

Bilan de la planification stratégique

bilan 20⁰⁶₁₀

Bilan de la planification stratégique

bilan 2006 10

Coordination

Michèle Bérubé

Louis Côté

Rédaction

Carole Roy

François Yale

Jocelyn Lavallée

Merci à toutes les directions de l'Agence pour leur collaboration à la production et à l'analyse des informations de même qu'à la rédaction.

Ce document a été réalisé avec la collaboration de
Carole Morency, agente administrative

Production

Direction des ressources humaines, de l'information, de la planification
et des affaires juridiques de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation

Le genre masculin utilisé dans ce document
désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation
personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition
d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.

ISBN 978-2-89510-688-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-689-0 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604

à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

I. FAITS SAILLANTS	1
II. INTRODUCTION	5
III. OBJECTIFS STRATÉGIQUES PRIORITAIRES	7
IV. PROGRAMME-SERVICES	
1. Santé publique	17
2. Services généraux.....	25
3. Perte d'autonomie liée au vieillissement	31
4. Déficience physique.....	37
5. Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	43
6. Jeunes en difficulté	51
7. Dépendances.....	59
8. Santé mentale.....	63
9. Santé physique	69
V. ENJEUX	
10. Ressources financières	81
11. Ressources humaines	85
12. Médecins et pharmaciens.....	91
13. Ressources informationnelles	95
14. Ressources matérielles	97
15. Qualité	103

FAITS SAILLANTS

BILAN DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE MONTRÉLAISE 2006-2010

L'analyse des résultats en regard de l'ensemble des objectifs prioritaires, spécifiques et enjeux du plan stratégique 2006-2010 met en lumière des succès et des défis pour les prochaines années.

Parmi les acquis :

- Les 12 centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont maintenant aptes à assumer leur mission sur leur territoire. Il s'agit là d'un gain important pour la région compte tenu du rôle central de ces instances dans la réponse aux besoins courants de la population ainsi que dans la prise en charge des problèmes complexes exigeant un arrimage serré avec les services spécialisés.
- Les structures et mécanismes de coordination nécessaires au bon fonctionnement des réseaux locaux de services ont été consolidés. Ces structures et mécanismes auxquels participent les établissements, les organismes communautaires et les partenaires des autres réseaux forment une assise solide permettant d'actualiser les continuums de services.
- Les omnipraticiens se regroupent progressivement au sein des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau (CR). À ce jour, 23 GMF, 26 CR et une clinique-réseau intégrée (CRI) sont en place. Les premiers signes d'augmentation de la capacité à prendre en charge un plus grand nombre de patients apparaissent dans les GMF. Cette augmentation semble entre autres associée à la mise en place de protocoles cliniques visant à optimiser l'utilisation des compétences des professionnels qui en font partie, ce qui laisse entrevoir le potentiel de la mise en place d'équipes interdisciplinaires prévues dans le modèle montréalais des CRI.
- L'intervention précoce auprès des enfants et de leurs parents, réalisée dans le cadre des services intégrés en périnatalité et petite enfance, a connu un succès important dans les territoires où ce programme est implanté.
- Des gains significatifs ont également été faits en matière de prévention et gestion des infections nosocomiales.
- Le nombre de personnes desservies ainsi que les volumes d'intervention réalisés dans le cadre des programmes-services spécifiques ont augmenté bien qu'il reste des efforts à faire. On réfère ici :
 - aux services à domicile pour les personnes âgées, les personnes ayant une déficience physique et les personnes nécessitant des soins palliatifs;
 - aux services d'accompagnement, de soutien et d'intégration sociale pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement;
 - aux services offerts aux jeunes en difficulté et à leurs parents;
 - aux services offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux.
- En ce qui a trait aux services spécialisés de réadaptation, soulignons les points suivants :
 - le nombre de personnes recevant des services spécialisés offerts par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement a augmenté;

- les délais d'accès aux services des Centres jeunesse ont diminué de manière significative;
- l'équipe de liaison, mise en place à l'urgence de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont par le Centre Dollard-Cormier Institut universitaire sur les dépendances, permet d'accueillir une clientèle au prise avec une dépendance.
- Les résultats positifs de la réorganisation du réseau posthospitalier de réadaptation confirment que des processus et protocoles bien définis accélèrent l'épisode de soins des patients et contribuent à une satisfaction élevée de ceux-ci.
- Le suivi plus étroit des résultats en regard des changements souhaités a également permis de garder le cap ou encore d'apporter des ajustements aux plans initiaux comme en font foi les résultats en matière d'accès aux services de chirurgie, de radio-oncologie et de cardiologie tertiaire.
- L'équilibre budgétaire a été maintenu de 2005-2006 à 2008-2009.

Parmi les défis :

- L'augmentation des naissances observée au cours des dernières années, jumelée au succès des services intégrés en périnatalité et petite enfance et au nombre important d'enfants en attente pour des services de réadaptation, des services d'orthophonie et des services de pédopsychiatrie militent en faveur d'une intervention précoce mieux intégrée auprès des tout-petits et leurs parents et ce, en collaboration avec les réseaux de la petite enfance et de l'éducation.
- L'augmentation importante du nombre de personnes atteignant l'âge de 65, 75 et 85 ans entraînera une demande accrue pour des services diagnostiques et thérapeutiques, des services d'urgence, des soins posthospitaliers, des soins à domicile et des services d'hébergement. Il semblerait donc opportun d'accélérer la mise en place des services et des mécanismes qui permettront de répondre à cette demande. On pense entre autres :
 - aux programmes de prévention et de suivi systématique des maladies chroniques;
 - à l'amélioration de la coordination et de la qualité des soins associée à la mise en place des réseaux intégrés de services aux personnes âgées (RSIPA) et de l'approche gériatrique en milieu hospitalier;
 - à la prise en charge des personnes vulnérables par les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau intégrées (CRI);
 - et à la diversification des ressources d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie.
- À l'aube de premiers résultats positifs, il importe de terminer la mise en œuvre des grands plans régionaux que sont la réorganisation des services en santé mentale, le plan régional de santé publique, les plans d'action auprès des personnes ayant une déficience.
- Les difficultés à recruter et retenir une main-d'œuvre qualifiée et mobilisée concourent à une moins grande stabilité des équipes, à une augmentation du temps consacré au processus d'embauche et d'intégration et à un risque plus élevé d'incidents ou accidents. Dans cette perspective, l'enjeu d'une main-d'œuvre stable et qualifiée s'avère capital.
- Le succès des réseaux de services intégrés repose sur un accès rapide à de l'information clinique de même qu'à différents outils de travail. Dans cette perspective, il devient crucial de compléter les travaux menant à l'informatisation des dossiers cliniques.
- Le contexte économique annoncé pourrait nous obliger à recourir aux processus de réallocation et d'optimisation des ressources afin de mettre en œuvre nos priorités.

MISE EN GARDE

Les résultats présentés couvrent les années financières suivantes :

2005-2006

2006-2007

2007-2008

2008-2009

Les résultats présentés pour l'année 2009-2010 sont des projections calculées à partir des données des périodes financières 7 ou 9.

INTRODUCTION

A l'aube d'une nouvelle planification stratégique quinquennale, il importe de tracer le bilan de nos réalisations afin de mieux comprendre les défis qu'il faudra relever au cours des prochaines années.

Pour l'Agence comme pour les établissements du réseau montréalais de la santé et des services sociaux, les années 2006-2010 ont été des années d'intenses activités. Il est clair que le mouvement amorcé en 2004-2005 se poursuit et que les grandes transformations souhaitées se concrétisent davantage chaque année dans la région.

Nous vous soumettons donc un bilan des réalisations des années 2006-2010 qui, sans rendre compte de l'ensemble du travail accompli, fait état des principaux acquis et de l'atteinte des cibles régionales et ministérielles.

Les résultats sont présentés pour l'ensemble de la région à travers un ensemble d'indicateurs que le réseau utilise depuis bientôt cinq ans. Ces derniers retracent l'évolution des situations entre les années 2005-2006 et 2009-2010. À noter que ce sont les prévisions 2009-2010 ou encore les résultats 2008-2009 qui sont présentés pour l'année 2009-2010, cette dernière année n'étant pas tout à fait terminée.

Le plan stratégique 2006-2010 de l'Agence était organisé autour d'objectifs prioritaires, d'objectifs spécifiques en regard des programmes-services et d'enjeux relatifs à la gestion des ressources. Le bilan suit cet ordre de présentation et chaque section débute par un rappel des objectifs suivi des résultats et d'éléments de perspectives pour le plan stratégique 2010-2015.

RÉSULTATS EN REGARD DES OBJECTIFS PRIORITAIRES DU PLAN STRATÉGIQUE 2006-2010

Les objectifs prioritaires de la planification stratégique 2006-2010 étaient les suivants.

1. Assurer l'implantation de 12 CSSS.
2. Soutenir le développement des réseaux locaux de services.
3. Assurer la livraison du programme de services généraux en créant 70 équipes multidisciplinaires regroupant des omnipraticiens et des professionnels ayant la responsabilité de clientèles inscrites et prenant en charge 1,8 million de Montréalais.
4. Poursuivre l'élaboration et l'implantation du projet clinique. Restructurer l'offre de service régionale en fonction de l'approche populationnelle, de la hiérarchisation des services et des protocoles cliniques en commençant par les secteurs prioritaires suivants :
 - la santé mentale;
 - les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
 - les services posthospitaliers de réadaptation;
 - la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement;
 - les laboratoires.
5. Développer la capacité des personnes à reconnaître et à agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé.
6. Définir des indicateurs de résultats et de performance.

RÉSULTATS

1. Assurer l'implantation de 12 CSSS
2. Soutenir le développement des réseaux locaux de services

Les 12 CSSS de la région de Montréal sont en place et exercent dorénavant une responsabilité par rapport à l'état de santé et de bien-être de la population de leur territoire et ce, en collaboration avec l'ensemble des établissements du réseau. Cette imputabilité nouvelle a amené les établissements et l'Agence à travailler de concert pour établir les gammes de services à offrir et établir les mécanismes, processus et procédures qui favorisent une prestation coordonnée et efficiente des soins et services aux personnes qui en ont besoin.

Depuis cinq ans, le réseau montréalais travaille activement à renforcer les services généraux de première ligne en développant des groupes de médecine de famille (GMF)¹, des cliniques réseau (CR)² et des équipes multidisciplinaires en clinique-réseau intégrée (CRI)³. Il façonne également des corridors de services entre la première ligne et les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés.

Cette restructuration à la fois organisationnelle et clinique prend progressivement forme comme en font foi les liens de collaboration et les ententes que tissent les CSSS avec les cliniques médicales, les hôpitaux spécialisés et surspécialisés, les centres de réadaptation, les centres jeunesse, les pharmacies, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées, les partenaires municipaux et les réseaux de l'éducation, de la petite enfance et de l'emploi. L'ensemble de ces liens et ententes reflète le leadership des CSSS dans la coordination des soins et services à leur population, un rôle essentiel dans la mise en place des réseaux locaux de services.

L'Agence a de son côté animé à l'échelle régionale les processus décisionnels qui ont mené à l'adoption de plans d'action régionaux spécifiques. C'est à travers les processus de planification et de suivi de ces plans que l'Agence a assumé son mandat de coordination des activités.

Le développement des réseaux locaux de services est donc bien amorcé et des gains au plan de l'accessibilité sont observés dans les secteurs où les mécanismes, processus et procédures qui les sous-tendent sont bien en place. Les chapitres suivants mettent en évidence ces performances.

-
3. Assurer la livraison du programme de services généraux en créant 70 équipes multidisciplinaires regroupant des omnipraticiens et des professionnels ayant la responsabilité de clientèles inscrites et prenant en charge 1,8 million de Montréalais
-

Assurer l'accès à un médecin de famille constitue un enjeu de taille pour la région qui connaît une pénurie de médecin de famille. Pour relever ce défi, différentes options tenant compte des besoins de la population et de la mobilité des clientèles associées au grand centre urbain ont été mises de l'avant de sorte qu'un important chemin à été parcouru depuis 2005, alors que 70% des omnipraticiens de la région travaillaient en solo ou duo.

C'est ainsi qu'on compte dorénavant, 23 GMF et 26 CR dont 10 sont à la fois GMF et CR, une condition d'éligibilité au financement de l'équipe multidisciplinaire mentionnée en objectif.

En outre, la première CRI a été accréditée à l'automne 2009, et une autre franchit présentement les dernières étapes menant à l'accréditation et au financement.

Il semble par ailleurs que l'introduction de ces nouveaux modes d'organisation des services généraux n'a toujours pas réussi à augmenter la proportion des Montréalais déclarant avoir un médecin de famille. Cette dernière est passée de 64% en 2006 à 67% en 2009, une différence non significative au plan statistique. Le bilan d'implantation réalisé en 2009 indique que le

¹ Cliniques médicales regroupant des médecins et des infirmières qui s'engagent à dispenser à une clientèle inscrite une gamme étendue de services de prise en charge médicale.

² Des cliniques médicales ouvertes 7 jours/semaine assurant, en collaboration avec le CSSS, un rôle de coordination et de liaison avec les hôpitaux, de manière à faciliter l'accès aux plateaux techniques diagnostiques et médecins spécialistes pour les patients référés par les omnipraticiens du territoire.

³ Une équipe multidisciplinaire composée minimalement de 10 médecins et 15 professionnels de différentes disciplines (infirmières, psychologues, nutritionnistes, travailleurs sociaux, etc.) dont le ratio de patients pris en charge par chaque médecin s'élève à 2 000.

nombre insuffisant de ces organisations, jumelé aux difficultés d'implantation rencontrées par certaines d'entre elles expliquent cet état de fait.

Toutefois, on note que les GMF qui ont mis en place les processus cliniques visant à optimiser l'utilisation des compétences des infirmières de leur équipe prennent en charge un plus grand nombre de patients.

Ces résultats encourageants concourent à maintenir l'objectif de mettre en place un nombre suffisant de CRI tout en révisant certaines des conditions d'implantation et de financement de ces différents modèles.

-
4. Poursuivre l'élaboration et l'implantation du projet clinique et restructurer l'offre de service régionale en fonction de l'approche populationnelle, de la hiérarchisation des services et des protocoles cliniques en commençant par les secteurs prioritaires suivants :
- la santé mentale;
 - les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
 - les services posthospitaliers de réadaptation;
 - la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement;
 - les laboratoires.
-

Les projets cliniques visent la mise en place de continuum de services allant de la prévention aux soins de fin de vie pour des personnes aux prises avec des difficultés particulières. En fonction des priorités établies en 2005 pour la réalisation des projets cliniques, l'Agence en collaboration avec les CSSS, les établissements du réseau et ses partenaires communautaires et intersectoriels a revu en profondeur l'organisation des services pour certaines clientèles vulnérables. Elle a adopté des plans d'action régionaux dans les domaines suivants : santé mentale, perte d'autonomie liée au vieillissement, services posthospitaliers de réadaptation, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED), services d'orthophonie.

À noter que les travaux prévus pour la réorganisation des services de laboratoires n'ont commencé que tout récemment.

Ces grands plans régionaux reposent sur le renforcement de la première ligne, l'arrimage avec les services spécialisés et la mise à contribution de l'ensemble des partenaires du réseau local de services (RLS). C'est à travers l'élaboration et le suivi de ces plans que l'Agence exerce son rôle de coordination et d'harmonisation des activités prévues aux projets cliniques des 12 CSSS de l'Île de Montréal.

La grande majorité de ces plans ont été adoptés par le conseil d'administration de l'Agence. Même si leur mise en œuvre n'est pas entièrement complétée, les premiers signes de leurs effets commencent à se manifester.

Voici, en résumé, les résultats des principales mesures prises dans ces plans.

4.1 Programme Santé mentale

Les cibles 2006-2010

- Réorganiser les services de façon à doter les 12 CSSS des équipes de première ligne nécessaires pour offrir des services de santé mentale aux enfants, aux jeunes et aux adultes.
- Assurer la prise en charge en première ligne de la majorité des besoins de services.
- Développer des réseaux locaux de services en santé mentale et des continuums de services créant des partenariats et des ententes de services entre les CSSS et les hôpitaux offrant des services spécialisés.
- Atteindre les cibles décrites dans le plan d'action en santé mentale *La force des liens* (2005-2010) et le plan stratégique 2005-2010 du MSSS.

La réorganisation des services s'est effectuée à Montréal comme ailleurs selon les paramètres contenus dans le *Plan d'action ministériel en santé mentale La force des liens* (2005-2010). Compte tenu de l'ampleur de cette réorganisation, la planification de la mise en œuvre a fait l'objet d'un séquençage en trois phases.

Les travaux sont bien amorcés mais les engagements ne pourront être respectés dans les délais prévus.

- 50% des équipes de première ligne sont en place et la progression du nombre de personnes recevant des services ambulatoires de santé mentale en provenance des équipes de première ligne indique que de nouveaux services cliniques sont offerts et que la restructuration est bien engagée.
- La situation dans les urgences pour cette clientèle s'est améliorée entre 2006-2007 et 2008-2009 mais demeure malgré tout problématique. La durée moyenne du séjour aux urgences a diminué de 8% alors que les séjours de plus de 48 heures ont chuté de 16%.
- Par contre, au cours de la même période, les délais d'accès aux services de 2^e et 3^e ligne ont continué de se détériorer comme en témoigne l'augmentation de 23% sur 3 ans du nombre de personnes qui attendent plus de 60 jours⁴.

Le non respect des délais pour 2010 est dû entre autres aux obstacles rencontrés pour finaliser le transfert des ressources professionnelles ou financières vers les services de première ligne et pour assurer la présence des omnipraticiens et des psychiatres répondants dans ces équipes.

Il faudra, dans les prochaines années, s'assurer de compléter rapidement ces équipes multidisciplinaires de santé mentale ce qui nécessitera qu'un accord intervienne entre le

⁴ Des résultats détaillés sont présentés au chapitre santé mentale.

