



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Comité de suivi du Forum sur la situation dans les urgences

ÉTAT D'AVANCEMENT DU PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION
DES SERVICES D'URGENCE

RÉGION MONTRÉAL-CENTRE

Mai 2000

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(286-5604)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Rapport d'étape

1. Description sommaire de la région Montréal-Centre
2. Suivi des mesures du forum sur les urgences et plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002
3. Évaluation de la gestion de l'hiver 2000
4. Expériences novatrices
5. Planification été 2000

ANNEXES - MANDATS

- Annexe I : Accès aux services médicaux en lien avec les services à domicile
- Annexe II : Continuum de services offerts aux personnes souffrant de troubles respiratoires
- Annexe III : Groupe de travail sur les urgences psychiatriques
- Annexe IV : Comité d'évaluation du projet réalisé par les CLSC et les CHSGS en regard de la congestion des salles d'urgence

TABLEAUX

- Tableau 1 : Volume d'activités dans les salles d'urgence - *Nombre total de patients sur civières / Patients de 75 ans et + couchés sur civières / Transports ambulanciers*
- Tableau 2 : Délai d'attente dans les salles d'urgences- *Séjour de plus de 24 heures et de plus de 48 heures*
- Tableau 3 : Mesures de désengorgement des salles d'urgence – Hiver 2000

GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Volume d'activités dans les salles d'urgence - *CHSGS / Région de Montréal-Centre*
- Graphique 2 : Délais d'attente dans les salles d'urgence - *CHSGS / Région de Montréal-Centre*
- Graphique 3 : Séjours excessifs de 48 heures et plus à l'urgence / 01-4-99 au 04-12-1999 (9 périodes)
- Graphique 4 : Séjours excessifs de 48 heures et plus à l'urgence / 01-4-98 au 31-03-1999
- Graphique 5 : Séjours excessifs de 48 heures et plus à l'urgence / 01-4-97 au 31-03-1998
- Graphique 6 : Situation dans les salles d'urgence 1998-1999-2000 – *Patients sur civières et patients de plus de 48 heures*
- Graphique 7 : Situation dans les salles d'urgence 1998-1999-2000 – *Patients en attente d'hospitalisation / nombre d'ambulances*
- Graphique 8 : Comparaison des prévisions de fermetures de lits dans les CHSGS – *Été 1998 et 2000*

1. DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA RÉGION MONTRÉAL-CENTRE

- Ressources hospitalières de la région

ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE DE CH	NOMBRE DE SALLES D'URGENCE
CHSGS	15	19
CH DE RÉADAPTATION	6	0
CHVP	4	2
TOTAL	25	21

Parmi les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, 15 offrent des services de soins aigus de courte durée. Ces établissements opèrent 19 salles d'urgence dont deux (2) sont exclusivement réservées à la pédiatrie. De plus, parmi les quatre (4) établissements à vocation psychiatrique, deux (2) établissements possèdent une salle d'urgence. La région de Montréal-Centre dispose donc de 21 salles d'urgence pour répondre aux besoins de sa clientèle.

- 17 salles d'urgence en santé physique et psychiatrie
- 2 salles d'urgence en pédiatrie
- 2 salles d'urgence en psychiatrie

- **Volume d'activités des salles d'urgences** *(voir tableau 1 - graphique 1)*

Patients couchés sur civières

Dans la région de Montréal, le nombre de patients sur civières dans les salles d'urgence durant les neuf (9) premières périodes de 1999-2000 a été de 198 520 personnes soit une augmentation de 3,7% par rapport à l'année 1998-1999 et une augmentation de 4,8% depuis l'année 1997-1998. Dans les dix-sept (17) salles d'urgence des CHSGS, le nombre de patients sur civières a été de 179 221 soit une augmentation de 4,7% depuis 1998-1999 ou 7 984 personnes de plus et de 6,8% depuis 1997-1998 soit 11 283 personnes supplémentaires. Le volume en CHSGS compte pour 90,3% du volume total de la région.

Le nombre de patients couchés sur civières en pédiatrie a diminué de 4,7% au cours de la dernière année et de 12,2% depuis deux ans, ce qui représente respectivement 776 et 2 201 enfants de moins pour les 2 CHSGS pédiatriques de la région durant les deux dernières années à la période 9.

Pour la clientèle des 2 CH à vocation psychiatrique, la tendance est à la baisse avec respectivement 0,1% de moins entre 1998-99 et 1999-2000 et 2,2% sur 2 ans, ce qui représente peu de patients soit 34 et 76 patients.

Patients de 75 ans et plus couchés sur civières

En 1999-2000, dans les CHSGS, durant les neuf (9) premières périodes, les patients de plus de 75 ans couchés sur civières sont au nombre de 39 718 soit une augmentation de 2,9% par rapport à l'année précédente et de 6,1% par rapport à l'année 1997-1998 soit 2 287 personnes de plus en deux ans. La clientèle âgée de 75 ans et plus a contribué pour 20% de l'augmentation des personnes couchées sur civières depuis 1997-1998 dans les CHSGS.

Transports ambulanciers

Durant l'année 1999-2000, le nombre de transports ambulanciers effectués vers les centres hospitaliers de la région a été de 142 465 transports, soit une augmentation de 13,7% par rapport à l'année précédente et 19,3% depuis l'année 1997-1998. Ce qui représente 15 463 transports durant la dernière année et 21 808 transports sur 2 ans respectivement 42 et 60 transports supplémentaires en moyenne par jour dans les CHSGS.

Dans les dix-sept (17) urgences des CHSGS, cette augmentation a été de 12,9% entre 1997-1998 et 1998-1999 et de 19,2% la dernière année, ce qui représente 21 808 transports en 2 ans et 15 463 durant la dernière année. Les CHSGS ont reçu 94,8% de l'augmentation des transports dans la région depuis 1997-1998 et 91,9% durant la dernière année.

Quant aux deux (2) CH pédiatriques, l'augmentation a été de 25,8% depuis l'année dernière et de 11,6% depuis 2 ans soit respectivement 3 et 1.5 transports supplémentaires en moyenne par jour dans les deux (2) CH pédiatriques. Lorsque l'on met en relation le nombre d'enfants couchés sur civières qui a une tendance à la baisse avec le nombre de transports ambulanciers qui est en légère augmentation, on peut faire l'hypothèse que les cas plus légers sont vus dans les cabinets privés et les CLSC mais que les cas plus lourds continuent d'être acheminés aux CH pédiatriques.

Dans les centres hospitaliers à vocation psychiatrique, le volume de transports a été similaire entre 1997-1998 et 1998-1999 mais une augmentation de 50,3% en 1999-2000 par rapport à 1998-1999 ce qui représente 653 ambulances supplémentaires soit une moyenne de 1.8 patients de plus/jour pour les deux (2) CH à vocation psychiatrique.

- **Délais d'attente dans les salles d'urgence** (voir tableau 2 - graphique 2)

Séjour de plus de 24 heures

Pour l'année 1999-2000, pour les neuf (9) premières périodes, pour l'ensemble des établissements de la région, les séjours de plus de 24 heures ont augmenté de 1,5% par rapport à l'année 1997-1998 passant de 20,6% à 22,1%.

Dans les 17 CHSGS, durant les deux dernières années, l'augmentation a été de 1,2%, passant de 20,9% en 1997-1998 à 22,1% en 1999-2000

Dans les deux (2) centres hospitaliers à vocation psychiatrique, on observe une augmentation de 1,9 % au cours de la dernière année mais avec un écart de 0,2% par rapport à 1997-1998.

Dans les centres pédiatriques, les séjours de plus de 24 heures ont été réduits de plus 2,3% durant la dernière année pour atteindre 1,1%.

Séjour de plus de 48 heures (graphique 3)

Durant l'année 1999-2000, pour les neuf (9) premières périodes, les séjours de plus de 48 heures dans l'ensemble des établissements de la région ont été de 5,7% soit 2,5% de plus qu'en 1998-1999 et 0,5% de plus qu'en 1997-1998.

Dans les 17 CHSGS, le taux de 48 heures a été de 5,9% en 1999-2000 alors qu'il était à 3,6% en 1998-1999 et de 4,2% en 1997-1998, soit une augmentation de 1,7% en deux ans et de 2,3% durant la dernière année.

Dans les centres hospitaliers pédiatriques, les plus de 48 heures sont presque absents à 0,1% alors que ceux à vocation psychiatrique sont de 21,1% alors qu'ils étaient de 17,6% en 1998-1999 et de 20,2% en 1997-1998.

En résumé

Ainsi durant la dernière année, pour les neuf (9) premières périodes, l'achalandage dans les salles d'urgence en CHSGS s'est accru de 7 984 personnes de plus couchées sur civières dont 1 135 personnes âgées de plus de 75 ans. Pour leur part, les transports ont augmenté de 15 463 comparativement à l'année 1998-1999.

La salle d'urgence du CHUM Notre-Dame est demeurée celle qui a le taux le plus élevé de séjour de plus de 48 heures et passant de 10,34% à 20,29%. De plus, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont qui a gardé la deuxième place à ce chapitre, est passé de 7,25% à 10,60%. Un troisième établissement où la situation s'est détériorée est la salle d'urgence du CHUM St-Luc passant de 3,41% à 10,49%.

Par contre, si on isole les salles d'urgence du CHUM Notre-Dame et Maisonneuve-Rosemont, le pourcentage de 48 heures et plus dans la région chute à 3,39% et à 2,76% mais si on isole également St-Luc CHUM.

Toutefois, trois (3) établissements ont des fonctionnements en dents de scie et sont à surveiller étroitement ce sont : Santa-Cabrini, CHUM Hôtel-Dieu et l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Ainsi 11 salles d'urgence sur 17, soit 65%, sont à un taux de 5% et moins dont 47% en bas de 3%.

Un suivi continu est essentiel pour améliorer la situation afin de rencontrer l'objectif de notre plan régional 1998-2002 qui est d'éliminer les attentes de plus de 24 heures.

- **Problèmes spécifiques en regard des urgences**

Le vieillissement de la population est un phénomène qui touche particulièrement Montréal. Dans la région de Montréal-Centre, le taux de personnes âgées de 65 ans et plus est de 14,9%. Dans l'ensemble du Québec, le taux des personnes âgées est de 12,1%. Les personnes âgées de 75 ans et plus, clientèle plus fragile et souvent en perte d'autonomie, représentent 5,8% de la population alors que dans l'ensemble du Québec cette représentation est de 4,3%.

L'achalandage de l'urgence durant les mois d'hiver a pour effet direct d'augmenter les demandes d'hospitalisations notamment chez les personnes âgées atteintes de maladies chroniques, principalement de maladies pulmonaires et cardiaques. Cette clientèle âgée, pour la plupart avec de multipathologies, requiert généralement des séjours hospitaliers plus longs.

