6 % de la population, sont au nombre de 20 495 personnes. 32 % des citoyens ont un faible revenu : 40 425 personnes.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie est supérieure pour les hommes (76,4 ans) et dans la moyenne régionale pour les femmes (81,8 ans). Le taux de mortalité se situe dans la moyenne régionale ou inférieur selon les causes. Les problèmes sociaux sont comparables à la région.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile sont au-dessus de la moyenne montréalaise. Pour ce qui est des admissions en santé mentale et en hébergement, ils sont inférieurs.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Des places en RTF et RI pour les personnes âgées. Des lits de réadaptation en santé physique. Plateau technique : résonance magnétique

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**11 : Centre de santé et de services sociaux de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont**

**Instance**

- CHSLD Lucille-Teasdale (497)
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve \*
- CLSC Olivier-Guimond \*
- CLSC-CHSLD de Rosemont (211) \*
- Foyer Rousselot (157)
- CHSLD Jeanne-LeBer (351)

**Associés**

- Ma Maison Saint-Joseph (40)
- CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes (162)
- Institut Canadien-Polonais du Bien-Être (126)
- CHSLD Bourget (112)

- Population : 170 830
- Ressources CHSLD :
  - lits : 1 350 + 306
  - places RTF-RI : 74
  - mandat régional : 306
- unité spécifique : 51
- déficience visuelle : 99
- clientèle polonaise et slave : 126
- multi-handicapés : 30
- Lits de réadaptation : 33

**Langue d'expression**

- Français : 90,8 %
- Anglais : 8,5 %
- Autres : 0,7 %

**Budget :** 134 099 884 \$

**Ressources humaines :** 2371

**CMA potentiels :** 4

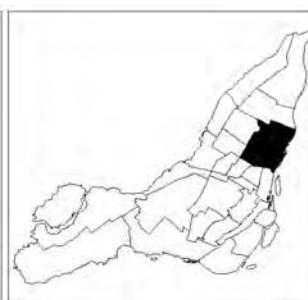
• **Hôpital local :** non

• **Hôpital de 1<sup>re</sup> instance :**

- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Dépendance 12,4 %

• **Habitudes population :**

- *soins surspécialisés*
  - 28,2 % ICM
  - 28,0 % HMR
  - 22,7 % CHUM
- *soins généraux*
  - 33,4 % HMR
  - 22,5 % CHUM



*Autres particularités du territoire 11*

<b>Sociodémographiques</b>	Le pourcentage de jeunes 0-18 ans est un des plus petits de la région avec 15,5 % de sa population pour 26 425 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus comptent pour 18,3 % de la population avec 31 340 personnes. 33,4 % des citoyens ont un faible revenu : 55 715 personnes.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie est sous la moyenne montréalaise pour les hommes (71,9 ans) et pour les femmes (79,9 ans). Le taux de mortalité est plus élevé dans le cas des affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, des traumatismes, du cancer du poumon et du suicide en comparaison avec les taux moyens de la région. Les problèmes sociaux sont aussi plus élevés.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé mentale sont les plus élevées de la région. Les admissions en santé physique et en hébergement sont plus élevées que la moyenne. L'utilisation des services de soutien à domicile est moins élevée que la moyenne régionale.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Plateau technique : électrophysiologie, laboratoire regroupés, radiologie générale, tomodensitométrie, ultrasonographie et résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont).

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

**12 : Centre de santé et de services sociaux de  
Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou  
et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est**

**Instance**

- CHSLD Biermans-Triest (475)
- CLSC Mercier-Est/Anjou \*
- CLSC Rivière-des-Prairies \*
- CLSC-CHSLD PAT/Montréal-Est (77) \*
- Centre d'accueil Judith Jasmin (HMR) (75)

- Population : 185 330
- Ressources CHSLD :
  - lits : 1108 + 35
  - places RTF-RI : 18
  - mandat régional : 35
  - unité spécifique : 35

**Langue d'expression**

- Français : 86,2 %
- Anglais : 12,8 %
- Autres : 1,0 %

· **Hôpital local** : non

- **Hôpital de 1<sup>re</sup> instance** :  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Dépendance 25,3 %

**Budget** : 84 207 444 \$ + J.Jasmin

**Ressources humaines** : 1221 + J.Jasmin

· **Habitudes population** :

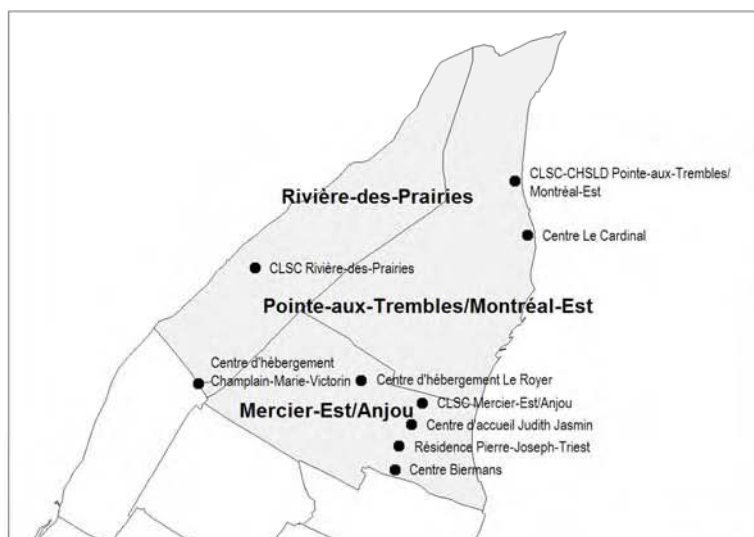
- soins surspécialisés
  - 33,3 % ICM
  - 27,7 % HMR
- soins généraux
  - 34,2 % HMR

**Associés**

- Centre Le Cardinal (204)
- Groupe Champlain (Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin) (utilisation de 184 lits)
- Groupe Roy Santé (CHSLD Le Royer) (96)

- Lits de réadaptation : 0

**CMA potentiels** : 4



*Autres particularités du territoire 12*

<b>Sociodémographiques</b>	Les jeunes de 0-18 ans forment 21 % de la population: 38 895 jeunes. Les 65 ans et plus comptent pour 15,1 % de la population : 27 930 personnes. Le territoire se trouve parmi ceux qui ont le plus petit pourcentage de personnes avec un faible revenu, 21,6 % pour 38 985 personnes.
<b>Indicateurs de santé</b>	L'espérance de vie est dans la moyenne régionale pour les hommes et pour les femmes. Le taux de mortalité est plus élevé dans le cas de tumeurs, d'affections de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, de cancer du poumon et de cancer du côlon-rectum que le taux moyen observé à Montréal. Les problèmes sociaux sont dans la moyenne ou moins élevé selon l'indicateur observé.
<b>Utilisation des services</b>	Les admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile sont tous plus élevées que les moyennes régionales.
<b>Ressources nécessaires pour compléter le panier de services</b>	Des lits de réadaptation en santé physique. Plateau technique : électrophysiologie, laboratoires regroupés, tomographie par émission de positons, ultrasonographie et résonance magnétique. (Certaines de ces ressources sont disponibles sur le territoire en clinique privée et accessibles à l'hôpital de première instance, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont).

\* Établissement indiqué : doit offrir certains services en langue anglaise

\*\* Établissement reconnu en vertu de la Charte de la langue française et tenu de rendre accessibles des services en langue anglaise.

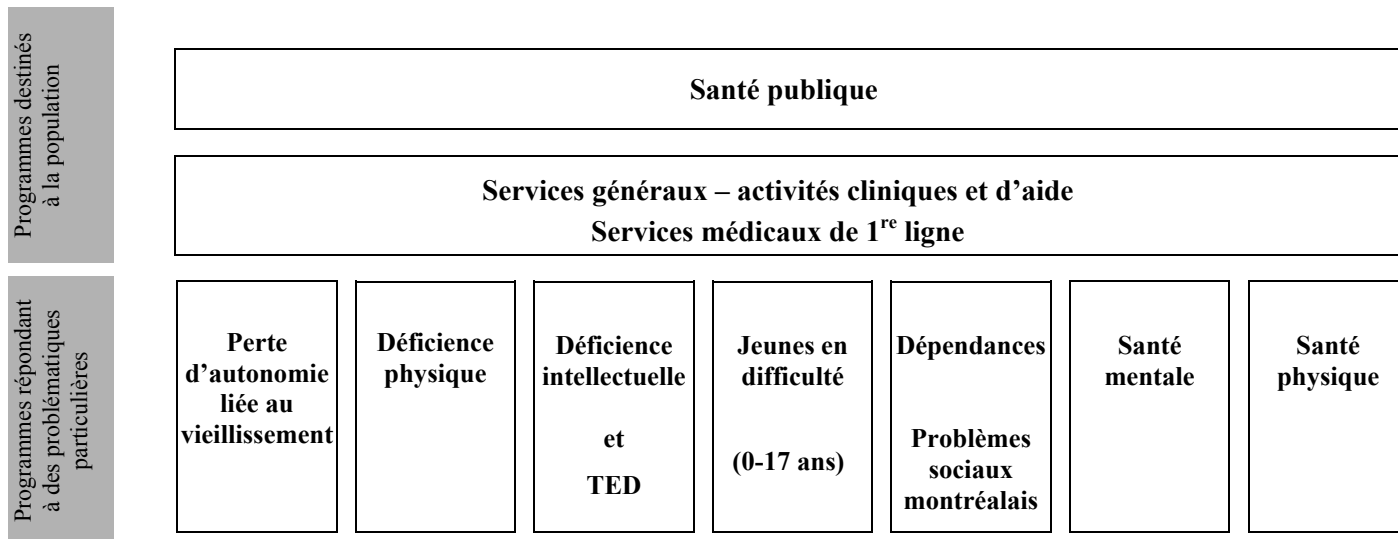


### 3. Impacts prévisibles sur les programmes-services

La création de douze centres de santé et de services sociaux aura des impacts sur l'ensemble des programmes-services offerts. La configuration de ces programmes est illustrée au tableau qui suit.

Par ailleurs, des balises pour certains programmes (perte d'autonomie liée au vieillissement, lutte contre le cancer, services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne et jeunes en difficulté 0-17 ans) ont été développées de façon plus spécifique (annexe 6).

#### CONFIGURATION DES PROGRAMMES



#### 3.1 Santé publique

*La prévention, une priorité pour les 12 centres de santé et de services sociaux*

La prévention et la promotion de la santé et du bien-être sont au cœur de la mission des 12 centres de santé et de services sociaux de Montréal. Chacun assumera, sur son territoire, la responsabilité du programme de santé publique, lequel sera l'une des assises des autres programmes visant des clientèles particulières, au même titre que le programme des services généraux et médicaux de 1<sup>re</sup> ligne.

Bien que la prévention soit clairement l'une des priorités du plan stratégique 2003-2006 de l'Agence, des inquiétudes ont été manifestées au cours de la consultation quant au maintien de cette priorité au sein des centres de santé et de services sociaux, compte tenu des autres éléments de leur mission dont entre autres, les services aux personnes vulnérables en perte d'autonomie et les services hospitaliers généraux lorsque ceux-ci sont inclus dans le panier de services local.

Dans le but de renforcer la priorité accordée à la prévention, l'Agence a défini des recommandations et des moyens d'action qu'elle compte mettre en œuvre dans l'implantation des centres de santé et de services sociaux.

*Le plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006 : une démarche mobilisante*

La réduction de l'impact des inégalités sociales sur la santé par des mesures efficaces de prévention fut retenue comme premier objectif prioritaire de la planification stratégique 2003-2006 « *La santé en actions.* » Pour supporter cet objectif, la Direction de santé publique a

produit, en 2003, un plan d'action montréalais en santé publique, « *La prévention en actions* » à l'issue d'une vaste démarche de consultation et de concertation. La démarche a été soutenue par un comité composé de directeurs généraux de CLSC et des différentes directions de la Régie régionale, dont la Direction de la santé publique et le Département régional de médecine générale. Ce même comité pilote actuellement les travaux d'implantation et de suivi des activités de santé publique, notamment par le biais de l'élaboration de 29 plans locaux de santé publique attendus pour juin 2004.

#### *Le plan régional et les plans locaux de santé publique : une priorité à renforcer*

La dernière importante transformation du système de santé et services sociaux à Montréal, en 1995 a mené à la fermeture de sept hôpitaux, ce qui a permis de réduire les dépenses de 190 M\$ par année et d'allouer un budget additionnel de 155,6 M\$ à certains secteurs jugés prioritaires.

Durant cette période de compressions, le budget disponible pour la promotion de la santé et du bien-être et pour la prévention a bénéficié d'une augmentation de 13,6 M\$, représentant une hausse de 32 % de 1995 à 1998. Le budget est ainsi passé de 42 M\$ à 55,6 M\$ aujourd'hui. Les organismes communautaires se sont vus octroyer 5,4 M\$ de ces ressources additionnelles en promotion-prévention, soit 40 % du total des développements.

En parallèle cependant, l'augmentation de ressources consenties au maintien à domicile (+35,4 M\$) et à l'hébergement (+ 32 M\$) n'ont pas été suffisantes pour faire face à la croissance des besoins.

Le virage ambulatoire a, en conséquence, affecté la mission promotion-prévention des CLSC.

Une recherche menée auprès de 8 CLSC par le biais d'entrevues, avant et après la réorganisation, avec des directeurs généraux et des chefs de programmes, ainsi que des groupes de discussion avec des auxiliaires familiales, a permis de faire les constats suivants :

*« ... Quatre secteurs d'activités ont retenu notre attention : la périnatalité – petite enfance, le secteur jeunesse, les services psychosociaux et ceux offerts aux personnes âgées. C'est ce dernier secteur (services aux personnes âgées) qui a été le plus touché. L'accroissement de la demande de soins post-hospitaliers et post-opératoires à domicile, jumelé à un alourdissement de la clientèle des personnes en perte d'autonomie, a créé une pression très forte sur les services de soutien à domicile. Les secteurs de la périnatalité et petite enfance, de même que les services aux jeunes ont, dans l'ensemble, été moins affectés; on observe même, dans certains établissements, une augmentation des activités préventives. Quant aux services psychosociaux, le développement attendu ne s'est pas manifesté aussi fortement que prévu... »*

*« ... Parmi les éléments de réforme prévus par le plan de transformation, le virage ambulatoire et le rehaussement des critères d'admission dans les centres hospitaliers de longue durée ont été ceux ayant le plus affecté le maintien de la mission promotion - prévention. Le fait qu'aucun montant n'était prévu pour l'infrastructure nécessaire à la dispensation des nouveaux services (locaux, équipements) ainsi que la non-indexation des coûts de système ont entraîné des contraintes budgétaires qui n'ont pas été sans effet sur cette mission. Par ailleurs, le financement additionnel associé aux priorités régionales en prévention-promotion ou au Fonds de soutien à l'action intersectorielle suscite une réaction ambivalente des répondants, qui s'interrogent sur l'impact à long terme de ces programmes à durée de vie limitée ».*

Du point de vue de la santé, et non de maladie, la fusion d'un centre hospitalier avec des CLSC et des CHSLD comporte certains risques pour la prévention. Une majorité de groupes et associations

entendus lors de la consultation publique ont fait état de leurs appréhensions face à une éventuelle intégration du curatif avec le préventif, évoquant une menace pour la pratique future de la prévention à Montréal. La principale crainte évoquée est celle du transfert des ressources actuellement consacrées à la prévention vers les services curatifs concentrés dans l'hôpital.

Or comment protéger les ressources allouées à la prévention dans un contexte où le budget santé publique dans les CLSC de Montréal représente environ 46 M \$, soit 13,5 % de leur budget annuel et qu'il ne représentera plus que 3,2 % du budget des futurs centres de santé et de services sociaux (environ 3,5 M\$ en moyenne) une fois les regroupements réalisés ? Comme les centres de santé et de services sociaux sont créés dans le but d'assurer une meilleure continuité et une meilleure intégration des soins aux malades chroniques et aux personnes vulnérables, comment s'assurer que le déploiement du plan régional de santé publique et la réalisation des plans locaux, notamment en particulier les programmes de prévention et la promotion à l'intention des tout-petits et les jeunes, ne soient pas relégués au second plan et qu'ils fassent plutôt partie des toutes premières priorités des nouveaux conseils d'administration ?

Pour y arriver, nous croyons que la réalisation des plans locaux de santé publique doit faire partie intégrante de l'entente de gestion entre l'Agence et les centres de santé et de services sociaux. Dans le cadre de cette entente, le centre de santé et de services sociaux devra s'engager à maintenir au niveau actuel et à augmenter, au moins au niveau des développements octroyés, les ressources affectées à la santé publique et à la promotion-prévention.

L'entente devra permettre d'évaluer l'atteinte de ces résultats en comprenant des indicateurs précis quant aux heures travaillées par les différents personnels dans le programme de santé publique et dans les activités de promotion-prévention : infirmières, médecins, travailleurs sociaux, organisateurs communautaires etc. De plus, il sera établi clairement et de façon explicite, dans les règles d'allocation et de gestion des ressources, que les centres de santé et de services sociaux pourront transférer des ressources du programme santé physique vers le programme de santé publique et que l'inverse ne serait pas possible.

Compte tenu des priorités déterminées dans le plan stratégique de l'Agence : « *La santé en actions* », les ressources consenties à la santé publique et à la promotion-prévention devraient croître et non pas seulement être maintenues. S'il a été possible d'agir ainsi en une période de cor

*Développer la première ligne, développer la prévention*

Lors de l'exercice de planification stratégique 1998-2002, *Le défi de l'accès*, on soulignait déjà l'importance de miser sur la capital santé de la population en adoptant une gestion préventive du système de santé et de services sociaux. Cette vision, reprise par la commission Clair, a fait depuis largement consensus parmi les différents acteurs de santé publique et les intervenants du réseau de services.