Ministère et les fédérations de médecins omnipraticiens et spécialistes et que la définition des services de 3^e ligne se concrétise.
Continuer à développer les ressources complémentaires tels que les services de crise, le soutien d'intensité variable et le suivi intensif dans le milieu demeure également une condition essentielle à l'atteinte des objectifs fixés.

4.2 Programme perte d'autonomie liée au vieillissement

Les cibles 2006-2010

- *Transformer l'organisation des services d'hébergement afin d'offrir une gamme diversifiée et adaptée aux besoins en évolution des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement :*
 - o *Soutien à domicile de 53 000 personnes;*
 - o *1 704 places en ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI);*
 - o *10 340 places d'hébergement dans des milieux de vie de qualité;*
- *Mettre en place dans chaque CSSS les différentes composantes d'un réseau de services intégrés : guichet unique, gestion de cas, OEMC, outil de détection des clientèles vulnérables, plans de services individualisés, e-SMAF.*

Le *Plan d'action montréalais pour l'amélioration des services aux personnes âgées 2005-2010* prend assise sur le *Plan d'action ministériel 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*. Il s'appuie sur cinq principes directeurs : la liberté de la personne de choisir pour elle-même, la volonté de permettre aux aînés de demeurer dans la communauté, la solidarité envers les proches aidants, l'information claire sur les services et l'assurance d'une réponse diligente aux demandes fondées sur les besoins, sans égard au lieu de résidence de la personne et au dispensateur de services. Pour ce faire, deux grands axes d'action ont été dégagés : offrir une gamme diversifiée de services et mettre en place un réseau intégré de services. Cette stratégie repose sur la réallocation des sommes récupérées de la fermeture des lits d'un certain nombre d'installations et sur des crédits de développement.

Les résultats après cinq ans indiquent que :

- des 1 704 places prévues dans des ressources non institutionnelles, 1 040 sont déjà opérationnelles et 451 sont autorisées. 213 places restent à planifier d'ici 2013;
- sur les 6 666 lits de longue durée dont les heures soins devaient être rehaussées, 1 478 l'ont été à 3 heures-soins et plus;
- 49 303 personnes en perte d'autonomie auront reçu des soins et services à domicile en 2009-2010 ce qui représente une augmentation de 15% en cinq ans.

L'augmentation du nombre de places en ressources non institutionnelles provient de la fermeture de 375 des 2 500 lits de longue durée prévue au plan initial. Alors que l'augmentation des volumes d'activités au soutien à domicile a été rendu possible grâce à 18 M\$ en crédits de développement.

En ce qui a trait à la mise en place des réseaux de services intégrés (RSIPA), le taux d'implantation des composantes des réseaux de services intégrés personnes âgées (RSIPA) était de 26% en décembre 2007. Depuis cette date, les établissements ont augmenté leur utilisation des outils d'évaluation et de planification prévus au plan d'action (OEMC et e-Smaf). Les travaux se poursuivent pour déployer deux autres composantes essentielles : les guichets d'accès et la gestion de cas.

4.3 Services posthospitaliers de réadaptation

Les cibles 2006-2010

- *Revoir l'organisation des services de façon à créer un continuum dans une perspective de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation afin d'optimiser la performance : efficacité, efficience, qualité, adaptation aux besoins.*
- *Améliorer l'accès à des services spécialisés et ultra-spécialisés de réadaptation avec l'intensité suffisante.*

La région de Montréal s'est doté en 2005 d'un nouveau modèle d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation visant à rendre plus accessible ces services en interne, à favoriser le retour à domicile des personnes ayant reçu une prothèse totale de la hanche (PTH) ou une prothèse totale du genou (PTG), à simplifier et uniformiser les mécanismes d'accès aux services internes, à concentrer les clientèles à faible volume afin d'optimiser l'expertise. Ce modèle a permis de préciser les clientèles, les modalités de référence, les mandats des établissements, les informations à transmettre lors des références des patients et les critères de fin d'intervention.

Les résultats observés indiquent que :

- le taux moyen d'occupation des lits de réadaptation a augmenté de 4% entre 2005-2006 et 2008-2009 et se situe présentement à 90% après avoir atteint un sommet de 92%;
- le nombre moyen de personnes en attente a diminué de 28%;
- le délai d'attente était de 5 jours en décembre 2009;
- 78% de la clientèle se dit très satisfaite des services reçus ;
- Des données concernant le nombre de personnes recevant des services de réadaptation à domicile, suite à un PTH ou PTG, sont en cours d'obtention.

4.4 Programme-services en déficience intellectuelle (DI) et en trouble envahissant du développement (TED)

Les cibles 2006-2010

- *Revoir l'organisation de services de façon à créer un continuum dans une perspective de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation afin d'optimiser la performance : efficacité, efficience, qualité, adaptation aux besoins.*
- *Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement.*
- *Améliorer l'accès à des services spécialisés et ultras-spécialisés de réadaptation avec l'intensité suffisante.*

- *Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement.*

C'est en juin 2009, que le réseau montréalais a finalisé son plan d'action visant à améliorer les services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED). Ce plan prévoit des mesures pour une meilleure gestion de l'accès aux services, des améliorations à l'offre de service aux tout-petits, aux jeunes et aux adultes ainsi que des mécanismes d'arrimage, de collaboration et d'évaluation. Par ailleurs, un ensemble d'actions ont été menées au cours des dernières années pour atteindre les objectifs que l'on s'était fixés. En voici les principaux résultats.

Le volume de services offerts par les CSSS a augmenté de 7% entre les années 2006-2007 et 2008-2009⁵. Cette augmentation est en grande partie due à l'introduction d'une offre de service pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement de même qu'à l'augmentation de la fréquence d'interventions pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. Soulignons également un accroissement de 12% du nombre de familles recevant des services de soutien entre 2005-2006 et 2008-2009.

Le nombre d'enfants ayant eu accès au programme d'intervention comportementale intensive (ICI) a connu une légère hausse pendant deux années mais est revenu au nombre de 2005-2006 au 31 mars 2009. Les sommes allouées ont par contre permis d'augmenter de 10% le nombre moyen d'heures de services offerts chaque semaine, à chaque enfant. Il s'agit globalement d'une hausse d'heures de services de 12% pour les CRDITED, offre par ailleurs insuffisante pour répondre aux besoins des 147 enfants de moins de 6 ans en attente pour ce service au 31 mars 2009. Les deux tiers sont âgés de 3 ou 4 ans.

Le nombre annuel de personnes ayant une DI auxquelles les CRDITED ont offert des services d'adaptation et d'intégration sociale a augmenté de 4% entre le 31 mars 2006 et 2009. Par ailleurs, en date du 31 mars 2009, 583 personnes étaient en attente d'un premier service.

Pour ce qui est des personnes ayant un TED, notons d'abord que la prévalence du trouble serait en augmentation depuis quelques années (0,1% en 2003 à 0,65% en 2007). Le volume d'usagers desservis a fait un bond de 57% en 4 ans. En revanche, le nombre de personnes en attente est demeuré élevé, augmentant de 85% pour les mêmes années. Le groupe d'âge des 5 à 17 ans constitue 75% des personnes en attente.

Mentionnons en terminant que des crédits de développement ont été octroyés en 2009-2010 pour actualiser le plan d'accès pour les personnes ayant une déficience. Ce plan donnera lieu à d'importants travaux au cours des prochaines années.

4.5 Services d'orthophonie

Le plan d'action pour les services d'orthophonie élaboré en 2008-2009 et entériné récemment par le conseil d'administration permettra d'ici à 2015 de consolider l'offre de service en première ligne et d'implanter une intervention précoce pour les 0-5 ans. Il s'agira également de développer une offre intégrée de services pour cette clientèle (CSSS, CRDITED, CRDP, CHSGS). L'amélioration des services aux jeunes d'âge scolaire (5-21 ans) ayant des difficultés langagières demeure au centre des préoccupations pour ce programme.

⁵ Les données de l'année 2005-2006 ne sont pas utilisées comme point de départ en raison des précisions apportées cette année-là à la définition des programmes-services et au cadre normatif I-CLSC.

5. Développer la capacité des personnes à reconnaître et à agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé

Les objectifs spécifiques 2006-2010 concernent le déploiement d'un centre d'éducation à la santé (CES) dans chaque CSSS, l'amélioration des services Info-Santé et la collaboration au déploiement d'un portail santé.

Les 12 CES sont en opération. Au cours de l'année 2008-2009, 1 311 adultes ont fréquentés ces centres, la majorité provenant des milieux cliniques (54%).

Un des objectifs visé à l'échelle provinciale et régionale est que 90% des appels répondus à Info-Santé le soient en deçà de 4 minutes. En 2008-2009, seuls 53% des appels répondus à la centrale de Montréal l'ont été en deçà de 4 minutes. Il semble que des difficultés à combler les postes de même qu'un budget ne permettant pas l'ajout de postes soient à l'origine de ce résultat.

6. Définir des indicateurs de résultats et de performance

Des efforts considérables ont été consentis pour améliorer et systématiser le suivi des résultats et de la performance.

L'introduction d'une gestion par résultat sous forme d'entente de gestion et d'imputabilité a favorisé le développement et l'utilisation d'une centaine d'indicateurs permettant de rendre compte des engagements des établissements et de l'Agence en regard des changements souhaités dans le réseau. À titre d'exemple mentionnons les suivis concernant : l'accessibilité aux services de radio-oncologie et de chirurgie; le développement des services à domicile pour les personnes âgées; le développement des services aux jeunes et à leur famille; le développement des services de première ligne en santé mentale; la prévention de l'épuisement du personnel; la systématisation des processus d'assurance qualité au sein des établissements. La plupart des indicateurs utilisés dans ce bilan proviennent d'ailleurs de ces travaux.

En outre, le réseau montréalais s'est doté d'une structure pour mesurer et analyser sa performance. Au fur et à mesure que des orientations ou plans d'action régionaux ont été adoptés, des tableaux de bord permettant de suivre la stratégie et les résultats escomptés ont été développés pour les programmes perte d'autonomie liée au vieillissement et santé mentale, les services posthospitaliers et de réadaptation, la disponibilité de la main-d'œuvre.

À l'ensemble des indicateurs mentionnés précédemment, ajoutons ceux utilisés par les équipes comptables du réseau dans l'analyse et le suivi de la situation financière du réseau.

Résumé

Les objectifs prioritaires retenus en 2006 ont fait l'objet de travaux importants au cours des quatre dernières années. Par contre, l'échéancier de réalisation du plan stratégique a dû être ajusté de sorte que certains des travaux ne sont pas encore terminés. L'effet escompté de certaines de ces mesures ont par ailleurs commencé à se manifester ce qui renforce l'idée de maintenir le défi d'une mise en réseau des services pour améliorer la rapidité et l'efficacité de la prestation des soins et services.

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE

Objectifs spécifiques

- Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des personnes vivant dans un contexte de vulnérabilité.
- Implanter l'approche "Écoles et milieux en santé" (ÉMES).
- Améliorer la performance des CSSS en matière de santé publique et de prévention des maladies chroniques.
- Mieux prévenir les infections nosocomiales.
- Améliorer la performance régionale en ce qui concerne l'immunisation.
- Développer la capacité de surveiller en temps réel l'apparition et l'évolution des problèmes de santé reliés aux menaces biologiques et environnementales.

BILAN 2006-2010

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Chaque année depuis plus de trois ans, 1 350 femmes ayant accouché durant l'année participent au programme SIPPE (figure 1.1.1). Le budget de développement octroyé en 2006-2007 a permis de doubler la clientèle, et le souci constant des équipes d'améliorer les stratégies d'intervention assure le succès du programme. Ce dernier a d'ailleurs atteint une vitesse de croisière, comme en fait foi la stabilité des inscriptions. Plusieurs facteurs expliquent ce résultat, notamment des raisons liées aux familles, aux modalités organisationnelles, au financement, à la compréhension de l'application du programme ainsi qu'aux différents processus de monitoring des données.

Programme École et milieux en santé (ÉMES)

En octobre 2008, les directeurs généraux des 12 CSSS et des cinq Commissions scolaires ont signé une entente régionale de complémentarité pour le soutien au déploiement de l'approche Écoles et milieux en santé (ÉMES) 2008-2013 : Pour la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes Montréalais. Cette entente de complémentarité a donné naissance à un comité de coordination MELS-MSSS responsable de la mise en oeuvre du plan de travail visant l'adhésion de 403 écoles primaires et secondaires à l'approche École et milieux en santé. Le 31 mars 2009, il y avait déjà 212 écoles qui avaient amorcé au moins une étape d'implantation de cette approche. On prévoit atteindre 225 écoles d'ici le 31 mars 2010. La région de Montréal respecte ainsi le calendrier de déploiement ministériel.

Habitudes de vie et prévention des maladies chroniques

En 2006-2007, l'Agence de Montréal a alloué 1,2 M\$ pour promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques. Vingt cinq pourcent de ce budget a servi à la mise en place de 12 Centres d'éducation à la santé (CES) qui, au cours de l'année 2008-2009, ont accueilli 1 311 adultes dont la majorité étaient référés par les milieux cliniques (54%). L'achalandage dans les CES a toutefois été moindre que prévu pour diverses raisons, allant d'un nombre restreint de références par plusieurs milieux cliniques à un roulement important des ressources du CES. En ce sens, l'objectif d'améliorer la performance des CSSS en prévention n'a été que partiellement atteint.

La somme restante de 0,9 M\$ a été utilisée pour que des infirmières promeuvent l'intégration de pratiques cliniques préventives dans les protocoles de soins utilisés par les cliniciens de leur territoire. Leur travail consiste à conseiller sur les saines habitudes de vie (activité physique, alimentation, tabagisme, obésité) et à mieux dépister et suivre l'hypertension artérielle.

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE

PERSPECTIVES 2010-2015

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Les principaux enjeux des prochaines années sont :

- intensifier les efforts en vue d'optimiser le déploiement et le suivi des activités du programme;
- obtenir les allocations budgétaires nécessaires pour rejoindre 80% des mères ciblées par le programme et les suivre selon l'intensité requise jusqu'à ce que leur enfant ait au minimum 2 ans;
- obtenir les allocations budgétaires nécessaires pour déployer les interventions éducatives précoces dans l'ensemble des CSSS de Montréal;
- assurer des corridors de services pour les femmes ayant besoin de services non offerts dans le cadre du programme SIPPE (santé mentale, toxico, dépendance, etc.);
- intensifier les efforts pour améliorer le processus de monitoring permettant de témoigner des résultats du programme.

Programme École et milieu en santé (ÉMES)

Consolider le partenariat entre les réseaux de l'Éducation et de la Santé de manière à ce que d'ici 2013 :

- 75% des écoles participent à l'approche ÉMES;
- des objectifs et actions communes soient intégrés dans les plans d'action respectifs des partenaires impliqués.

Habitudes de vie et prévention des maladies chroniques

Les principaux enjeux pour 2010-2015 sont :

- la mobilisation des acteurs-clés locaux et régionaux de la première ligne médicale en regard de la prévention clinique;
- l'arrimage des services préventifs avec les programmes de gestion des maladies chroniques;
- le soutien direct aux milieux cliniques de première ligne afin de créer des environnements de pratique qui favorisent l'intégration de la prévention;
- l'accompagnement des personnes au prise avec un problème de poids (CSSS, pharmacies, milieux communautaires, etc.).

Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)

Mesures structurantes

- Budget de développement :

	Résultat au 31 mars				Cible 2010
	2006	2007	2008	2009	
		0,5 M\$			

Résultats

Figure 1.1.1 Nombre de femmes ayant accouché inscrites au programme SIPPE

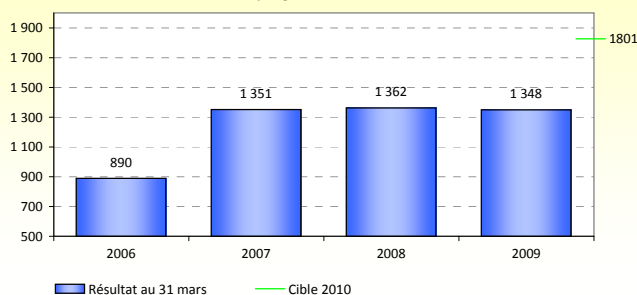
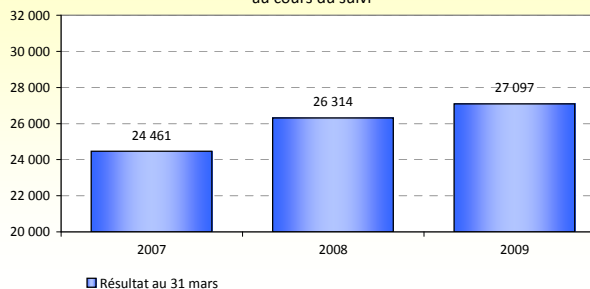


Figure 1.1.2 Nombre d'interventions réalisées au cours du suivi



PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE

Écoles et milieux en santé (ÉMES)

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars		Cible 2013
	2009	2010*	
- Budget de développement	0 \$		

Résultats

	Résultat au 31 mars		Cible 2013
	2009	2010*	
- Proportion des écoles qui intègrent l'approche École et milieux en santé	53% (N = 212)	56% (N = 225)	N = 403

* Prévvision 2010

Habitudes de vie et maladies chroniques

Mesures structurantes

	Résultat 2007	Résultat 2008	Résultat 2009	Cible 2010
- Budget de développement	1,2 M\$			
- Nombre de Centres d'éducation à la santé (CES) implantés			12	12

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE

Prévention et contrôle des infections nosocomiales et immunisation

BILAN 2006-2010

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Les taux d'incidence respectifs de deux marqueurs d'infections nosocomiales - Bactériémies à *Staphylococcus Aureus* (SARM) et Diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) - ont diminué de manière significative entre la période 2004-2007 et 2008-2009 (figures 1.4.1 et 1.4.2). Les taux d'incidence montréalais demeurent toutefois plus élevés que ceux de l'ensemble de la province, la situation reste particulièrement problématique dans un petit nombre de CH.