Les centres hospitaliers doivent donc faire face non seulement à l'augmentation de clientèle à l'urgence mais aussi à une durée de séjour potentiellement plus longue.

Un autre phénomène qui influence l'achalandage des salles d'urgence est l'augmentation des transports ambulanciers. Toutefois, le volume de transports provenant de certaines régions périphériques, principalement de la rive Nord, ajoute à la problématique des débordements durant les périodes de pointe. Les salles d'urgence des centres universitaires et affiliés de Montréal doivent accueillir les patients nécessitant de façon urgente des services tertiaires dont la référence provient d'un autre établissement de la région ou hors-région; les lits utilisés par cette clientèle réduisent la disponibilité de lits pour la clientèle se présentant aux salles d'urgence.

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002

RECOMMANDATION 6 B

Les hôpitaux accorderont la plus haute priorité à leur urgence :
En déposant un plan de travail à la Régie régionale qui précisera les actions prises pour concrétiser ce haut niveau de priorité à l'urgence

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Actuellement huit (8) établissements ont remis leur plan d'action Coordination lors de débordement journalier afin d'optimiser l'utilisation des ressources de la région	Relance fin mai 2000 Réception de la situation de 8 heures Communication téléphonique auprès des établissements en difficulté Application de mesures externes au besoin : • soulagement au niveau du transport ambulancier • entente avec un partenaire pour recevoir les cas actifs de l'établissement en difficulté • priorisation pour admission en CH de réadaptation • priorisation de patients en attente d'hébergement vers le réseau de soins de longue durée • rappel en après-midi, si nécessaire		Juin 2000

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 19

Les régies régionales et les départements régionaux de médecine générale établiront, diffuseront et tiendront à jour, pour toutes les régions du Québec, un répertoire régional des omnipraticiens disponibles dans la communauté pour s'acquitter des tâches prioritaires.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Pour la région de Montréal-Centre le DRMG sera en place en septembre; à ce moment, les recommandations du comité de suivi sur la situation dans les urgences seront traitées en priorité Le répertoire sera disponible en septembre	Un comité de travail a été mis en place en collaboration avec Urgences-santé, l'AMOM, les CLSC et les CHSGS pour améliorer l'accessibilité des services médicaux pour la clientèle âgée en perte d'autonomie et en post-hospitalisation connue principalement par le CLSC Les résultats visés sont : • Identification d'un médecin traitant pour les personnes en perte d'autonomie et en post – hospitalisation • Possibilité d'effectuer des visites à domicile • Couverture médicale pour des situations problématiques à domicile. (mandat annexe I)	Un projet pilote est prévu afin de mettre en place un mécanisme qui pourrait être adapté selon les besoins des différents territoires de la région	Septembre 2000

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 23

Les hôpitaux, de concert avec leurs partenaires et avec le soutien des régies régionales, adopteront des protocoles d'ententes cliniques à partir du schéma d'une entente type, qui faciliteront la coordination des soins et services.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Depuis 1997, il existe dans la région un cadre de référence concernant l'articulation CH-CLSC incluant des ententes sur les modalités de référence et de gestion entre les centres hospitaliers et les CLSC; la mise à jour en est effectuée de façon continue Actuellement, pour l'acquisition au niveau régional, on est à élaborer une entente sur les équipements et fournitures afin de faciliter la prise en charge des clients par une meilleure disponibilité des équipements pour donner les soins et rationaliser les coûts Adoption d'ententes locales pour les établissements concernés Intégration d'ententes dans les plans de services régionaux	Table sous-régionale de coordination pour améliorer les communications au niveau des articulations CH-CLSC regroupant les principaux partenaires Est : Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini et CLSC Nord : Sacré-Cœur, Fleury, Jean-Talon et CLSC Centre-Sud : CHUM et CLSC Centre-Ville : CUSM, Gén. Juif, St-Mary et CLSC Sud-Ouest : Angrignon et CLSC De façon plus ponctuelle : Ouest : Lakeshore et CLSC La RRMCM sera en soutien aux établissements dans le cadre d'ententes locales Les ententes conclues dans les plans des établissements feront partie du plan régional		- Actualisé - Suivi continu Juin à décembre 2000 Décembre 2000

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D’AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 24

Les régies régionales, de concert avec les partenaires, élaboreront et adopteront un Plan régional et territorial d’organisation de service des urgences, incluant la contribution des cliniques privées, facilitant ainsi la coordination de services.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
La région de Montréal-Centre a produit un plan d’amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 qui a été adopté par le conseil d’administration de la Régie régionale et a fait l’objet précédemment d’une large consultation dans le réseau Ce plan identifiait une série de mesures propres au bon fonctionnement des salles d’urgence qui rejoignent pour la plupart les recommandations du comité de suivi sur les urgences Notamment : SIURGE La Régie régionale de Montréal-Centre a inscrit dans son plan 1998-2002 « implanter obligatoirement SIURGE dans toutes les salles d’urgence pour l’année 2000 » • Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal • Hôpital Montréal pour enfants • Hôpital Louis-H. Lafontaine • Hôpital Santa-Cabrini • CHUM Notre-Dame	Un comité de suivi du plan 1998-2002 composé des membres du conseil d’administration et de la permanence est en place Ce comité suit l’évolution de l’ensemble des mesures mais particulièrement la situation dans les salles d’urgence qui est à l’ordre du jour de chacune des rencontres Compte tenu de l’énergie et des coûts investis : Nécessité d’un leadership provincial à l’effet de déployer SIURGE rapidement afin de suivre la situation et apporter les correctifs à la gestion des salles d’urgence des CHSGS	En lien avec la recommandation 19, un projet pilote est prévu à l’automne 2000 (voir recommandation 19)	Septembre à décembre 2000 Le plus vite possible 9 avril 99 2 novembre 99 4 décembre 99 14 décembre 99 7 mai 2000

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 24 (suite)

Les régies régionales, de concert avec les partenaires, élaboreront et adopteront un Plan régional et territorial d'organisation de service des urgences, incluant la contribution des cliniques privées, facilitant ainsi la coordination de services.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Centres ambulatoires (mesures du Plan régional 1995-98) 1. Lakeshore Étape de construction 2. Maisonneuve-Rosemont Étape de concept 3. Sacré-Coeur Étape de concept Transports ambulanciers Équilibrer la charge de transports ambulanciers entre les hôpitaux de la périphérie et du Centre-ville en collaboration avec Urgences-Santé	Un comité conjoint : CH, CLSC, cabinets privés, MSSS et Régie régionale est en cours afin d'examiner les systèmes d'information clientèle dans le cadre de l'implantation des centres ambulatoires Un comité a été mis en place regroupant : - DSP – CHSGS - Médecins – salle d'urgence - Urgences-Santé - Régie régionale de Mtl-Centre et Régie de Laval Résultats satisfaisants		Septembre 2000 Nouvelle répartition décembre 1999 Suivi continu Réévaluation annuelle

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 24 (suite)

Les régies régionales, de concert avec les partenaires, élaboreront et adopteront un Plan régional et territorial d'organisation de service des urgences, incluant la contribution des cliniques privées, facilitant ainsi la coordination de services.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Services aux personnes âgées - Rehaussement des lits de longue durée pour accueillir des clients nécessitant + 2.5 hrs/soins Plan 95-1998 Résultat : 44% des lits Plan 98-2002 Objectif : 60% des lits Résultat : 44% <i>N.B. L'ajout de budget a servi à augmenter la réponse aux besoins des clients hébergés pour ceux ayant les plus gros écarts</i> - Diminuer de 288 les lits d'hébergement transitoire en CHSGS <i>N'a pu être réalisé car le rehaussement des lits de + 2.5 hrs/soins n'a pu être effectué qu'à 44%</i> - Augmentation des services pour personnes en perte d'autonomie desservies par les CLSC dans les services à domicile. (44% des 65 ans et + desservis). Objectif : 23,6 M\$ pour desservir 65% des personnes âgées de 65 ans et plus			2002 2002

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 24 (suite)

Les régies régionales, de concert avec les partenaires, élaboreront et adopteront un Plan régional et territorial d'organisation de service des urgences, incluant la contribution des cliniques privées, facilitant ainsi la coordination de services.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Services aux personnes âgées (suite) Résultat : 16,6 M\$ a permis de desservir 70% des personnes âgées de 65 ans et plus L'écart demeure de 7,4 M\$ afin de pouvoir fournir le niveau de service requis			2002 2000 2002

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D’AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 26

À moyen terme, le ministère de la Santé et des Services sociaux s’engagera dans la réalisation d’un programme de soins intégrés pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques, comprenant notamment une intervention clinique multidisciplinaire précoce à domicile ou en cabinet et un rehaussement de niveau de services dans la communauté.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
1. Service régional de soins à domicile (SRAD) – Maladies pulmonaires chroniques Un suivi clinique pour malades pulmonaires à domicile existe depuis plus de trente ans dans notre région; ce suivi est une partie importante du programme de soins intégrés proposé dans la recommandation ci-haut	Des rencontres ont eu lieu avec les différents partenaires CHSGS, CLSC et le SRAD afin de faciliter le processus de référence	Un projet de vaccination intensif contre l’influenza et pour toutes les clientèles à risque particulièrement les malades pulmonaires a été réalisé • 250 000 vaccins distribués par la Direction de la Santé publique • 890 points de vaccination - 61,5% dans les cliniques privées - 15,4% dans les CLSC - 9,7% dans les CHSLD - 12,3% dans les CHSGS - 1,1% autre	▪ Programme en place (réalisé) ▪ Comité (juin 2000) ▪ Continuum de services (juin à déc. 2000)

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 26 (suite)

À moyen terme, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engagera dans la réalisation d'un programme de soins intégrés pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques, comprenant notamment une intervention clinique multidisciplinaire précoce à domicile ou en cabinet et un rehaussement de niveau de services dans la communauté.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Au cours des dernières années, le SRAD a dû faire face à une augmentation importante de sa clientèle ce qui a nécessité des ajouts budgétaires constants pour éviter les listes d'attente et ainsi éviter l'utilisation inappropriée des lits d'hospitalisation ou des retours à la salle d'urgence Clients desservis : 1 818 Augmentation : 29% depuis 1997-98 En 1999-2000 : 500 000 \$ investi 2. Intervention précoce Pour compléter le programme de soins intégrés pour malades pulmonaires dans notre région, il nous faut mettre en place un processus visant l'intervention précoce et un suivi continu de cette clientèle pour éviter les recours à l'urgence et des hospitalisations mais également réduire la durée de l'hospitalisation si celle-ci ne peut être évitée	Un comité de travail composé des différents partenaires est mis en place. Ce comité a pour mandat d'établir un continuum de services pour les malades insuffisants pulmonaires en tenant compte des ressources déjà en place (<i>Mandat annexe II</i>)	Une intensification du programme de vaccination est prévue dès octobre 2000 en prévision de l'hiver 2001 Des sessions de formation ont été données aux CLSC de l'Est pour assurer un meilleur suivi de la clientèle et favoriser le dépistage précoce en cas de déstabilisation de leur état	- Comité (juin 2000) - Continuum de services (juin à déc. 2000)