*Prévenir, guérir, soigner :  
vers une gestion préventive du  
système de santé*



Le concept « *Prévenir, guérir, soigner* » propose d'adopter une perspective de santé et d'agir sur les besoins de la population.

La population est ainsi divisée en trois grandes catégories : d'abord une majorité se percevant en très bonne et même en excellente santé, une seconde, soit un peu plus du tiers, se percevant comme en bonne santé et nécessitant plus fréquemment des soins continus pour lesquels il existe des traitements efficaces et, finalement, une dernière catégorie, représentant environ 10 % de la population, qui perçoit

sa santé comme moyenne ou mauvaise. Cette dernière catégorie est celle pour laquelle les coûts dans le système de santé sont les plus importants. C'est aussi à cette catégorie de personnes qu'une très grande part de l'activité des futurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sera consacrée.

Pour améliorer la santé et le bien-être de la population, il faudrait dès maintenant se préoccuper davantage de maintenir le plus grand nombre de personnes en bonne santé, c'est-à-dire en le gardant le plus longtemps possible au bas de la pyramide. C'est pourquoi les personnes du second groupe, soit celles qui se perçoivent relativement en bonne santé, doivent avoir accès à des actions préventives tout en recevant sans délai les services requis afin de réduire leur besoin de recourir à des services plus coûteux.

Dans cet esprit, la Direction de la santé publique de Montréal a développé de nombreuses approches préventives, en collaboration avec les CLSC, de nombreux autres partenaires intersectoriels et organismes communautaires. Plusieurs de ces approches mériteront d'être consolidées dans le nouveau contexte, notamment via des projets pilotes où il serait indiqué que certains organismes du réseau, non seulement les centres de santé et de services sociaux, mais aussi des milieux médicaux de première ligne (UMF, GMF ou CMA) puissent bénéficier de support direct de la DSP. Afin de formaliser la nature de ce soutien, ces derniers pourraient, en outre, se voir confier des mandats spécifiques en prévention par l'Agence dans le cadre d'entente spécifiques.

### **Recommandation 7**

L'Agence recommande

- que la mission prévention soit non seulement maintenue mais développée et valorisée;
- que la réalisation des plans locaux de santé publique soit considérée comme prioritaire et intégrée dans les ententes de gestion.

*Valoriser la prévention et lui octroyer les budgets requis*

Les ressources requises pour appuyer le déploiement de « *La prévention en actions* », ont été estimées à 42 M\$. De ce montant, 12 M\$ étaient prévus pour soutenir l'action intersectorielle nécessaire et prendre collectivement le virage préventif tant à l'échelle régionale que locale.

Sachant que les développements budgétaires en santé publique viennent de façon très graduelle au plan national, et que les ressources consacrées directement à cette priorité sont très limitées (55,6 M\$ sur 4,6 milliards \$), il est primordial de prendre les mesures qui s'imposent pour s'assurer que les budgets de prévention nécessaires au déploiement des plans locaux de santé publique soient maintenus et développés.

### **Recommandation 8**

L'Agence recommande :

- que les modalités d'allocation des ressources prévoient le maintien et le développement des budgets affectés à la réalisation de chacun des plans locaux de santé publique et que ceux-ci fassent l'objet d'une clause spécifique de l'entente de gestion entre l'Agence et chacun des centres de santé et de services sociaux;
- que le transfert des ressources du programme de santé physique vers le programme de santé publique, ou autres activités de prévention comprises dans les autres programmes-services, soit possible mais non l'inverse.

## *Des ressources consacrées à la santé publique au niveau local*

L'organisation d'une première ligne forte où les budgets de la prévention sont maintenus et développés en fonction d'un plan d'action en santé publique établi comme une priorité commande la désignation d'un cadre supérieur responsable de la santé publique au sein de chaque centre de santé et de services sociaux. À titre de cadre supérieur, cette personne serait responsable de la gestion du programme local de santé publique, ce qui permettrait à la Direction de santé publique de l'Agence et aux partenaires intersectoriels de mieux coordonner leurs actions et d'avoir un interlocuteur connu et imputable de la gestion des activités de santé publique, notamment, de la mobilisation en situation d'urgence.

### **Recommandation 9**

L'Agence recommande :

- Que chacun des centres de santé et de services sociaux désigne un cadre supérieur comme responsable de la prévention qui coordonne, en lien avec les partenaires intersectoriels du milieu, les plans locaux de santé publique;
- Que chacun des centres de santé et de services identifie l'équipe et les ressources qui seront affectées au déploiement du plan local de santé publique

*L'adhésion des centres de santé et de services sociaux au mouvement « Des hôpitaux pour la promotion de la santé » de l'OMS.*

Cinq des douze centres de santé et de services sociaux incluront une mission hospitalière. Compte tenu de la mission préventive des centres de santé et de services sociaux et leur responsabilité locale en matière de santé publique, l'Agence recommande qu'ils s'inscrivent dans les orientations mises de l'avant par l'Association des hôpitaux pour la promotion de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé.

Le but de ce mouvement international regroupant 25 pays et plus de 700 hôpitaux est d'améliorer la qualité des services en supportant la réalisation d'activités de promotion de la santé, de prévention des maladies et de réadaptation dans les hôpitaux. La promotion de la santé est considérée comme faisant intégrante de leur mission.

Cette association internationale, parrainée par l'OMS, a développé des balises, des normes et des guides supportant le passage d'une culture institutionnelle curative à une culture tournée vers la santé des patients, de leurs proches et du personnel, et soucieuse d'un environnement sain (annexe 7).

### **Recommandation 10**

L'Agence recommande :

- l'adhésion des centres de santé et de services sociaux intégrant un hôpital au projet de l'OMS : *Hôpitaux pour la promotion de la santé*;
- l'inclusion, dans les ententes de gestion, de l'implantation des normes développées par l'OMS concernant la promotion de la santé en milieu hospitalier.

### 3.2 Services généraux – activités cliniques et d'aide

Le nouveau programme des services généraux présenté par le MSSS est avant tout un programme budgétaire qui regroupe différents éléments de la dépense des établissements, (voir tableau ci-contre).

De façon générale, les centres de santé et de services sociaux doivent harmoniser l'offre des services généraux offerts par les CLSC regroupés. Chaque CLSC a déjà développé ces services pour répondre aux besoins spécifiques de sa population, quelquefois différents du CLSC voisin. Aussi, les centres de santé et de services sociaux doivent prendre en compte des paramètres ministériels définissant les services généraux tout en considérant certains programmes régionaux ou sous-régionaux existants, lesquels ont été basés sur une masse critique de demandes ou en fonction d'une expertise particulière.

Parmi les nombreuses composantes des services généraux, les huit suivantes nécessitent d'être commentées.

#### 3.2.1 Information orientation : services d'accueil

Les services d'accueil-évaluation-orientation offerts en CLSC sont actuellement accessibles sur place et par téléphone. Les centres de santé et de services sociaux doivent évaluer, s'il y a lieu, de centraliser leurs services téléphoniques. Dans le cas des services offerts avec ou sans rendez-vous dans les CLSC, différents facteurs, comme l'accessibilité (proximité) des services, seront à prendre en compte.

#### 3.2.2 Soutien diagnostique : centres de prélèvement

La création des centres de santé et de services sociaux exige l'établissement de liens nouveaux pour le traitement des analyses de laboratoire puisque l'offre de service des CHSGS, regroupés ou affiliés, comprend les analyses de laboratoire. L'application de ce modèle implique un examen de la distribution des volumes d'analyses entre les centres de production.

De plus, dans six des 12 futurs centres de santé et de services sociaux, des centres de prélèvements sans rendez-vous existent déjà alors qu'ils sont à créer dans les six autres territoires.

#### *Services généraux*

- Information/orientation
- Soutien diagnostique
- Services infirmiers :
  - Info-Santé CLSC
  - Évaluation/orientation/référence
  - Consultations professionnelles en soins infirmiers
  - Disponibilité en soins infirmiers
  - Planification des naissances, consultations professionnelles et suivi en sexualité
  - Suivi pré et post IVG
  - Contact à la suite de l'avis de grossesse
  - Visite systématique post-natale et post-adoption
  - Service auprès des parents, du nourrisson et des jeunes enfants et soutien à l'allaitement maternel
  - Enseignement de base auprès des malades chroniques
  - Visite préventive chez les personnes de 75 ans et plus
- Services psychosociaux pour les jeunes et les adultes :
  - Info-Social CLSC
  - Évaluation/orientation/référence
  - Consultations professionnelles et suivi
  - Interventions psychosociales d'urgence
- Services de sages-femmes
- Services de nutrition
- Services de réadaptation physique
- Services à domicile pour les personnes postopérées et post-hospitalisées
- Services en organisation communautaire
- Services en milieu scolaire et en centre de la petite enfance :
  - Service de santé et détection précoce
  - Consultations professionnelles psychosociales
- Services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre

### 3.2.3 Services infirmiers : Info-santé

Le mode d'organisation actuel d'Info-Santé repose sur les 29 CLSC existants qui assurent ce service du lundi au vendredi, de 8 heures à 20 heures. Le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés, quatre centrales se partagent l'ensemble des appels. Le regroupement des ressources en 12 centres de santé et de services sociaux, permet d'envisager une restructuration en 12 points de chutes plutôt qu'en 29 et d'examiner la pertinence d'une couverture horaire élargie d'Info-santé pour chaque centre de santé et de services sociaux.

En regard des centrales, le découpage proposé permet le maintien des quatre centrales avec les mêmes rattachements de territoires. Seul un territoire serait appelé à changer, soit le CLSC Saint-Michel actuellement desservi par la centrale de Villeroy, et pourrait être desservi par la centrale de Rosemont comme le CLSC Saint-Léonard. Le nouveau contexte exige que les douze centres de santé et de services sociaux revoient le nombre requis de centrales afin de maintenir les services d'Info-santé en activité 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

#### **Exemples de mandats régionaux ou sous-régionaux**

Réfugiés SARIMM : CLSC Côte-des-Neiges

Côté cour : CLSC Plateau Mont-Royal

IVG : CLSC des Faubourgs, Montréal-Nord, Rivière-des-Prairies

Sida : CLSC Ahuntsic, des faubourgs, Métro, Saint-Michel

Urgences sociales (hébergement) : CLSC de Rosemont

Psychiatrie justice : CLSC des Faubourgs

#### **Expertise particulière**

Itinérance : CLSC des Faubourgs

### 3.2.4 Services infirmiers - Services psychosociaux aux jeunes et adultes

De leur côté, les services de santé courants offerts par le personnel infirmier en CLSC ainsi que les services psychosociaux courants offerts avec et sans rendez-vous, doivent être arrimés avec les mandats régionaux ou sous-régionaux assumés par certains CLSC et avec l'expertise particulière développée par d'autres.

### 3.2.5 Services de sages femmes

Seulement deux maisons offrent actuellement des services de sages femmes en maison de naissance. Ces installations sont gérées par les CLSC Côtes-des-Neiges et Lac St-Louis. Les centres de santé et de services sociaux devront donc s'arrimer avec ces ressources.

### 3.2.6 Services à domicile pour les personnes postopérées et posthospitalisées

Bien que les CLSC aient créé des liens avec plusieurs CHSGS pour les soins posthospitaliers, il y a lieu de revoir le cadre de référence « CHCD-CLSC-médecins traitants » qui guide l'articulation des différents acteurs. Les centres de santé et de services sociaux devront examiner et identifier les liens à modifier et à créer.

### 3.2.7 Services en milieu scolaire et en centre de la petite enfance

Au même titre que les services en milieu scolaire se poursuivent, les autres services déjà offerts en CLSC seront maintenus. Par ailleurs, comme les territoires des commissions scolaires et les 12 territoires de centres de santé et de services sociaux ne se juxtaposent pas systématiquement, la desserte de certaines écoles devra être révisée et ajustée au besoin. Quant aux services en centre de la petite enfance, ils seront à consolider ou à implanter parallèlement au parachèvement du réseau de garderies.

### *3.2.8 Services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre*

Des plans de mesures d'urgence existent depuis longtemps dans tous les établissements du réseau pour des sinistres internes ou externes (pandémie, réception massive de blessés, décontamination, aide aux sinistrés, etc.) tant pour le volet psychosocial qu'en santé physique. Les centres de santé et de services sociaux devront réviser et harmoniser les plans des établissements regroupés. Des liens devront avoir été établis entre les centres de santé et de services sociaux et les arrondissements de la ville. Pour sa part, l'Agence continuera d'assumer son rôle de coordination des mesures d'urgence.

### **3.3 Services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne en CLSC**

Les services médicaux sont inégalement développés d'un CLSC à l'autre. Cet état de chose est dû essentiellement à des problèmes de recrutement et de rétention de médecins. Il est à prévoir que la masse critique de médecins omnipraticiens, nécessaire pour desservir une population élargie, fera défaut dans certains centres de santé et de services sociaux. L'arrimage avec les centres médicaux associés (CMA), les groupes de médecins de famille (GMF) et les cabinets privés sera une stratégie à poursuivre pour pallier l'impact du découpage géographique sur l'offre de services des omnipraticiens.

### **3.4 Services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement**

La réorganisation des services aura un impact sur cinq composantes des services aux personnes en perte d'autonomie : le service régional d'admission, la garde infirmière et médicale associée, les corridors vers les services spécialisés, les modalités d'articulation avec les entreprises d'économie sociale et enfin, l'organisation des ressources de type familial et les ressources intermédiaires.

#### *3.4.1 Service régional d'admission*

Des impacts sont prévisibles sur le processus actuel de gestion des demandes d'hébergement en ressources institutionnelles ou non-institutionnelles du réseau des CHSLD et conséquemment, sur le service régional des admissions de l'Agence. En effet, si on confie aux centres de santé et de services sociaux la responsabilité de répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle de leur sous-région, y compris à leurs besoins en hébergement, on devra aussi leur confier la responsabilité de :

- l'accueil, l'analyse, l'orientation et le suivi des demandes d'hébergement;
- l'adaptation du parc de ressources dont ils disposent en fonction des besoins de la clientèle à desservir (ex : fermeture de lits, rehaussement de lits, développement de ressources non-institutionnelles, etc.).

Ces responsabilités devront s'exercer en fonction des balises définies par l'Agence en termes d'orientations et de résultats à atteindre.

Il est à noter que certaines conditions devront préalablement être rencontrées, dont :

- l'assurance d'un accès équitable aux ressources d'hébergement pour toute la clientèle de la région, quel que soit son lieu de résidence;
- la continuité de traitement des demandes concernant les clientèles de moins de 65 ans ayant des besoins d'hébergement institutionnel (10 à 12 %) et qui ont déjà accès aux services d'hébergement des CHSLD actuels;
- la mise en place de systèmes d'information qui permettent de suivre l'évolution des clientèles et la gestion des lits dans chaque centre de santé et de services sociaux.

De plus, même si la majorité des orientations et des admissions en hébergement est traitée localement par chacun des centres de santé et de services sociaux avec leur guichet unique, une fonction régionale devra être maintenue, à l'Agence ou dans un des centres de santé et de services sociaux, afin de s'occuper notamment :

- de traiter les demandes d'admissions et d'orientations dans des ressources à caractère régional et spécialisé (ex.: unités spécifiques, profil ethnoculturel, déficience auditive ou visuelle, etc.);
- de permettre au système de se doter de mécanismes d'autorégulation pour faire face à des situations de crise (ex.: relocalisation urgente, engorgements importants de lits en CHSGS par des personnes en attente d'hébergement, etc.);
- de faciliter des échanges de ressources entre centres de santé et de services sociaux lorsque les besoins et le choix de la clientèle l'exigent;
- de régler des litiges interétablissements;
- de négocier et gérer les ententes interrégionales au sujet des admissions.

D'ici à ce que les conditions de réalisation soient rencontrées et que toutes les analyses soient réalisées, le système régional d'admission actuel devra continuer ses activités tout en adaptant son fonctionnement à la nouvelle réalité. Une période minimale de deux ans est envisagée.

### 3.4.2 *Garde infirmière et médicale associées*

La garde infirmière et médicale associée (qui repose sur l'infrastructure d'Info-Santé) fait partie intégrante de la gamme des services de première ligne susceptibles d'être utilisés par les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. À l'instar des services Info-Santé, les centrales, prenant la relève le soir, la nuit, les fins de semaine et lors des congés fériés pourraient être réévaluées. Par conséquent, l'infrastructure de la garde infirmière et médicale est à redéfinir.

### 3.4.3 *Corridors pour les services spécialisés*

L'implantation des centres de santé et de services sociaux aura aussi des impacts sur l'accessibilité à certains services spécialisés déjà utilisés par les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement :

- 15 CHSGS se partagent 310 lits de gériatrie auxquels s'ajoutent 36 lits dans deux CHSLD. Des services de gériatrie sont également disponibles en clinique externe;
- la région compte huit hôpitaux de jour qui desservent chacun un territoire géographique prédéterminé. Six de ces hôpitaux de jour sont administrés par un CHSLD (CHSLD Champlain-Manoir de Verdun, CHSLD-CLSC Nord de l'Île, Centre hospitalier Jacques-Viger, Centre hospitalier gériatrique Maimonides, Institut universitaire de gériatrie, CHSLD Lucille-Teasdale, pavillon J-Henri Charbonneau). Les deux autres sont situés aux Centre hospitalier de Lachine et à l'Hôpital Royal Victoria. Avec le nouveau découpage territorial, quatre centres de santé et de services sociaux n'ont pas d'hôpital de jour sur leur territoire. Une entente de service avec l'hôpital de jour qui les dessert actuellement devra être établie dans un premier temps. Par la suite, les centres de santé et de services sociaux devront examiner la pertinence de développer ce type de ressources sur leur territoire;
- six établissements de la région, soit cinq CLSC (LaSalle, Métro, Olivier-Guimond, Petite Patrie, Saint-Léonard) et un centre hospitalier (Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Coeur), ont le mandat d'offrir des services de psychogériatrie à domicile et se partagent le territoire de l'île de Montréal. La création de 12 centres de santé et de services sociaux implique d'en revoir la sectorisation.;

**4 centres de santé et de services sociaux n'ont pas d'hôpital de jour sur leur territoire :**

Ahuntsic, Montréal-Nord;  
Villeray, Petite Patrie;  
Saint-Michel, Saint-Léonard;  
Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et  
Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est.