Ceci peut s'expliquer en partie par le caractère incomplet de la mise en place des mesures structurantes, plus particulièrement par le faible taux d'établissements ayant appliqué l'ensemble des lignes directrices en hygiène et salubrité et respectant le ratio recommandé d'infirmières affectées à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales. Plusieurs facteurs sont à considérer comme le fort achalandage au niveau de certaines salles urgences, la vétusté des installations, les contraintes architecturales et la vulnérabilité de certaines clientèles dans les CH tertiaires.

Maladies infectieuses - Immunisation

Plusieurs opérations de vaccination massive des enfants et du public ont été réalisées au cours des dernières années (méningocoque, hépatite C, Grippe A H1N1), en plus des activités de vaccination régulière (enfants, influenza) qui se sont poursuivies. Plus récemment, des cibles ont été proposées par le ministère pour la vaccination influenza et pour le respect du calendrier de vaccination des enfants. C'est ainsi que les points de départ de notre région pour la vaccination des résidents en CHSLD sont de 11 CHSLD sur 41 pour le pneumocoque et de 66 sur 86 pour l'influenza. Pour ce qui est du calendrier de vaccination, la proportion des enfants vaccinés à l'intérieur d'une semaine de la date prescrite varie de 48 % à 52 %, selon les vaccins.

PERSPECTIVES 2010-2015

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

L'ensemble des outils nécessaires à la réalisation d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ont été rendus disponibles aux établissements. Des gains supplémentaires pourraient être obtenus par un suivi plus systématique des mesures structurantes de la part de l'Agence.

Maladies infectieuses - Immunisation

Les travaux des prochaines années pourraient s'inscrire en continuité avec ceux de 2005-2010, soit l'amélioration de la couverture vaccinale chez les enfants et de celle contre le virus de l'influenza. Un meilleur respect du calendrier de vaccination fera également partie des cibles à atteindre.

Mesures structurantes

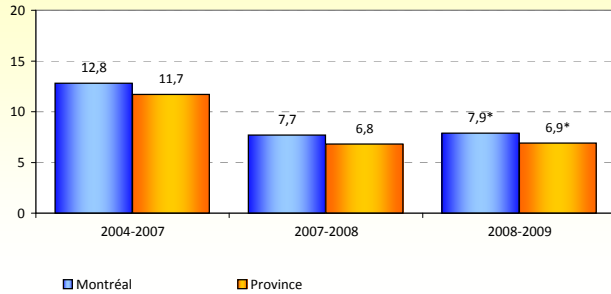
Mesure	Engagement 2010	Cible 2010	Résultats au 31 mars....		
			2007	2008	2009
Pourcentage d'établissements ayant implanté un programme de prévention et de contrôle des infections conforme aux recommandations du cadre de référence du MSSS	n/a	100%			75%
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	100%	100%		70%	59%
Pourcentage d'installations ayant appliqué l'ensemble des lignes directrices en hygiène et salubrité	100%	100%			13%

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

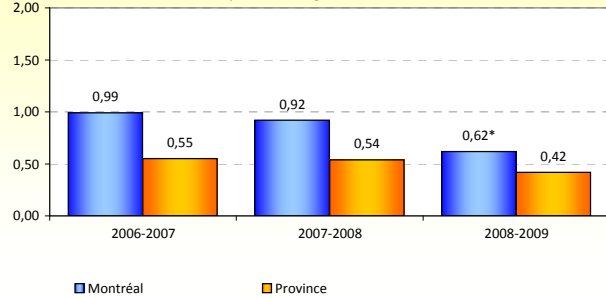
Résultats

Figure 1.4.1 Taux d'incidence des DACD/10 000 personnes-jours, comparaison Régional-Provincial (périodes 10 à 13)



* Baisse significative par rapport à 2004-2007
Source : Surveillance des DACD au Québec; bilan INSPQ, juin 2009

Figure 1.4.2 Taux d'incidence du SARM/10 000 personnes-jours, comparaison Régional-Provincial



*Baisse significative par rapport à 2006-2007
Source : DSP Montréal

Maladies infectieuses

Mesures structurantes

	Résultat 2009	Cible 2010
- Budget de développement :	0 \$	

Résultats

Vaccination des résidents en CHSLD

	Résultat au 31 mars 2008	Résultat au 31 mars 2009	Cible 2010
- Nombre de CHSLD dont 80% des résidents sont vaccinés contre le pneumocoque		11	41
- Nombre de CHSLD dont 80% des résidents sont vaccinés contre l'influenza		66	86

Indicateur		Engagement 2010	Cible 2010	Résultat au 31 mars 2009
Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1ère dose de vaccin à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)				
1.1.14	DCaT-Polio Hib (Pentacel)	60%	75%	52%
1.1.15	méningocoque de sérogroupe C	50%	75%	48%
1.1.16	pneumocoque (Prevnar)	60%	75%	52%

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE

Menaces environnementales - Qualité de l'air

BILAN 2006-2010

Différents travaux ont été réalisés pour améliorer la qualité de l'air intérieur et extérieur :

- soutien aux partenaires municipaux dans des dossiers problématiques de salubrité et de contamination fongique;
- collaboration avec les services de santé au travail pour apporter des correctifs à des bâtiments;
- sensibilisation du public en regard de l'impact de la fumée secondaire chez les tout-petits;
élaboration d'une démarche pour diminuer la présence d'allergènes et d'irritants dans l'air intérieur de manière à diminuer la morbidité chez les enfants asthmatiques;
- représentations auprès d'instances gouvernementales de différents niveaux en ce qui a trait à l'impact du chauffage au bois, de l'herbe à poux et de nouveaux projets autoroutiers sur la qualité de l'air extérieur à Montréal.

PERSPECTIVES 2010-2015

Les travaux des prochaines années pourraient s'inscrire en continuité avec ceux de 2006-2010 :

- poursuivre les efforts de sensibilisation du public et des professionnels d'autres réseaux;
- participer à des projets pilotes de démonstration d'une amélioration possible de la qualité de l'air intérieur et extérieur;
- poursuivre les représentations visant à convenir ou convaincre les différents responsables des dossiers de transport de l'importance d'une approche visant à diminuer la capacité routière et les véhicules-kilomètres parcourus lors de décisions en regard de nouveaux projets autoroutiers.

Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 : 2 000 000 \$

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	47 126 599 \$	86 279 648 \$

PROGRAMME-SERVICES : SERVICES GÉNÉRAUX

PROGRAMME-SERVICES : SERVICES GÉNÉRAUX

Objectifs spécifiques

- Améliorer l'accès aux services généraux en créant 70 équipes multidisciplinaires regroupant des omnipraticiens et des professionnels ayant la responsabilité de clientèles inscrites et prenant en charge 1,8 million de Montréalais.

BILAN 2006-2010

Services médicaux généraux

L'implantation des groupes de médecine familiale (GMF) et des cliniques réseau (CR) visait une plus grande prise en charge des clientèles vulnérables (dominante GMF) ainsi qu'une meilleure accessibilité à des soins de première ligne (dominante CR). L'accréditation de ces modèles d'organisation constituait une étape vers l'implantation du modèle montréalais construit autour de 70 GMF- CR intégrés (CRI) dont on espérait également un effet sur la fréquentation de l'urgence.

Tel que présenté au tableau 2.2, on observe que, depuis 2005, le nombre de CR et de GMF accrédités augmente de façon constante. On compte à ce jour 23 GMF accrédités (contre 11 au 31 mars 2006) et 26 CR (contre 13 au 31 mars 2006). Une première clinique réseau intégrée a été accréditée à l'automne 2009 (CRI de Verdun) et on prévoit une deuxième accréditation d'ici le 31 mars 2010. En parallèle, le nombre de patients inscrits auprès d'un GMF est aussi en hausse : au 31 mars 2006, plus de 62 000 Montréalais étaient inscrits en GMF (6 575 personnes en moyenne par GMF); en 2008-2009, on dépasse les 174 000 inscrits, pour une moyenne de 7 600 personnes inscrites par clinique. Au cours de la dernière année, un nouveau GMF et deux nouvelles cliniques-réseau ont été accréditées. Enfin, au 31 mars 2010, 11 cliniques possèdent le double statut. Ce déploiement respecte le calendrier de l'Agence et rend compte des 11 M\$ investis.

Ces premiers efforts vers la mise en place des 70 équipes multidisciplinaires prenant en charge l'ensemble de la population de Montréal n'ont pas encore eu les effets désirés :

- les enquêtes réalisées au cours des dernières années révèlent que 67 % des Montréalais interviewés en 2008-2009 déclaraient avoir un médecin de famille alors que ce taux était de 64% en 2005-2006 (figure 2.2.1). Cette différence de trois points de pourcentage n'est cependant pas significative puisqu'elle est à l'intérieur de la marge d'erreur;
- le nombre de visites ambulatoires à l'urgence est demeuré stable au cours des cinq dernières années.

Il semble donc que l'accréditation de 23 GMF et de 26 CR n'ait pas permis d'augmenter de manière significative le nombre de personnes déclarant avoir un médecin de famille.

Une évaluation d'une implantation réalisée en 2008-2009 met en évidence des écarts entre le modèle souhaité et le modèle implanté. On observe en effet que l'objectif de dégager les médecins de certaines tâches pour qu'ils puissent prendre en charge de nouveaux patients n'a été compris et atteint que par un nombre limité de GMF et qu'il en va de même pour les fonctions de liaison formelle et de coordination pour lesquelles les CR ont été accréditées.

PROGRAMME-SERVICES : SERVICES GÉNÉRAUX

Soins infirmiers et services psychosociaux

Un des objectifs importants visé à l'échelle provinciale et régionale est que 90% des appels répondus à Info-Santé le soient en deçà de 4 minutes. Pour ce faire, des centrales ont été créées dans chacune des régions et une ligne provinciale 8-1-1, avec bascule automatique des appels entre les régions après 8 minutes d'attente, a été mise en opération.

Résultat : en 2008-2009, 53% des appels répondus à la centrale de Montréal le sont en deçà de 4 minutes (figure 2.1.1). Il semble en effet que des difficultés à combler les postes de même qu'un budget ne permettant pas l'ajout de postes soient à l'origine de ce résultat.

Pour ce qui est des autres types de services infirmiers généraux en CLSC, on constate qu'au cours des cinq dernières années, le volume d'interventions en soins postopératoires est demeuré stable alors que les soins courants ont quant à eux diminué de 15 % (figures 2.1.2 et 2.1.3).

En terminant, on note une diminution de 9 % du volume d'interventions réalisées par les équipes des services psychosociaux généraux (figure 2.1.4). Cette diminution est en grande partie attribuable au déplacement de certaines activités vers les programmes spécifiques puisque, tous profils confondus, on constate une augmentation de 16 % des interventions à caractère psychosocial (tableau 2.1).

PERSPECTIVES 2010-2015

Services médicaux généraux

L'augmentation du nombre de Montréalais déclarant avoir un médecin de famille devrait normalement demeurer prioritaire. Les succès recensés lors du bilan d'implantation indiquent que le modèle montréalais fonctionne lorsqu'implanté tel que prévu. L'expérience des cinq dernières années révèle qu'il est en effet important de mieux soutenir les équipes professionnelles lors de l'implantation des GMF et CR intégrés de manière à s'assurer que les processus cliniques sur lesquels reposent les gains d'efficacité escomptés soient compris et implantés rapidement. C'est en effet sur cette prémisse que repose la valeur ajoutée du modèle montréalais : dégager les médecins de certaines tâches afin que ces heures récupérées puissent être consacrées à la prise en charge de nouveaux patients.

La poursuite du développement des 70 équipes multidisciplinaires s'inscrit déjà dans cette perspective comme en font foi les travaux actuels visant à :

- apporter des précisions aux cadres de référence des différents modèles;
- soutenir les CSSS et les GMF-CRI dans le démarrage et le suivi des programmes de gestion des maladies chroniques;
- suivre le fonctionnement des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille.

Afin d'évaluer les impacts des mesures à venir, il importe également de suivre avec régularité le nombre de nouveaux patients pris en charge par les médecins de même que la proportion des Montréalais déclarant avoir un médecin de famille.

Services infirmiers généraux

Une porte d'entrée rapide et accueillante est un élément essentiel au bon fonctionnement d'un réseau de services. En ce sens, il pourrait être opportun de prendre les mesures nécessaires pour assurer en tout temps et à toute la population un accès aux services d'Info-Santé dans un délai de moins de quatre minutes.

Il est difficile, à partir des données disponibles sur les autres services infirmiers généraux (postopératoires et court terme), de dégager des perspectives pour les prochaines années. Il pourrait par ailleurs s'avérer judicieux d'estimer la demande future pour les services postopératoires, les services en période postnatale et les autres services infirmiers court terme. L'augmentation des naissances observée au cours des dernières années jumelée à l'augmentation des chirurgies associées au vieillissement de la population militent en faveur d'une gestion prévisionnelle dans ce secteur. Finalement, la possibilité d'élargir le rôle des infirmières à des actes autrefois réservés aux médecins ouvre des possibilités de complémentarité entre les services infirmiers et médicaux de première ligne.

PROGRAMME-SERVICES : SERVICES GÉNÉRAUX

Services médicaux généraux

Mesures structurantes

	2009-2010
- Sommes versées	11 492 568 \$
- Accréditation des GMF*	4 045 498 \$
- Accréditation des CR	6 965 070 \$
- Accréditation des CRI	482 000 \$

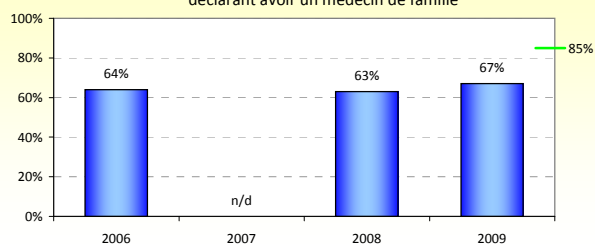
* Budget d'accréditation des 23 GMF de 2008-2009

Tableau 2.2

Mesure		Engagement 2010	Cible 2010	Résultats au 31 mars				
				2006	2007	2008	2009	2010
GMF	Nombre de GMF accrédités			11	13	18	23	24
	Nombre de personnes inscrites auprès d'un groupe de médecine de famille (GMF)			62 426	79 270	103 992	174 621	n/d
CR	Nombre de cliniques réseau accréditées			12	18	24	26	28
CRI	Nombre de GMF-CRI accrédités		70					1

Résultats

Figure 2.2.1 Proportion (%) des répondants aux enquêtes déclarant avoir un médecin de famille



Services infirmiers généraux

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars			Cible 2010
	2008	2009	2010	
- Budget de développement			0 \$	
- Création de la centrale Info-Santé	réalisé			
- Le lancement officiel de la ligne provinciale 8-1-1		réalisé		
- Implantation de la fiche Info-Web-Santé et formation dans les CSSS de Montréal			12 / 12	
- Formation sur la fiche Info-Santé Web dans les GMF de Montréal		19 / 21		

PROGRAMME-SERVICES : SERVICES GÉNÉRAUX

Services infirmiers généraux

Résultats

Figure 2.1.1 Proportion des appels répondus par le Service Info-Santé / Info-Social en moins de 4 minutes

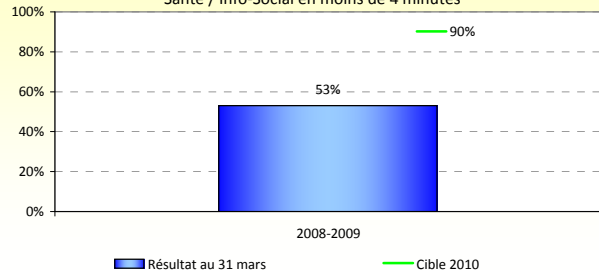


Figure 2.1.2 Évolution du nombre d'interventions en services de santé physique en phase postopératoire

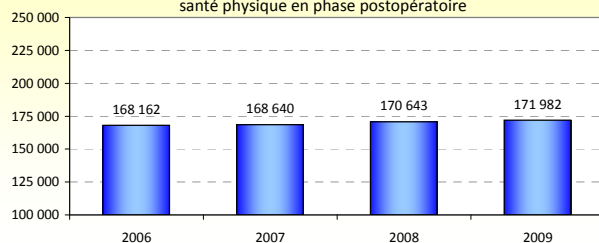


Figure 2.1.3 Évolution du nombre d'interventions en services de santé physique court terme

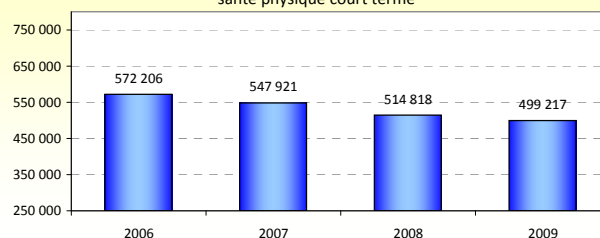


Figure 2.1.4 Évolution du nombre d'interventions en services psychosociaux généraux

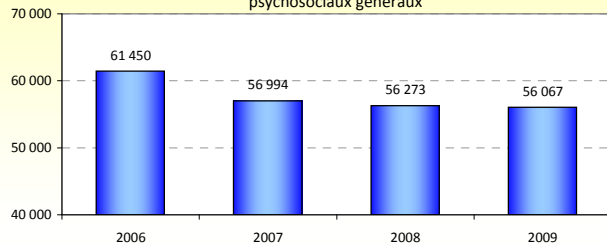


Figure 2.1.5 Évolution du nombre d'interventions en suivi postnatal ou activité de dépistage postnatal (mère et bébé), clientèle régulière

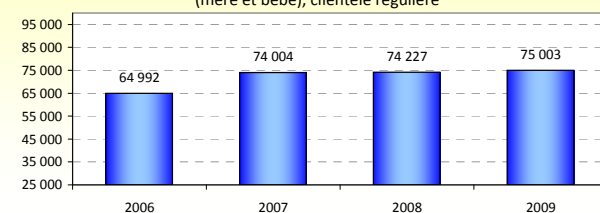


Tableau 2.1 - Évolution du nombre d'interventions psychosociales selon le profil d'intervention

Profil d'intervention	2005-2006	2008-2009	Variation
Services en soins palliatifs	4 144	5 718	38,0%
Services liés à une déficience physique	25 257	22 905	-9,3%
Services liés à une déficience intellectuelle	23 797	24 006	0,9%
Services liés aux troubles envahissants du développement	10 327	16 046	55,4%
Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux	52 323	87 553	67,3%
Services intégrés en périnatalité et petite enfance	6 707	14 437	115,3%
Services psychosociaux généraux	82 548	74 237	-10,1%
Dépendances	1 424	1 715	20,4%
Perte d'autonomie liée au vieillissement	160 169	166 286	3,8%
Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables	87 869	115 516	31,5%
Grand total	454 565	528 419	16,2%

PROGRAMME-SERVICES : SERVICES GÉNÉRAUX

Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 : 6 994 156 \$

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	118 375 199 \$	140 837 199 \$

PROGRAMME-SERVICES : PALV

PROGRAMME-SERVICES : PALV

Objectifs spécifiques

- Transformer l'organisation des services d'hébergement afin d'offrir une gamme diversifiée et adaptée aux besoins en évolution des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement :
 - soutien à domicile de 53 000 personnes;
 - 1 704 places en ressources contractuelles alternatives à l'hébergement;
 - 10 340 places d'hébergement dans des milieux de vie de qualité.
- Mettre en place, dans chaque CSSS, les différentes composantes d'un réseau de services intégrés : guichet unique, gestion de cas, OEMC, outil de détection des clientèles vulnérables, plans de services individualisés, e-SMAF.