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 27

À moyen terme, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engagera dans la réalisation d'un programme de soins intégrés multidisciplinaires pour les personnes atteintes de maladies cardiaques chroniques notamment l'insuffisance cardiaque.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Cette mesure a été planifiée à court terme pour améliorer les services à cette clientèle Un colloque a été présenté en avril dernier par des cardiologues de L'Institut de Cardiologie et du CHUM en collaboration avec les différents partenaires afin de parfaire la connaissance des médecins en ce qui a trait à la physiopathologie, à l'évaluation des classes fonctionnelles de la personne atteinte d'insuffisance cardiaque et à l'identification des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques	Un comité de travail composé d'intervenants de la direction de la Santé publique, d'infirmières, de médecins cardiologues œuvrant auprès de cette clientèle a été mis en place par la Régie régionale Un outil d'information a été développé pour la clientèle atteinte afin de faciliter l'enseignement auprès de cette clientèle et sera diffusé aux CLSC et aux cliniques D'autres mesures à réaliser ont été prévues par le comité de travail - Identifier des mécanismes de liaison pour les insuffisants cardiaques de type 1 et 2 (patients moins lourds) qui pourraient être suivis par les omnipraticiens en cabinet privé ou en CLSC - Développer avec les spécialistes des indicateurs de l'observance du traitement - Effectuer des recherches sur les avantages des différentes formes de suivi. Cette recherche sera faite par la direction de la Santé publique	La mise en place de cliniques de suivi pour l'insuffisance cardiaque de type 3 et 4 (clientèle lourde) dans les centres hospitaliers universitaires, à l'Institut de Cardiologie de Montréal, Hôpital Royal-Victoria, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et au CHUM Un projet de système d'information pour suivi de la clientèle est en cours Une évaluation est prévue afin d'identifier les impacts de ce suivi sur cette clientèle soit : - une diminution des hospitalisations - une diminution des visites à l'urgence - une diminution des coûts de la médication - une amélioration de la qualité de vie	1999-2000 Travaux se poursuivront jusqu'en 2002

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 28

À moyen terme, le Ministère mettra sur pied et favorisera le développement d'un réseau intégré de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Les CLSC, avec le soutien des régies régionales, des hôpitaux, des CHSLD, du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de l'Association des gériatres du Québec, développeront et soutiendront des modèles et des expériences efficaces de réseaux intégrés de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, conduisant notamment à la mise en place d'un guichet unique de services.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Dans la région de Montréal-Centre, le guichet unique de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie est en place depuis novembre 1996. Ce modèle de services pour les personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée donne aux CLSC le rôle de coordonner les services de maintien à domicile, d'élaborer les plans de services et de statuer sur la décision d'hébergement. Depuis l'implantation du guichet unique de services en 1996, plusieurs activités en lien avec ce projet ont été réalisées notamment : • Développement d'un programme de formation sur la gestion de cas pour 218 intervenants de 1996 à 1999 • Formation d'agents multiplicateurs pour 80 intervenants des CLSC en 1999	• Développement d'un outil de référence interétablissements unique en 1998 • Début des travaux de déploiement informatique de l'outil de référence interétablissements • Formation des tables de concertation sous-régionales	• Développement d'un outil de dépistage des personnes à risque de perte d'autonomie à l'urgence (ISAR) Projet de recherche diffusé en 1998 • Début de l'évaluation de l'efficacité de l'outil de dépistage ISAR dans quelques urgences de Montréal. Projet de recherche – résultats prévus pour 2001 • Implantation de SIPA (système intégré de prise en charge des personnes âgées) Projet de démonstration (voir page 22 SIPA)	▪ Guichet unique - 1996 ▪ Outil de dépistage 1998-2000 ▪ 1999 à 2001

2. **SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D’AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)**

RECOMMANDATION 29

À moyen terme, le Ministère mettra sur pied et favorisera le développement d’un réseau intégré de soins aux personnes atteintes de maladies mentales.

Les hôpitaux, avec le soutien des régies régionales, du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (l’Association des psychiatres du Québec), développeront et soutiendront des modèles et des expériences efficaces de réseaux intégrés de soins aux personnes atteintes de maladies mentales conduisant notamment à la mise en place d’un guichet unique de services.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
Le Ministère a proposé, en 1998, son « Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale » qui rejoint des objectifs de réseau intégré. Il a mis sur pied, à l'automne 1999, un comité de suivi. Celui-ci a fait la tournée des régions, dont celle de Montréal-Centre Le Plan d'amélioration 1998-2002 de la Régie vise aussi des objectifs similaires; un bilan est en préparation Un plan plus spécifique sur l'encombrement des urgences psychiatriques est actuellement mis en place. Il vise à améliorer l'expertise régionale à agir sur les causes spécifiques de l'encombrement par la clientèle de l'urgence (ex. : ressources dans la communauté, articulation entre les intervenants du réseau CH, CLSC, ressources communautaires)	La Régie régionale a mis en place un comité d'experts : 1. Élaborer une grille d'identification des causes d'encombrement, comprenant des éléments qualitatifs (ex. : mission claire...) et quantitatif (ex. : nombre d'usagers présents à l'urgence, la durée de séjour en hospitalisation, etc.) 2. Validation de la grille auprès des experts et amélioration de l'utilisation des ressources du réseau 3. Demande annuelle de plan d'action aux établissements concernés et suivi 4. Consultation du comité d'experts pour les situations qui perdurent. (Mandat en annexe III)	L'Hôpital Louis-H. Lafontaine a présenté un plan d'action dans le cadre de mesures d'urgence. Ce plan propose essentiellement la mise en place et le suivi de nombreux éléments déjà prévus au plan général de transformation de l'établissement. Plusieurs de ces éléments sont en lien avec les mesures du Plan 1998-2002 de la Régie, grâce à un travail conjoint. La Régie régionale de Montréal-Centre verra avec l'établissement à cibler dans le projet pilote les causes spécifiques de l'encombrement des salles d'urgence en privilégiant l'amélioration de l'expertise régionale à cet effet.	▪ Comité d'experts Juin 2000 ▪ 1^e version grille Juin 2000 ▪ Amélioration de l'utilisation des ressources Juin 2001 ▪ Suivi au besoin 2001 et suivantes

2. SUIVI DES MESURES DU FORUM SUR LES URGENCES ET PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002 (suite)

RECOMMANDATION 30

Les hôpitaux devront procéder à une extension des heures d'accessibilité à leur plateau technique d'investigation pour donner aux urgences et aux partenaires locaux et régionaux un meilleur accès à ces ressources.

Par ailleurs, dans son programme triennal d'immobilisation, le ministère de la Santé et des Services sociaux donnera priorité au rehaussement technologique du plateau d'investigation, en particulier dans les établissements qui auront convenu et actualisé avec leurs partenaires, des ententes locales de coordination de l'accès aux services de première ligne.

AVANCEMENT DES TRAVAUX	COMITÉ OU MÉCANISME DE COORDINATION	PROJET PILOTE	ÉCHÉANCIER
État de situation sur l'imagerie médicale en cours afin de connaître : • Volumes d'activités • Ressources humaines et financières • Équipement en place • Liste d'attente/type d'examen • Délai d'attente Objectifs : • évaluer le niveau d'accessibilité et diminuer le recours à l'urgence • identifier les principales contraintes Résultat attendu : • identifier des pistes de solutions en terme d'ajout de ressources et/ou de réorganisation de services (ex : échographie en clin. privée) Ajout de sommes permettant d'allonger les heures durant l'hiver 2000 pour des examens les plus souvent demandés à l'urgence.	Implication de la Commission médicale régionale et de l'Association des radiologistes est prévue • CMR • FMSQ • Association des radiologistes	Projet pilote Écho-labo pour les médecins de la communauté afin d'améliorer l'accessibilité aux examens diagnostics notamment pour les échographies	Automne 2000 Hiver 2000 Réalisé Hiver 2001 Reconduction

3. ÉVALUATION DE LA GESTION DE L'HIVER 2000 (graphique 6 et 7)

- **Situation de l'hiver**

L'épisode de grippe étant arrivée un mois plus tôt cette année, soit durant le mois de décembre, l'achalandage aux salles d'urgence de la région a été à son plus haut niveau durant la semaine du 3 janvier 2000, dû principalement aux complications suite à la grippe chez les personnes âgées et les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire.

Ainsi, durant la première semaine de janvier, le taux d'occupation moyen de civières a atteint 194% avec 40 patients de plus de 48 heures en moyenne par jour et 241 patients nécessitant une hospitalisation en moyenne par jour.

De plus, le transport ambulancier a atteint un record de 461 transports en moyenne par jour. Cette situation s'est améliorée au cours des deux semaines suivantes. Toutefois, la situation est demeurée très difficile jusqu'à la semaine du 15 mai comparativement à l'hiver 1999.

- **Mesures mises en place à l'hiver 2000** (voir tableau 3)

Les principales mesures mises en place à l'hiver 2000 sont l'ouverture de lits de courte durée, de lits subaigus et de lits de transition de longue durée pour les personnes âgées en attente d'hébergement, des lits d'hébergement temporaire et des places en centre de crise pour la clientèle en santé mentale pour un total de 440. Un suivi quotidien des mesures tout au long des mois d'hiver a permis de s'assurer de l'utilisation optimale de ces ressources.

Les autres mesures visaient des ajouts de personnel pour favoriser l'allongement des heures du plateau technique ou rehausser le personnel de la salle d'urgence ou de services ambulatoires.

Une mesure visait le Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques afin d'éliminer la liste d'attente de 125 patients. Le suivi clinique de cette clientèle et la prise en charge rapide, en moins de 24 heures, permettent de réduire les durées de séjour dans les centres hospitaliers durant la période de pointe et évitent le retour à l'urgence.