- plus d'une trentaine de centres de jour sont dénombrés dans la région. Ils sont gérés par des CHSLD, des CHSLD-CLSC ou par des CLSC. Une première observation permet de conclure à une distribution appropriée de ces ressources dans l'ensemble des centres de santé et de services sociaux proposés.

De façon générale, dans le contexte de l'implantation des centres de santé et de services sociaux, les modalités d'accès à ces services devront faire l'objet d'une attention particulière afin d'en assurer un accès équitable à toute la clientèle de la région.

#### 3.4.4 Entreprises d'économie sociale

À la suite du nouveau découpage, les centres de santé et de services sociaux et les entreprises d'économie sociale pourraient être appelés à réviser leurs ententes et leurs liens territoriaux.

#### 3.4.5 Ressources de type familial (RTF) et ressources intermédiaires (RI)

Deux CHSLD sont actuellement responsables de ressources de type familial, trois autres de ressources intermédiaires et un sixième est responsable des deux types de ressources. Ces six CHSLD font partie de six centres de santé et de services sociaux différents. Les six autres centres de santé et de services sociaux ne bénéficient donc pas de ce type de ressources.

L'accès à ces ressources est présentement possible pour toute la population de la région via le système régional d'admission. Cependant, elles sont encore insuffisamment développées. Il faut donc investir dans le développement de ces ressources, même dans les six centres de santé et de services sociaux qui en possèdent actuellement.

En attendant un développement plus équitable entre les douze centres de santé et de services sociaux, l'accès aux ressources intermédiaires et de type familial, pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, devra demeurer régional.

##### **CHSLD gestionnaires de RTF**

St-Margareth  
Lucille Teasdale

##### **CHSLD gestionnaires de RI**

Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est  
Centre-Ville  
Nord de l'Île

##### **CHSLD gestionnaire de RTF – RI**

Maimonides

### 3.5 Déficience physique

Le programme de réadaptation en déficience physique est destiné aux personnes de tout âge « dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et dont la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux est ou risque d'être réduite »<sup>6</sup>. Plusieurs types de ressources offrent des soins et services à la clientèle atteinte de déficience physique.

#### 3.5.1 Centres de réadaptation (CR) en déficience physique

Six centres de réadaptation collaborent à l'offre de services en déficience physique sur l'île de Montréal pour les quatre types de déficiences (auditive, visuelle, motrice et parole-langage) : le CR Constance Lethbridge, le CR Lucie Bruneau, le Centre Mackay, l'Hôpital Marie Enfant,

<sup>6</sup> Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009. MSSS, 15 octobre 2003.

l'Institut Raymond Dewar et l'Association montréalaise pour les aveugles. De plus, l'Institut Nazareth et Louis-Braille, situé en Montérégie, dispense des services à Montréal.

Outre les services visant le développement ou le maintien de l'autonomie fonctionnelle, le programme en déficience physique offre des services afin de compenser les incapacités persistantes des personnes touchées et soutenir leur participation sociale. Ils s'adressent à une clientèle présentant une déficience et des incapacités motrices liées à une amputation, à des lésions médullaires, à un accident vasculaire cérébral, à une paralysie cérébrale, etc.

Le nouveau découpage territorial aura un impact sur les territoires historiques de desserte des centres de réadaptation et des ajustements seront requis.

### *3.5.2 Centres hospitaliers de réadaptation (CHR) en déficience physique*

Six centres hospitaliers de réadaptation (CHR) offrent des services de réadaptation en déficience physique. Ces services sont minoritaires dans cinq des six CHR. Seul l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM) est déjà désigné pour offrir les services spécialisés de réadaptation en déficience physique. Il est recommandé de regrouper et de concentrer le programme au sein d'un autre CHR, le Centre hospitalier Lindsay. Sa mission doit être complémentaire à celle de l'IRM et répondre aux conditions requises.

Les centres de santé et de services sociaux de la région seront tenus d'identifier les liens à développer avec ces services spécialisés en déficience physique.

### *3.5.3 Hébergement en déficience physique*

La vocation suprarégionale pour l'hébergement des personnes sourdes du CHSLD Manoir-Cartierville doit être maintenue et octroyée au Centre de santé et de services sociaux Saint-Laurent/Nord-de-l'Île.

### *3.5.4 Ressources de type familial et ressources intermédiaires*

Le manque de ressources intermédiaires et familiales en déficience physique est problématique. Une étude financée par l'Agence est en cours afin de déterminer les ressources requises pour les clientèles francophone et anglophone.

## **3.6 Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED)**

Avec la réorganisation du réseau, des implications sont aussi à prendre en compte en regard des besoins de la clientèle atteinte de déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement. Sept types d'impacts sont documentés : les territoires des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et les territoires des centres de santé et de services sociaux, les modalités d'admission en CRDI, la programmation et la hiérarchisation des services, les corridors pour les services spécialisés, les corridors pour les services intersectoriels, la modification des tables de concertation et enfin, les ressources intermédiaires (RI) et de type familial (RTF).

### *3.6.1 Territoires des CRDI et territoires des centres de santé et de services sociaux*

Trois centres de santé et de services sociaux sont desservis par plus d'un CRDI :

- le centre de santé et de services sociaux Saint-Léonard/Saint-Michel est desservi par les CRDI Gabrielle-Major et l'Intégrale;

- le centre de santé et de services sociaux Des Faubourgs / Plateau Mont-Royal / St-Louis-du-Parc est desservi par Lisette Dupras et par le Centre de réadaptation de l'Ouest de l'île (CROM);
- Centre-Ouest à déterminer en fonction des scénarios retenus.

Différents scénarios devront être étudiés afin d'harmoniser les services sur les 12 territoires.

### *3.6.2 Modalités d'admission en CRDI*

Il n'y a pas d'impact majeur anticipé sur le fonctionnement du mécanisme d'accès en centre de réadaptation sauf une mise à jour sur le plan de la terminologie et du découpage des territoires. De plus, une concentration de ressources avec une masse critique plus importante dans les instances locales peut permettre un traitement plus rapide des demandes.

### *3.6.3 Programmation et hiérarchisation des services*

Le MSSS doit finaliser le cadre de hiérarchisation des services en déficience intellectuelle. Par la suite, des travaux seront menés par l'Agence afin de mettre à jour les services offerts, de développer une compréhension partagée de ce qui relève des services de base, des services spécialisés et ultraspecialisés et de réviser le plan d'organisation des services en déficience intellectuelle. Il sera important de soutenir le réseau pour passer du concept «gestion par type d'établissement» au nouveau concept «gestion par programme clientèle».

### *3.6.4 Corridors pour les services spécialisés*

Le Programme régional d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement (PREM - TGC) est un programme régionalisé qui devra s'ajuster avec le nouveau découpage des réseaux locaux. Il faut aussi coordonner les travaux en cours pour organiser l'offre de services aux TED, notamment la définition des corridors de services pour l'évaluation diagnostique TED, qui est confiée actuellement à quatre centres hospitaliers (Hôpital Douglas, l'Hôpital de Montréal pour Enfants du CUSM, l'Hôpital Sainte-Justine. et l'Hôpital Rivière-des-Prairies).

### *3.6.5 Corridors pour les services intersectoriels*

En transport adapté, des impacts sont à prévoir sur le plan de dispensation de services. La STM dispose d'un système informatisé pour gérer les demandes des usagers du transport adapté. Dès la confirmation des instances et un plan d'organisation des services bien précisé, la STM doit être avisée très rapidement pour que les adaptations soient faites sans que les usagers soient pénalisés.

### *3.6.6 Tables de concertation*

Il faut repenser l'organisation des tables de concertation : faut-il aller vers 12 tables locales avec un représentant des tables locales qui siègerait à une table régionale?

### *3.6.7 Ressources intermédiaires et RTF*

La gestion des RI-RTF doit demeurer telle qu'elle est pour le moment. En effet, ces nombreuses ressources sont réparties de façon inégale à Montréal et dans les régions avoisinantes. Elles hébergent une clientèle très diversifiée et leur gestion demande une expertise particulière. De plus, des contrats existent entre les établissements gestionnaires et les ressources.

Un bilan de la situation est préalable à toute modification. Dans la perspective où le MSSS favorisera une décentralisation des ressources dans les 12 territoires il faudra :

- examiner la faisabilité d'équilibrer la localisation géographique des RTF-RI qui sont aujourd'hui concentrées dans certains territoires;
- évaluer si tous les niveaux de responsabilités (suivi des ressources et/ou suivi des clients) ont avantage à être intégrés dans les centres de santé et de services sociaux et pour quelles clientèles;
- évaluer le bénéfice attendu d'un tel transfert de responsabilités pour la clientèle et estimer la pertinence de faire ce transfert au niveau des coûts / bénéfices.

### 3.7 Jeunes en difficulté (0-17 ans)

Pour le programme « Jeunes en difficulté (0-17 ans) », les impacts de la reconfiguration du réseau sur les services de première ligne, les services spécialisés, l'admission et le guichet unique, les ententes et collaborations ainsi que les ressources de type familial et intermédiaire sont traités.

#### 3.7.1 Services de première ligne

Les mesures du programme « Jeunes en difficulté 0-17 ans » liées aux services de première ligne dispensés en vertu de la LSSSS, s'appliquent dans tous les centres de santé et de services sociaux. Le regroupement de CLSC au sein d'un même établissement ainsi que la présence d'un plus grand nombre d'usagers pouvant présenter les mêmes problèmes (masses critiques) peuvent permettre d'offrir, sur l'ensemble des territoires, une gamme commune et plus complète de services de première ligne pour les enfants, les adolescents et leur famille.

Les services psychosociaux de première ligne du Programme « Jeunes en difficulté » devront faire l'objet d'arrimage avec les autres programmes et services (Déficience physique, intellectuelle, santé mentale, dépendances, etc.) et ce, pour les clientèles présentant plusieurs problèmes.

Enfin ces services devront aussi faire l'objet d'arrimage avec ceux offerts dans le cadre du programme « Services généraux-activités cliniques et d'aide » et celui de santé publique, notamment pour tout ce qui touche la périnatalité, la petite enfance et la jeunesse.

#### 3.7.2 Services spécialisés

Les services spécialisés (2<sup>e</sup> ligne) sont dispensés par les deux centres jeunesse de la région aux jeunes en difficulté et leur famille dans chacun des territoires des instances locales. Aucun changement n'est prévu à court terme.

Une importance accrue doit être cependant accordée à la dispensation de ce type de services à proximité des milieux de vie et ce, en complémentarité aux services de 1<sup>re</sup> ligne. Les modalités peuvent varier, allant d'une déconcentration des services spécialisés sur le territoire local, à l'établissement d'ententes entre les établissements.

#### **Responsabilités des Centres jeunesse**

- Les services d'urgence sociale requis par la situation d'un jeune en vertu de la LPJ et de la LSJPA;
- L'assistance et support aux jeunes et à la famille (intervention psychosociale dans le cadre de l'application des mesures (LPJ), intervention de crise et suivi intensif, programme de réintégration sociale pour les jeunes de 16 à 18 ans, etc.);
- Le placement et la gestion de réseaux de milieux de vie substituts;
- L'adoption;
- La recherche d'antécédents biologiques et les retrouvailles;
- La médiation et l'expertise psychosociale à la Cour supérieure sur la garde d'enfants;
- Les fonctions suivantes qui sont sous la responsabilité exclusive du Directeur de la protection de la jeunesse
  - Réception/traitement des signalements
  - Évaluation/orientation des demandes d'intervention auprès des jeunes contrevenants
  - Révision des mesures

### 3.7.3 Admission et Guichet unique

Actuellement, les admissions se font par différentes portes d'entrée : accueil dans les CLSC, services sociaux scolaires, réception et traitement des signalements (Direction de la protection de la jeunesse), références au directeur provincial en fonction de la loi sur le système de justice pénale. Ces deux dernières portes d'entrée sont rattachées administrativement aux centres jeunesse.

Dans le cadre du programme « *Services généraux-activités cliniques et d'aide* », il importe de rappeler la mesure du Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 prévoyant la mise sur pied d'un guichet enfance-famille-jeunesse pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation des demandes de services psychosociaux pour les enfants, les jeunes et les familles. Jusqu'à présent, les services offerts par les CLSC en milieu scolaire font partie intégrante de ce guichet. Ce mécanisme d'accès devra être simple et bien connu de l'ensemble de la population.

Cette mesure ne concerne toutefois pas la réception et le traitement des signalements ainsi que les fonctions d'évaluation et d'orientation en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse, sous la responsabilité du DPJ, ainsi que les références en fonction de la Loi sur la justice pénale pour les adolescents (LSJPA), sous la responsabilité du DPJ et dont la responsabilité administrative relève des Centres jeunesse.

Les modalités d'implantation de ce type de guichet restent à définir par chaque instance et ce, en fonction des besoins de la population et des caractéristiques de son territoire.

### 3.7.4 Ententes et modalités de collaboration

Il existe déjà aux niveaux régional et local, des ententes ou modalités entre les divers partenaires du réseau sociosanitaire, offrant des services de base (1<sup>re</sup> ligne) et spécialisés (2<sup>e</sup> ligne) aux jeunes en difficulté et à leur famille. Ces ententes devront être adaptées en fonction des nouvelles balises présidant à la réforme. Plus particulièrement, il s'agit ici :

- du Guide de collaboration CLSC-Centres jeunesse qui vise, dans une perspective de continuité et de complémentarité, un partage des responsabilités entre ces deux établissements. L'application de ce guide doit viser en priorité les jeunes dont le signalement n'a pas été retenu et dont les situations requièrent la dispensation de services.
- de la poursuite de l'expérimentation et de l'évaluation du modèle d'équipe intervention jeunesse sur une base locale et réunissant divers partenaires du réseau pour donner une réponse aux besoins des jeunes et des familles dont les situations font l'objet d'une impasse clinique ou administrative.

D'autres ententes restent à élaborer ou à consolider, notamment celles permettant l'accès à des services offerts dans le cadre des programmes suivants :

- santé mentale : des ententes sont prévues au Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, des mesures visant à favoriser un meilleur accès aux services de santé mentale tant en CLSC, CHSGS que dans les Centres jeunesse pour la clientèle des jeunes hébergés;
- déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- dépendances;
- déficience physique;
- santé physique.

Des travaux actuellement en cours au MSSS et visant à préciser les différents paramètres du continuum de services spécialisés pour les jeunes et leur famille, viendront baliser les paramètres de ces ententes.

Il faut enfin noter l'importance des collaborations avec les divers partenaires issus d'autres secteurs (Ville de Montréal, réseau des CPE, commissions scolaires, de la justice, etc.). Certaines existent déjà, dont :

- le cadre de collaboration entre le Regroupement des centres de la petite enfance de l'Île de Montréal, les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, le Regroupement des CLSC de Montréal et le Centre jeunesse de Montréal;
- l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes);
- l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

L'ensemble de ces ententes entre les établissements du réseau ou d'autres partenaires seront à revoir en fonction de nouveaux réseaux locaux, de la définition des nouveaux territoires qui s'y rattachent et de l'importance à accorder à la dispensation de services à proximité des milieux de vie des clientèles.

### *3.7.5 Ressources intermédiaires et ressources de type familial*

La LSSSS prévoit que les centres jeunesse sont responsables des placements et de la gestion de milieux de vie substituts. Au fil des années, ils ont ainsi développé une expertise en cette matière.

La distribution des ressources intermédiaires et familiales entre les instances locales apparaît difficilement réalisable compte tenu :

- de la répartition inégale de ce types de ressources sur les différents territoires;
- du grand volume de ressources dans la région de Montréal;
- du défi de gestion qu'elles représentent;
- de la complexification des tâches de gestion notamment due à la nécessité d'établir des ententes entre les instances locales pour répondre aux besoins des jeunes en difficulté dans leur territoire respectif.

Le maintien de la responsabilité RTF-RI aux centres jeunesse représente une garantie de la stabilité du continuum de services existants.

## **3.8 Dépendances**

### *3.8.1 Alcoolisme et toxicomanies*

#### **Les services de première ligne**

Les problèmes de dépendance (alcoolisme et toxicomanie) et les problèmes liés à la dépendance (violence, décrochage, accidents, maladies et décès) doivent être reconnus et faire l'objet d'une organisation de services dans chacune des centres de santé et de services sociaux. Pour se faire, il faudra :

- maintenir et développer les programmes de prévention;
- rendre les services médicaux disponibles pour le traitement des dépendances;
- former les intervenants de première ligne au dépistage et à l'intervention précoce.

Actuellement, le Programme régional en prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies est implanté dans 17 des 29 territoires de CLSC. Dans le cadre du nouveau découpage territorial, seul le centre de santé et de services sociaux de Lac Saint-Louis /Pierrefonds ne dispose pas d'une infrastructure de base pour ce programme.

Le programme Alcochoix vise le contrôle de la consommation. C'est un programme offert par les CLSC Mercier-Est / Anjou, La Petite Patrie, Nord de l'Île et Lac Saint-Louis et qui devra rester accessible à l'ensemble de la population de la région.