BILAN 2006-2010

Offrir une gamme diversifiée et adaptée de services

Le nombre de personnes recevant des services à domicile a augmenté de 15% en 5 ans (figure 3.1.1). Quant au volume de services rendus, il a augmenté de 34% (volume total = nombre d'usagers*nombre moyen d'interventions; figure 3.1.2). Des crédits de développement s'élevant à 18M\$ sont à l'origine de cette amélioration de l'accessibilité aux services à domicile. Même si la cible de 53000 personnes n'est atteinte qu'à 92%, on considère avoir atteint l'objectif d'accessibilité aux services à domicile en raison de la fréquence élevée d'interventions et de l'intensité avec laquelle les services sont offerts à certains groupes de clients.

Il en va par contre autrement pour le secteur de l'hébergement. Même si la cible ministérielle d'un nombre moyen quotidien d'heures-soins et services professionnels est dépassée, la région possède toujours un trop grand nombre de lits, comme l'indique le taux d'hébergement de 4,2 lits pour 100 Montréalais de 65 ans et plus.

L'Agence s'était donnée comme stratégie de fermer les lits d'un certain nombre d'installations pour ainsi libérer des crédits qui seraient réalloués au développement de 1704 ressources alternatives et au rehaussement à 3 heures-soins et plus de 6 666 lits en CHSLD. Or, au terme de la période 2006-2010, 375 des 2 500 lits prévus ont été fermés. Les sommes ainsi récupérées (24M\$) ne représentent à ce jour que 45% des sommes déjà engagées pour le rehaussement des heures-soins de 1 478 lits et l'ouverture de 1 040 places en ressources non institutionnelles. Précisons que les cibles de développement des RNI sont atteintes à 61% (1 040 / 1 704) et les cibles de rehaussement à 22% (1 478 / 6 666).

À noter qu'un total de 3 531 lits ont fait l'objet d'une majoration ou d'un rehaussement des heures-soins.

En ce qui a trait à l'hébergement en CHSLD, on constate que le délai moyen d'attente pour accéder à un lit de longue durée s'est détérioré, passant de 129 jours en 2005-2006 à 135 jours en 2008-2009. Ces délais d'attente varient selon la provenance de l'usager : une hausse de 17% pour les demandes provenant du domicile dont le délai moyen 2008-2009 est de 203 jours; une baisse de 5% pour les demandes provenant des CHSGS, dont le délai est présentement de 94 jours (figure 3.2.4). On note par ailleurs une diminution de 9% du nombre d'usagers en attente d'hébergement, mais une augmentation du nombre moyen d'heures-soins requises par ces personnes (de 2,76 à 3,13; figure 3.2.3), un signe d'une orientation plus optimale des personnes.

Au plan financier, l'ensemble des mesures prises pour transformer les ressources d'hébergement génèrent des dépenses cumulées de près de 52 M\$. Avec un budget de réallocation de 23,5 M\$, le programme présente un manque à gagner de 28 M\$ présentement couvert par un budget provisoire non récurrent.

PROGRAMME-SERVICES : PALV

Mise en place du réseau intégré de services aux personnes âgées

Depuis janvier 2007, l'Agence s'est engagée dans une démarche visant à implanter les différentes composantes du RSIPA et à harmoniser les pratiques entre les CSSS. La région présente de bons résultats quant à l'implantation des outils d'évaluation des besoins en services OEMC, puisque 26 % des personnes recevant des services de soutien à domicile bénéficient d'une évaluation à partir de cet outil. En complément, il apparaît important de souligner que tous les CSSS utilisent dorénavant le système de classification des profils d'autonomie fonctionnelle Iso-SMAF qui est généré à partir du programme e-SMAF.

Par ailleurs, des travaux sont en cours quant à la mise en place de guichets uniques RSIPA et au rôle de gestionnaire de cas. Les CSSS de la région débutent actuellement l'implantation de ces composantes. En date du 31 mars 2009, un CSSS déclarait avoir mis en place un guichet d'accès ou avoir instauré de manière formelle la fonction de gestion de cas, deux composantes essentielles du réseau intégré. Selon une évaluation effectuée en décembre 2007, le taux d'implantation global du réseau intégré de services aux personnes âgées (RSIPA) était de 26 % dans la région de Montréal. Un taux d'implantation de 70 % est visé et ce, tel que suggéré par la littérature.

PERSPECTIVES 2010-2015

Dans le cadre du plan d'amélioration des milieux de vie de qualité en CHSLD, il sera important de développer des indicateurs permettant d'apprécier le niveau d'implantation du plan d'action. L'Agence devra également apporter aux établissements le soutien requis pour assurer la mise en oeuvre des recommandations du MSSS suite aux visites effectuées dans les établissements.

La poursuite de l'implantation des RSIPA dans tous les établissements demeurera un dossier prioritaire pour la région. En ce qui a trait à la transformation des ressources d'hébergement, il pourrait être souhaitable d'élaborer un plan de financement détaillé (incluant des mesures d'optimisation) qui permettrait de réaliser en temps opportun les réallocations nécessaires à l'atteinte des objectifs initiaux. En effet, la capacité d'obtenir des crédits de développement pour ce programme a diminué, comme l'indique l'augmentation de la richesse relative de la région entre les années 2006 et 2010 (cf. section Ressources financières).

Développement du soutien à domicile

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars			Cible 2010
	2008	2009	2010	
- Allocation totale			18M\$	
- Budget de développement			18M\$	
- Budget de réallocation			0 \$	
- Soutien aux proches aidants (nombre d'usagers)			449	
- Soutien au logement social (nombre d'unités)	5 475	5 827		
- Taux de certification des résidences privées		7,3%	49%	

PROGRAMME-SERVICES : PALV

Résultats

Figure 3.1.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) (1.3.1)

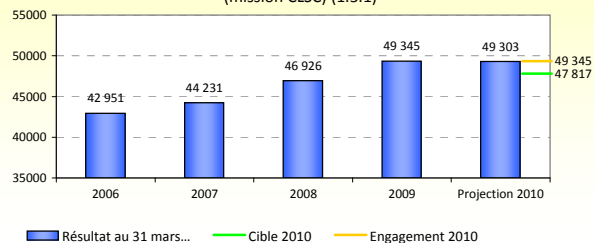
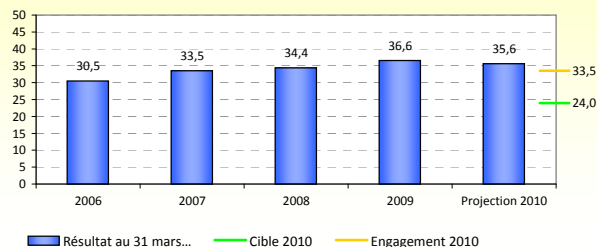


Figure 3.1.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie (1.3.2)



Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars					Cible 2010
	2006	2007	2008	2009	2010	
- Allocation totale					52 M\$	
- Budget de développement :					0 \$	
- Budget de réallocation :					24 M\$	
- Budget de compensation provisoire non récurrent :					28 M\$	
<i>Réorganisation des places</i>						
- Diminuer le nombre de places d'hébergement :	12 908				12 533	10 340
- Diminuer le nombre de places en USLD :				719	428*	
- Nombre de lits ayant fait l'objet d'une majoration ou d'un rehaussement des heures-soins					3 531	
- Nombre de lits à + de 3 heures-soins (incluant programme 68) :					1 478	6 666
- Augmenter le nombre de places en ressources non institutionnelles :	379	379	471	822	1 040	1 704
<i>Améliorer des milieux de vie de qualité en CHSLD</i>						
- Niveau d'implantation du plan d'action Milieu de vie :					65,9%	80%

*Sur les 291 lits fermés en USLD depuis 208-2009, seulement 201 lits ont permis une récupération et réallocation de ressources

PROGRAMME-SERVICES : PALV

Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut

Résultats : heures-soins

Figure 3.2.1 Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD (1.3.3)

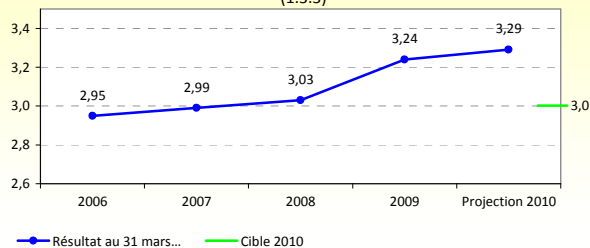


Figure 3.2.2 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD (1.3.4)

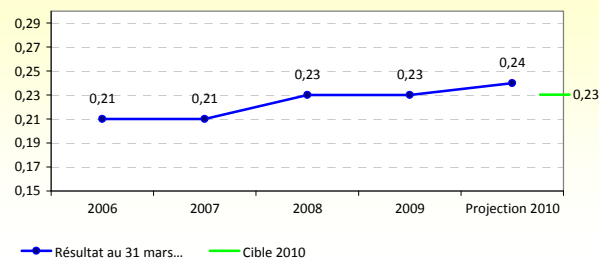


Figure 3.2.3 Nombre d'utilisateurs en attente d'hébergement en CHSLD et heures-soins requis par les nouveaux utilisateurs

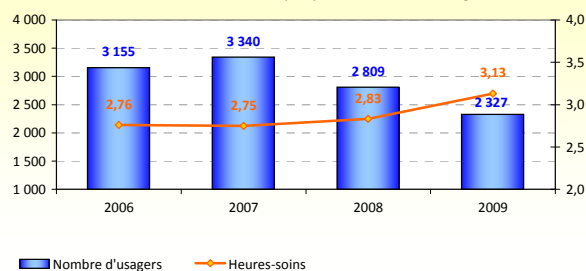
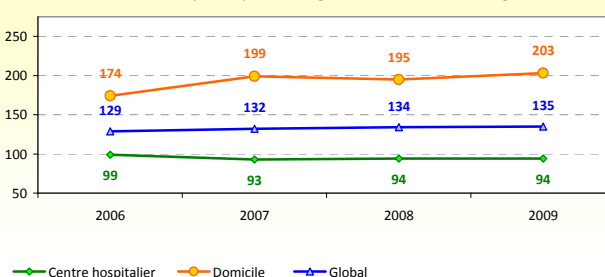


Figure 3.2.4 Délais d'accès en CHSLD, selon la provenance du demandeur, peu importe la région de résidence de l'utilisateur



Mise en place d'un réseau de services intégrés et de ses composantes

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars			Cible 2010
	2008	2009	2010	
- Allocation totale	0 \$	0 \$	0 \$	
- Niveau d'implantation de l'ensemble des composantes :		26%		70%
- Nombre d'établissements ayant finalisé le déploiement de la composante e-SMAF et d'OEMC		7		12
- Formation sur les outils e-SMAF et OEMC		12		12
- Système informatique RSIPA		0		12
- Guichet d'accès		1		12
- Gestionnaire de cas		2		12
- Mécanismes de concertation locaux		2		12
- OEMC : Proportion d'utilisateurs pour lesquels un formulaire d'évaluation de l'autonomie ou un formulaire de profil évolutif a été complété	23%	26%		
- Somme des utilisateurs différents qui ont eu une évaluation OEMC	10 876	12 610		

PROGRAMME-SERVICES : PALV

Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 : 21 530 231 \$

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	695 552 213 \$	804 016 177 \$

PROGRAMME-SERVICES : DÉFICIENCE PHYSIQUE

PROGRAMME-SERVICES : DÉFICIENCE PHYSIQUE

Objectifs spécifiques

- Revoir l'organisation des services de façon à créer un continuum dans une perspective de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation afin d'optimiser la performance: efficacité, efficience, qualité, adaptation aux besoins;
- Améliorer l'accès à des services spécialisés et ultra-spécialisés de réadaptation avec l'intensité suffisante.

BILAN 2006-2010

Conformément aux attentes ministérielles, le réseau montréalais de services a déployé, en 2008-2009, le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience visant à :

- assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables;
- optimiser et harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

Ce déploiement a conduit à l'élaboration d'un plan régional d'amélioration qui guidera les actions de l'Agence et des établissements au cours des prochaines années. La mise en oeuvre de ce plan constitue la dernière étape d'un ensemble de mesures prises au cours des cinq dernières années pour améliorer l'accès aux services. Ces mesures ont pris la forme de crédits de développement visant à améliorer l'accès aux services.

Services de première ligne

Le nombre de personnes recevant des services à domicile offerts par le personnel de CSSS a diminué de 18% au cours des dernières années (figure 4.1.1), mais cette diminution est essentiellement due aux précisions apportées au cadre normatif I-CLSC au cours de l'année 2006-2007, précisions qui ont provoqué une diminution du nombre d'utilisateurs ayant des doubles profils. On constate en effet que le nombre d'utilisateurs se stabilise à partir de 2007-2008.

Au cours des 5 années, près de 2,3 M\$ ont été alloués au développement des services à domicile pour les personnes handicapées. Ces sommes ont en grande partie été dirigées vers le programme *Chèque emploi service* pour lequel on observe une augmentation de près de 340 utilisateurs et de 20 000 heures de services par période entre les années 2006-2007 et 2009-2010 (estimation à partir de données périodiques). Cette augmentation rend compte des sommes investies.

Le nombre d'utilisateurs inscrits au programme de soutien à la famille a quant à lui augmenté de 12% entre 2005-2006 et 2008-2009, soit 127 familles de plus qu'en 2005-2006. Cette augmentation résulte de crédits de développement dont le mc

PROGRAMME-SERVICES : DÉFICIENCE PHYSIQUE

Il est également important de souligner que près de 1,9 M\$ (dont 480 000\$ en DI-TED) ont été alloués au programme de stimulation précoce et à l'approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (AMIS) pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans. Ces investissements reflètent la priorité accordée par le réseau montréalais à l'identification et à la stimulation précoce des enfants présentant des indices de retard de leur développement de même qu'à l'orientation rapide de certains d'entre eux vers des services spécialisés de réadaptation lorsque nécessaire. Peu de données sur l'évolution du nombre d'enfants desservis sont présentement disponibles puisque les crédits n'ont été alloués que récemment.

Services spécialisés

L'Agence a alloué des crédits de développement aux CRDP afin d'augmenter leur capacité à desservir un plus grand nombre de personnes en état de déficience motrice, visuelle, auditive et langagière. Au cours des cinq années, l'Agence a alloué 2,8 M\$ et les établissements, par le biais des ententes de gestion, se sont engagés à desservir 1450 personnes de plus qu'en 2005-2006.

Or les résultats transmis par les établissements indiquent que le nombre de personnes recevant des services spécialisés de même que le nombre annuel moyen d'heures de prestation de services sont demeurés stables (figures 4.2.1 à 4.2.4). La cause de ces résultats s'avère être une compréhension erronée de la méthode de calcul de ces indicateurs: certains CRDP (3 sur 5) incluaient des clients non admissibles selon la définition des indicateurs. Les correctifs apportés en 2008-2009 ont eu pour effet de diminuer le nombre de clients. Ils s'avère difficile d'apprécier les résultats des investissements.