- **Coordination régionale des salles d'urgence et des transports ambulanciers**

Les activités de coordination ont été intensifiées durant les mois d'hiver :

- suivi de la situation quotidienne de 8 heures tous les matins incluant les fins de semaine
- communications effectuées auprès des établissements où la situation est plus difficile
- transmission de la situation dans les salles d'urgence à 14h
- conférence téléphonique quotidienne effectuée par la Régie régionale et les centres hospitaliers qui opèrent une salle d'urgence à 15h du lundi au vendredi
- coordination des transports ambulanciers au besoin
- système de garde 24 heures / 7 jours

RÉSULTATS :

- ✓ Meilleure connaissance de la situation dans l'ensemble de la région pour tous les partenaires
- ✓ Entraide spontanée entre les établissements
- ✓ Gestion plus optimale des ressources disponibles

• Les problématiques rencontrées

1. Le manque de disponibilité des lits de soins coronariens, d'équipement de monitoring cardiaque ainsi que des lits de soins intensifs a été présent pendant tout l'hiver. Cette situation devient de plus en plus critique tout au long de l'année.
2. Le manque d'infirmières a limité et rendu difficile l'ouverture des lits en courte durée en CHSGS et des lits subaigus en CH de réadaptation.
3. Lits de soins de longue durée :
 - difficulté de refermer les lits ouverts pour la communauté italienne (1 an), juive (1 an) et anglophone (10 mois).
 - impact négatif sur les CHSGS durant la décroissance de l'achat de places

• Recommandations Hiver 2001

1. Reproduire le plan des mesures de l'hiver 2000. Commencer plus tôt certaines mesures telle l'ouverture de places de longue durée.
2. Améliorer l'accessibilité aux plateaux techniques et examens diagnostics notamment pour les patients de l'urgence et les médecins dans la communauté.
3. Améliorer l'accessibilité aux soins intensifs et aux soins coronariens notamment par l'augmentation de l'équipement de monitoring cardiaque et de personnel formé pour les soins coronariens.
4. Améliorer l'intégration des services pour les malades insuffisants respiratoires et insuffisants cardiaques (intervention précoce et cliniques de suivi).
5. Mettre en place un mécanisme pour attribuer un médecin traitant pour la clientèle en perte d'autonomie et en post-hospitalisation et assurer le suivi médical à domicile lorsque nécessaire.
6. Maintenir les mécanismes régionaux de coordination.

2. EXPÉRIENCES NOVATRICES

• Lits subaigus

① CONCEPT

Le concept des lits subaigus a été défini par la Régie régionale dans le document de consultation intitulé « Plan d'amélioration de santé et des services sociaux 1998-2002 ». Durant les deux dernières années, lors de la planification des mesures de désengorgement des salles d'urgence, nous avons mis en place une mesure en appliquant ce concept pour supporter certains établissements en difficulté.

Par l'ouverture des lits subaigus, la Régie régionale a exploré la possibilité d'aider les établissements qui avaient peu de marge de manœuvre au niveau du nombre de lits de courte durée. Ces lits supplémentaires ont été mis en place à l'extérieur de leur établissement soit en CH de réadaptation.

② CLIENTÈLE VISÉE

La clientèle est celle qui exige des soins en établissement sans avoir besoin de soins hautement spécialisés mais qui nécessite :

- une couverture de soins médicaux
- un niveau de soins infirmiers de courte durée
- un traitement pharmacologique nécessitant un suivi
- une équipe multidisciplinaire

③ OBJECTIF

Permet aux patients de terminer leur hospitalisation et récupérer leurs capacités fonctionnelles avant de réintégrer leur domicile.

④ CONDITIONS DE RÉALISATION

- collaboration des directeurs de services professionnels
- collaboration du programme régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (formation, prêt d'équipements)
- corridor interétablissement avec une personne pivot

⑤ RÉSULTATS

- permettre l'admission plus rapide de la clientèle de l'urgence
- réduire les durées de séjour de la clientèle hospitalisée

- **Projet SIPA (système intégré de prise en charge des personnes âgées) / Projet de recherche – résultats prévus pour 2001**

Ce projet de démonstration repose sur un principe de capitation et sur une prise en charge territoriale de la population des personnes âgées en perte d'autonomie. Il propose d'intégrer les aspects cliniques, organisationnels et financiers des services médicaux et des services de santé ainsi que des services sociaux et communautaires nécessaires aux personnes âgées vulnérables.

Deux projets pilotes sont en cours :

- CLSC Côte-des-Neiges avec le CH Général Juif, CHSLD Maimonides, le CH Juif de réadaptation et le CHR Richardson
- CLSC Bordeaux-Cartierville, CH Sacré-Cœur et CHSLD Notre-Dame de la Merci

Nombre de clients : 630 usagers dans le cadre de l'expérimentation
630 usagers témoins

Évaluation : rapport préliminaire octobre 2000
rapport final décembre 2000

La Régie régionale compte sur les résultats de cette expérimentation pour éclairer ses orientations et ses décisions quant au type d'organisation souhaitable de services aux personnes âgées en perte d'autonomie pour l'avenir.

- **Expérience infirmière de CLSC en CHSGS (Hiver 2000)**

Une mesure particulière entre les CHSGS et les CLSC a été implantée pour une période de 28 jours. Une infirmière du CLSC était sur place dans chacun des CHSGS afin d'effectuer la prise en charge par le CLSC dans un délai maximal de six (6) heures et avec le niveau de services requis identifiés par le CHSGS.

Constats :

- pas d'augmentation notable de l'intensité de services
- grande diversité dans l'offre de services des CLSC
- pas de corrélation évidente entre le niveau d'intensité dispensé et le volume de clientèle reçu
- pas plus de clients desservis
- diversité dans les ententes CH-CLSC
- les modalités d'articulation CH-CLSC sont mal connues et inégalement appliquées
- l'amélioration des liens CH-CLSC est appréciée

Suite à ces constats, un comité d'évaluation a été formé (*mandat annexe IV*).

Objectifs : Apporter les correctifs aux « Modalités d'articulation CH-CLSC-médecin traitant » afin d'améliorer l'efficacité des liens entre les partenaires.

- **Mécanisme de coordination régionale**

La conférence téléphonique journalière des DG et des DSP mise en place par la Régie régionale au cours de l'hiver 2000 a permis à chacun des partenaires de connaître la situation de chacun, de susciter des collaborations spontanées et de régler les situations au quotidien. De plus, ceci a permis qu'à l'intérieur de chacun des établissements, une pression soit maintenue pour faire l'examen systématique des mesures internes avant la conférence de 15 heures.

- **SRAD - MPOC (service régional à domicile pour malades pulmonaires chroniques)**

DESCRIPTION

Permet un suivi clinique à domicile avec une prise en charge dans un délai de 24 heures lors du congé de l'hôpital, ceci en collaboration avec le CLSC et /ou le médecin traitant s'il y a lieu. Les besoins de cette clientèle étant en constante évolution, il a fallu injecter chaque année des sommes pour maintenir son efficacité.

COMPOSITION

- Pneumologues
- Infirmières
- Inhalothérapeutes
- Travailleur social

NOMBRE DE CLIENTS DESSERVIS

Au 31 mars 2000 : 1818 clients

ÉVOLUTION DE LA DEMANDE

Depuis 1997-1998 : 29% d'augmentation

RÉSULTATS

- éviter le recours à l'urgence par un suivi continu
- éviter des hospitalisations
- réduire la durée de séjour lorsque l'hospitalisation ne peut être évitée

3. PLANIFICATION ÉTÉ 2000

- **Situation appréhendée** (*graphique 8*)

Selon les informations transmises en mai par les établissements et validées avec les directeurs généraux, le nombre de lits fermés durant la période estivale sera de 1 225 comparativement à l'année 1998 où 691 lits ont été fermés. La disponibilité de lits durant cette période sera de 4 750 lits de courte durée (incluant les lits de soins psychiatriques en CHSGS et excluant les lits de néonatalogie) comparativement à 5 720 lits en 1998. Cette situation s'explique par la fermeture de 534 lits de plus et par une diminution de 436 lits disponibles dans la région pour un total de 970 lits en moins pour la période d'été 2000.

De plus, la période de fermeture est plus longue soit du 1^{er} mai au 25 septembre plutôt que du 12 juin au 11 septembre c'est-à-dire 21 semaines au lieu de 13 semaines. La raison est principalement la pénurie d'infirmières.

On peut prévoir des difficultés sans précédent au niveau des salles d'urgence et de l'accessibilité des services. Il sera difficile de reprendre les activités « normales » avant la fin septembre 2000.

Il faut s'attendre également à un allongement des listes d'attente en chirurgie ainsi que des délais d'accès à une chirurgie non urgente.

- **Plan de contingence**

- Accueil dans les 5 CH de réadaptation de patients nécessitant des soins subaigus à l'intérieur de leurs lits non utilisés pour leurs programmes réguliers (ex. ortho. AVC.etc.).
- Disponibilité de 91 lits subaigus supplémentaires pour la période du 17 juin au 9 septembre 2000 (90 jours).
- Achats de 81 places de soins de longue durée en CHSGS et CHSLD conventionnés pour la période du 13 juin au 15 septembre 2000 (100 jours).

- **Mise en place des mécanismes utilisés durant la période d'hiver 2000**

- **Plan de mesures pour augmenter la disponibilité des infirmières notamment :**

- Formation intensive pour des infirmières d'équipe volante pour les services spécialisés (soins intensifs, soins coronariens, dialyse, urgence, etc.)
- Recrutement d'infirmières retraitées
- Retour exceptionnel des salariés en congé sans solde
- Report des vacances avec forfait
- Travail de 2 fins de semaine de suite avec forfait



**Accès aux services médicaux
en lien avec les services à domicile**

Mandat

Secteur des services de première ligne
et des services aux personnes âgées

Le 17 mai 2000

Objectif général

- Améliorer l'accès aux services médicaux pour la clientèle suivie par les services à domicile des CLSC (posthospitaliers et personnes âgées en perte d'autonomie) dans une perspective de mise en réseau des partenaires concernés.

Objectifs spécifiques

- Faire l'inventaire des modalités de référence interétablissement existantes et s'assurer de leur utilisation adéquate par les services médicaux (ex. : le formulaire de référence interétablissement); le cas échéant, assurer le développement des modalités requises;
- Définir les moyens de transmettre rapidement les informations pertinentes de l'hôpital au médecin traitant, tout en respectant les prescriptions légales en matière de confidentialité;
- Systématiser l'identification du médecin traitant du bénéficiaire et déterminer les moyens de pouvoir lui en offrir un au besoin (banque de médecins traitants, etc.);
- Définir des modalités pratiques d'accès au médecin référant du centre hospitalier par le CLSC dans le cas de bénéficiaire pris en charge en services à domicile posthospitaliers;
- Définir les moyens concrets d'assurer le meilleur système possible de garde médicale en dehors des heures normales de travail pour une visite à domicile ou une consultation téléphonique, selon les besoins;
- Développer les modalités les plus appropriées d'implantation des solutions élaborées (projets pilotes, etc.).