#### **Les services spécialisés**

Le statut particulier de l'Hôpital Saint-Luc du CHUM, de l'Hôpital général de Montréal du CUSM et de l'Hôpital général Juif devra être pris en considération lors des ententes pour le traitement des dépendances. Ils détiennent un mandat suprarégional pour le traitement à la méthadone et pour les services de désintoxication médicale, notamment pour la clientèle anglophone.

Des corridors de services seront requis par les centres de réadaptation pour obtenir des services médicaux en santé physique et en santé mentale.

#### **Ressources intermédiaires et familiales**

Il n'existe pratiquement pas de ressources intermédiaires et familiales pour les personnes dépendantes. En tout, six familles rattachées au Centre Dollard-Cormier offrent 33 places. Il n'existe aucune ressource intermédiaire.

#### *3.8.2 Jeu pathologique*

Les services de traitement pour contrer le jeu pathologique sont déjà distribués sur une base régionale. Ils resteront accessibles à l'ensemble de la clientèle provenant de tous les réseaux locaux. Les services offerts sont :

- ligne d'aide téléphonique (24 / 7);
- intervention de crise au Casino (joueurs du Casino exclusivement);
- thérapie pour adolescent(e)s au Centre Jean Lapointe;
- thérapie au centre de crise Le Transit.

Le Plan 2003-2004 « *La santé en actions* » prévoit toutefois le développement de services de première ligne dans les réseaux locaux.

Les ententes existantes devront être maintenues. Il faudra en outre élaborer des mécanismes d'accès entre les centres de santé et de services sociaux et les services spécialisés (Centre Dollard-Cormier, Maison Jean Lapointe, Pavillon Foster et Orientation Praxis) en fonction des besoins et de la concentration de la clientèle.

#### ***Ententes existantes***

- Entente entre l'Agence et le Pavillon Foster (relevant de l'Agence de la Montérégie) pour desservir la clientèle anglophone et la clientèle provenant des communautés culturelles;
- Entente pour les services d'intervention en situation de crise avec Maison Jean Lapointe et Centre de crise Le Transit.

### 3.9 Problèmes sociaux montréalais

#### 3.9.1 Itinérance

##### Services de première ligne

Toutes les instances locales devront être en mesure d'assurer l'accès aux personnes sans domicile fixe (SDF) aux programmes des services généraux des centres de santé et de services sociaux. En itinérance, les services de 1<sup>re</sup> ligne s'offrent en partenariat avec d'autres acteurs dont la Ville, le Service de police et les organismes communautaires (ex. : UPS-Justice, hébergement d'urgence durant la saison froide, repas et accompagnement, etc.).

Le CLSC des Faubourgs a développé une expertise particulière auprès des personnes sans domicile fixe et dispose d'une équipe vouée à cette clientèle (adulte, jeune) pour des services médicaux, psychosociaux et pour le travail de rue.

##### Services spécialisés

Les SDF doivent accéder directement à des services spécialisés en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique dans les centres de réadaptation prévus à cet effet. Des corridors de services sont à développer entre les centres de santé et de services sociaux et les services spécialisés dans les territoires avec une plus forte concentration de clientèles. Il existe déjà des corridors de services spécialisés pour les clientèles avec double problématique santé mentale et toxicomanie entre le CR Dollard-Cormier et le CH Louis-H. Lafontaine.

#### 3.9.2 Violence conjugale

##### Services de première ligne

En matière de violence conjugale, les services de première ligne offerts par les centres de santé et de services sociaux sont : le dépistage, la prévention, l'intervention individuelle et de groupe auprès des femmes victimes de violence conjugale, des enfants exposés à la violence conjugale, des conjoints violents et des agresseurs. C'est le CLSC du Plateau Mont-Royal qui assume un mandat régional pour les services psychosociaux à la cour, alors que le CLSC Saint-Louis-du-Parc offre une formation sur le dépistage.

##### Services spécialisés

Les services spécialisés sont offerts par les centres jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse, notamment à partir des signalements retenus. Des ententes de services entre les instances locales et les Centres jeunesse seront nécessaires, de même que des collaborations avec les organismes communautaires.

##### *Ententes*

- Application de l'entente de collaboration CJ-CLSC;
- Application du Protocole de collaboration intersectorielle pour les enfants exposés à la violence conjugale.

#### 3.9.3 Agressions sexuelles

En matière d'agressions sexuelles, les services offerts par les centres de santé et de services sociaux et les quatre centres désignés pour l'utilisation des troussees médicolégales et médicosociales (CHUM, CUSM, Hôpital Sainte-Justine et Hôpital de Montréal pour enfants) sont : le dépistage, la prévention et l'offre de services spécifiques aux personnes victimes et aux agresseurs, notamment en suivis individuels et en groupes d'entraide.

La révision des ententes déjà établies entre les divers fournisseurs de services (CLSC, DPJ, santé mentale, déficience intellectuelle et déficience physique) sera nécessaire, tout comme le maintien du mandat confié aux centres désignés.

### 3.9.4 Prostitution - Services de première ligne

#### Services généraux

Les personnes concernées devront avoir accès aux services généraux dans les centres de santé et de services sociaux, incluant le dépistage et la prévention des MTS, du VIH, de l'hépatite C, etc..

#### Services spécialisés

Les instances locales référeront aux services spécialisés selon les besoins identifiés : toxicomanie, santé mentale, etc.

## 3.10 Santé mentale

### 3.10.1 Programmation et hiérarchisation des services

En santé mentale, des travaux devront être complétés tant par le MSSS que par l'Agence afin de :

- définir et mettre à jour le panier de services;
- classifier les services en s'appuyant sur le canevas du ministère portant sur la hiérarchisation des services;
- refaire le portrait de l'offre des services des différents dispensateurs de services à partir des nouvelles instances locales;
- définir les mandats et responsabilités, pour les services ambulatoires et hospitaliers (centres de santé et de services sociaux versus autres établissements);
- définir les budgets moyens par service;
- évaluer la pertinence de l'organisation de services actuelle (est-ce que les services sont dispensés par les dispensateurs les plus appropriés en terme de qualité et de coût/bénéfice?);
- et, en fonction des résultats, préparer, avec les partenaires, un plan de transformation des services de santé mentale tenant compte des réalités actuelles.

### 3.10.2 Services de psychiatrie et de pédopsychiatrie dans les centres de santé et de services sociaux

Seulement trois centres de santé et de services sociaux projetés intègrent des hôpitaux ayant un département de psychiatrie et seulement un disposera d'un département de pédopsychiatrie (La Petite Patrie/Villeray).

#### **Centres de santé et de services sociaux ayant un département de psychiatrie**

Lac Saint-Louis/Pierrefonds;  
Ahuntsic/Montréal-Nord;  
Petite-Patrie/Villeray.

La psychiatrie générale étant considérée comme une spécialité de base devant faire partie de l'offre de services des instances locales, il y aura une offre de services inégale des centres de santé et de services sociaux à Montréal. Des solutions devront être formulées.

Dans un contexte où les effectifs médicaux (psychiatres) sont en décroissance et, compte tenu du déséquilibre marqué dans la distribution actuelle des ressources psychiatriques (tant médicales que professionnelles), une déconcentration des services pose des questions préalables. Il faudra, avec les partenaires et à partir d'un portrait remis à jour, reconsidérer toute l'organisation des services spécialisés et valider, notamment en psychiatrie, la pertinence de maintenir la déconcentration de ces spécialistes. Enfin, il faudra aussi soutenir les ententes de services entre

les établissements spécialisés (CH psychiatriques) visant une desserte équitable avec chaque instance locale.

### **Corridors pour les services spécialisés**

Il existe de nombreuses ententes interétablissements ou organismes, souvent issues de projets pilotes ou d'initiatives de partenaires, de même que des ententes interrégionales souvent informelles et à sens unique (demandes des régions à Montréal). La formalisation des corridors de services en santé mentale, dans le cadre des responsabilités des RUIS, devrait aider à clarifier la disponibilité de ressources pour la population montréalaise.

L'arrimage entre les services des médecins généralistes et des médecins spécialistes (soins partagés) devra également faire l'objet de travaux importants.

### **Accès aux services**

L'articulation entre les centres de santé et de services sociaux et certains services spécialisés devra tenir compte des mandats confiés par la loi à certaines instances ou établissements. Nous listons ci-après certains paramètres à respecter.

### **Curatelle**

Des services d'évaluation médicale et psychosociale devraient être disponibles dans tous les centres de santé et de services sociaux.

### *3.10.3 Psychiatrie légale*

#### **Aptitude à comparaître avec ou sans éléments de dangerosité**

L'évaluation de l'état mental qui doit être fait par un médecin et qui ne requiert pas d'expertise particulière pourra être offerte en première ligne, dans chaque centre de santé et de services sociaux. Pour les aptitudes à comparaître avec éléments de dangerosité, l'évaluation de l'état mental qui doit être fait par un médecin serait confiée à l'Institut Philippe Pinel (IPPM).

#### **Responsabilité criminelle**

Pour ces services de 3<sup>e</sup> ligne requérant une expertise psychiatrique particulière et un plateau technique complexe, l'IPPM demeurera l'établissement désigné.

#### **Garde**

Ces services, offerts à environ 120 personnes par an, nécessitent une hospitalisation moyenne de 6 mois mais ne requièrent aucune expertise particulière. Tous les CHSGS de Montréal sont actuellement désignés, mais l'Agence propose de ramener à 3 le nombre de CH qui seraient désignés pour ce type de service.

### *3.10.4 Loi 38.01*

#### **Garde provisoire et prolongée**

Ce service d'évaluation est déjà inclus dans les services de base en CLSC et continuera d'être offert dans chaque centre de santé et de services sociaux.

#### **Garde préventive**

- Estimation de la dangerosité pour toute clientèle liée aux centres de santé et de services sociaux, service de première ligne pour tous les centres de santé et de services sociaux;

- Estimation de la dangerosité pour clientèle en général, service d'évaluation 24/7, assumé par UPS- Justice : mandat particulier à négocier avec une ou deux instances (en fonction du volume annuel et du territoire à couvrir en fonction d'un délai de réponse de 20 minutes).

### **Réadaptation intensive et hospitalisation de longue durée**

- Confirmer ce mandat régional de 3e ligne à l'Hôpital Douglas et Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Confirmer le nombre de lits (0,15/1000 habitants et % hors région)
- Transférer le mécanisme d'accès en incluant un processus de règlement de litige

#### *3.10.5 Ressources intermédiaires et RTF*

La gestion des RI-RTF doit demeurer telle qu'elle est actuellement pour le moment. En effet, ces ressources sont nombreuses, réparties de façon inégale sur le territoire de l'île et dans les régions avoisinantes, hébergent une clientèle très diversifiée et leur gestion demande une expertise particulière. De plus, des contrats existent entre les établissements gestionnaires et les ressources.

Il est souhaitable de faire un bilan de la situation avant de faire quelque mouvement que ce soit. Dans la perspective où le MSSS favorisera une décentralisation des ressources dans les 12 territoires, il faudra :

- examiner la faisabilité d'équilibrer la localisation géographique des RTF-RI qui sont aujourd'hui concentrées dans certains territoires;
- évaluer si tous les niveaux de responsabilités (suivi des ressources et/ou suivi des clients), ont avantage à être intégrés dans les centres de santé et de services sociaux et pour quelles clientèles;
- évaluer le bénéfice attendu d'un tel transfert de responsabilités pour la clientèle et estimer la pertinence de faire ce transfert au niveau coûts/bénéfices.

#### *3.10.6 Tables de concertation*

Il faudra repenser l'organisation des tables de concertation. Faudra-t-il aller vers 12 tables locales avec un représentant des tables locales qui siègerait sur une table régionale ?

## **3.11 Santé physique**

### *3.11.1 Chirurgies*

En orthopédie, bien qu'on assiste à une concentration des chirurgies de prothèse totale de la hanche et du genou à l'Hôpital Jean-Talon et à l'Hôpital général Juif, les hôpitaux qui ont des départements d'orthopédie continuent à pratiquer ce type de chirurgie.

À l'instar de l'orthopédie, les chirurgies de la cataracte tendent à être concentrées aux centres hospitaliers de Lachine, St-Mary et Maisonneuve Rosemont. Des CH satellites interviennent également, les CH Fleury et Lakeshore. Par ailleurs, les autres CH qui ont un département d'ophtalmologie continuent à pratiquer cette chirurgie.

#### **Concentration de chirurgies :**

Prothèse totale de la hanche et du genou :

- CH Jean-Talon, CH Juif.

Cataractes :

- CH Lachine, CH St-Mary, Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- CH satellites : Fleury, Lakeshore.

Les programmes régionaux sont maintenus dans le cadre du nouveau découpage territorial.

### 3.11.2 Traumatologie

Le nouveau découpage territorial des centres de santé et de services sociaux n'a pas d'impact sur les centres tertiaires et secondaires en traumatologie et sur les centres d'expertise pour les adultes victimes de brûlures graves.

### 3.11.3 Réadaptation : Programme de santé physique

Six centres hospitaliers de réadaptation (CHR) offrent des services à la population. Les CHR offrent des soins et services dans deux programmes clientèles : la santé physique et la déficience physique.

Les soins et services du programme santé physique incluent des soins de convalescence active à court terme (jusqu'à 2 semaines) et à moyen terme (de 2 à 12 semaines) ainsi que des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). Les soins de convalescence active comprennent des soins médicaux, infirmiers et des services courants de réadaptation. Ils sont offerts à une clientèle qui, suite à un traitement ou à une intervention pour des problèmes de santé ponctuels et transitoires dans un centre hospitalier de soins aigus, ne peut retourner immédiatement à domicile.

Les services de réadaptation fonctionnelle intensive du programme santé physique sont dispensés par des professionnels de la réadaptation auprès d'une clientèle qui présente des troubles physiques transitoires, tels que les traitements requis à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, d'une fracture, etc..

Sur les 12 centres de santé et de services sociaux proposés à Montréal, cinq ne disposent pas de lits de réadaptation, soit Pierrefonds Lac St-Louis, LaSalle Lachine, Petite Patrie Villeray, Saint-Léonard Saint-Michel, Rivière-des Prairies Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est. Une proposition de rééquilibrage est en préparation afin d'assurer aux 12 centres de santé et de services sociaux les lits requis.

Il faut maintenir à Villa Médica le mandat de Centre d'expertise de l'Ouest du Québec avec l'Hôtel Dieu du CHUM pour les adultes victimes de brûlures graves.

#### **Centres tertiaires en traumatologie :**

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal ;  
Hôpital Général de Montréal du CUSM ;  
Hôpital Sainte-Justine du CHUM ;  
Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM.

#### **Centres secondaires régionaux en traumatologie :**

Hôpital Santa-Cabrini ;  
Hôpital Jean-Talon.

#### **Centres d'expertise de l'Ouest du Québec pour les adultes victimes de brûlures graves :**

Pavillon Hôtel Dieu du CHUM ;  
CHR Villa Médica.

#### **CHR publics**

Institut de réadaptation de Montréal;  
Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut;  
L'Hôpital de réadaptation Lindsay;  
Centre hospitalier Richardson.

#### **CHR privés**

Hôpital Marie-Clarac;  
Villa-Médica.



## 4. Les principales modalités de collaboration

### 4.1 Les ententes existantes

Les 88 établissements et installations ayant procédé à l'inventaire de leurs liens et corridors de services ont identifié 1327 ententes distinctes. Les protocoles et ententes interétablissements et organismes dénombrés dans la région sont présentés en annexe 8 et résumés au tableau suivant.

#### *Bilan de la cueillette d'information sur les mécanismes de coordination interétablissements*

##### **Catégories d'établissements**

	CHSLD <sup>1</sup>	CLSC	CHSP <sup>1</sup>	CRDI <sup>1</sup>	CHSGS	CJ/CR jeunes <sup>1</sup>	CRDP/ CHR	CR Dépendances	Total
Nombre total d'établissements sollicités	51	29	4	5	18	4	13	2	<b>126</b>
Nombre d'établissements ayant répondu au 27 avril 2004	28	24	4	5	17	3	5	2	<b>88</b>
Nombre d'ententes identifiées par les établissements répondants	161	444	195	54	357	67	14	35	<b>1327</b>

<sup>1</sup> Ne comprend pas les ententes avec les ressources RTF-RI

#### 4.1.1 Ententes des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

L'analyse des 122 ententes et répertoriées dans 25 CHSLD (établissements et installations), excluant les établissements à double vocation (CHSLD/CLSC), montre que :

- 19 CHSLD rapportent des ententes avec des CHSGS relativement à des services auxiliaires, tels les services de laboratoire, de stérilisation et d'entretien des équipements;
- 9 CHSLD font état de leur articulation avec les CLSC dans le cadre du « guichet unique » pour les personnes en perte d'autonomie;
- 9 CHSLD identifient des ententes pour des services de santé mentale offerts par les CH de soins psychiatriques (CHSP);
- 9 CHSLD ont établi des liens pour des services liés aux aides techniques, aux fauteuils roulants ou des services professionnels offerts par les Centres de réadaptation (CR) en déficience physique (motrice, auditive, visuelle, etc.);
- 8 CHSLD identifient les CHSLD avec lesquels ils ont convenu d'échanges de services en cas de sinistres ou dans le cadre de l'application de mesures d'urgence;
- 5 CHSLD font état d'ententes avec des Centres hospitaliers de réadaptation soit pour le transfert de la clientèle en cas d'urgence ou encore, pour des services relatifs aux aides techniques et fauteuils roulants;
- 2 CHSLD ont des liens avec le milieu de l'éducation, la recherche, l'enseignement, les relations internationales et les organismes sans but lucratif (OSBL).