PERSPECTIVES 2010-2015

Les prochaines années pourront être consacrées à :

- finaliser la mise en œuvre du plan d'accès pour les personnes ayant une déficience;
 - à déployer le plan d'amélioration des services en orthophonie adopté en novembre 2009;
 - à intégrer les services pour les enfants présentant des retards de développement.
-

PROGRAMME-SERVICES : DÉFICIENCE PHYSIQUE

Organisation des services et optimisation de la performance

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars		Cible 2010
	2009	2010	
- Budget de développement services de première ligne		4,4 M\$	
- Stimulation précoce + AMIS		1,4 M\$	
- Soutien à domicile incluant intensif et rehaussement Chèque-emploi-service		2,3 M\$ +183 us	
- Soutien à la famille		0,3 M\$ +166 us	
- Dépôt d'un plan d'action régional 2009-2012	réalisé		
- Nombre d'établissements ayant mis en oeuvre le Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience DI-TED-DP	26		26

Résultats

Figure 4.1.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services SAD par les CSSS (mission CLSC) (1.4.1)

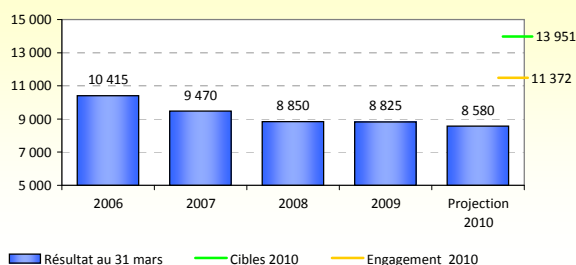
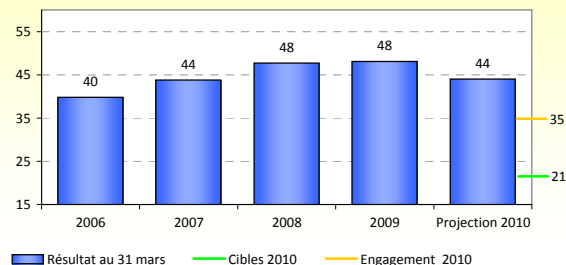
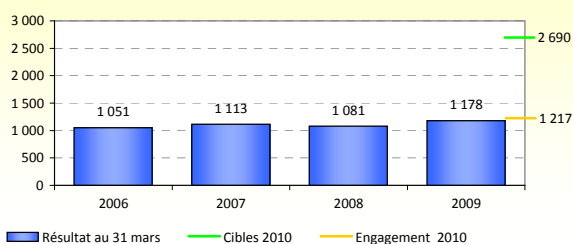


Figure 4.1.2 Nombre moyen d'interventions en SAD, par usager en déficience physique (1.4.2)



* Baisse du nombre d'usagers suivis due à une corrections de la codification lors du passage de programmes-clientèles à programmes-services en 2006-2007

Figure 4.1.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe (1.4.3)



PROGRAMME-SERVICES : DÉFICIENCE PHYSIQUE

Accès à des services spécialisés et ultra-spécialisés de réadaptation

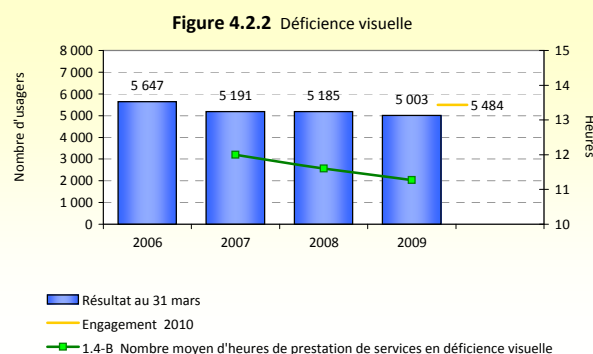
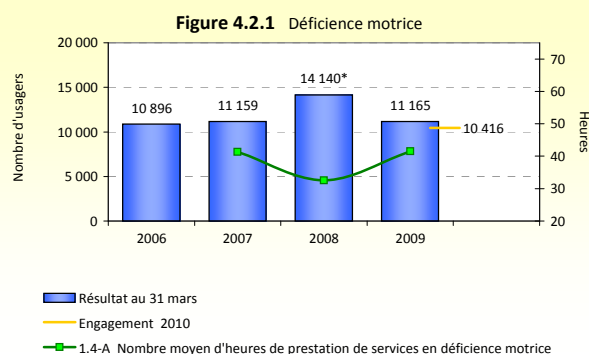
Mesures structurantes

- Budget de développement sur 5 ans :
- Réduction des listes d'attente

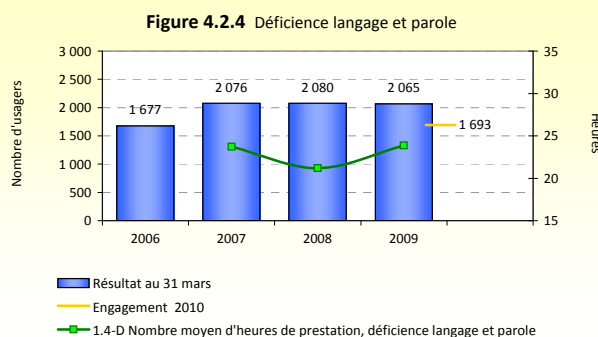
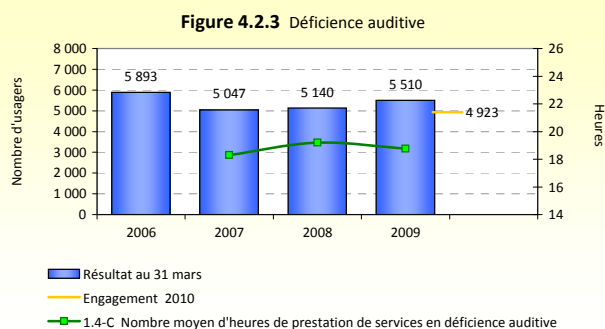
Résultat au 31 mars	Cible 2010
2009	2010
	5,6 M\$
	2,8 M\$
	+ 1 452 usagers

Résultats

Nombre de personnes recevant des services spécialisés de réadaptation en CRDP (1.4.8) et Nombre annuel moyen d'heures de prestation de services par usagers (1.4 A,B,C,D)



* 2007-2008 : surévaluation d'environ 3 000 usagers en raison d'une interprétation erronée quant à la comptabilisation des usagers desservis



Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 : 11 081 768 \$

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	106 356 639 \$	135 506 492 \$

PROGRAMME-SERVICES : DI-TED

PROGRAMME-SERVICES : DI-TED

Objectifs spécifiques

- Revoir l'organisation des services de façon à créer un continuum dans une perspective de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation afin d'optimiser la performance: efficacité, efficience, qualité, adaptation aux besoins.
- Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de six ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement.
- Améliorer l'accès à des services spécialisés et ultra-spécialisés de réadaptation avec l'intensité suffisante.
- Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement.

BILAN 2006-2010

Conformément aux attentes ministérielles, le réseau montréalais de services a déployé en 2008-2009, le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience visant à :

- assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables;
- optimiser et harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

Ce déploiement a conduit à l'élaboration d'un plan régional d'amélioration, qui guidera les actions de l'Agence et des établissements au cours des prochaines années. La mise en oeuvre de ce plan constitue la dernière étape d'un ensemble de mesures prises au cours des cinq dernières années pour améliorer l'accès aux services. Ces mesures ont pris la forme de crédits de développement et de nouveaux modes d'organisation des services.

Services de première ligne

Le volume de services offerts par les CSSS aux personnes ayant une DI ou un TED a augmenté de 28% en 4 ans. Le nombre de personnes desservies (+35%) et la fréquence d'intervention auprès des personnes ayant un TED a augmenté (figures 5.1.2 et 5.1.4). La fréquence d'intervention auprès des personnes ayant une DI a également augmenté mais le nombre de personnes desservies a diminué (figures 5.1.1 et 5.1.3). Une partie de cette diminution peut être attribuée à des changements dans la classification des personnes présentant une double problématique.

Le nombre d'usagers ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien a augmenté de 12% entre 2006 et 2009 (figure 5.1.7). Cette augmentation résulte de crédits de développement de 0,8 M\$ qui ont permis d'offrir du répit à 411 familles de plus qu'en 2006.

Il est également important de souligner que 1,9 M \$ ont été alloués au programme de stimulation précoce et à l'approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (AMIS) pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans. Ces investissements reflètent la priorité accordée par le réseau montréalais à l'identification et la stimulation précoce des enfants présentant des indices de retard dans leur développement.

En terminant, mentionnons que près d'un demi million a été alloué aux CSSS afin de leur permettre de consolider la mise en place d'un guichet d'accès aux services pour les personnes présentant une DI ou un TED, ou pour la mise en place d'équipes dédiées.

SERVICES SPÉCIALISÉS DE RÉADAPTATION, D'ADAPTATION ET D'INTÉGRATION SOCIALE

Intervention comportementale intensive (ICI)

De 2006 à 2009, le nombre d'enfants desservis dans le cadre du programme d'intervention comportementale (ICI) a connu une légère hausse, passant de 252 enfants rejoints en 2006, à 270 enfants en 2008, pour revenir à 254 enfants desservis en 2009

(figure 5.2.1). Il est à noter que les enfants peuvent recevoir ce service intensif pour une période allant jusqu'à trois ans.

Le nombre moyen d'heures hebdomadaires d'ICI par enfant a connu également une légère hausse : il est passé de 13,6 heures en 2006 à 14,9 heures en 2009 (figure 5.2.2). Selon les données statistiques disponibles (AS-485), les heures totales allouées par les cinq CRDITED à l'intervention comportementale intensive sont passées de 97 877 heures en 2007-2008 à 109 658 heures en 2008-2009.

Malgré des crédits de développement de 1,2M\$, l'attente pour les services du programme ICI demeure importante en CRDITED avec un total de 147 enfants de moins de six ans en attente de ce service au 31 mars 2009. Les deux tiers de ces enfants sont âgés de 3 ou 4 ans (rapport statistique des établissements). Les développements budgétaires alloués à ces services durant la période de 2005 à 2009 ont permis de maintenir un niveau de services et d'augmenter l'intensité pour la clientèle sans pouvoir répondre à l'augmentation du nombre d'enfants nécessitant ce type d'intervention.

Services d'adaptation et d'intégration sociale DI

Le nombre annuel de personnes ayant une déficience intellectuelle auxquelles les CRDITED ont offert des services d'adaptation et d'intégration sociale est passé de 5 224 en 2005-2006 à 5 422 en 2008-2009. Ces personnes sont inscrites dans au moins un des trois programmes offerts par ces établissements (soutien à la personne, résidentiel et socioprofessionnel). On estime à 475, le nombre annuel moyen de nouveaux clients.

En date du 31 mars 2009, 583 personnes ayant une DI sont en attente d'un premier service en provenance des CRDITED. Par ailleurs, le nombre total de personnes en attente de services est plus élevé et varie selon les programmes (à noter qu'une personne peut être en attente pour plus d'un service) :

- services de soutien spécialisé : 586 personnes*;
- services résidentiels : 361 personnes*
- services socioprofessionnels : 279 personnes*

Un montant de 400 000\$ a été octroyé au CRDITED en 2008-2009 pour offrir des services de stimulation précoce à 60 enfants supplémentaires âgés de moins de 6 ans. Les résultats indiquent une augmentation du nombre d'enfants desservis sans atteinte de la cible 2009-2010. Un suivi est en cours.

Services d'adaptation et d'intégration sociale TED

Les années 2006-2010 ont permis de concrétiser le modèle d'organisation des services aux personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED) dans un contexte où la prévalence estimée est passé de 0,1% en 2003 à 0,65% en 2007. Selon ce dernier taux, la région de Montréal compterait environ 10 000 personnes présentant un TED.

Selon les données des rapports statistiques des établissements, le nombre de personnes desservies par les CRDITED est passé de 1 130 personnes en 2004-2005 à 1 776 en 2008-2009 (figure 5.3.1).

Parallèlement, le nombre de personnes en attente d'un premier service en CRDITED est passé de 300 en 2004-2005 à 562 en 2008-2009, une augmentation de plus de 85 %. Le groupe d'âge des 5 à 17 ans représente 75 % de ces personnes.

Le nombre total de personnes ayant un TED, en attente au 31 mars 2009, varie selon les programmes :

- service de soutien à la personne : 590 personnes;
- service résidentiel : 165 personnes;
- service socioprofessionnel : 61 personnes.

*données provenant des rapports statistiques des établissements

PROGRAMME-SERVICES : DI-TED

PERSPECTIVES 2010-2015

Trois éléments de perspectives se dégagent du bilan 2006-2010.

Les prochaines années devraient être dédiées à la mise en oeuvre des recommandations du plan d'action DI-TED 2009-2012 qui a été adopté en juin 2009.

De plus, l'actualisation du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* apparaît primordial dans l'amélioration de l'accès, de l'intensité, de l'intégration, et de la consolidation des services.

Finalement, une attention toute particulière doit être accordée aux enfants de 6 ans et moins. On pense en particulier à l'augmentation des ressources dédiées au programme ICI ainsi qu'à la stimulation précoce des enfants ayant une DI. Les besoins des enfants pouvant bénéficier de ce type d'intervention sont considérés par plusieurs comme une priorité de niveau élevé. D'ailleurs, compte tenu du fait que le taux de prévalence en TED est passé de 0,1% à 0,65% entre 2003 et 2007, il importe d'assurer un suivi sur l'évolution de la demande de service en tenant compte de l'évolution de la prévalence.

Organisation des services et optimisation de la performance

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars			Cible 2010
	2008	2009	2010	
-Budget de développement première ligne			4,4 M\$	
0-5 ans				
- Stimulation précoce des enfants de 0-5 ans			1,4 M\$	
- Poursuivre l'implantation de l'approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (AMIS)			0,5 M\$	
Groupes d'âges non- spécifiés				
- Entente MSSS-MELS			0,1 M\$	
- Soutien à la famille			0,8 M\$	
- Consolider les services de guichet d'accès et gestion centralisée des listes d'attente et soutenir le développement du rôle d'intervenant pivot réseau pour la clientèle ayant une déficience (DP, DI, TED)			0,5 M\$	
- Consolidation organismes communautaires			1,0 M\$	
- Nombre d'établissements ayant mis en oeuvre le Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience (DI-TED-DP):		26		26

PROGRAMME-SERVICES : DI-TED

Résultats

Figure 5.1.1 Nombre d'utilisateurs avec Profil d'intervention (DI) ayant reçu des services du CSSS (1.5.1)

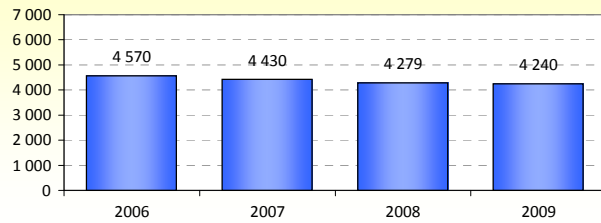


Figure 5.1.2 Nombre d'utilisateurs avec Profil d'intervention (TED) ayant reçu des services du CSSS (1.5.4)

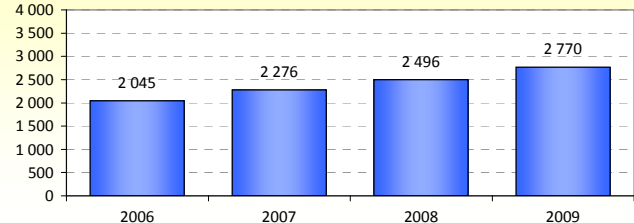


Figure 5.1.3 Nombre moyen d'interventions (DI) chez les utilisateurs ayant reçu des services du CSSS

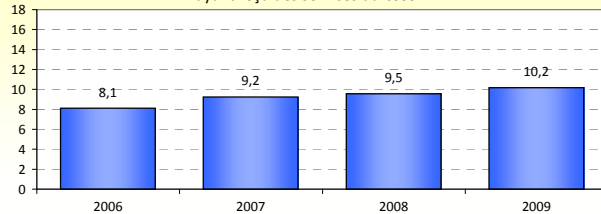


Figure 5.1.4 Nb moyen d'interventions (TED) chez les utilisateurs ayant reçu des services du CSSS

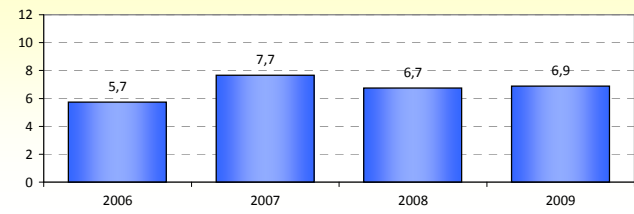


Figure 5.1.5 Nombre total d'interventions (DI)

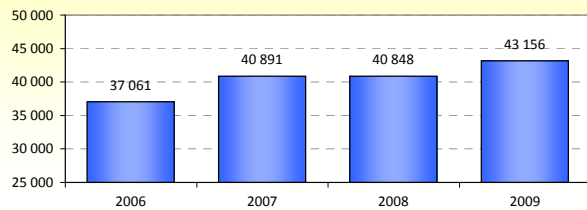


Figure 5.1.6 Nombre total d'interventions (TED)

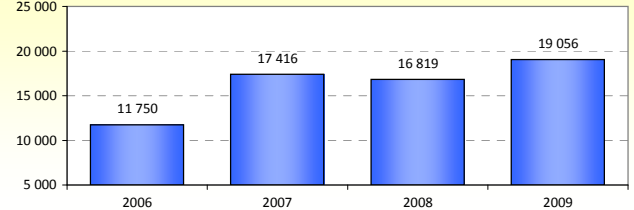
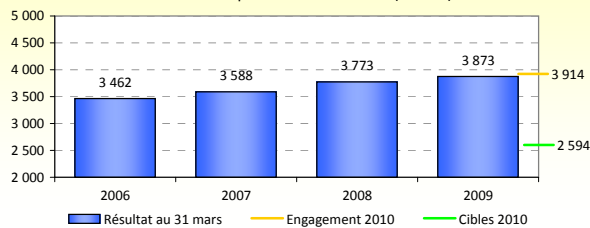


Figure 5.1.7 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe (1.5.13)



PROGRAMME-SERVICES : DI-TED

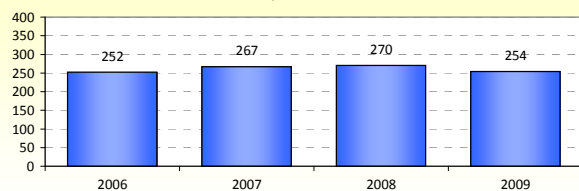
Accès aux services d'intervention comportementale intensive (ICI)