Modalités

- Groupe de travail multipartite : 2 représentants de CHSGS;
2 représentants de CLSC;
2 représentants de l'AMOM;
2 représentants d'Urgence Santé
les représentants de la Régie régionale
- Échéance : Fin septembre 2000.

Le 17 mai 2000

AC/GH



**Continuum de services offerts aux personnes
souffrant de troubles respiratoires**

Mandat

Secteur des services de première ligne
et des services aux personnes âgées

Le 12 mai 2000

Continuum de services offerts aux personnes souffrant de troubles respiratoires

Mandat

À l'intérieur des paramètres organisationnels définis par la Régie régionale pour desservir les personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie et dans le cadre d'un continuum de services.

- Élaborer un programme intégré d'intervention pour les personnes souffrant de troubles respiratoires, particulièrement les personnes âgées qui, à cause de leur fragilité, se retrouvent en surnombre dans les salles d'urgence au cours de l'hiver;
- Améliorer l'articulation entre les établissements dispensant des services pour les personnes souffrant de troubles respiratoires dans la région de Montréal.

Activités

- Évaluer régionalement les besoins de la clientèle, connue ou potentielle, en soins respiratoires;
- Faire l'inventaire des ressources en place dans la région (SRSAD, CLSC, CHSGS, CHSLD, «cabinets privés»);
- Préciser le rôle des partenaires dans le continuum;
- Identifier les problématiques dans le continuum de services et les moyens pour y faire face;
- Planifier l'implantation des solutions définies (projet pilote, services, modalités d'articulation, etc.);
- Travaux prioritaires (d'ici la fin septembre 2000)* :
 1. Élaborer un programme d'intervention précoce à domicile (CLSC ou cabinet privé) en s'assurant de définir les moyens concrets d'articulation de ce programme avec les services existants;
 2. Définir les moyens d'améliorer l'articulation entre le Service régional (SRSAD) et ses partenaires (CHSGS, CLSC, cabinets privés);
 3. Identifier les autres travaux à effectuer en 2000-2001 pour assurer l'émergence d'un réel continuum de services répondant à l'ensemble des besoins des personnes souffrant de troubles respiratoires.

* Ces travaux prioritaires se rapportent directement au suivi du Forum sur les urgences dont la recommandation # 26 porte spécifiquement sur cette question (voir annexe).

Continuum de services offerts aux personnes souffrant de troubles respiratoires

Groupe de travail

Composition :**

- 4 représentants de CHSGS dont 2 provenant de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (SRSAD)
- 4 représentants de CLSC
- 1 représentant de CHSLD
- 1 représentant de la Commission médicale régionale

de la Régie régionale :

- 1 représentant des Services de première ligne
- 1 représentant des Services de courte durée
- 1 représentant de la Direction de la santé publique
- le responsable du Secteur des services de première ligne et des services aux personnes âgées

Échéance :

- travaux prioritaires : fin septembre 2000
- autres travaux : à déterminer en fonction des travaux à réaliser

** Des experts pourraient s'ajouter au besoin.

Services offerts aux personnes atteintes de maladies respiratoires en lien avec le Forum sur les urgences

Il se vit à tous les ans une situation critique de congestion des salles d'urgence hospitalières pendant l'hiver. Une grande partie de la clientèle* qui fréquente la salle d'urgence à ce moment-là est constituée de personnes âgées avec des problèmes respiratoires. Environ 10 % des hospitalisations de courte durée, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sont le fait de maladies respiratoires chroniques. La question a été abordée au Forum sur les urgences tenu l'automne dernier à l'instigation de la ministre Marois. La recommandation # 26 porte spécifiquement sur cette question.

« ...le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engagera dans la réalisation d'un programme de soins intégrés pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques, comprenant notamment des mesures préventives en première ligne telles :

- A) Un rehaussement des objectifs de vaccination contre l'influenza;
- B) Un programme de vaccination contre le pneumocoque;

Ce programme de soins intégrés, pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques, devrait aussi comprendre :

- C) Une intervention clinique multidisciplinaire précoce à domicile ou en cabinet et un rehaussement du niveau de services dans la communauté;
- D) Une augmentation de la capacité d'accueil des urgences en période de pointe. »

La région de Montréal a déjà un service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD) qui dessert présentement 1233 personnes. Récemment, dans le cadre des mesures Marois, un ajout de 500 000 \$ a permis de rehausser la capacité du service et d'éliminer la liste d'attente.

Dans le domaine de la prévention, il existe des opérations de vaccination contre l'influenza et contre le pneumocoque qui suivent les objectifs nationaux et qui produisent les résultats attendus. Par contre, il ne semble pas exister de mode d'intervention intégré pour prévenir l'hospitalisation d'une clientèle qui n'est pas atteinte d'une maladie respiratoire chronique (ou qui l'est, mais pas à un niveau qui requiert l'intervention du service régional). Cette clientèle représente environ le tiers des hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire.

AC/GH

* La pointe d'utilisation des civières à l'urgence au cours de l'hiver est attribuable à des maladies respiratoires dans le tiers des cas.



**Groupe de travail
sur les urgences psychiatriques**

Mandat

Secteur des services de santé mentale, services d'adaptation sociale,
services aux personnes présentant une déficience intellectuelle,
services de soutien aux organismes communautaires et aux ressources de type familial et intermédiaire

Le 24 mai 2000

Objectif

- Éliminer les séjours de plus de 48 heures dans les urgences psychiatriques de la région

Objectifs spécifiques

- Faire un état de situation;
- Développer une grille qui permet d'identifier les causes d'encombrement des salles d'urgence par la clientèle nécessitant des soins psychiatriques;
- Analyser les plans déposés par les établissements
- Supporter les établissements
- Suivre la situation

Modalités

GROUPE D'EXPERTS :

- Médecins psychiatres œuvrant à l'urgence
- Médecins psychiatres (interne et externe)
- Infirmières de liaison
- Autres professionnels impliqués
- Représentant de la Régie régionale

ÉCHÉANCE : Juin 2001



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANNEXE IV

**Comité d'évaluation du projet réalisé par les CLSC et les CHSGS en
regard de la congestion des salles d'urgence**

Mandat

Secteur des services de première ligne
et des services aux personnes âgées

Le 16 mai 2000

**COMITÉ D'ÉVALUATION DU PROJET RÉALISÉ
PAR LES CLSC ET LES CHSGS
EN REGARD DE LA CONGESTION DES SALLES D'URGENCE**

BILAN ET PROSPECTIVES

Composition du comité et mandat

CONTEXTE

Au cours des mois de janvier et février derniers, les 29 CLSC de la région et la Régie régionale de Montréal-Centre ont convenu de participer au plan de « décongestion des salles d'urgence » afin de contribuer à résoudre la crise qui sévissait.

Dans le cadre des « **Modalités d'articulation CHSCD/CLSC/Médecin traitant** » définies par la Régie régionale en 1996, trois mesures ont été mises de l'avant par les CLSC.

Les deux premières mesures ont été adaptées à la situation exceptionnelle qui avait cours et visaient à ce que :

- les CLSC desservent les personnes dans un délai d'au plus six heures après leur sortie de l'hôpital;
- les CLSC garantissent le niveau de services déterminé par l'hôpital pour les premières 48 heures.

Quant à la troisième mesure, il s'agissait pour les CLSC de :

- maintenir la présence, dans chaque centre hospitalier désigné, d'une infirmière responsable de répondre, au nom des 29 CLSC de la région, aux demandes de références des centres hospitaliers.

Le projet s'est déroulé du 18 janvier au 14 février 2000 inclusivement auprès des 17 CHSGS désignés.

Considérant que ce projet a permis de mieux identifier les ajustements souhaitables aux modalités d'articulation, il importe à ce moment-ci, de dresser un plan d'action visant à concrétiser lesdits ajustements.

COMPOSITION DU COMITÉ

La réalisation des travaux se fera sous la responsabilité des services multicientèles de première ligne de concert avec les services multicientèles de courte durée. Coordonnés par monsieur André Cimon, responsable de secteur, ces travaux s'effectueront avec la collaboration d'un **comité d'évaluation** composé de représentants des CLSC (3), des CHSGS (3) et de la Régie régionale (3).

MANDAT

Le comité d'évaluation a pour mandat d'aviser la Régie régionale en :

- établissant les principaux constats qui se dégagent de l'analyse quantitative et qualitative du projet;
- participant à l'élaboration d'un plan d'action dont l'objectif est d'apporter les correctifs, ajouts ou modifications aux « **Modalités d'articulation CHSCD/CLSC/Médecin traitant** ».

Pour ce faire, nous prévoyons une ou deux rencontres d'une durée approximative de 3 heures.

16 mai 2000

CA/lbc

mad\demandes du msss\mesures de désengorgement\bilan urgences.doc

LISTE DES MEMBRES
DU
COMITÉ D'ÉVALUATION
Congestion des salles d'urgence

CLSC		
Yves Poirier	Directeur général	CLSC La Petite Patrie
Chantale Lapointe	Directrice générale	CLSC-CHSLD Saint-
Laurent		
Mariette LeBrun-Bohémier	Directrice générale	CLSC Pierrefonds
CHGSG		
Carmen Millard	Directrice des soins infirmiers	Hôpital général du
Lakeshore		
Claire Beaudin	Adjointe au suivi systématique	CHUM – Hôpital Notre-
Dame		
	et à la durée de séjour	
Danielle Fleury	Directrice des soins infirmiers	Hôpital du Sacré-Coeur
RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE		
André Cimon	Responsable de secteur	Direction de la
programmation		
		et coordination
Claire Amyot	Conseillère	Services multiclientèles de
		première ligne
Francine Bussièrès	Conseillère	Services multiclientèles de
		courte durée

TABLEAU 1: VOLUME D'ACTIVITÉ DANS LES SALLES D'URGENCE	
- Nombre total de patients sur civières	
- Patients de 75 ans et + couchés sur civières	
- Transports ambulanciers	

NOMBRE TOTAL DE PATIENTS SUR CIVIÈRES						
	NOMBRE DE SALLES D'URGENCE	PATIENTS SUR CIVIÈRES Périodes 1 à 9			ÉCART	
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	1999-2000 versus 1998-1999	1999-2000 versus 1997-1998
CHSGS	17	167 838	171 237	179 221	4,7%	6,8%
CHSGS PÉDIATRIQUE	2	18 084	16 659	15 883	-4,7%	-12,2%
CHVP	2	3 492	3 450	3 416	-1,0%	-2,2%
TOTAL	21	189 414	191 346	198 520	3,7%	4,8%

Source: Registre de patients sur civière, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000