#### 4.1.2 Ententes des CLSC

Dix-huit CLSC ont développé 315 ententes interétablissements. Très peu de CLSC mentionnent leur arrimage avec des CHSLD, des centres de jour, la Direction de la santé publique (programmes de prévention) ou encore leur participation à des tables de concertation.

Les faits saillants observés sont les suivants :

- l'ensemble des CLSC répondants ont établi des liens avec les CHSGS et la majorité d'entre eux ont établi des mécanismes de coordination ou des protocoles avec 3 à 5 CHSGS;
- l'articulation avec les CHSGS concerne plusieurs programmes ou services clientèles. L'encadré donne un aperçu de protocoles liant actuellement les CLSC et les CHSGS;
- presque tous les CLSC (15/18) mentionnent qu'ils ont établi des liens avec d'autres CLSC, dans le cadre de programmes régionaux ou sous-régionaux gérés par certains CLSC (ex. : Centrale Info-santé, psychogériatrie, garde infirmière et médicale, services spécifiques offerts en langue anglaise ou française, services d'aide aux victimes de violence conjugale, CSST, etc.);
- les CLSC se sont fréquemment associés pour convenir d'offrir certains programmes (ex. : soins palliatifs) ou développer des protocoles avec les CHSGS en soins posthospitaliers;
- douze CLSC font état d'ententes avec des CH de soins psychiatriques, des CHSGS ayant un département de psychiatrie ou de pédopsychiatrie et des partenaires intersectoriels (service de police, OSBL);
- dix CLSC rapportent des modalités de liaison avec des centres de réadaptation en déficience physique, des centres de réadaptation dans le traitement des dépendances, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle;
- neuf CLSC identifient des collaborations avec des organismes sans but lucratif et avec le milieu de l'éducation (YMCA Centre-Ville, Maison l'amitié, Projet Refuge, Service d'aide aux Néo-Canadiens, V.O.N., Centre Cummings, différents CEGEPs, les commissions scolaires et des universités par exemple);
- six CLSC mentionnent des ententes avec les centres jeunesse de Montréal (Cadre de collaboration CLSC-CPE-CJ).

#### **Exemples de protocoles liant les CLSC aux CHSGS**

- Protocole d'articulation CHCD-CLSC-médecin traitant pour clientèle pré et post hospitalisée
- Désengorgement des urgences des CH
- Services de laboratoire
- Stérilisation
- Guichet unique pour l'accès aux services de longue durée - maintien à domicile
- Interprétation des électrocardiogrammes
- MPOC (Maladies pulmonaires obstructives chroniques)
- Protocole de suivi post-hospitalier pour la clientèle pour prothèse totale du genou et de la hanche
- Programme d'anticoagulation ambulatoire pour le traitement des thrombophlébites profondes
- Programme d'antibiothérapie intraveineuse
- Programme ambulatoire pour assurer la continuité des soins à domicile des usagers suite à une chirurgie cardiaque
- Traitement ambulatoire à l'Arédia
- Protocole d'entente en soins palliatifs
- Traitement ambulatoire par voie intraveineuse de la pyélonéphrite aiguë
- Administration de Solu-Medrol par voie intraveineuse dans la communauté pour la clientèle avec diagnostic de sclérose en plaques ou polyneuropathie inflammatoire
- Programme de suivi préchirurgie pour les usagers devant être opérés pour une stomie
- Services de réadaptation de maintien à domicile pour les usagers crâniotomisés en complémentarité avec les CLSC
- Protocole de traitement ambulatoire par voie intraveineuse de pyélonéphrite aiguë
- Protocole de suivi en externe pour usager à risque élevé de déshydratation
- Protocole de traitement vésical au Diméthylsulfoxyde (RIMSO) dans la communauté
- Programmes de soins pour les mères et les enfants
- Distribution de médicaments
- Continuum de soins pour les cancéreux
- Programme de soins personnes diabétiques

#### 4.1.3 Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)

Les 5 CRDI de la région ont développé 54 ententes interétablissements :

- tous les CRDI ont des ententes entre eux pour des échanges ou l'achat de services relativement à la prise en charge de clientèles hors territoire. À titre d'exemple, il peut s'agir

d'ententes de réciprocité pour desservir des usagers anglophones ou francophones, ou dans certains programmes socioprofessionnels spécifiques. Le Centre de réadaptation de l'Ouest de l'Île a des ententes pour desservir des usagers de la Montérégie et du Nunavik;

- tous les CRDI sont arrimés avec des centres hospitaliers de soins psychiatriques (Hôpital Louis-H. Lafontaine, Hôpital Douglas, Hôpital Rivière-des-Prairies). Les ententes entre les CRDI et les CHSP couvrent, à titre d'exemples, des services psychiatriques, des services de consultation pour des équipes d'intervenants, des services psychologiques pour la clientèle, l'accès à des lits d'observation et d'hospitalisation, des services dentaires (Hôpital Rivière-des-Prairies), l'accès à une clinique externe (TED), etc.;
- deux CRDI ont établi un processus d'accès et de planification des services avec les centres jeunesse de Montréal;
- un CRDI a développé un processus d'accès avec les CLSC de l'Est de Montréal. Il a aussi une entente avec un CLSC pour des services nursing et des services de santé et sécurité au travail;
- des contrats d'affiliation pour des programmes en éducation spécialisée lient 1 CRDI à 2 CEGEP. Un autre CRDI offre des services de formation à l'intégration sociale à la Commission scolaire Pointe-de-l'Île et a implanté un service d'apprentissage d'habiletés de travail (SAHT) dans une école de la CECM;
- deux établissements font état d'une variété d'ententes mettant en interrelation des organismes sans but lucratif (OSBL) sur des thématiques telles que l'offre de services de répit, l'accès à des loisirs, à des services de jour, à des HLM, etc.

#### *4.1.4 Centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP)*

Quatre des CHSP ont conclu 195 ententes, à savoir : l'Hôpital Louis H. Lafontaine (HLHL : 97 ententes), l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP : 35 ententes), l'Institut Philippe Pinel de Montréal (IPPM : 34 ententes) et l'Hôpital Douglas (29 ententes).

Les faits saillants sont :

- Les services de consultation psychiatriques associent les 4 CHSP à différents établissements sociosanitaires de Montréal. Un grand nombre de liens sont notamment inventoriés avec des CHSLD et les Centres jeunesse;
- Avec les CHSGS, ces CHSP ont développé des ententes de services relatifs aux analyses de laboratoires, à la lecture d'électrocardiogrammes, aux services médicaux et chirurgicaux ainsi qu'aux services d'urgences;
- Les CHSP sont d'importants lieux de stages pour le milieu collégial et universitaire ainsi que pour les Commissions scolaires et les écoles de métier. Précisons qu'IPPM et HRDP sont d'ailleurs affiliés à l'Université de Montréal;
- L'Hôpital Rivière-des-Prairies se distingue par son offre de soins dentaires notamment aux CRDI de Montréal et à d'autres établissements hors région;
- L'Institut Philippe-Pinel a tissé des liens avec de nombreux partenaires intersectoriels tels que : le ministère de la Sécurité publique, les établissements de détention, la Direction régionale de la probation de Montréal, Immigration-Canada, etc.;
- Les activités de recherche du Centre Fernand Séguin (HLHL) impliquent des ententes notamment avec des compagnies pharmaceutiques.

#### 4.1.5 Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

Quatorze des CHSGS ont développé 357 ententes interétablissements et organismes. Un CHSGS répond qu'il n'a pas d'entente formelle avec des partenaires. Les ententes de services de deux CHSGS ont été traitées avec les ententes des CHSLD. Les faits saillants sont :

- L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal répertorie à lui seul 70 % (252) des ententes identifiées par les CHSGS. Son service d'entretien d'équipements médicaux le met en relation avec 75 établissements et organismes;
- Tous les CHSGS font état des modalités d'articulation avec plusieurs CLSC concernant les soins post-hospitaliers. De nombreux protocoles<sup>7</sup> ont été développés relativement aux thérapies intraveineuses, aux soins palliatifs, aux soins pour personnes diabétiques, aux traitements des maladies pulmonaires obstructives chroniques, aux PTG-PTH, aux maladies cardiaques, etc.;
- De plus, les CHSGS desservent les CLSC pour les services de laboratoire et contribuent au guichet unique pour les personnes en perte d'autonomie. Mentionnons enfin les projets de désengorgement des urgences qui lient CHSGS et CLSC;
- Entre CHSGS, des ententes lient les établissements pour le transfert d'usagers ayant besoin de services surspécialisés (ex. : psychiatrie, pédopsychiatrie, traumatologie, chirurgie cardiaque, installation de stimulateurs ou défibrillateurs cardiaques, etc.). Des CHSGS hors région sont impliqués;
- Les modalités d'articulation CHSGS-CHSLD lient des centres hospitaliers et des CHSLD.

#### 4.1.6 Centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) et Centres hospitaliers de réadaptation (CHR)

Quatorze ententes interétablissements et organismes ont été développées par 3 des 7 centres de réadaptation en déficience physique qui oeuvrent dans notre région. Deux centres hospitaliers de réadaptation sur 6 font état de 2 ententes.

- Les CR Lucie Bruneau et Constance-Lethbridge ont établi des ententes de collaboration avec des CLSC et des CHSLD de leur territoire réciproque de desserte. Le CR Lucie Bruneau mentionne la télé-réadaptation comme support utile et efficace pour la prestation de services;
- L'Institut Raymond Dewar a conclu des ententes avec : CLSC Côte St-Paul/Verdun, CLSC du Ruisseau-Papineau, CLSC - CHSLD de Rosemont, CLSC Olivier-Guimond, Manoir Cartierville/Centre de jour Roland Major, Hôpital juif de réadaptation, Institut Nazareth et Louis-Braille et l'Hôpital Sainte-Justine;
- Du côté des CHR, Lindsay a des ententes de référence de clientèles avec les CLSC : Côte-des-Neiges, Vieux Lachine, Pierrefonds, Métro, René-Cassin, Pointe St-Charles et, St-Laurent. L'Hôpital Marie Clarac utilise les services de laboratoire du CH Fleury.

#### 4.1.7 Centre jeunesse (CJ) et Centres de réadaptation jeunesse

Le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw (32 ententes) et les 2 centres de réadaptation en jeunesse (35 ententes) ont établi 67 ententes interétablissements et organismes. Les faits saillants sont :

Le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw :

- applique le « *Cadre de collaboration CPE de l'Île de Montréal, Regroupement CLSC de Montréal, CJ de Montréal* » et le « *Guide de collaboration CLSC et Centres jeunesse* ».
- a établi des ententes de services professionnels avec :

<sup>7</sup> Pour plus d'informations sur les protocoles, le lecteur peut consulter l'encadré « Exemples de protocoles liant les CLSC aux CHSGS ».

- la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James;
- le Centre jeunesse de Montréal et le Centre jeunesse de Laval;
- le Centre hospitalier Douglas (services de pédopsychiatrie);
- le CLSC Métro (Plan d'urgence en cas de sinistre).
- est associé par des protocoles d'entente avec :
  - le Service de police de la Ville de Montréal (vérification des antécédents des employés œuvrant auprès des personnes vulnérables);
  - des organismes communautaires (Société généalogique du Québec, Centre de ressources de la communauté Noire, Services familiaux AMCAL);
  - les CJ de la province relativement aux systèmes d'information (CJ Chaudière-Appalaches, CJ de Québec, CJ de la Montérégie, CJ de Montréal, CJ de la Mauricie et du Centre du Québec);
- est un important lieu de stages pour les CEGEPs (4), les commissions scolaires (2) et l'Université d'Ottawa.

Les Centres de réadaptation jeunesse la Maison Élizabéth et Havre-Jeunesse collaborent avec :

- divers services et programmes du Centre de la jeunesse et de la famille Barshaw;
- l'Hôpital de Montréal pour enfants et le CH Douglas;
- le service de police de la Ville de Montréal;
- les commissions scolaires;
- les organismes communautaires et les tables de concertation.

#### 4.1.8 Centres de réadaptation (Dépendances : alcoolisme et toxicomanies)

Trente-cinq ententes de partenariat et de services sont répertoriées par les Centre Dollard Cormier (26) et le Portage (9).

- en plus des ententes avec le CHUM et le Centre Jeunesse de Montréal, le Centre Dollard Cormier rapporte des ententes de collaboration principalement avec des partenaires intersectoriels (ex. : Entrée libre, Petites mains, Bureaux d'Antoine, Formétal, Buffet Insère-Jeunes, Cuisine collective HM, Resto-Plateau, etc).
- Le Portage collabore avec : le Centre Jeunesse Batshaw, le CLSC St-Henri, le CH Douglas - Clinique externe St-Henri, le YMCA Montréal-centre, les commissions scolaires Lester B Pearson et St-Jérôme, le ministère de la Sécurité publique et les Services Correctionnels Canadiens.

## 4.2 Principaux corridors de services requis et acteurs concernés

L'objectif de l'Agence est de s'assurer que l'ensemble de la population dispose du même niveau de services et ce, que l'instance locale regroupe ou non un CHSGS. À cet effet, l'Agence compte utiliser les ententes entre les établissements afin d'assurer l'accès aux services.

Selon les orientations données par le MSSS sur l'intégration des services, trois situations vont nécessiter le recours à de telles ententes :

- l'instance locale ne comprend pas un CHSGS; dans ce cas, elle doit conclure un contrat de 1<sup>re</sup> instance avec un CHSGS afin de pouvoir fournir le panier de services définis par le MSSS comme devant être dispensés localement. Ces contrats ont pour but de formaliser l'engagement des CHSGS non intégrés afin qu'ils fournissent le même niveau de services que s'ils avaient été intégrés aux instances locales.

- L'instance locale intègre un CHSGS mais celui-ci n'est pas en mesure de fournir l'ensemble des services faisant partie du panier de base. L'instance locale doit, à ce moment, procéder par contrat avec d'autres CHSGS afin d'offrir les services prévus.
- Les services spécialisés (2<sup>e</sup> ligne) et les services ultraspécialisés (3<sup>e</sup> ligne) dispensés par les centres hospitaliers à vocations régionale et suprarégionale, les centres jeunesse et les centres de réadaptation devront également être rendus disponibles. Lorsque les contrats visant les services hospitaliers généraux et spécialisés de base seront complétés, l'Agence coordonnera cette seconde démarche qui visera à assurer la mise en place de corridors de services formalisés. Ces contrats devront prendre en compte les travaux des RUIS sur la définition du portfolio de services et les bassins de desserte afin d'assurer une complémentarité et une continuité des services.

Afin d'orienter et de soutenir la démarche de contrats que doivent faire les instances locales et les CHSGS pour garantir l'accès aux services, l'Agence propose un cadre de référence pour les contrats à venir entre les instances locales et les CHSGS. Ce texte vise à :

- déterminer la gamme de services et les éléments de gestion qui doivent être couverts par ces contrats;
- proposer un modèle d'entente de services à convenir entre les instances locales et les CHSGS.

### **Recommandation 11**

L'Agence recommande :

- le maintien des corridors existants, des ententes déjà formalisés ainsi que des modalités de gestion des RTF-RI, jusqu'à ce que de nouvelles ententes soient conclues selon le cadre de référence proposé (voir annexe 9 : *Proposition d'un cadre de référence pour les contrats entre les instances locales et les CHSGS*)

## **4.3 Les modalités de participation et de collaboration prévues avec les médecins**

Deux principales modalités de participation et de collaboration sont prévues entre les omnipraticiens et les centres de santé et de services sociaux : les CMA et les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) unifiés.

### *4.3.1 Les centres médicaux associés*

Les CMA sont les points d'ancrage reliant les médecins omnipraticiens de 1<sup>re</sup> ligne avec les instances locales de leur territoire. Ils jouent un rôle de liaison bidirectionnel pour faciliter la prise en charge des clientèles vulnérables et l'accessibilité aux services médicaux.

La fonction de liaison des CMA est accessible à tout omnipraticien, quel que soit son milieu de pratique : groupe de médecins de famille (GMF), cabinet privé, clinique médicale, unité de médecine familiale (UMF), CLSC. Il offre la flexibilité fonctionnelle en contexte métropolitain où dominent trois facteurs importants: multiculturalisme, mobilité des populations et modalités variées d'accès aux services de première ligne. C'est pourquoi, le DRMG de l'Agence propose à la fois de poursuivre ses efforts de promotion du modèle GMF et la mise en place des CMA, à Montréal. Pour jouer ce rôle dans le contexte de la création de 12 centres de santé et de services sociaux, le DRMG adaptera sa structure de coordination pour qu'elle corresponde aux nouveaux territoires et ses coordonnateurs locaux auront besoin du support et de l'appui des centres de santé et de services sociaux.

### **Responsabilités d'un CMA**

Il est attendu que le CMA joue un rôle de leader et qu'il oeuvre, en collaboration avec les cabinets privés de son territoire ainsi qu'avec la Table sous-régionale du DRMG. Pour assumer sa fonction liaison, le CMA forme une alliance avec les cliniques et cabinets privés du territoire en vue de l'intégration de services de 1<sup>re</sup> ligne, articulés et coordonnés avec le centre de santé et de services sociaux auquel il est rattaché. Ainsi, un CMA peut être la résultante d'un consortium entre un ou plusieurs partenaires - CLSC, GMF, hôpital, autre clinique médicale dite "satellite" - qui, ensemble, concourent à réaliser l'offre de services à laquelle le CMA s'est engagé.