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars 2010	Cible 2010
-Budget de développement sur 5 ans	1,2 M\$	
Service d'intervention comportemental intensive (ICI)	1,2 M\$	

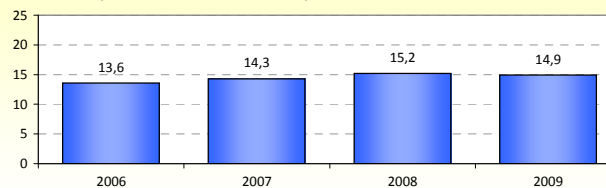
Résultats

Figure 5.2.1 Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) (1.5.7)



■ Résultat au 31 mars

Figure 5.2.2 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans (1.5.8)



■ Résultat au 31 mars

Accès aux services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale

Mesures structurantes

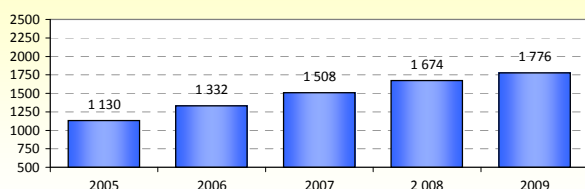
	Résultat au 31 mars 2010	Cible 2010
-Budget de développements sur 5 ans*	2,3 M\$*	
- Personnes TED sans DI	0,5 M\$	
- Stimulation précoce enfants DI moins de 6 ans	0,4 M\$	
- Diminution des listes d'attente	0,8 M\$	
- Améliorer l'accès aux services selon les niveaux de priorité (urgent, élevé, ou modéré) en diminuant les listes d'attente	0,6 M\$	

* Dont 1,2M \$ reste à être versé, après confirmation de la mesure

Résultats

Programme troubles envahissants du développement

Figure 5.3.1 Nombre de personnes avec un diagnostic TED desservi par les CRDITED (incluant programme ICI)



■ Résultat au 31 mars

Accès aux services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale

Programme déficience intellectuelle

Figure 5.3.2 Nombre d'enfants de moins de 6 ans présentant une déficience intellectuelle recevant un service d'adaptation et d'intégration sociale (1.5-B)

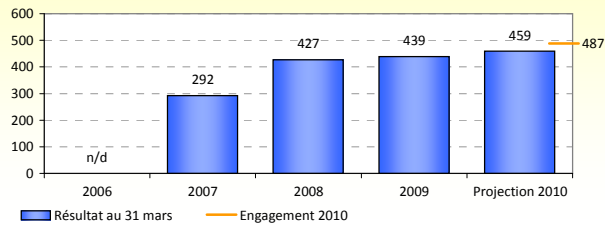


Figure 5.3.3 Nombre moyen d'heures de prestation des services d'adaptation et d'intégration sociale par enfant (1.5-C)

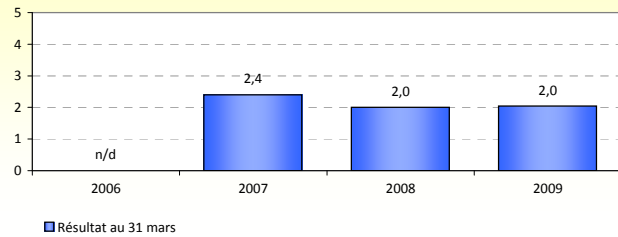


Figure 5.3.4 Nombre de jeunes de 6 à 21 ans présentant une déficience intellectuelle recevant un service spécialisé d'adaptation et d'intégration sociale (1.5-D)

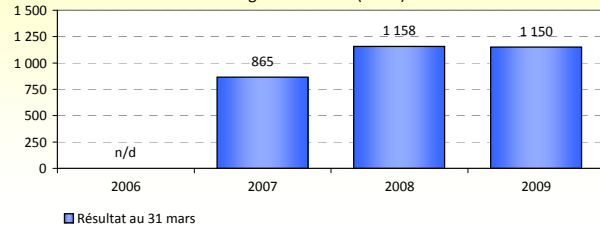
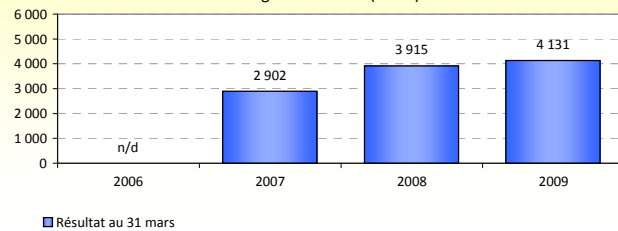


Figure 5.3.5 Nombre de personnes de 22 ans et plus présentant une déficience intellectuelle recevant un service spécialisé d'adaptation et d'intégration sociale (1.5-F)



Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 : 8 320 336 \$

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	168 420 716 \$	202 197 398 \$

PROGRAMME-SERVICES : JEUNES EN DIFFICULTÉ

PROGRAMME-SERVICES : JEUNES EN DIFFICULTÉ

Objectifs spécifiques

- Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services dans les territoires locaux.
- Améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les jeunes en difficulté.

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services dans les territoires locaux

BILAN 2006-2010

Services de première ligne

Le nombre de jeunes et de parents desservis par les CSSS entre les années 2005-2006 et 2008-2009 dans le cadre du programme Jeunes en difficulté a diminué de 8% au cours des cinq dernières années (figure 6.1.1). On estime toutefois que cette variation est due en quasi totalité à la création des programmes spécifiques Santé mentale et DI-TED qui ont entraîné un transfert de ces jeunes vers des équipes dédiées à ces problématiques.

Par ailleurs, entre 2007 et 2009, les CSSS ont reçu 5,5 M\$ pour augmenter l'accès à leurs services en prévision des changements apportés à la Loi sur la protection de la jeunesse. Cette somme a été octroyée pour la mise en place du programme Crise ADO Famille Enfant (CAFE) et pour l'accueil des jeunes et des familles référés par les centres jeunesse. Ces crédits ont permis une augmentation significative des heures travaillées qui, si les prévisions budgétaires des CSSS se réalisent, correspondra à 54 de la soixantaine de postes supplémentaires prévus.

Même s'il est difficile à ce moment-ci d'apprécier l'augmentation totale du volume d'activités qui découlera de ces nouveaux postes, il est raisonnable d'espérer une augmentation du volume d'activités qui permettra aux établissements et à l'Agence de respecter leurs engagements respectifs d'ici la fin 2011 (figure 6.1.3).

PERSPECTIVES 2010-2015

Services de première ligne

Au cours des deux prochaines années, les CSSS devraient être en mesure de terminer l'actualisation des services découlant des budgets de développement alloués au programme CAFE et au suivi des modifications de la LPJ. Le suivi de cette actualisation sera assuré par l'Agence.

S'ajoute à ce premier élément de perspectives la poursuite des travaux déjà amorcés pour :

- l'implantation, par sept CSSS, de réseaux sentinelles en prévention du suicide chez les jeunes;
- l'orchestration des services sociaux, de santé et scolaires offerts aux jeunes et à leur famille tel que le prévoit l'Entente de complémentarité MELS-MSSS.

Par ailleurs, les orientations 2007-2012 du Ministère laissent entrevoir un important dossier pour l'ensemble des régions du Québec soit, la mise en place et le suivi de l'offre de services 2007-2012 du programme Jeunes en difficulté. Cette offre de services est présentée dans un document intitulé «Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience - Programme Jeunes en difficulté - Offre de services 2007-2012».

PROGRAMME-SERVICES : JEUNES EN DIFFICULTÉ

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services dans les territoires locaux

Première ligne - CSSS (mission CLSC)

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars 2008	Résultat au 31 mars 2009	Cible 2010
- Budget de développement :		6,7 M\$	s/o
- CAFE		3,4 M\$	
- Nouvelle LPJ		1,7 M\$	
- Nombre de CSSS et CJ ayant appliqué le « Guide de partenariat CSSS-Centres jeunesse »	7	14	14
- Mettre en place une équipe d'intervention jeunesse	1	1	1
- Nombre de CSSS ayant démarré des équipes mobiles d'intervention de crise (CAFE)	6	12	12

Résultats

Figure 6.1.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC) (1.6.1)

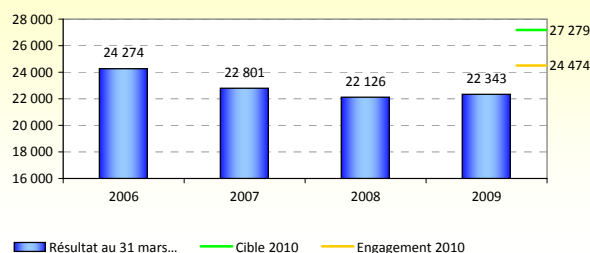


Figure 6.1.2 Nombre moyen d'interventions par usager (1.6.2)

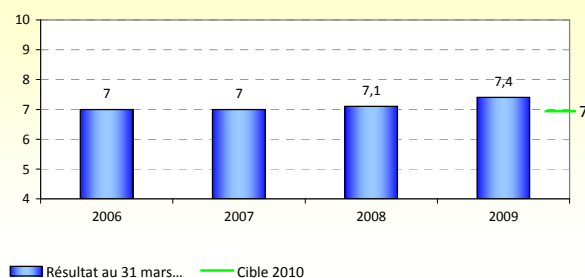
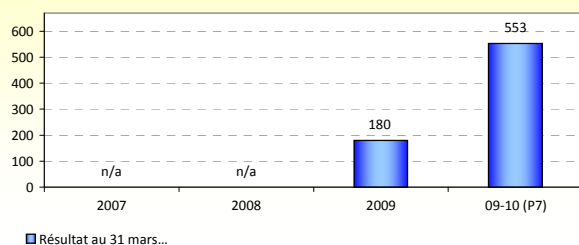


Figure 6.1.3 Nombre d'usagers desservis par le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (CAFE) (1.6 H)



PROGRAMME-SERVICES : JEUNES EN DIFFICULTÉ

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services dans les territoires locaux

Améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les jeunes en difficulté

Services spécialisés

BILAN 2006-2010

Services spécialisés

Dans le cadre des ententes de gestion les liant à l'Agence de Montréal, les centres jeunesse de la région de Montréal se sont engagés et ont réussi à diminuer les délais d'attente pour les services aux enfants (figures 6.2.1; 6.2.2 et 6.2.3) :

- les délais moyens, tant pour l'évaluation que la prise en charge, sont sous les cibles provinciales au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU);
- la situation est similaire pour le Centre à la jeunesse et à la famille Batshaw à l'exception du délai à l'évaluation qui connaît une remontée importante depuis l'an dernier, situation qui devrait se stabiliser au cours des prochains mois.

Les centres jeunesse se sont également engagés à ce que les intervenants responsables de l'application des mesures volontaires ou judiciaires voient les familles sous leur responsabilité à raison d'une fois aux deux semaines. Le Centre à la jeunesse et à la famille Batshaw dépasse ses engagements en rencontrant ses clients 1,3 fois aux deux semaines. Il en va différemment pour le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire dont la fréquence d'intervention se situe sous la norme d'une intervention aux deux semaines (figure 6.2.4).

Au cours des cinq dernières années, des budgets de développement ont été accordés aux centres jeunesse de la région de Montréal pour mettre en place des équipes spécialisées de soins et d'interventions auprès des jeunes hébergés souffrant de troubles mentaux. Le Centre jeunesse de Montréal a mis en place des équipes pour les jeunes en internat et en foyer de groupe. Le centre à la jeunesse et à la famille Batshaw a, quant à lui, pris du retard dans ce dossier.

Finalement, les deux centres jeunesse de la région ont mis en place un programme de préparation à la vie autonome intitulé «Programme de qualification des jeunes», dont le budget est devenu récurrent en 2009-2010. Le MSSS vise à ce que la région offre le programme à 90 jeunes (50 par le CJ de Montréal et 40 par le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw). En 2008-2009, 76 jeunes ont participé à ce programme (figure 6.2.5). Le taux de présence est estimé à environ 20 jeunes par mois (figure 6.2.6).

PERSPECTIVES 2010-2015

Services spécialisés

Les travaux déjà amorcés pour mettre en place une équipe de deuxième niveau en santé mentale au Centre à la jeunesse et à la famille Batshaw devraient être poursuivis.

Les perspectives 2010-2015 pourraient également être marquées par le suivi des recommandations du récent Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2009-2010 - Tome II- Gestion des centres jeunesse et allocation des ressources. Ces recommandations relèvent de l'enjeu transversal du plan stratégique ministériel 2010-2015 : optimiser l'utilisation des ressources.

Dans son rapport, le Vérificateur recommande au Ministère d'accélérer la réduction des écarts de financement entre les régions du Québec et demande aux Agences d'établir des indicateurs et des cibles qui permettent d'évaluer les principaux volets de la performance des centres jeunesse en lien avec le financement qu'ils reçoivent et de les suivre.

PROGRAMME-SERVICES : JEUNES EN DIFFICULTÉ

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services dans les territoires locaux

Améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les jeunes en difficulté

Services spécialisés

Mesures structurantes

- Budget de développement:

- Nombre de CJ ayant démarré le programme de soutien au passage à la vie autonome des jeunes placés en centre jeunesse

- Mettre en place dans chaque centre jeunesse une équipe de deuxième niveau afin de consolider les services de santé mentale et de prévention du suicide auprès des jeunes hébergés en internat et foyer de groupe

Résultat au 31 mars		
2008	2009	Cible 2010
280 000 \$	1,1 M\$	s/o

2 2 2

1 1 2

Résultats

Figure 6.2.1 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse, au 31 mars (1.6.4)

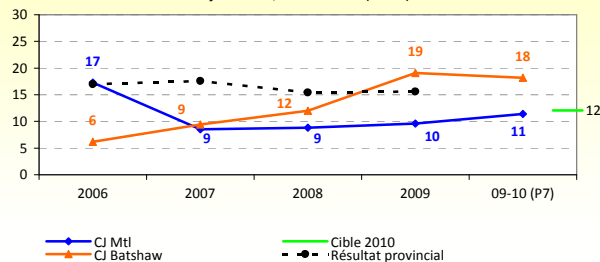


Figure 6.2.2 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse (1.6.5)

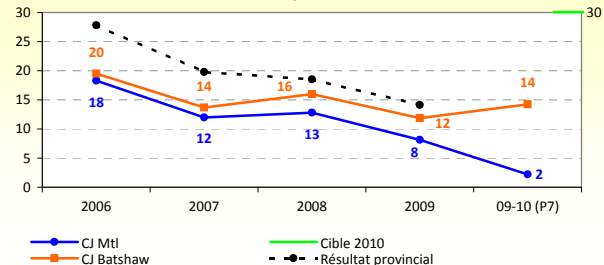


Figure 6.2.3 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA (1.6.7)

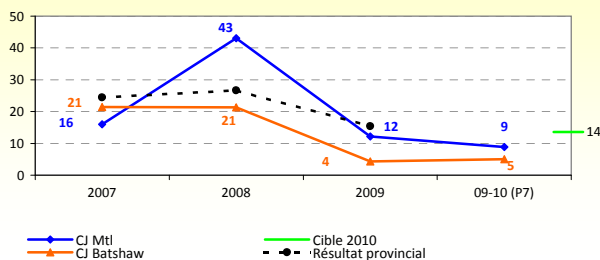


Figure 6.2.4 Nombre moyen d'interventions aux 2 semaines par intervenant principal à l'application des mesures (1.6-E)

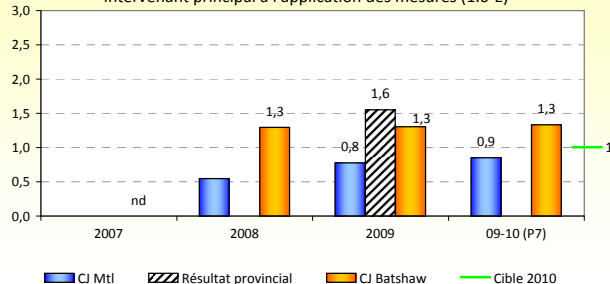


Figure 6.2.5 Nombre de participants au programme de qualification des jeunes

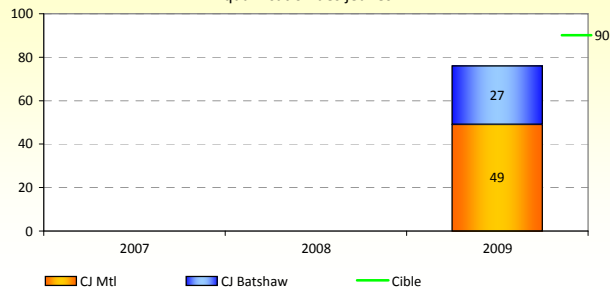
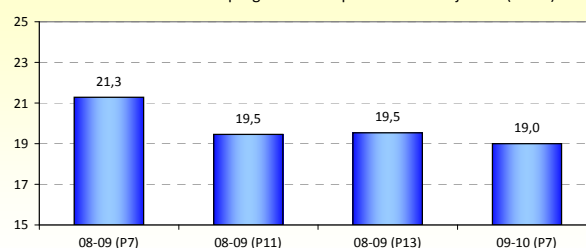


Figure 6.2.6 Évolution du nombre moyen par période de jeunes suivis dans le cadre du programme de qualification des jeunes (1.6-F)



PROGRAMME-SERVICES : JEUNES EN DIFFICULTÉ

Suivi des modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

BILAN 2006-2010

Même si l'adaptation du réseau aux modifications de la Loi sur la protection de la jeunesse ne faisait pas au départ partie des objectifs du plan stratégique, son importance justifie qu'on s'y intéresse. Les centres jeunesse et les CSSS de Montréal se sont d'ailleurs donnés un nouveau guide de partenariat de même qu'un plan de travail pour procéder aux ajustements nécessaires entre 2007 et 2009.