PATIENTS DE 75 ANS ET + COUCHÉS SUR CIVIÈRES						
	NOMBRE DE SALLES D'URGENCE	PATIENTS DE 75 ANS ET + SUR CIVIÈRES Périodes 1 à 9			ÉCART	
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	1999-2000 versus 1998-1999	1999-2000 versus 1997-1998
CHSGS	17	37 431	38 583	39 718	2,9%	6,1%
CHVP	2	90	116	95	-18,1%	5,6%
TOTAL	19	37 521	38 699	39 813	2,9%	6,1%

Source: Registre de patients sur civière, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000

TRANSPORTS AMBULANCIERS						
	NOMBRE DE SALLES D'URGENCE	AMBULANCES Périodes 1 à 13			ÉCART	
		1997-1998	1998-1999	1999-2000	1999-2000 versus 1998-1999	1999-2000 versus 1997-1998
CHSGS	17	113 550	119 895	135 358	12,9%	19,2%
CHSGS PÉDIATRIQUE	2	4 621	4 098	5 157	25,8%	11,6%
CHVP	2	1 290	1 297	1 950	50,3%	51,2%
TOTAL	21	119 461	125 290	142 465	13,7%	19,3%

Source: Statistiques relatives à la répartition des ambulances, Corporation d'Urgences -Santé 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000

TABLEAU 2:	DÉLAIS D'ATTENTE DANS LES SALLES D'URGENCE
	- Séjour de plus de 24 heures - Séjour de plus de 48 heures

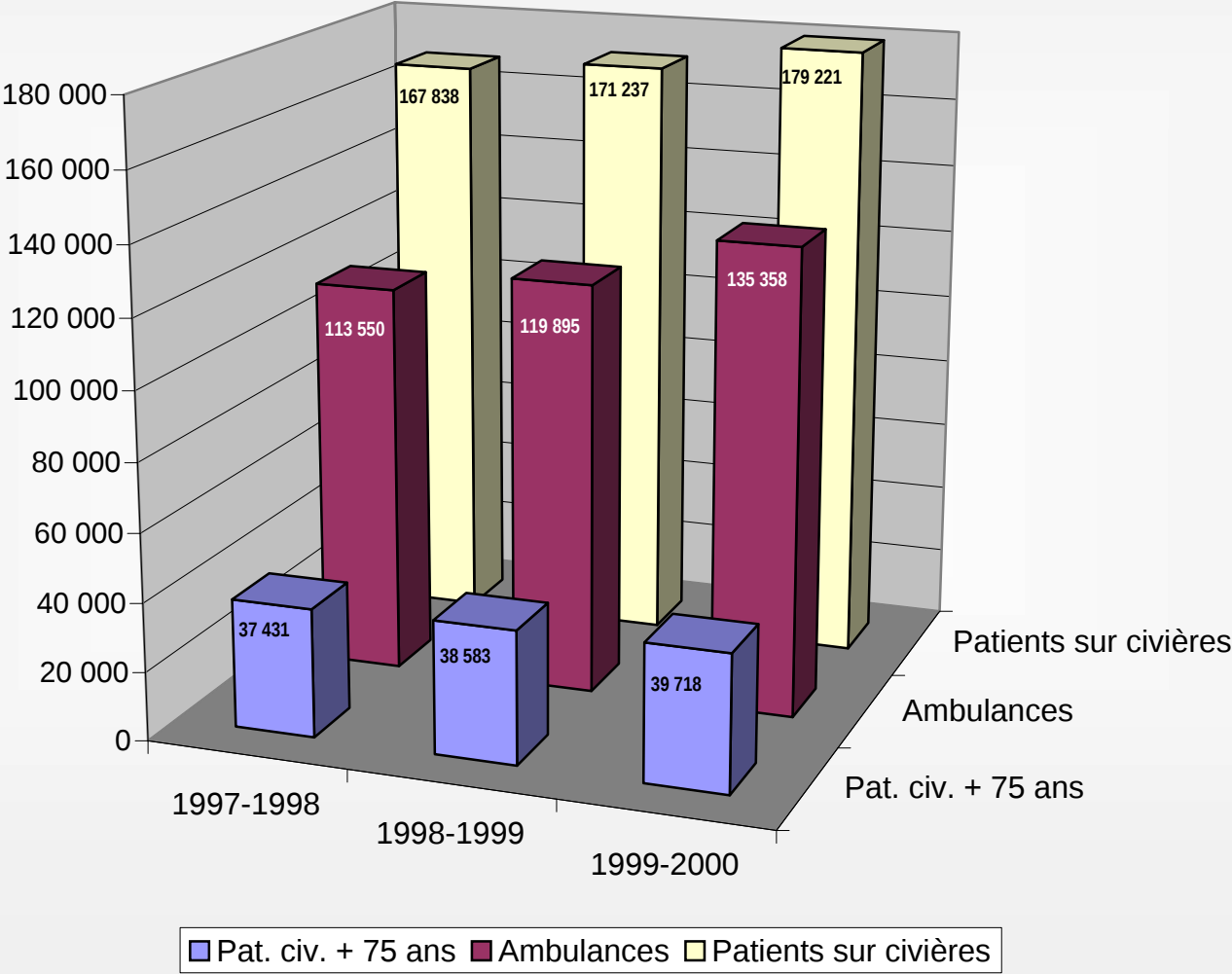
PLUS DE 24 HRES	NOMBRE DE SALLES D'URGENCE	% de patients ayant séjourné plus de 24 heures Périodes 1 à 9		
		1997-1998	1998-1999	1999-2000
CHSGS	17	20,9%	21,1%	22,1%
CHSGS PÉDIATRIQUE	2	2,4%	3,4%	1,1%
CHVP	2	32,2%	30,1%	32,0%
RÉGION DE MONTRÉAL	21	20,6%	20,3%	22,1%

PLUS DE 48 HRES	NOMBRE DE SALLES D'URGENCE	% de patients ayant séjourné plus de 48 heures Périodes 1 à 9		
		1997-1998	1998-1999	1999-2000
CHSGS	17	4,2%	3,6%	5,9%
CHSGS PÉDIATRIQUE	2	0%	0%	0,1%
CHVP	2	20,2%	17,6%	21,1%
RÉGION DE MONTRÉAL	21	5,2%	3,2%	5,7%

Source: Registre de patients sur civière, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000

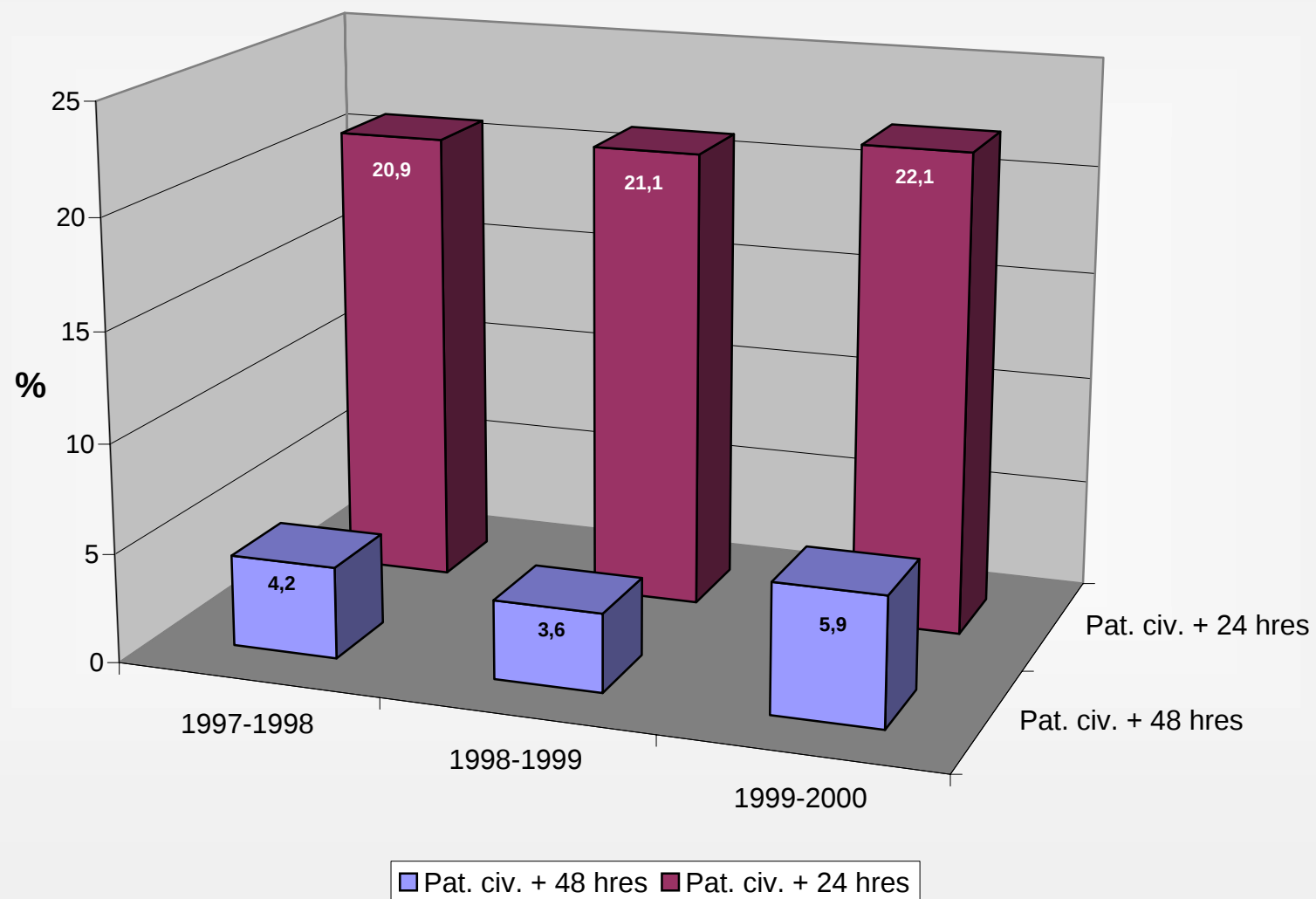
TABLEAU 3: MESURES DE DÉSENGORGEMENT DES SALLES D'URGENCE HIVER 2000					
MESURES	CHSGS	nombre heures	nombre ETC	nombre lits	BUDGET ALLOUÉ
OUVERTURE DE LITS					
- LITS DE COURTE DURÉE	6 établissements			109	2 284 112 \$
- LITS SUBAIGUS	8 établissements			90	2 116 800 \$
- LITS DE LONGUE DURÉE	11 établissements			209	3 626 576 \$
- HÉBERGEMENT TEMPORAIRE	3 établissements			22	108 889 \$
CENTRE DE CRISE / SANTÉ MENTALE	3 établissements			10	176 400 \$
INFIRMIÈRES Urgence et infirmière de liaison	13 établissements		34		510 000 \$
PLATEAU TECHNIQUE	15 établissements	1050			655 000 \$
PROGRAMMES AMBULATOIRES Programme ambulatoire en pneumologie Programme ambulatoire en cardiologie	2 établissements				100 000 \$
SERVICE RÉGIONAL POUR MALADES PULMONAIRES					500 000 \$
PROJET CLSC-CHSGS	17 établissements				475 000 \$
AUTRES MESURES					
- ÉQUIPEMENTS	CHSLD ET CHSGS de réadaptation				418 310 \$
- ÉVALUATION DE CLIENTÈLE / PERSONNES ÂGÉES					465 682 \$
TOTAL		1050	34	440	11 436 769 \$
\$ Provenance Régie Régionale					225 000 \$
\$ Provenance MSSS					11 211 769 \$