Plus particulièrement, il est prévu que l'offre de service d'un CMA comprendra :

- l'organisation de plages horaires de suivi médical avec et sans rendez-vous pour l'ensemble de sa clientèle;
- l'installation de la fonction liaison entre les différents partenaires - hôpitaux (CHSGS), UMF, GMF et autres cabinets médicaux du territoire;
- l'inscription des clientèles-cibles;
- l'intégration, dans ses interventions et celle de ses collaborateurs, des pratiques cliniques préventives de santé publique;
- l'accessibilité des services infirmiers sept jours sur sept à des heures adaptées aux besoins de la clientèle;
- la coordination avec les services de maintien à domicile du centre de santé et de services sociaux;
- l'accès à la consultation en spécialité médicale;
- l'accessibilité rapide aux examens de laboratoire urgents et à des services urgents d'imagerie médicale;
- la participation à l'évaluation du projet ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des résultats.

L'Agence préconise en outre que le médecin responsable du CMA siège, selon un statut à déterminer, au conseil d'administration du centre de santé et de services sociaux.

### **Responsabilités du centre de santé et de services sociaux**

Il est prévu que le centre de santé et de services sociaux soutiendra l'implantation du ou des CMA sur son territoire :

- en assurant la disponibilité d'une banque d'heures après entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et MSSS pour la rémunération du médecin responsable et pour compenser les activités médico-administratives et de liaison avec les autres médecins;
- en octroyant un financement récurrent paramétré en fonction des volumes de desserte des clientèles visées et du nombre d'heures-médecins y contribuant;
- en octroyant les ressources financières d'appoint requises pour la réalisation de services diagnostics urgents;
- en attribuant un budget non-récurrent afin de favoriser l'implantation des modalités de fonctionnement du CMA au cours de sa première année d'opération;
- en fournissant les services de bureautique électronique pour le branchement au réseau RTSSS et l'installation des logiciels requis.

Il est entendu qu'une entente locale de partenariat définira les rôles attendus de part de d'autre. Le projet d'entente devra alors être soumis à l'Agence pour approbation, après recommandation du DRMG. Un cadre de référence est inclus à l'annexe 10.

## Recommandation 12

L'Agence recommande :

qu'une entente locale de partenariat spécifie les rôles attendus du centre médical associé, du centre de santé et de services sociaux et du département régional de médecine générale selon le cadre de référence spécifique proposé.

### 4.3.2 Les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens unifiés

Les enjeux du regroupement des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de chacun des centres de santé et de services sociaux, posent un certain nombre de préoccupations aux médecins de Montréal dont celle du partage équitable des voix pour la prise de décision. La nouvelle approche par réseaux locaux de services amène à repenser les modalités de fonctionnement traditionnelles des structures médicales. Comme tout changement de paradigme, il convient de procéder avec pondération et par étape pour assurer, à chacun des partenaires médecins, sa place dans la conduite des affaires médicales cliniques et administratives du centre de santé et de services sociaux.

La composition de l'exécutif du CMDP unifié ainsi que la reconstruction du plan d'organisation médicale du centre de santé et de services sociaux doivent traduire la nouvelle responsabilité de l'instance locale en matière de prise en charge de la population. Elle doit également tenir compte du nouveau mode de répartition et de distribution des ressources par programmes-services définis par le ministère.

Bien que des travaux ultérieurs soient à prévoir avec les médecins concernés, l'Agence retient les prémisses suivantes comme base de discussion, pour la formation de l'exécutif du CMDP unifié:

- la fonction première du CMDP est de veiller à la qualité de l'acte médical ainsi que de donner son avis sur l'organisation des soins médicaux;
- la modalité de gestion des activités de soins médicaux par programmes cliniques porte en soi sur l'organisation des soins médicaux;
- l'identification au milieu et à la confrérie de pratique médicale est une dimension forte de l'appartenance au groupe, ce qui doit être pris en compte dans les formules « évolutives » de représentativité;
- des représentations doivent être protégées, afin d'assurer le mandat d'ensemble du centre de santé et de services sociaux, dont celui de la dispensation de services de 1<sup>re</sup> ligne forte, issue de la collaboration entre partenaires médicaux en périphérie du réseau et ceux de la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne.
- des mécanismes adaptés (ex. comités par programmes) devront être créés pour permettre à tous les médecins de trouver un lieu pour échanger sur les problématiques qui les touchent.

## Recommandation 13

L'Agence recommande :

- que le modèle de représentativité de l'exécutif du CMDP soit basé sur celui de la composition de la Commission médicale régionale (CMR).

#### 4.4 Les liens avec les RUIS

Les membres d'un RUIS ont la responsabilité collective de garantir, à toute la population de leur bassin de desserte, un accès équitable et dans les meilleurs délais possibles aux services ultraspécialisés et de soutenir les établissements régionaux de leur bassin de desserte dans leur offre de services de première et deuxième lignes.

Plusieurs CHSGS, membres des RUIS de Montréal, sont nommément identifiés pour agir à titre d'hôpital de 1<sup>re</sup> instance là où il n'y a pas de CHSGS local. Tous les hôpitaux membres des RUIS seront aussi appelés, soit à compléter l'offre de services de soins de 1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> lignes dans certains territoires, soit à assurer des services ultraspécialisés à la population montréalaise, notamment dans leur bassin de desserte.

À Montréal, l'existence de deux RUIS en lien avec les universités de Montréal et McGill suscite des discussions quant au partage des bassins de desserte. Si des territoires de proximité de chacun des établissements membres du RUIS font consensus entre les deux RUIS, d'autres territoires pourraient être attribués à l'un ou l'autre, compte tenu de la diversité et des habitudes des populations qui y résident et des offres de services proposées par les RUIS.

Selon les avis écrits déposés par les RUIS, certaines zones d'influence font unanimité. Pour le RUIS de l'Université de Montréal :

- Ahuntsic et Montréal-Nord;
- La Petite Patrie et Villeray;
- Saint-Léonard et Saint-Michel;
- Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont;
- Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est.

Pour le RUIS de l'Université McGill :

- Pierrefonds et Lac Saint-Louis;
- LaSalle et du Vieux Lachine;
- Notre-Dame-de-Grâces/Montréal-Ouest et René-Cassin;
- Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension.

Les deux RUIS identifient cependant comme partie intégrante de leur bassin de desserte les territoires locaux ou des parties de ces territoires suivants :

- Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles
- Nord-de-l'île et Saint-Laurent
- Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc

Quelle que soit la décision finale quant au contour des bassins de desserte des RUIS, les mêmes modalités d'ententes prévues avec les autres CHSGS s'appliquent avec les établissements des RUIS.

#### **Recommandation 14**

L'Agence recommande :

- que soit envisagée une desserte conjointe par les établissements membres des deux RUIS montréalais des territoires :
  - Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles
  - Nord-de-l'île et Saint-Laurent
  - Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc



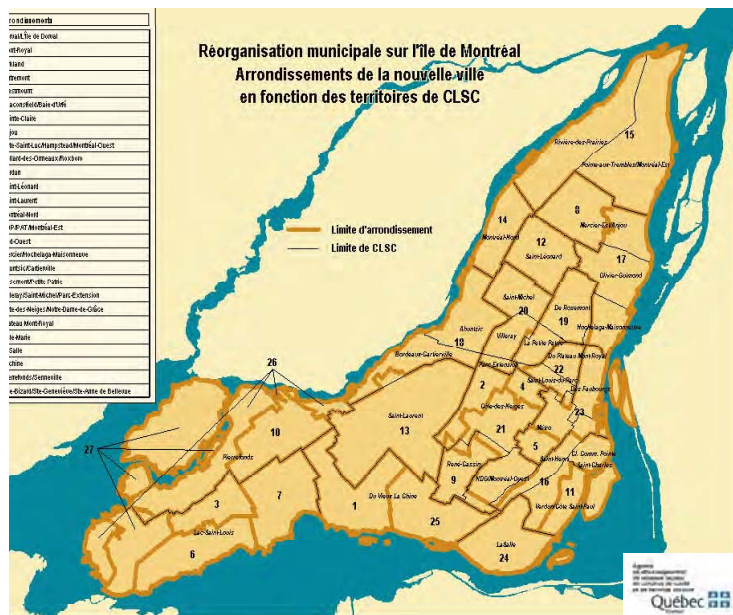
## 5. Maintenir et améliorer les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise

L'Agence, les centres de santé et de services sociaux et les établissements spécialisés ne peuvent seuls réussir à améliorer la santé et le bien-être des montréalais et il est clair que l'atteinte de cet objectif passe par la création de partenariats efficaces avec le milieu municipal, le milieu de l'éducation, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale.

L'Agence entend donc poursuivre les orientations arrêtées à cet égard de son Plan stratégique « *La santé en actions* », adopté en septembre 2003.

### 5.1 Le partenariat avec la Ville de Montréal, les commissions scolaires et les universités

Les balises nationales concernant la mise sur pied des réseaux locaux de services, indiquaient que les territoires proposés devraient tendre à s'harmoniser, autant que possible, avec le découpage d'autres territoires administratifs.



On notera qu'au point de départ, les territoires locaux sont très différents au plan municipal, scolaire et sociosanitaire. Ainsi, lorsqu'on compare les 27 arrondissements de Montréal aux 29 territoires actuels de CLSC, seuls trois territoires se superposent parfaitement : Montréal-Nord, St-Léonard et LaSalle. Dans le cas des 5 commissions scolaires, les territoires correspondant à trois vastes sous-régions du côté francophone et à deux du côté anglophone se superposent.

En apparence, la solution la plus évidente serait de réorganiser les découpages des différents acteurs sur la base des arrondissements municipaux. Même si cela paraît rationnel, cette solution n'est pas réaliste à court terme.

En effet, la Ville de Montréal vient à peine d'être créée et ses arrondissements sont le fait d'un compromis politique assurant le plus possible la préservation des limites territoriales des anciennes municipalités. En conséquence, la population des arrondissements varie de 17 322 (Dorval-Île Dorval) à 142 161 (Villeray-St-Michel-Parc Extension).



Il est logique de penser qu'à long terme, la carte municipale subira des ajustements. Cependant, à court terme, cela est fort peu probable, compte tenu du débat en cours sur l'avenir de la Ville de Montréal.

De plus, certains paramètres devant être respectés dans l'élaboration de la carte sociosanitaire ne facilitent pas l'arrimage parfait avec les découpages municipaux et scolaires. Ainsi, les territoires sociosanitaires doivent regrouper des territoires de CLSC complets de façon à préserver la continuité des données sociosanitaires sur l'état de santé de la population. De plus, le découpage sociosanitaire doit tenir compte des bassins de desserte des institutions et des aspects linguistiques qui sont déterminants dans l'utilisation des services.

En conséquence, le découpage proposé pour la mise sur pied des réseaux locaux de services à Montréal ne permet pas d'assurer un arrimage parfait avec les découpages municipaux et scolaires. Il représente cependant une amélioration par rapport à la situation actuelle.

Dans le cas des arrondissements, 20 des 27 arrondissements feront affaire avec un centre de santé et de services sociaux. (voir annexe 11). Le seul arrondissement où la situation ne s'améliore pas avec le nouveau découpage sociosanitaire est Villeray/St-Michel/Parc Extension, qui continuera à faire affaire avec trois centres de santé et de services sociaux différents, principalement pour des raisons linguistiques et ethnoculturelles.

Dans le cas des commissions scolaires, le nombre d'interrelations diminue comme on peut le constater au tableau suivant :

Commission scolaire	Nombre	
	CLSC	CSSS
Pointe-de-l'Île	5	3
Montréal	20	9
Marguerite Bourgeois	11	5
English Montreal	26	9
Lester B. Pearson	5	3

Malgré cette complexité qui demeure, plusieurs éléments sont favorables à une meilleure coordination et à une meilleure intégration des interventions des partenaires municipaux, scolaires et sociosanitaires en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

### Recommandation 15

L'Agence recommande :

- de maintenir sa contribution aux mécanismes de concertation intersectorielle existants à Montréal, dont, notamment, :
  - la mise en œuvre du contrat de ville entre Montréal et le Gouvernement du Québec;
  - les zones prioritaires communes d'intervention concertée : Ville, commissions scolaires, Agence;
  - le bureau de partenariat Ville-Agence, établi en 2003, qui a pour mandat de développer des stratégies d'intervention concertée et d'assurer le suivi des projets conjoints;
  - la Table des partenaires pour la réussite, la persévérance et le raccrochage scolaire et le Carrefour de lutte au décrochage scolaire;
  - les tables de concertation locales;
- de contribuer à améliorer les outils de concertation intersectorielle :
  - en collaborant à l'établissement d'un mécanisme de coordination de haut niveau entre la Ville, les commissions scolaires, le ministère de l'Éducation et l'Agence, visant l'harmonisation et la synchronisation des plans stratégiques et des interventions visant les jeunes et les familles;

### **Recommandation 15 (suite)**

L'Agence recommande :

- en collaborant, comme le recommande la Ville, à la mise en place de bases de références identiques pour les compilations de données statistiques permettant une information partagée et accessible en fonction des territoires de chacun : arrondissements, centres de santé et de services sociaux, commissions scolaires;
- en se dotant, à travers le Bureau de partenariat, de mécanismes de concertation spécifiques en matière d'habitation et de modification de la vocation des immeubles;
- en précisant et en clarifiant, compte tenu du nouveau contexte, les modalités de concertation et de suivi avec les commissions scolaires au sujet des services de santé et des services sociaux;
- en supportant les centres de santé et de services sociaux dans la mise en œuvre des plans d'action locaux de santé publique dont ils seront responsables dans le cadre du plan d'action régional « *La prévention en actions* », adopté en septembre 2003;
- en favorisant la généralisation et l'harmonisation des programmes de prévention efficaces accessibles dans les territoires locaux.

En plus, Montréal étant un véritable pôle universitaire avec ses quatre universités, ses six écoles à vocation spécifique, ses 5 000 professeurs et chercheurs, l'Agence entretient de nombreux liens avec le milieu universitaire, notamment avec l'université de Montréal et l'Université McGill par le biais des RUIS.

### **Recommandation 16**

L'Agence recommande :

- qu'une représentation de la Ville, des commissions scolaires et des universités soit assurée au conseil d'administration de l'Agence.
- qu'une représentation des arrondissements et des commissions scolaires soit assurée au conseil d'administration des centres de santé et de services sociaux.

## **5.2 Le partenariat avec les organismes communautaires**

L'Agence réitère les orientations qu'elle a adoptées en septembre 2003 à l'égard des organismes communautaires :

- le respect de l'autonomie des organismes communautaires;
- la reconnaissance des organismes communautaires comme outil de participation des citoyens et de développement social;
- la reconnaissance du rôle et de la contribution des femmes dans le développement du milieu communautaire.

En conséquence, l'Agence continuera à poursuivre les objectifs suivants :

- valoriser, promouvoir et soutenir l'action communautaire dans son ensemble;
- valoriser, soutenir et consolider l'action communautaire autonome;
- reconnaître et soutenir l'action bénévole.

### **Recommandation 17**

L'Agence recommande :

- le maintien d'une approche régionale de financement intégré de l'action communautaire;
- la modulation du financement selon les trois modes suivants :
  - le financement en appui à la mission globale des organismes communautaires constituant la portion prépondérante du financement;
  - le financement d'ententes de services pour des services complémentaires à ceux du réseau public;
  - le financement d'activités particulières et de projets ponctuels ou de courte durée.

### **5.3 Les entreprises d'économie sociale**

L'Agence reconnaît le rôle important joué par les entreprises d'économie sociale en aide domestique, particulièrement à l'égard des clientèles en perte d'autonomie référées par le réseau public. Par des services d'aide domestique, ces entreprises complètent l'offre de services cliniques assurés par les CLSC.

Actuellement, Montréal est desservie par 11 entreprises œuvrant dans ce secteur. Elles produisent annuellement 532 000 heures de services au profit de plus de 12 000 personnes, dont près de 70 % sont des personnes âgées. Ce secteur d'activité, en développement depuis 1995, a créé plus de 500 emplois permanents.

Chacune de ces entreprises dessert un territoire défini et a établi des relations continues avec un ou plusieurs CLSC. La création de centres de santé et de services sociaux nécessitera une réflexion sur les territoires de desserte de ces entreprises et des ententes de collaboration avec les établissements.

Le problème le plus important des entreprises est l'écart persistant et structurel entre leur prix de revient et leurs revenus par heure de service. En moyenne, cet écart est de près de 4,00 \$ l'heure. Pour la plupart des entreprises, une augmentation des services rendus entraîne des pertes additionnelles. Sauf exception, la pérennité des entreprises est menacée à court terme.

Pour l'Agence, ce problème structurel doit trouver une solution permanente avant de procéder à la décentralisation de ce programme.

### **Recommandation 18**

L'Agence recommande :

- Que le budget octroyé permette d'augmenter les revenus des entreprises d'économie sociale dans le secteur de l'aide domestique notamment en reconnaissant les frais de gestion de dossiers et les frais réels en milieu urbain (déplacements, loyer des bureaux etc.).

## 6. La stratégie d'implantation

La stratégie d'implantation du nouveau modèle d'organisation des services doit viser d'abord et avant tout à mobiliser les membres des conseils d'administration, les directeurs généraux, les médecins, les cadres et l'ensemble du personnel vers les objectifs poursuivis, soit :

- de meilleurs résultats de santé et de bien-être;
- des soins plus satisfaisants parce que continus et complets;
- des services accessibles au bon endroit et au bon moment.

Dans cet esprit, les administrateurs, les gestionnaires et les personnes qui prodiguent les soins et les services devront bénéficier de tout le support nécessaire tout au long de l'implantation des réseaux.

Dès l'été 2004, l'Agence sera appelée à soutenir la mise sur pied des centres de santé et de services sociaux ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet clinique. Pour ce faire, elle aura à collaborer très étroitement avec les administrateurs, les directions générales, les cadres supérieurs et le leadership médical des centres de santé et de services sociaux et à leur apporter le support et les outils nécessaires pour assurer le meilleur départ possible aux réseaux locaux de services.