Tel que mentionné précédemment, les CSSS ont reçu des budgets de développement pour assurer de nouveaux services adaptés aux modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse. Ces sommes visent à offrir des services :

- aux parents dont l'enfant est soumis à une durée maximale de placement;
- aux familles des enfants dont le signalement n'a pas été retenu et;
- aux parents vivant une situation de crise avec leur adolescent.

Voici donc quelques-uns des résultats observés à ce jour dans les CSSS.

- En date de la période 7, 2009-2010, 553 usagers ont reçu des services dans le cadre du programme CAFE (figure 6.1.3).
- En 2008-2009, 13 parents ont reçu des services en raison d'une durée maximale de placement de leur enfant (figure 6.3.5).
- Pour ce qui est des personnes référées suite à un signalement non retenu, des incompatibilités entre les systèmes d'information des CJ et des CSSS empêchent la collecte de données.

Du côté des centres jeunesse, on constate une diminution de 7% du nombre de dossiers actifs à l'application des mesures au CJM-IU. Cette baisse semble associée à :

- une diminution des délais à l'application des mesures (figure 6.3.1);
 - une diminution de la charge de cas par intervenant (figure 6.3.2);
 - une augmentation récente du nombre moyen d'interventions à l'application des mesures (figure 6.3.3).
-

PERSPECTIVES 2010-2015

Suivi des modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse

Les perspectives 2010-2015 dans ce secteur auraient trait :

- au suivi de l'actualisation des services découlant des budgets alloués aux CSSS;
 - à une meilleure compréhension des causes et des conséquences de la diminution du nombre d'applications des mesures au CJM-IU.
-

PROGRAMME-SERVICES : JEUNES EN DIFFICULTÉ

Suivi des modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Figure 6.3.1 Nombre d'applications des mesures et délai moyen d'attente

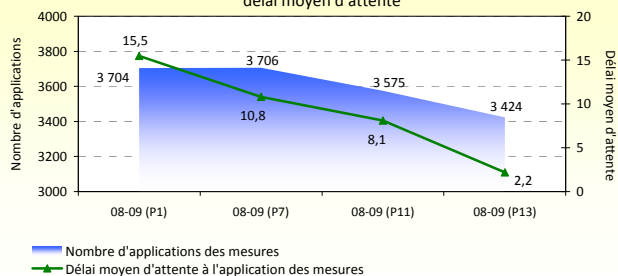


Figure 6.3.2 Nombre d'applications des mesures et charge moyenne

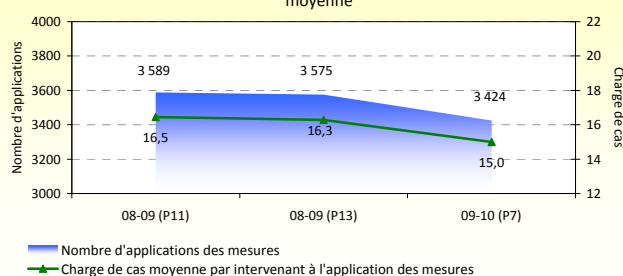


Figure 6.3.3 Nombre d'application des mesures et nombre moyen d'intervention

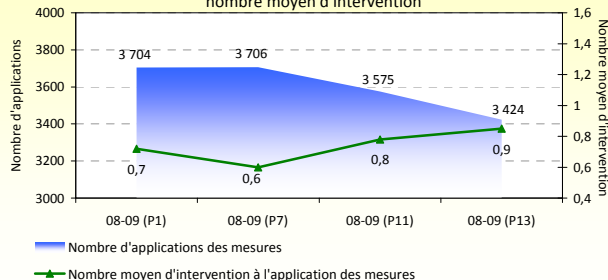


Figure 6.3.4 Taux (par 1 000) de nouveaux placements en centre jeunesse (1.6.8)

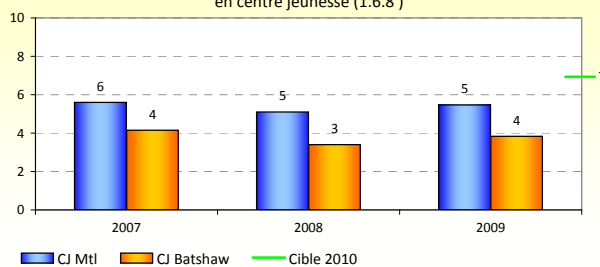
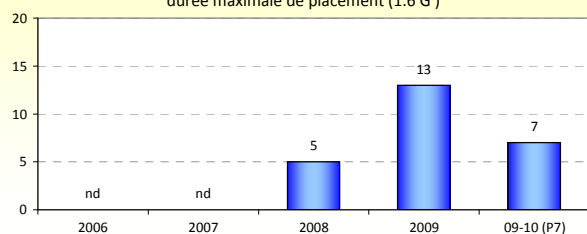


Figure 6.3.5 Nombre d'usagers recevant des services du CSSS (mission CLSC) dont l'enfant est soumis à une durée maximale de placement (1.6 G)



Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 : 8 677 403 \$

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	233 227 274 \$	276 222 812 \$

PROGRAMME-SERVICES : DÉPENDANCES

PROGRAMME-SERVICES : DÉPENDANCES

Objectifs spécifiques

- Accroître l'accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanie.
- Augmenter la proportion de la population adulte traitée par des services spécialisés en toxicomanie.
- Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique: 1,5% de la population requiert des services spécialisés.

BILAN 2006-2010

Alcoolisme et toxicomanie

Différentes mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services en alcoolisme et toxicomanie et, de manière générale, ces mesures ont donné les résultats escomptés.

2.1 M\$ ont été investis pour développer des services et améliorer la continuité: 0,9 M\$ pour la consolidation des services spécialisés et 1.2 M\$ pour le développement des services de première ligne, incluant les organismes communautaires. Ces sommes, combinées à différents ajustements de processus, ont permis de :

- mettre en place, en octobre 2006, un mécanisme d'accès aux services spécialisés pour les jeunes de moins de 18 ans et d'y référer plus de 300 jeunes au cours de l'année suivante;
- démarrer, en 2008-2009, un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanie qui, dès la fin de l'année, avait desservi 150 personnes;
- mettre en place une première équipe de liaison par le Centre Dollard-Cormier, dans une salle d'urgence d'un centre hospitalier, soit celle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Depuis sa mise en place, cette équipe a d'ailleurs référé 313 des 420 personnes qui ont demandé un service auprès de l'équipe de liaison;
- consolider les lits de désintoxication au Centre Dollard-Cormier;
- consolider d'autres services spécialisés ou de première ligne déjà en place incluant les organismes communautaires.

Jeu pathologique

Pour ce qui est de l'objectif d'un meilleur accès aux services spécialisés en matière de jeu pathologique, on constate que la clientèle a diminué de 31% en quatre ans (figure 7.1) et ce, malgré les différentes mesures prises pour mieux rejoindre les personnes susceptibles de bénéficier de ces services (programme de prévention et développement des services spécialisés en CRAPT). Ce phénomène s'observe dans l'ensemble des régions du Québec et le MSSS prévoit procéder à une analyse des causes de ce phénomène.

PERSPECTIVES 2010-2015

L'offre de service 2007-2012-Programme-services-Dépendances élaborée par le MSSS est venue compléter les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité, et d'efficience propres au programme. L'Agence a entrepris, en juin 2009, des travaux afin d'assurer l'implantation régionale de cette offre de service. Un comité régional a été mis en place pour la réalisation de ce mandat. Les objectifs spécifiques dans ce programme seront déterminés en fonction des priorités régionales qui seront identifiées. Cette démarche s'inscrit à l'enjeu 5 et l'orientation 1 du plan stratégique ministériel 2010-2015, soit le respect de standards cliniques en vue d'assurer la qualité des services.

Le MSSS et l'Agence devront également prévoir les suites du projet soutenu par la Fondation Chagnon concernant les mères toxicomanes et leurs enfants. Les résultats de l'évaluation du projet réalisé au Centre le Portage sont prévus pour mars 2010.

Finalement, des discussions pour la mise en place d'équipes de liaison dans un plus grand nombre de centres hospitaliers sont en cours.

PROGRAMME-SERVICES : DÉPENDANCES

Accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanie

Mesures structurantes

	Résultat mars 2009	Cible 2010
- Budget de développement :	105 000 \$	
- Nombre de CSSS ayant démarré le programme Alcochoix :	4	4

Résultats

- Nombre d'usagers desservis lors de l'année d'implantation :	150
---	-----

Accès aux services spécialisés en toxicomanie

Mesures structurantes

	Résultat 31 mars 2009	Cible 2010
- Budget de développement :	0.9M \$	
- Mécanisme d'accès aux services spécialisés en alcoolisme et toxicomanie pour les jeunes :		
- Nombre de CSSS ayant identifié un agent de liaison pour le mécanisme d'accès aux services spécialisés pour les jeunes :	9	12
- Nombre de CSSS ayant référé au mécanisme d'accès :	6	12
- Mise en place d'une liaison entre l'urgence de HMR et le service de désintoxication en CRPAT :	Réalisé	

Résultats

- Nombre de jeunes référés au mécanisme d'accès pour les services spécialisés :	315
- Nombre d'adultes référés par HMR depuis février 2009 :	313

Accès aux services spécialisés en jeu pathologique

Mesures structurantes

	Résultat 31 mars 2009	Cible 2010
- Budget intégré à la base budgétaire en 2008-2009 :	2,4M\$	
- Programme de prévention :	0,4M\$	
- Services spécialisés (intervention de crise, traitement, réinsertion) :	1,8M\$	

PROGRAMME-SERVICES : DÉPENDANCES

Résultats

	Résultat 31 mars 2009	Cible 2010
- Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique :	1 433	2 064

Figure 7.1 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique (1.7.2)

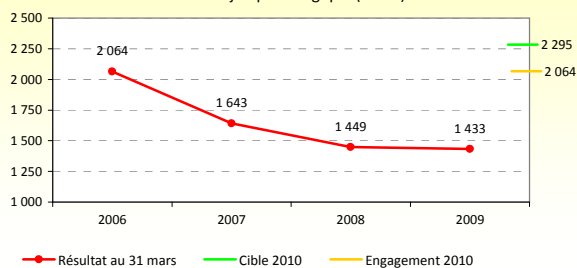
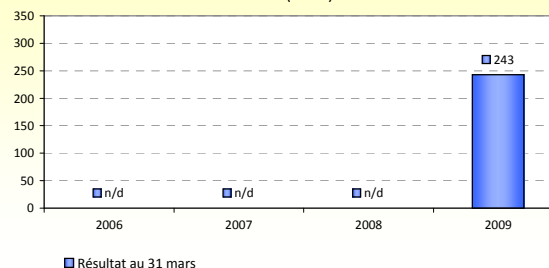


Figure 7.2 Nombre de proches de joueurs pathologiques desservis (1.7-B)



Actualisation des standards de performance

Mesures structurantes

	Résultat 31 mars 2009	Cible 2010	Résultat 31 mars 2011
- Budget de développement :			0.4M \$
- Nombre de CSSS utilisant l'outil DEP-ADO :	5	12	

Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 : 2 591 912 \$

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	19 520 232 \$	30 310 202 \$

PROGRAMME-SERVICES : SANTÉ MENTALE

PROGRAMME-SERVICES : SANTÉ MENTALE

Objectifs spécifiques

- Réorganiser les services de façon à doter les 12 CSSS des équipes de première ligne nécessaires pour offrir des services de santé mentale aux enfants, aux jeunes et aux adultes.
- Assurer la prise en charge en première ligne de la majorité des besoins de services.
- Développer des réseaux locaux de services en santé mentale et des continuums de services en créant des partenariats et des ententes de services entre les CSSS et les hôpitaux offrant des services spécialisés.
- Atteindre les cibles décrites dans le plan d'action en santé mentale et le plan stratégique 2005-2010 du MSSS.

BILAN 2005-2010

Les engagements pris par l'Agence envers les Montréalais atteints de troubles mentaux et leur famille ne pourront être respectés dans les délais prescrits. Par contre, même si la formation des équipes de première ligne n'est pas encore complétée, la progression du nombre de personnes recevant des services ambulatoires de santé mentale en provenance des équipes de première ligne indique que l'offre de services s'est organisée et que la restructuration est bien engagée: le nombre d'usagers desservis au 31 mars 2010 est de 13 049 (figure 8.1), ce qui constitue une augmentation de 65% par rapport à 2005-2006.

La situation dans les salles d'urgence s'est améliorée entre 2007 et 2009, mais demeure problématique en regard des cibles et engagements (figures 8.2 et 8.3). Les délais d'accès aux services de deuxième et troisième ligne ont quant à eux continué de se détériorer (figure 8.4).

La formation des équipes n'est pas encore complétée compte tenu des facteurs suivants :

- transferts de ressources professionnelles ou financières des hôpitaux inférieurs à ce qui a été planifié à l'origine;
- présence limitée des omnipraticiens au niveau des équipes de 1re ligne;
- rôle des psychiatres répondants à préciser.

À noter également que :

- Sur un total de 12 guichets, 12 sont fonctionnels pour la clientèle "adultes" et 8 le sont pour la clientèle "jeunes". Les médecins du réseau sont informés graduellement de la présence de ces guichets d'accès;
- les demandes de mobilier et d'équipement de même que les demandes associées à la location ou à l'aménagement de locaux supplémentaires ont générées des dépenses importantes qui n'étaient pas incluses dans la planification initiale;
- l'augmentation des personnes vues en 1re ligne se fait à un rythme moindre que celui de l'augmentation des professionnels, compte tenu du changement de culture et des façons de faire au niveau des organisations et ce tant au niveau de la 1re ligne, de la 2e ligne que des organismes communautaires.

Pour ce qui est de la phase 2 du plan d'action :

Suite à l'attribution de budgets de développement en 2007-2008 et 2008-2009, l'extension des activités d'intervention de crise et d'admission en hébergement 24/7 a été autorisée pour deux centres de crise. Des places supplémentaires ont pu être développées en soutien d'intensité variable et l'augmentation marquée du nombre de places en 2009-2010 en témoigne. Ce nombre était demeuré relativement stable au cours des deux années antérieures (figure 8.5). À noter que les résultats 2005-2006 n'incluaient pas les personnes desservies par les organismes communautaires et que l'écart entre les résultats 2006-2007 et 2007-2008 est dû à un changement dans la méthode de calcul de l'indicateur. En suivi intensif dans le milieu, on observe une augmentation importante de 35% du nombre de places en 2009-2010, et ce après quatre années relativement stables (figures 8.6).

Cependant, s'il n'y a pas de nouveaux budgets de développement pour les prochaines années, aucun développement ne sera possible dans ces secteurs d'activités de même que pour les services d'urgence psychiatriques.

PROGRAMME-SERVICES : SANTÉ MENTALE

La réorganisation des services résidentiels a débuté par la nomination de deux établissements gestionnaires. Le transfert des ressources existantes de même que l'attrition ou le développement de nouvelles ressources doit tenir compte des éléments suivants :

- disponibilité des services de façon équitable dans l'ensemble des CSSS;
- réallocation des ressources à l'extérieur de Montréal au besoin;
- l'identification des besoins de nouvelles clientèles (personnes âgées, toxicomanie);
- contribution des organismes communautaires aux besoins d'hébergement des différents types de clientèle.

PERSPECTIVES 2010-2015

Parmi les principaux enjeux associés à la mise en œuvre du plan d'action, nous retrouvons les éléments suivants :

- Poursuivre le développement des équipes de 1re ligne rapidement afin d'éviter la démobilisation des équipes existantes et ne plus être en mesure de répondre à la clientèle compte tenu de l'augmentation des demandes;
- poursuivre les travaux sur la définition des soins de troisième ligne, afin de cibler les besoins spécifiques de certains hôpitaux et stimuler le transfert des ressources prévues vers la première ligne;
- poursuivre les démarches ministérielles avec les omnipraticiens et les psychiatres afin de stimuler la participation des médecins et des spécialistes;
- revoir les opportunités de financement afin de poursuivre le développement des ressources complémentaires
- telles que les services de crise, le soutien d'intensité variable et le suivi intensif dans le milieu.