**Graphique 1 : Volume d'activités dans les salles d'urgence
CHSGS - Région de Montréal-Centre**



-Nombre total de patients sur civières (9 périodes)
-Patients de 75 ans et + couchés sur civière (9 périodes)
-Transports ambulanciers (13 périodes)

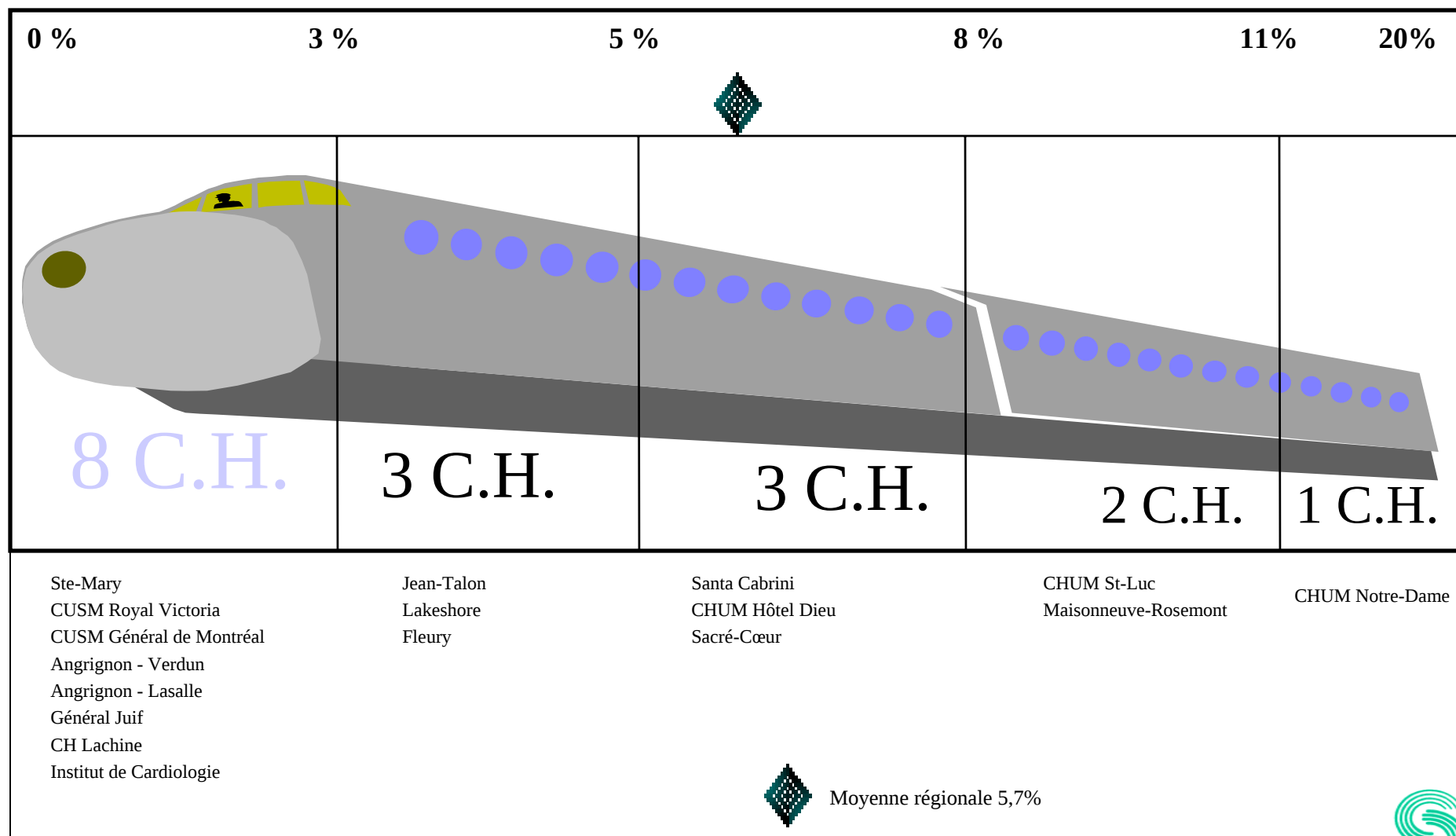
**Graphique 2 : Délais d'attente dans les salles d'urgence
CHSGS - Région de Montréal-Centre**



-Patients ayant séjourné + de 24 heures et + de 48 heures (9 périodes)

Graphique 3: Séjours excessifs de 48 heures et plus à l'urgence

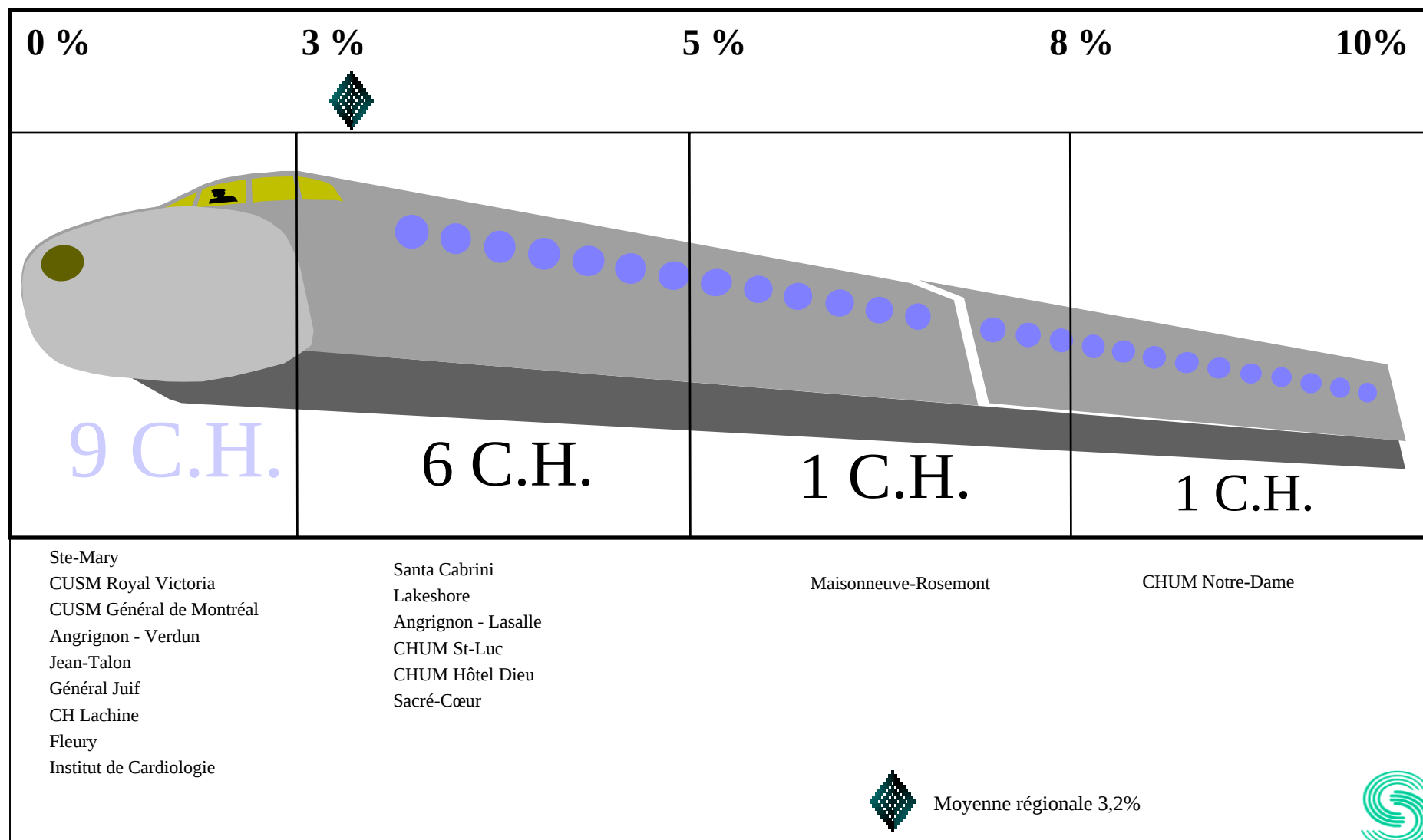
01-04-99 AU 04-12-1999 (9 périodes)