### 6.1 Le soutien à l'implantation et à la gestion des changements

Des activités d'information, de soutien et de développement des compétences des administrateurs et des dirigeants devront être mises en œuvre afin de favoriser la réalisation de la vision et de faciliter l'adaptation et la mobilisation des intervenants dans le changement qui s'amorce.

#### Recommandation 19

L'Agence recommande :

Pour les conseils d'administration des CSSS :

- d'organiser des rencontres d'échanges, entre les membres des conseils d'administration et le président-directeur général de l'Agence, portant sur :
  - la vision soutenant le modèle d'organisation des services et le projet clinique;
  - les priorités stratégiques;
  - le rôle et le leadership attendu des conseils d'administration;
  - l'organisation des centres de santé et de services sociaux;
  - le support proposé et requis.
- d'organiser la tenue des premières rencontres des membres de conseils d'administration et d'établir l'organisation intérimaire des centres de santé et de services sociaux et la planification des travaux à mener.

Pour les équipes de direction des CSSS :

- de créer un comité d'implantation des centres de santé et de services sociaux présidé par le président-directeur général de l'Agence et des directeurs généraux intérimaires des centres de santé;
- d'assurer l'accès à des ressources-conseil notamment en matière de développement organisationnel et de planification stratégique;
- de dégager un budget permettant le financement d'activités de développement et de formation notamment pour les équipes de direction des centres de santé;
- d'offrir de la formation et du support pour les administrateurs et les dirigeants, ainsi que des outils d'information pour le personnel et les médecins;
- de réviser son plan d'organisation de façon à assurer une gestion intégrée au palier régional.

## 6.2 La gouverne des centres de santé et de services sociaux

L'intégration des services recherchée par la création des centres de santé et de services sociaux, de même que la coordination des réseaux locaux nécessitent une évolution :

- du type de leadership attendu des conseils d'administration et des directeurs généraux;
- de la composition des conseils d'administration;
- des mécanismes de représentation et de participation des usagers.

### 6.2.1 Leadership et gestion

La consultation a révélé une attente très forte du personnel et des médecins à l'égard des conseils d'administration et des directions générales :

- se concentrer sur les améliorations les plus importantes recherchées :
  - implantation des centres médicaux associés;
  - développement de la gestion de cas;
  - mise en œuvre d'outils informatiques plus efficaces pour le personnel et les médecins donnant les services;
  - amélioration de l'accès pour les médecins omnipraticiens aux ressources diagnostiques.
- consolider ce qui fonctionne bien actuellement et ne pas changer ce qui ne nécessite pas de l'être;
- se donner le temps. une fois les améliorations apportées, d'adapter graduellement l'ensemble de l'organisation;
- préserver les particularités et les cultures locales.

Compte tenu de la mission complexe des centres de santé et de services sociaux, de la livraison des services dans plusieurs installations et quartiers et du caractère clinique et professionnel du travail, le succès de l'intégration des services nécessite de se donner un modèle de gestion adapté à la nouvelle mission <sup>8, 9</sup>.

Dans cette perspective, le conseil d'administration devrait se concentrer :

- sur la définition d'une vision claire de l'organisation : mission, buts, valeurs, stratégies;
- sur le soutien au développement d'une culture supportant la vision
- sur l'habilitation de l'organisation à implanter les stratégies;
- sur l'évaluation des résultats et la reddition de compte;
- sur la sélection du directeur général.

Le conseil d'administration et la direction générale doivent, à leur niveau, se concentrer sur les décisions suivantes :

- l'évaluation des besoins de la communauté et de son état de santé et de bien-être;
- la planification stratégique;
- la définition d'un projet clinique;
- la planification de la main-d'œuvre;
- la nomination des médecins;
- la définition de la culture de gestion des ressources humaines.
- l'évaluation de la performance et l'organisation;
- la détermination des investissements et l'allocation des ressources;
- l'acquisition de la technologie;
- le choix des systèmes d'information;

<sup>8</sup> University of Toronto, Integrated delivery systems – providing a continuum of health care, April 25-26, 1996

<sup>9</sup> Morgan G. Images of Organization, Beverly Hills, California : Sage, 1986

La mise sur pied des centres de santé et de services sociaux et le développement des réseaux de services seront très exigeants pour les personnes qui auront à assumer les directions générales. En plus des compétences de base requises, elles devront saisir et adhérer pleinement à la vision qui sous-tend la réforme en plus d'être en mesure de la communiquer et de mobiliser le personnel. Elles devront pouvoir organiser et synthétiser l'information pertinente pour développer des plans stratégiques et en évaluer la réalisation, comprendre et gérer des processus de changement à long terme tout en obtenant des succès à court terme. Elles devront enfin être d'habiles négociateurs et avoir un sens politique très aiguisé.

Compte tenu du rôle primordial que jouera le premier directeur général du centre de santé et de services sociaux, le Forum de la population considère comme une condition de succès de privilégier, lors du processus de sélection des nouveaux directeurs généraux, un concours ouvert à toutes candidatures plutôt que réservé exclusivement aux directeurs généraux actuellement en place afin d'avoir accès à l'ensemble du bassin de compétences présentes dans le réseau de la santé et des services sociaux, tout en permettant aux directeurs généraux des établissements fusionnés de postuler là où ils le désirent.

### **Recommandation 20**

L'Agence recommande :

- que la sélection du directeur général du centre de santé et de services sociaux se fasse par concours ouvert.

#### *6.2.2 La composition des conseils d'administration*

Les commentaires et avis reçus au cours de la consultation allaient presque tous dans le sens d'assurer une présence importante de personnes élues par la population au sein des conseils d'administration et ce, même dans les cas des conseils d'administration provisoires des centres de santé et de services sociaux.

### **Recommandation 21**

L'Agence recommande :

- que les conseils d'administration provisoires des centres de santé et de services sociaux comprennent, si possible :
  - un membre provenant de chacun des conseils d'administration des installations fusionnées, désigné parmi les personnes élues par la population;
  - un membre provenant des comités d'utilisateurs;
  - un membre provenant des CMDP;
  - un membre provenant des CII;
  - un membre provenant des CM;
  - un membre provenant du Conseil des sages-femmes, s'il y a lieu;
  - un membre provenant des CMA du territoire;
  - un membre provenant des organismes communautaires;
  - un membre provenant du milieu universitaire lorsque le centre a une affiliation universitaire;
  - un membre provenant de l'hôpital de première instance;
  - un membre provenant du milieu municipal;
  - un membre provenant des commissions scolaires.

### **Recommandation 21 (suite)**

L'Agence recommande :

- que les membres soient choisis en respectant des critères analogues à ceux définis aux articles 397 et 397.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :
  - la représentativité : des différentes parties du territoire;  
des secteurs d'activité;  
des groupes socioculturels, linguistiques ou démographiques;
  - la représentation la plus équitable possible des hommes et des femmes et des différents groupes d'âge;
  - la compétence
- Que la composition des conseils d'administration permanents des centres de santé et de services sociaux respecte les mêmes principes et assure une participation significative des personnes élues par la population et désignées par les comités d'usagers.

### **6.3 La participation des usagers et le respect de leurs droits**

Les centres de santé et de services sociaux regrouperont un grand nombre d'installations sous un seul conseil d'administration. Les mécanismes actuels de participation des usagers et de respect de leurs droits doivent être bonifiés.

### **Recommandation 22**

L'Agence recommande :

- qu'il y ait un comité d'usagers pour chaque installation où sont hébergés des personnes;
- que soit constitué un comité de représentants des comités d'usagers qui les représente auprès du conseil d'administration;
- que les budgets des comités d'usagers soient octroyés en fonction d'un pourcentage du budget de l'établissement et soient rehaussés au niveau de ceux accordés dans les centres hospitaliers de soins psychiatriques de façon à permettre aux comités d'usagers de se doter de ressources professionnelles indépendantes pour les assister;
- que le commissaire local à la qualité assume cette fonction de façon exclusive, relève du conseil d'administration et bénéficie des ressources appropriées pour accomplir ses fonctions en tenant compte de la taille de l'établissement.

### **6.4 Information à la population, aux médecins et aux employés**

La réforme qui s'amorce entraînera des changements majeurs qui modifieront de façon certaine les habitudes des citoyens et le rapport qu'ils entretiennent avec les services de santé et les services sociaux et avec les professionnels qui les dispensent. Pour faire participer les Montréalais à la prise en charge de leur santé et de leur bien-être et ainsi favoriser leur collaboration aux changements, il est nécessaire de rendre disponible une information personnalisée, de façon régulière, continue et à proximité. Nous poursuivrons les objectifs suivants en matière d'information :

- Faciliter l'accès aux centres de santé et de services sociaux, aux Centres médicaux associés (CMA) et aux autres composantes du réseau montréalais de la santé;
- Rassurer la population quant à l'accessibilité et à la qualité des services, en lui fournissant des outils de référence objectifs, fiables et récurrents;

- Faire connaître toute l'information relative à la gouverne des nouveaux centres de santé et de services sociaux;
- Rendre accessible aux personnes œuvrant dans le réseau, en collaboration avec les instances en place, toute l'information pertinente pour faciliter l'accomplissement de leur rôle;
- Outiller la population pour accroître sa capacité de s'occuper, de façon autonome et active, de sa santé et de son bien-être, de collaborer aux services qu'elle utilise et de faire valoir ses droits.

## **6.5 De nouvelles approches régionales en matière de gestion**

### *6.5.1 Allocation des ressources par programme*

La création des réseaux s'accompagnera de l'implantation progressive d'une budgétisation par programme. À terme, chaque réseau devra donc être financé pour ces différents programmes en fonction des besoins de la population dont il est responsable.

Afin de bien déterminer les besoins de la population de chacun des réseaux, il faudra prendre en compte l'ensemble des facteurs liés aux besoins, qui peuvent être différents dans chacun des réseaux. D'autre part, il faudra également tenir compte des particularités de chaque réseau (services à vocation régionale, coûts de l'enseignement et de la recherche, coûts différentiels de production, etc.).

Pour ce faire, l'Agence devra, en partenariat avec les réseaux et l'ensemble des établissements entreprendre des études pour mettre au point des indicateurs de besoins fiables et valides qui soient adaptés aux spécificités montréalaises. Seul un travail rigoureux à ce niveau permettra une répartition équitable des budgets entre les réseaux.

### *6.5.2 L'évaluation*

Tel que suggéré par le Forum de la population et compte tenu de l'importance des changements organisationnels, il faudra prévoir des mécanismes d'évaluation reliés à l'implantation des réseaux locaux et ce, aux différentes étapes, de façon à pouvoir apporter les ajustements requis.

L'amélioration des services à la population est l'un des objectifs prioritaires de la mise en œuvre des réseaux. Cette réorganisation s'accompagnera donc d'un processus rigoureux qui permettra d'évaluer l'atteinte de cet objectif. Ce processus se fera en continuité avec les activités que l'Agence a entreprises depuis 1994 avec l'évaluation de la satisfaction de la clientèle et l'élaboration d'un modèle de d'évaluation intégrée de la performance incluant quatre dimensions : l'efficacité des services, leur efficience, leur pertinence et leur intégration (voir annexe 12) Une emphase particulière sera mise sur l'évaluation de la continuité des soins dans chacun des réseaux. En effet, grâce au jumelage des banques de données provenant des différentes missions, il sera possible d'analyser l'ensemble de l'épisode de soins afin de mieux comprendre comment un patient chemine dans le réseau.

Ce processus d'évaluation est d'autant plus important que les réseaux vont présenter une grande diversité, tant au niveau des caractéristiques de leur population que des ressources. Il faudra donc analyser et évaluer le fonctionnement de chacun de ces réseaux de façon spécifique et dans une perspective d'amélioration continue des services.

## 6.6 L'informatisation

La disponibilité de l'information pertinente pour les clientèles, les médecins et les autres professionnels du milieu de même que pour les gestionnaires des établissements publics ou privés constitue une condition de succès essentielle à la mise en place de réseaux intégrés et au continuum de services souhaité. Pour assurer l'intégration, la fluidité et la sécurité de cette information, les technologies et systèmes d'information sont appelés à jouer un rôle déterminant à l'intérieur des diverses instances aussi bien que pour assurer les liens fonctionnels entre elles. À cet égard, l'Agence préconise la mise en place de normes, de fonctions communes et de services régionaux de même que l'adoption d'une vision et d'une architecture uniformes à l'ensemble de la région. En matière d'investissement, de nouvelles marges de manœuvre devront être dégagées pour maintenir, développer et gérer les actifs informationnels en s'assurant de préserver l'équilibre entre les systèmes et services de production et de consommation d'information.

Ces énoncés ont été précisés dans un [document de l'Agence](#) publié le 15 mars 2004. Ont suivi diverses consultations auprès du réseau et de ses partenaires spécialisés dans le domaine des ressources informationnelles. Ces consultations et la réponse de près de 50 personnes au sondage ([outil de consultation](#)) ont permis de compléter la liste des besoins, de valider l'approche et l'offre de services régionale et de dégager un consensus sur les priorités et stratégies à court et moyen terme.

### 6.6.1 Stratégies générales

Le contexte actuel est favorable à l'émergence d'une approche cohérente entre le niveau local, régional et provincial. Les stratégies générales sont les suivantes :

- Les trois niveaux de gouverne doivent tirer profit de la contribution potentielle d'Inforoute Santé du Canada. La mise en place d'une infostructure montréalaise a été proposée.
- L'alignement entre le plan national et régional d'informatisation du réseau doit être soutenu.
- La région de Montréal doit tirer profit de la synergie entre ses deux CHU adultes et l'implantation prévue de leur système d'information clinique.
- L'expérience du CHU Mère-Enfant et de son projet Arc-en-ciel doit être intégrée à la stratégie régionale.
- L'architecture et la stratégie d'implantation s'appuie sur des changements législatifs déjà prévus en matière de dépôt de données régionaux et nationaux.
- La rationalisation et l'optimisation des ressources sont proposées pour palier le sous-financement du maintien et du développement des actifs informationnels.

### 6.6.2 Stratégies spécifiques pour la clientèle

La population québécoise et la clientèle du réseau s'attendent à disposer de l'information pertinente sur la disponibilité des services et des ressources du réseau, sur la nature des problèmes de santé, des mécanismes de prévention et des approches de soins proposées. La population montréalaise présente de son côté le pourcentage le plus élevé au Québec d'utilisateurs de l'Internet. Il est donc justifié que la région de Montréal développe les services d'information électronique en ligne. On devra toutefois distinguer pour un certain temps encore entre les services d'information générale et les services d'information personnalisée.

En conséquence, l'Agence entend développer un portail « grand public » régional et inviter les ressources de la région à y apporter leur contribution. Les actions à court terme seront entreprises avec le souci de communiquer à la population les nouvelles approches de services dispensés dans la région et de prévoir l'évolution vers des applications personnalisées.

### **Recommandation 23**

L'Agence recommande à court terme

- de développer et de donner accès à un portail grand public.

#### *6.6.3 Stratégies spécifiques pour les omnipraticiens*

Les besoins spécifiques des médecins omnipraticiens ont été recensés à plusieurs occasions et font l'objet d'un consensus préliminaire qui sera validé prochainement par le biais d'un questionnaire adressé à la communauté des 2 200 omnipraticiens de la région.

Il a été clairement indiqué qu'un outil informatique simple et unique à l'échelle régionale est incontournable pour l'adhésion des omnipraticiens aux technologies de l'information. L'Agence partage cette position et entend mettre tout en œuvre pour éviter la prolifération d'outils qui compromettrait l'intégration des composantes du dossier d'un même client.

L'Agence entend prendre les dispositions nécessaires pour répondre à ces besoins prioritaires signifiés par les omnipraticiens. À plus long terme, le besoin de disposer et de partager un dossier électronique plus complet avec les intervenants du secteur devra trouver réponse dans une approche modulaire qui s'intégrera naturellement aux composantes déjà en place.

Plusieurs besoins complémentaires ont été exprimés notamment en matière de formation continue. La stratégie retenue consistera à coordonner avec l'exécutif du DRMG les développements requis et l'offre de services potentielle des partenaires universitaires.

### **Recommandation 24**

L'Agence recommande, à court terme, de donner accès aux omnipraticiens :

- au RTSS et à des outils de courriels, de collaboration et de partage d'information;
- aux résultats d'examen diagnostiques et aux rapports de consultations;
- au profil pharmacologique des clients;
- aux signalements d'événements clés : visite à l'urgence, hospitalisation, décès;
- aux images médicales;
- au suivi interdisciplinaire de la clientèle vulnérable (ex. maintien à domicile);
- à un registre des spécialistes de la région et à la consultation en ligne avec eux;
- à des services de traitement électronique avec les pharmacies d'officine;
- à des services de rendez-vous dans les centres spécialisés ou auprès des spécialistes.

#### *6.6.4 Stratégies pour les médecins spécialistes*

Une proportion importante de médecins spécialistes (37% au Québec) pratiquent en milieu hospitalier ainsi qu'en cabinet privé pour y suivre leur clientèle ou répondre aux demandes de consultations des omnipraticiens. Pour ce groupe particulier, il importera d'identifier les outils informatiques à privilégier : ceux du ou des centres hospitaliers où ils pratiquent ou celui offert

aux omnipraticiens du réseau. Certains spécialistes sont également appelés à offrir des services de garde à partir de leur domicile et d'autres nécessiteront des outils plus évolués de communication à partir de leur clinique privée. (ex. radiologistes)

L'Agence entend poursuivre sa démarche auprès de cette clientèle pour identifier les besoins prioritaires et proposer les solutions requises. L'accès au RTSS, aux services de téléconsultation, aux résultats et aux images médicales constituent les principaux services requis.