Graphique 3

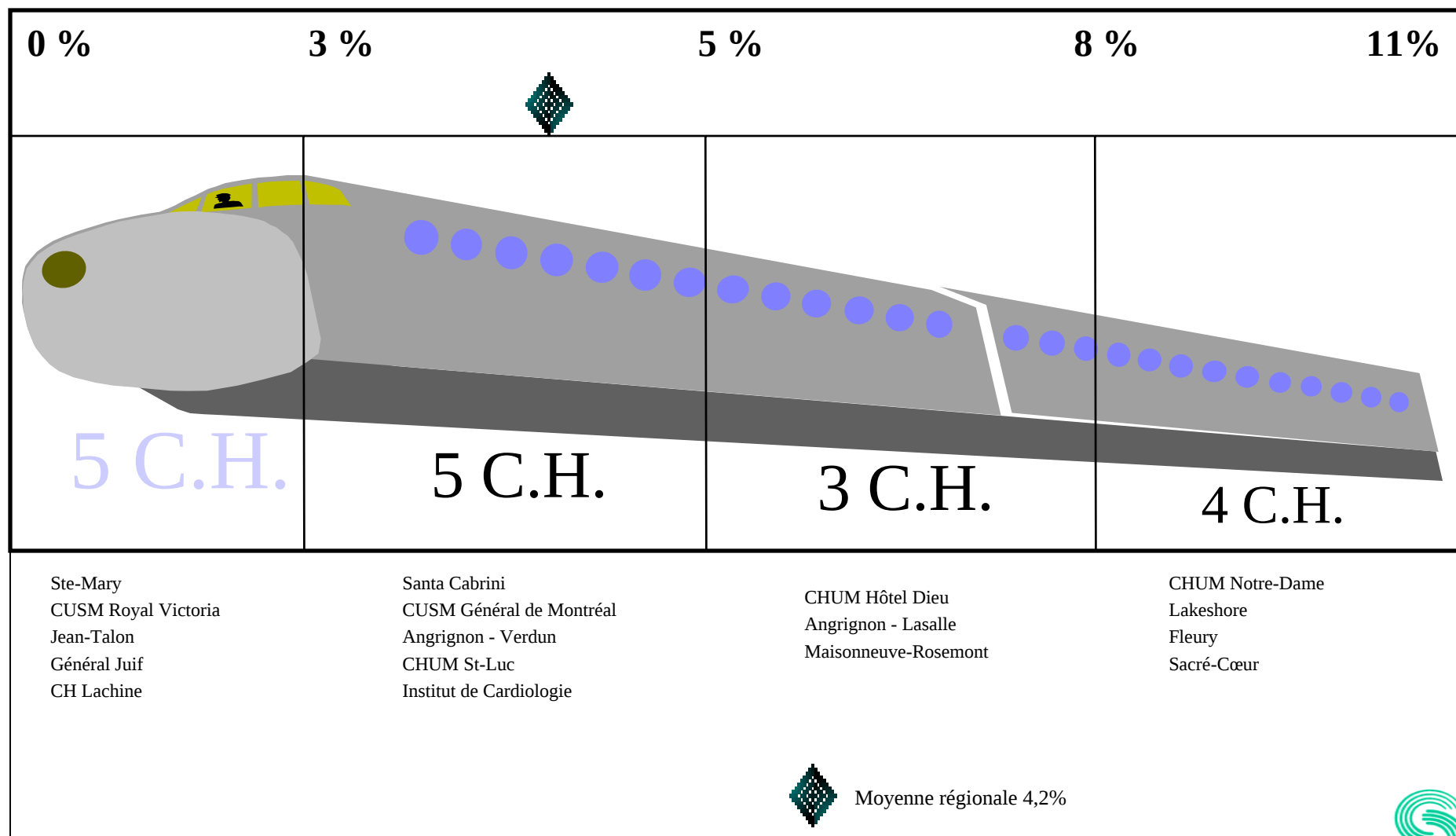
Graphique 4: Séjours excessifs de 48 heures et plus à l'urgence

01-04-98 AU 31-03-99

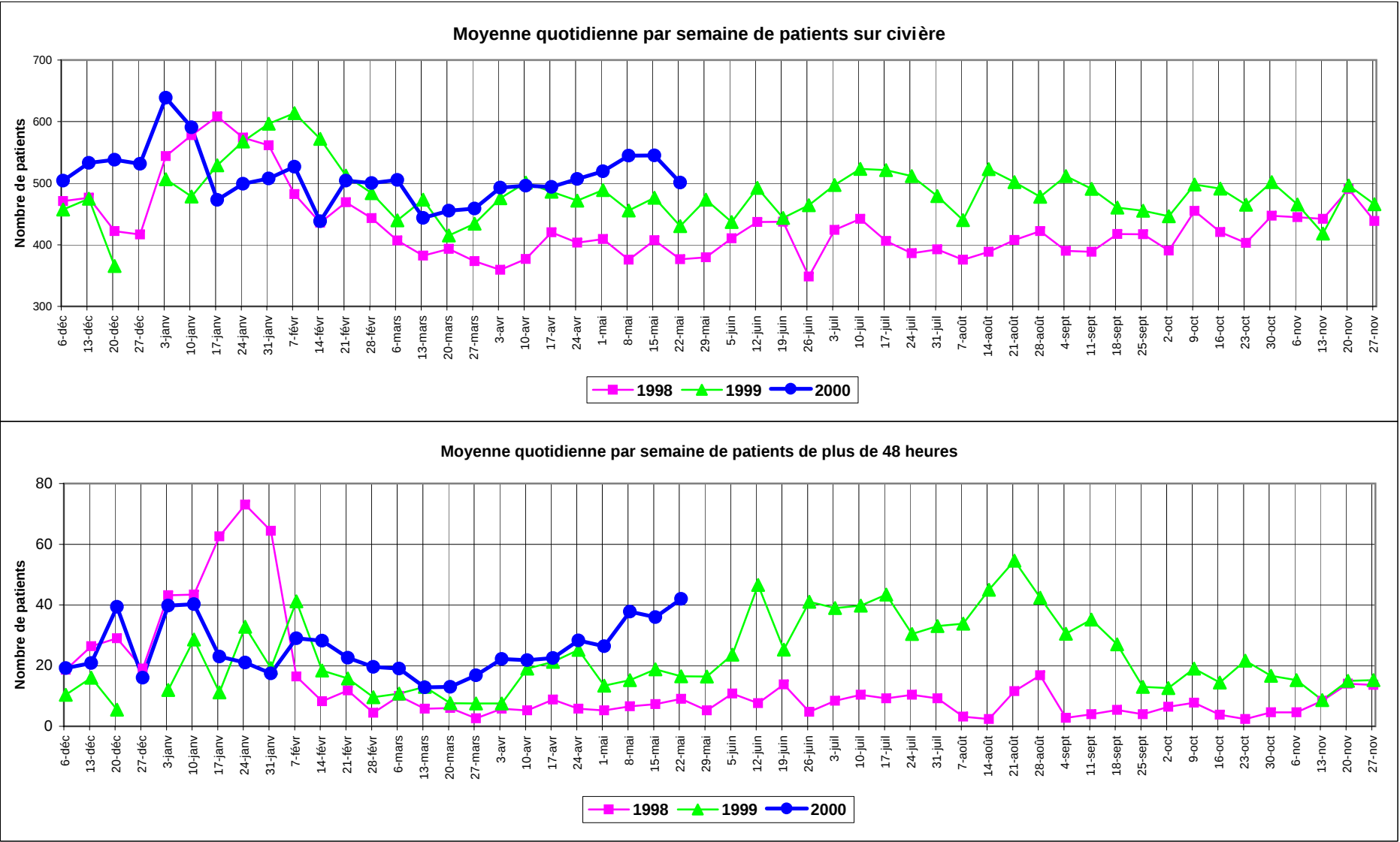


Graphique 5: Séjours excessifs de 48 heures et plus à l'urgence

01-04-97 AU 31-03-98

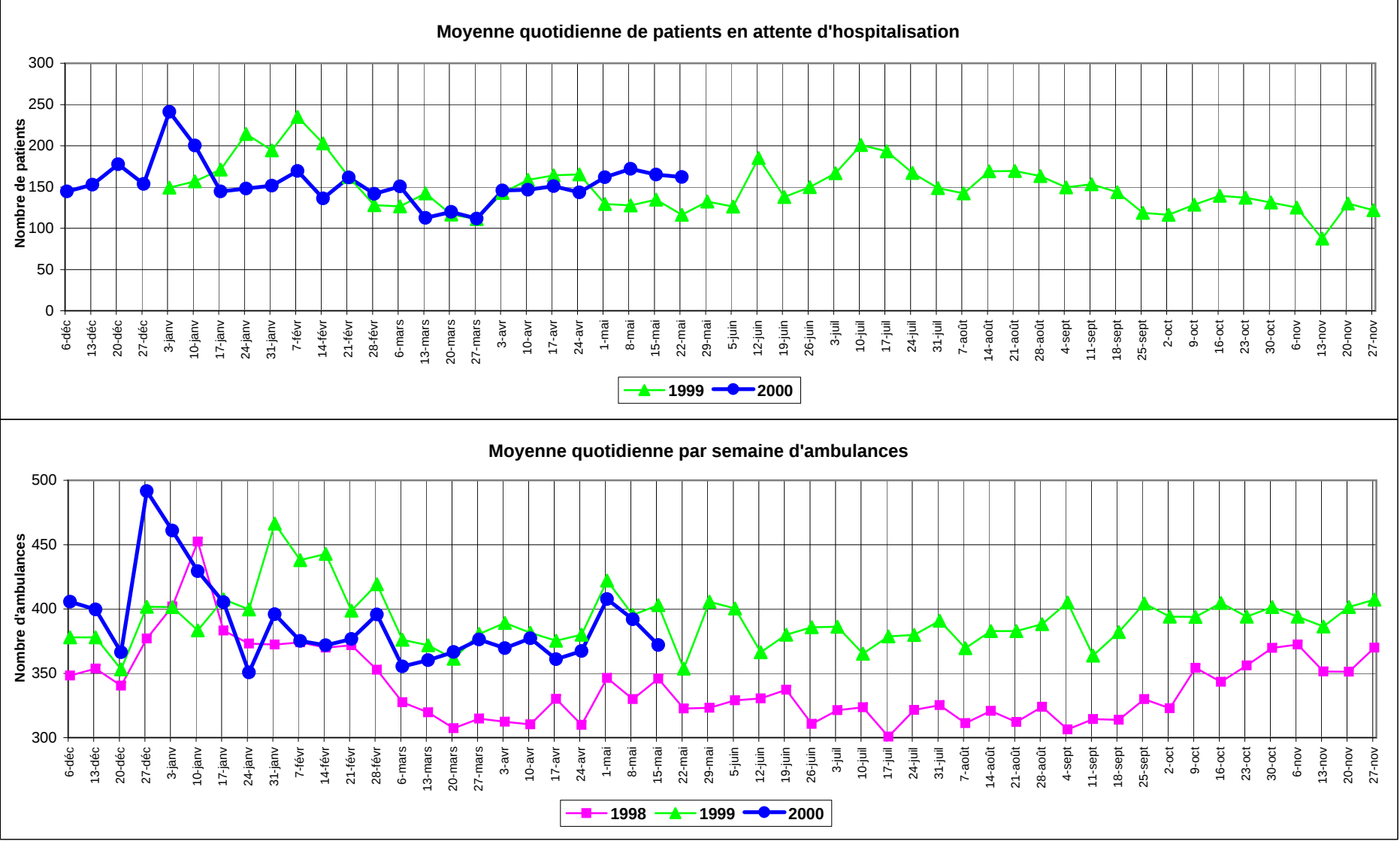


**Graphique 7 : Situation dans les salles d'urgences
1998 - 1999 - 2000**



Source: SIQ, données 8 heures le matin
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Graphique 7 : Situation dans les salles d'urgences
1998 - 1999 - 2000



Source: SIQ, données 8 heures le matin
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Graphique 8 : Comparaison des prévisions de fermetures de lits, CHSGS - Région de Montréal-Centre, été 1998 et 2000