#### 6.6.5 *Stratégies pour les Centres de santé et de services sociaux*

##### **Recommandation 25**

L'Agence recommande :

- de mettre en place un index-maître régional;
- de regrouper les systèmes et les données clientèles des CLSC et CHSLD concernés au technocentre régional;
- de doter les centres de santé et de services sociaux qui incluent un centre hospitalier d'un système d'information clinique centralisé;
- d'étudier la faisabilité de regrouper les systèmes administratifs et financiers pour chacun des douze centres de santé et de services sociaux;
- de regrouper les ressources humaines disponibles pour assurer la gestion locale des ressources informationnelles.

#### 6.6.6 *Stratégies relatives aux CHU et aux CAU*

##### **Recommandation 26**

L'Agence recommande :

- de donner suite à la démarche du CHUM et du CUSM en vue de se doter d'un système commun d'information clinique.
- d'identifier les composantes du projet Arc-en-ciel développé par le CHU Mère-Enfant qui pourraient contribuer à l'infrastructure régionale.
- de valider les conditions légales et financières qui permettraient aux établissements de se doter du même système que celui prévu au CHUM et au CUSM.
- d'assurer la plus grande homogénéité possible des systèmes d'information clinique de la région.

#### 6.6.7 *Stratégies d'infrastructure et de services régionalisés*

##### **Recommandation 27**

L'Agence recommande :

- de mettre sur pied l'infrastructure régionale nécessaire à la conservation temporaire ou permanente d'informations cliniques et autres informations produites et publiées par un établissement public ou privé;
- de déployer l'infrastructure régionale nécessaire à la conservation temporaire ou permanente des images médicales.
- d'évaluer la faisabilité de mettre sur pied une infrastructure régionale pour assurer la conservation temporaire ou permanente des éléments numérisés des dossiers faisant l'objet d'un transfert d'information d'un établissement à un autre avec le consentement du client.

### 6.6.8 Stratégies d'infrastructures et de fonctions communes

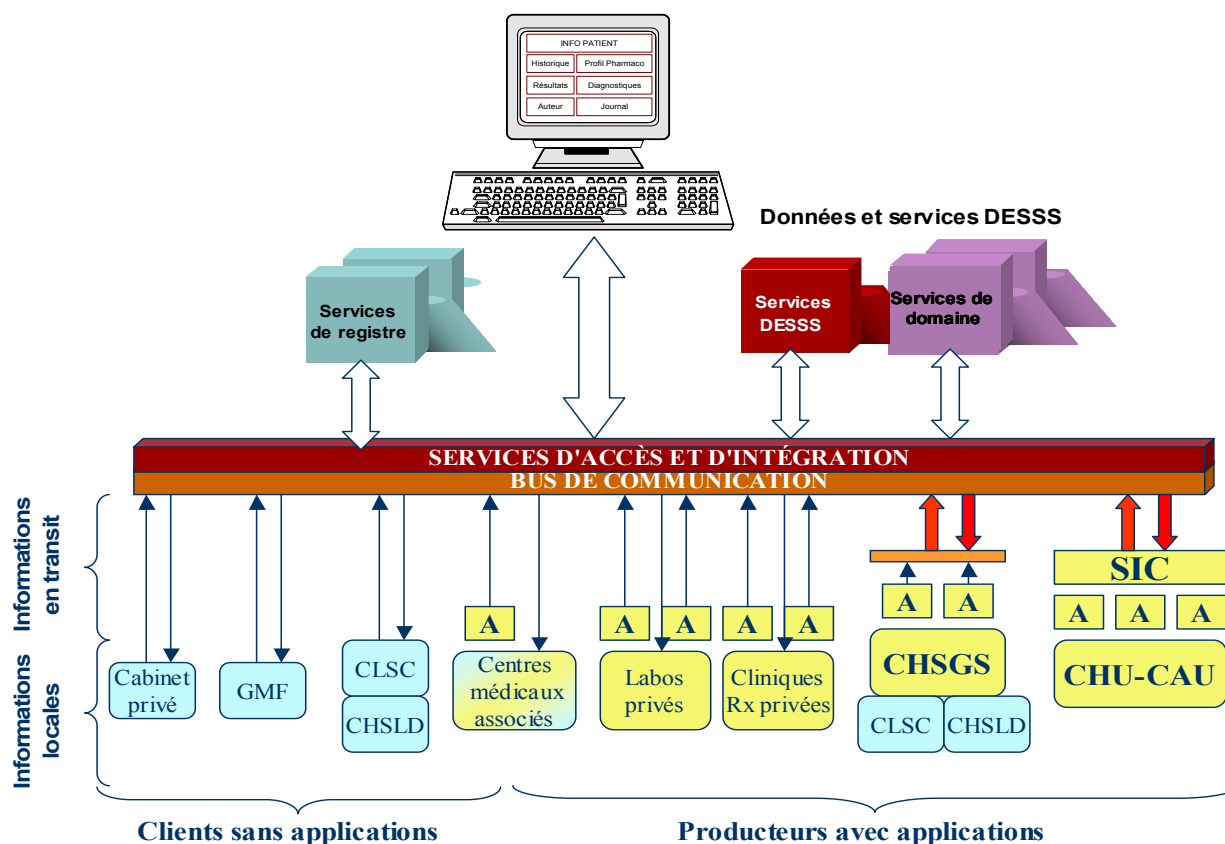
#### Recommandation 28

L'Agence recommande :

- de mettre sur pied des fonctions communes nécessaires à la mise sur pied d'une infostructure régionale.
- de développer un portail d'accès, un Intranet et un Extranet régional.
- de compléter la révision de l'architecture, l'optimisation et la redondance du RTSS avec la collaboration et la participation du ministère.

### 6.6.9 Stratégie générale d'architecture

L'Agence recommande de développer un modèle simple et uniforme qui invite tous les établissements et les partenaires à utiliser les services et fonctions régionalisés pour assurer l'échange normalisé d'informations et faciliter l'accès à une vue intégrée des données clientèles.



### 6.6.10 Stratégie de financement

Pour répondre aux besoins prioritaires des trois prochaines années, on peut évaluer très sommairement le coût des investissements et les frais récurrents des actions requises. Le support financier d'Inforoute Santé du Canada et du gouvernement provincial (PTI) de même que les crédits régionaux et les budgets des établissements seront requis pour financer l'opération.

	<b>Récurrent ( 000 \$ /an )</b>	<b>Non-récurrent ( 000 \$ )</b>
<b>Services de communication</b>		
Étendre le réseau RTSS sécurisé aux instances du secteur privé	1 000	500
Étendre les services de courrier électronique (5000)	200	700
Mettre en place un portail d'accès sécurisé	600	2 000
Déployer les outils d'échange d'information clinique (DSIE, OEMC...)	750	4 300
Mettre en place un système de messagerie uniforme	100	1 000
<b>Sous-total</b>	<b>2 650</b>	<b>8 500</b>
<b>Services de registre</b>		
Mettre en place un index maître régional en lien avec la RAMQ les services connexes et la gestion régionale du consentement	1 500	10 500
Mettre en place un registre des ressources et des intervenants	200	500
<b>Sous-total</b>	<b>1 700</b>	<b>11 000</b>
<b>Services de données cliniques et d'intégration</b>		
Compléter les déploiements de systèmes de radiologie (RIS) de laboratoires (LIS) et d'accès local aux résultats	4 500	30 000
Déployer/développer les interfaces aux applications les services d'intégration et de normalisation	3 000	20 000
Implanter un dépôt régional et un service d'accès aux résultats	2 000	10 000
<b>Sous-total</b>	<b>9 500</b>	<b>60 000</b>
<b>Services d'hébergement spécifiques</b>		
Système d'information clinique pour 5 CSSS* et réseau local * CSSS type : 1 CHSGS, 2 CLSC, 3 CHSLD. RLS : CHSLD privé, CMA, Cabinet privé	3 000	20 000
Refonte et intégration des systèmes clientèle CLSC et CHSLD	500	5 000
Cadre de gestion du changement (processus-formation)	500	1 000
<b>Sous-total</b>	<b>4 000</b>	<b>26 000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17 850</b>	<b>105 500</b>

Sont exclus de ce tableau :

- Les systèmes cliniques du CHUM et du CUSM dont le financement est déjà prévu dans le cadre des projets des nouveaux sites. (41 M\$);
- Les systèmes cliniques de 3 CAU et du CHU Mère-enfant (30 M\$);
- Le maintien nécessaire des actifs actuels (25 à 40 M\$/an);
- Les services régionalisés d'images médicales et de dossiers numérisés (35 M\$);
- L'hébergement des systèmes administratifs des CSSS (15 M\$).

## **7. Les conditions de réalisation**

Le Forum de la population, se faisant l'écho de la plupart des groupes ayant participé à la consultation, a indiqué dans son avis qu'il faut :

- S'assurer que le réseau montréalais de services de santé et de services sociaux bénéficie d'un financement adéquat dans la réalisation de cette transformation majeure;
- Prévoir des ressources additionnelles temporaires lors de l'implantation des réseaux locaux afin de s'assurer que l'énergie déployée en vue de ce changement majeur ne contribue à la détérioration des services actuels;
- S'assurer que l'investissement dans les ressources informationnelles soit également adéquat;

L'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal nécessite de réunir certaines conditions de réalisation.

### **7.1 L'injection de ressources additionnelles pour financer la stratégie d'implantation**

- L'obtention des ressources et des leviers requis pour la mise en place des CMA :
  - budget non-récurrent de démarrage;
  - budget récurrent pour les services de liaison, les services infirmiers, le soutien administratif et l'accès aux services diagnostiques;
  - banque d'heures d'activités médicales particulières (AMP) pour la couverture des heures défavorables en soirée;
  - banque d'heures pour le médecin responsable d'un CMA et la gestion des activités médico-administratives et de liaison avec les médecins du territoire;
  - participation d'un médecin du DRMG au conseil d'administration de l'Agence et au conseil d'administration des centres de santé et de services sociaux.
- l'approbation du plan d'informatisation et l'obtention des ressources financières nécessaires à son implantation;
- l'obtention des ressources nécessaires pour augmenter le nombre de gestionnaires de cas dans les services de première ligne;
- l'obtention d'un accroissement progressif des crédits régionaux en lien avec les priorités identifiées dans le Plan stratégique montréalais « *La santé en actions* »;
- l'obtention des ressources non-récurrentes requises pour financer les activités de support au changement;
- l'obtention des ressources requises pour assurer le fonctionnement optimal des comités d'usagers et l'information de la population

### **7.2 Le maintien, pendant la période de transition, des ententes existantes**

L'Agence demandera le maintien et le respect des ententes existantes entre les établissements et ce, jusqu'à la signature, lorsque requise, de nouvelles ententes notamment avec les centres de santé et de services sociaux et les autres établissements du réseau, ainsi que les ententes relatives à la gestion des RTF-RI.

### **7.3 Le maintien, pendant au moins deux ans, de certaines fonctions régionalisées**

L'Agence recommande que le Service régional d'admission et le Service d'immobilisations soient maintenus à l'Agence jusqu'à ce qu'une décision soit prise quant à leur organisation future.

Le maintien du système régional d'admission en hébergement, pendant au moins deux ans, permettra d'analyser, de façon approfondie, d'autres modèles de gestion avant de prendre une décision quant à sa décentralisation partielle au niveau local.

#### **7.4 L'introduction de mécanismes de protection et de sécurisation des renseignements personnels**

La sécurité des renseignements personnels sera assurée par des liens de télécommunication sécurisés (RTSS), des services spécialisés de transports de données, des dépôts de données redondants et accessibles physiquement et logiquement par les seules personnes autorisées. La journalisation des accès et les procédures de contrôle et d'audit permettront aux autorités, et éventuellement à la clientèle, de vérifier le respect des règles de sécurité et d'accès autorisés. Les standards DICA visant la disponibilité et l'accessibilité, l'intégrité et l'intégralité, la confidentialité, l'authentification et l'irrévocabilité des accès seront appliqués de même que les principes de conservation, d'archivage et de destruction sécuritaire de l'information nominative.

En ce qui a trait à la protection des renseignements personnels, le consentement éclairé de la clientèle sera requis pour transférer l'information la concernant d'un établissement du secteur socio-sanitaire à un autre ainsi qu'au transit et au dépôt temporaire ou permanent de cette information à l'intérieur d'une zone régionale sécurisée.

#### **7.5 Des actions concrètes pour maximiser la disponibilité de la main-d'œuvre**

La mise en place des centres de services de santé et de services sociaux à Montréal l'application de la Loi 30, qui réduit le nombre d'unités d'accréditations, entraîneront de grands changements en matière de gestion des ressources humaines.

Certains indicateurs de pénuries, tels le recours aux agences privées en soins infirmiers et le recours au temps supplémentaire, ainsi que les projections de besoins en main-d'œuvre, font ressortir la problématique de disponibilité de cette main-d'œuvre. Une certaine mobilité du personnel, facilitée notamment par la Loi 30, n'aura cependant pas pour effet d'augmenter le nombre de personnes disponibles pour offrir les services à la population.

Dans ce contexte, ce sont dans des actions ciblées qui visent à maximiser la disponibilité de main-d'œuvre en favorisant une utilisation optimale des ressources humaines, que réside le succès de cette démarche. À ce chapitre, le maintien, le développement et la mise en œuvre de stratégies axées notamment sur l'organisation du travail, l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre et la gestion de la présence au travail, soutenues par le développement des compétences, s'avèrent essentiels.

#### **7.6 Des garanties d'accès aux services en langue anglaise**

L'accès aux services en langue anglaise doit être maintenu :

- en veillant à ce que la capacité d'assurer l'accès aux services en langue anglaise ne soit pas diminué malgré les mouvements de personnel, pendant la période de transition concernée;
- en incluant dans les ententes de gestion entre l'Agence et les centres de santé et de services sociaux, des objectifs spécifiques concernant l'accès aux services en langue anglaise lorsqu'ils regroupent des installations désignées ou qu'ils offrent des services indiqués;
- en confirmant la liberté d'obtenir les services requis en anglais dans un autre territoire que dans le territoire local.

## Lexique

**Agence** : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

**Clientèles vulnérables** : personnes fragilisées atteintes d'une ou plusieurs pathologies, aiguës ou chroniques, souvent débilantes et évolutives, souvent de façon imprévisible. Il s'agit fréquemment de personnes âgées, mais il peut s'agir également de jeunes personnes. Ces personnes peuvent aussi être atteintes de problèmes cognitifs.

**Commission Clair** : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

**Heures défavorables** : Heures de soirée, nuit, fin de semaine et jours fériés.

**Ministère** : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

**Ressources intermédiaires** : Toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

**Services de première ligne** : Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical de la population.

**Services de deuxième ligne** : Ces services, tant sociaux que médicaux, permettent de résoudre les problèmes complexes. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

**Services de troisième ligne** : Niveau de la médecine ultrasécialisée, ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté).

**Zones prioritaires d'intervention** : Zones identifiées par la Ville de Montréal et le gouvernement, dans le contrat de ville, qualifiées de zones prioritaires d'intervention, qui justifient un effort spécifique et complémentaire de l'État et de la Ville, que ce soit en matière d'aménagement urbain et de logement, d'équipements publics, de développement social, d'éducation et d'emploi

ACCESSS : Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux

AHQ : Association des hôpitaux du Québec

AMP : Activités médicales particulières

CAU : Centre affilié universitaire

CH : Centre hospitalier

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CHSP : Centre hospitalier de soins psychiatriques

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CII : Conseil des infirmières et infirmiers

CIR : Commission infirmière régionale

CM : Conseil multidisciplinaire

CMR : Commission médicale régionale

CMUR : Commission multidisciplinaire régionale

CJ : Centre jeunesse

CLSC : Centre local de services communautaires

CMA : Centre médical associé

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CPE : Centre de la petite enfance

CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CR : Centre de réadaptation

CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique

CRPAT : Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CUSM : Centre universitaire de santé McGill

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DRMG : Département régional de médecine générale

DSIE : Demande de services interétablissements

ETC : Équivalent temps complet

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GMF : Groupe de médecine de famille

HGJ : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis  
HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
HSC : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal  
ICM : Institut de cardiologie de Montréal  
IUGM : Institut universitaire de gériatrie de Montréal  
LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse  
LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents  
LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux  
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux  
OEMC : Outil d'évaluation multiclientèle  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PAPA : Personnes âgées en perte d'autonomie  
PREM : Plan régional des effectifs médicaux  
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec  
RI : Ressources intermédiaires  
RLS : Réseau local de services  
RTF : Ressource de type familial  
RTSS : Réseau de télécommunications sociosanitaires  
RUIS : Réseau universitaire intégré de santé  
SIPA : Soins intégrés aux personnes âgées  
SOC : Soutien aux organismes communautaires

## **LISTE DES ANNEXES**

**Annexe 1 - La région de Montréal**

**Annexe 2 - Vers un nouveau modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux à Montréal – Plan de travail**

**Annexe 3 - Le développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal – Balises nationale, Critères régionaux**

**Annexe 4 - Indicateurs de santé selon les regroupements des territoires de CLSC de Montréal**

**Annexe 5 - Indicateurs de santé selon les regroupements des territoires de CLSC de Montréal**

**Annexe 6 - Les balises régionales relatives à l'implantation du programme des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne, du programme des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, du programme de lutte contre le cancer et du programme des services aux jeunes en difficulté**

**Annexe 7 – Normes pour la promotion de la santé dans les hôpitaux (OMS)**

**Annexe 8 - Les protocoles et ententes interétablissements dénombrés dans la région**

**Annexe 9 - Proposition d'un cadre de référence pour les contrats entre les instances locales et les CHSGS**

**Annexe 10 - Cadre de référence pour une entente entre le CSSS et le CMA**

**Annexe 11 - Liens antérieurs arrondissements-CLSC versus liens proposés arrondissements-centres de santé et de services sociaux.**

**Annexe 12 - Le modèle d'évaluation de la performance**