Développement des équipes de première ligne

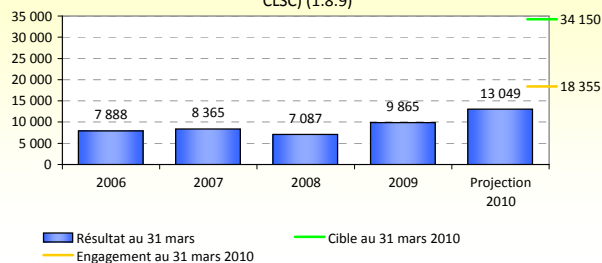
Mesures structurantes

		Total 2010	Cible 2010
- Réallocations des CHSGS vers les CSSS		10,6 M\$	
	moins de 18 ans	4,3 M\$	
	18 ans et +	6,3 M\$	
- Crédits de développement		7,3 M\$	
	moins de 18 ans	0,2 M\$	
	18 ans et +	7,1 M\$	
- Nouveaux postes créés (ETC)		223	
	moins de 18 ans	63,8	
	18 ans et +	159	
- Total des postes comblés (ETC)		340	582
	moins de 18 ans	60,5	128
	18 ans et +	279,5	454

PROGRAMME-SERVICES : SANTÉ MENTALE

Résultats

Figure 8.1 Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS (mission CLSC) (1.8.9)



* Les résultats de 2009 incluent les utilisateurs desservis par Louis-Hippolyte-Lafontaine dans le cadre des mesures de transition

Figure 8.2 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (1.8.7)

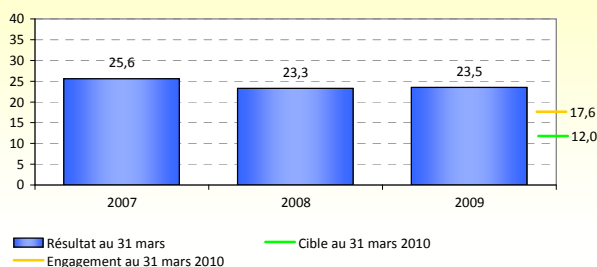


Figure 8.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale (1.8.8)

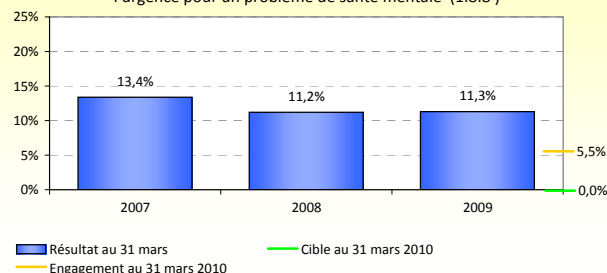


Figure 8.4 Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2^e ou de 3^e ligne est supérieur à 60 jours (1.8.10)

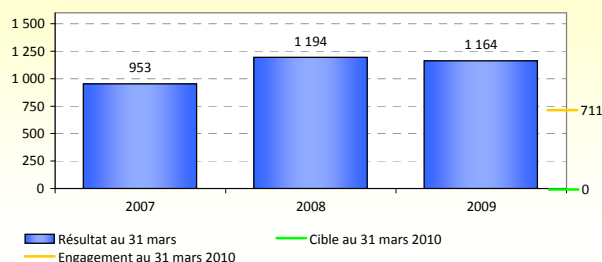


Figure 8.5 Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans + (1.8.5)

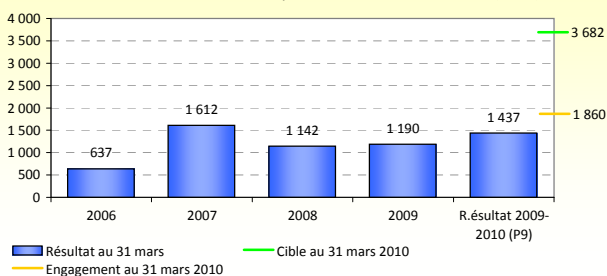
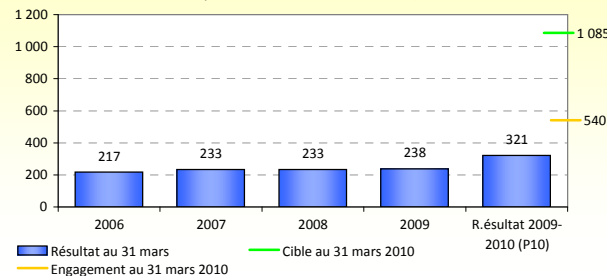


Figure 8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans + (1.8.6)



PROGRAMME-SERVICES : SANTÉ MENTALE

Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 : 9 169 401 \$

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	329 416 326 \$	399 320 840 \$

PROGRAMME-SERVICE SANTÉ PHYSIQUE

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

Objectifs spécifiques

- Réduire l'encombrement des urgences.
- Offrir un continuum de services aux personnes atteintes de maladies chroniques ou à risque de le devenir.
- Améliorer l'accès aux services de chirurgie en vue de réduire les listes d'attente.
- Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer.

Réduire l'encombrement des urgences

BILAN 2006-2010

La performance des salles d'urgence, telle que mesurée par la durée moyenne de séjour des patients sur civière et la proportion des séjours de plus de 48 heures, ne s'est pas améliorée et ce, malgré une augmentation progressive des crédits annuels qui ont atteint 69 M\$ en 2009-2010. La durée moyenne de séjour d'un patient sur civière et le pourcentage des 48 heures et plus en 2008-2009 sont les mêmes qu'en 2005-2006: 20 heures et 10% (figures 9.1.1 et 9.1.2). Ces résultats demeurent loin des standards provinciaux de 12 heures et 0% et sont bien au delà des moyennes provinciales.

Par contre, suite aux mesures prises pour les personnes âgées (crédits alloués à l'achat de places d'hébergement, de réadaptation fonctionnelle et de soins à domicile) on observe une amélioration de la situation pour les personnes de 75 ans et plus: le séjour moyen a diminué d'une heure (figure 9.1.3) et le pourcentage de séjours de plus de 48 heures a diminué de 2 % (figure 9.1.4).

Parmi les facteurs qui expliquent le niveau de performance à l'urgence, il faut considérer dans un premier temps des facteurs directs comme l'achalandage, la complexité des situations, la disponibilité des ressources et les processus de travail à l'urgence puis, dans un deuxième temps des facteurs sous la responsabilité d'autres services, établissements ou organisations comme l'accès à des services médicaux de première ligne, à des lits d'hospitalisations, à l'hébergement ou à des soins à domicile. Les données disponibles sur le sujet révèlent les phénomènes suivants.

À l'urgence

- Le nombre total d'inscriptions a diminué de près de 3% entre 2005-2006 et 2008-2009. Après un creux en 2007-2008, on observe cependant une très légère augmentation depuis les trois dernières années, plus particulièrement en ce qui a trait au nombre de patients sur civière (figure 9.1.5). À noter que l'année 2009-2010 risque d'être exceptionnelle en raison de la pandémie.

- La complexité des situations, mesurée par la proportion des transports ambulanciers et la proportion des patients sur civière de 75 ans et plus, sont demeurées stables (figures 9.1.6 et 9.1.7). Toutefois, la proportion des patients sur civières de 85 ans et plus est quant à elle passée de 8% à 10% entre 2005-2006 et 2008-2009 (figure 9.1.7).

- La disponibilité des ressources humaines, telle que mesurée par l'évolution du nombre d'heures travaillées à l'urgence, a augmenté de 10%. À noter: 90% de cette augmentation a été réalisée grâce à de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire (figure 9.1.9).

- La part des heures travaillées en temps supplémentaire ou par un service de main d'œuvre indépendante est passée de 12% à 18% entre 2005-2006 et 2008-2009. On doit cependant préciser que ces taux varient grandement d'un établissement à l'autre.

En amont de l'urgence

- Tel que rapporté dans le bilan du programme-services généraux, l'accréditation des GMF, CR et GMF-CR intégrés n'ont pas permis d'augmenter de manière significative la proportion des Montréalais déclarant avoir un médecin de famille. Il est donc probable que ces mesures n'aient pas eu l'effet escompté sur la diminution des visites évitables à l'urgence.
- Par contre, le projet pilote de réorientation des patients de priorités 4 et 5 vers les cliniques médicales a eu l'effet attendu sur l'achalandage ambulatoire à la salle d'urgence du CH où le projet s'est déroulé.
- Les programmes de gestion des maladies chroniques en première ligne commencent tout juste, de sorte que leur impact sur la diminution des visites à l'urgence ne s'est pas manifesté.
- Tel que rapporté dans le bilan du programme PALV, le niveau actuel d'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) ne permet pas de diminuer les visites à l'urgence. On réfère ici aux visites évitables par une bonne coordination des soins et services de première ligne.

En aval de l'urgence

- Le délai pour être admis dans un lit de réadaptation ou d'URFI était de cinq jours la semaine du 8 décembre 2009. Il s'agit là d'une amélioration importante suite à la révision du modèle d'organisation des services, amélioration d'ailleurs reconnue par les patients puisque le taux de personnes très satisfaites des services reçus en CHR ou en URFI s'élève à 73%, un taux inhabituellement élevé.
- Les services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie ont augmenté de 38% en quatre ans. Une partie importante de cette augmentation s'est faite dans les services intensifs à domicile permettant ainsi à certains patients de retourner rapidement à domicile suite à une hospitalisation. Le nombre de jours d'hospitalisation ainsi évités contribue à une meilleure gestion des admissions et congés en CHSGS.
- Le délai d'accès en CHSLD est demeuré stable à une centaine de jours, lorsque la demande provient d'un CHSGS (figure 9.1.8).
- La non disponibilité des données Med Écho 2008-2009 rend impossible l'analyse de l'effet du soutien apporté à treize CHSGS pour optimiser la gestion des congés et des admissions, facteur qui affecte les séjours de 48 heures et plus à l'urgence.

En résumé, les mesures prises au cours des dernières années ont eu un effet sur l'accès aux services de réadaptation et aux services à domicile, mais peu d'impact sur la diminution des visites évitables à l'urgence, la gestion des congés et admissions en CHSGS et l'accès en CHSLD.

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

PERSPECTIVES 2010-2015

Les résultats mitigés des efforts consentis incitent à revoir certains aspects du plan d'action régional. Soulignons tout particulièrement le niveau d'implantation des RSIPA, la gestion des congés et des admissions en CHSGS, la proportion des heures travaillées en temps supplémentaire ou par la main-d'oeuvre indépendante et la non diminution des visites évitables à l'urgence.

En corollaire, il serait intéressant d'analyser et peut-être de généraliser les facteurs à l'origine du succès de certaines mesures. On pense en particulier au projet pilote de réorientation des patients de priorité 4 et 5 et à la révision du modèle d'organisation des services pour les services posthospitaliers de réadaptation.

Enfin, des efforts continueront à être déployés afin d'améliorer l'organisation des services de première ligne. La poursuite du déploiement des GMF et clinique-réseaux intégrés et une plus grande prise en charge de la clientèle vulnérable en première ligne permettra notamment de réduire les visites évitables aux urgences.

Réduire l'encombrement des urgences

Mesures structurantes

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
- Budget de désengorgement :	32 M\$	40 M\$	57 M\$	70 M\$	69 M\$
- Mesures de désengorgement :	Budget 2009-2010		Résultat 2009-2010	Cible 2010	
- Achats de places	21 572 731 \$		522 places		
- Convalescence-réadaptation-UTRF	26 441 218 \$		384 places		
- SISAD long terme	10 474 367 \$		325 places		
- Mise en application des recommandations du Guide de gestion de l'urgence					
- Soutien apporté à 13 CHSGS pour la gestion des congés et admissions, un facteur affectant les 48 heures et + à l'urgence.					
- Suivi quotidien de la situation					

Résultats

Figure 9.1.1 Séjour moyen sur civière (1.9.1)

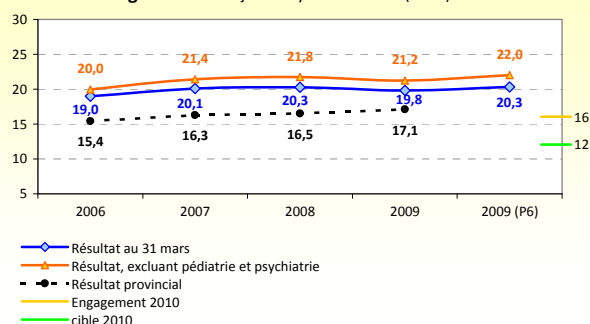
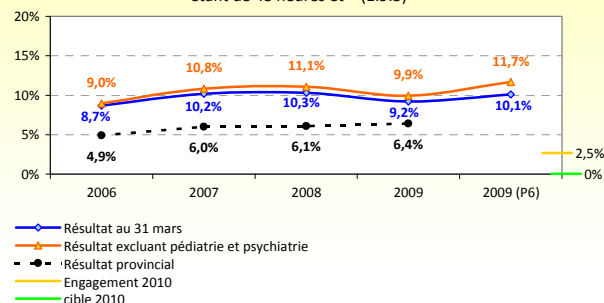


Figure 9.1.2 Proportion (%) des séjours sur civière étant de 48 heures et + (1.9.3)



PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

Figure 9.1.3 Séjour moyen sur civière chez les personnes de 75 ans et + (1.9.2)

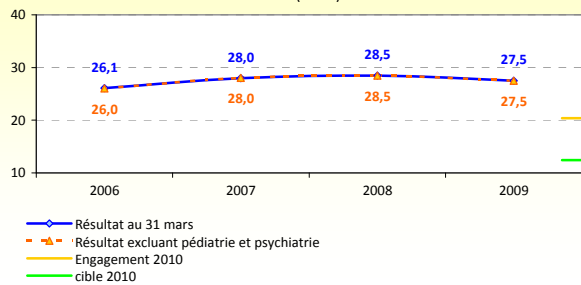
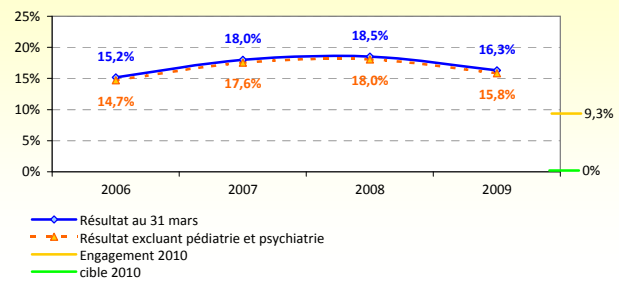


Figure 9.1.4 Proportion (%) des séjours sur civière de 48 heures et + chez les personnes de 75 ans et + (1.9.4)



Source : Ententes de gestion, ASSSM

Figure 9.1.5 Nombre d'inscriptions dans les urgences de Montréal* et patients sur civière** (excluant pédiatrie et psychiatrie)

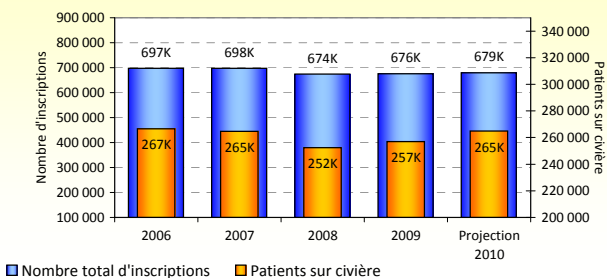


Figure 9.1.6 Évolution du nombre d'arrivées en ambulance aux urgences de Montréal (excluant pédiatrie et psychiatrie)**

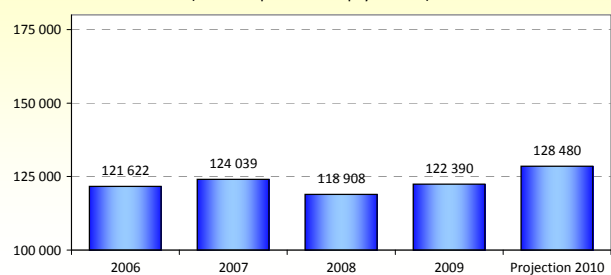


Figure 9.1.7 Évolution de la proportion (%) des patients sur civière, chez les 75-84 ans et 85 ans et plus (excluant pédiatrie et psychiatrie)**

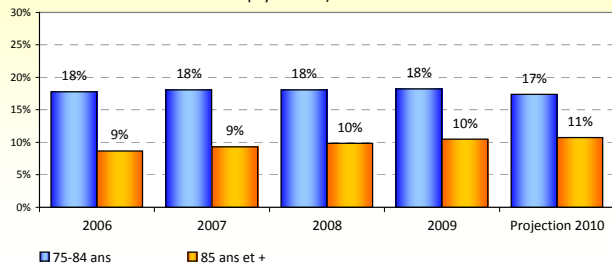


Figure 9.1.8 Délai moyen d'attente pour l'obtention d'une place en CHSLD, en provenance d'un CHSGS++

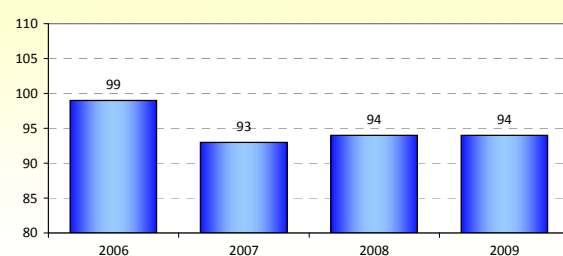
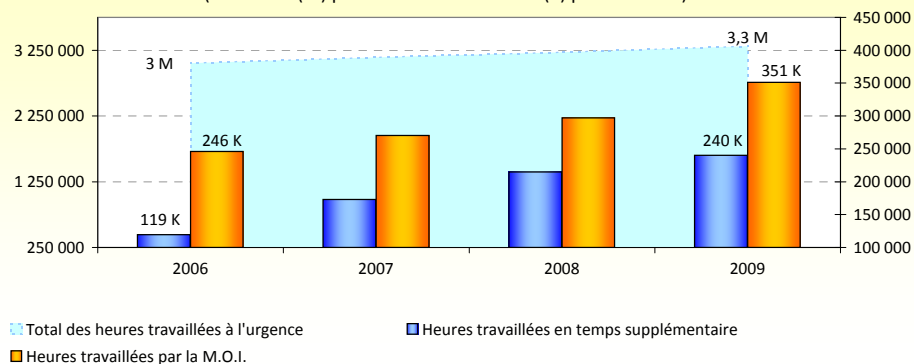


Figure 9.1.9 Évolution des heures travaillées dans les urgences de Montréal, (en million (M) pour le total et en millier (K) pour le détail)*



* Source : RQSUCH (CHSGS)

+ Source : AS-471

** Source : registre des patients sur civière

++ Source : Info-Admission / Info-Présence, ASSSM

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

Gestion des maladies chroniques

Bilan 2006-2010

La mise en place des processus de gestion des maladies chroniques dans les CSSS n'a pas pu démarrer tel que prévu à l'automne 2009 en raison du déplacement des ressources humaines vers les activités liées à la pandémie. Les 7 projets Diabète et le projet HTA débiteront donc au cours de l'année 2010. Les résultats observés jusqu'à présent dans le cadre du projet pilote du CSSS Sud-ouest Verdun sont aussi prometteurs que ceux observés dans la région de Laval.

Perspectives 2010-2015

Le développement de projets de gestion des maladies chroniques devrait être poursuivi voire intensifié étant donné l'incidence accrue prévue. L'évolution du nombre d'interventions posées par les infirmières des CSSS confirme cette tendance. On a en effet observé une augmentation de 13% en 4 ans des services offerts en raison d'une maladie chronique. Ce pourcentage exclut les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, pour qui l'augmentation du volume d'interventions a été de 66% en 4 ans.

Au cours des années à venir, le nombre de programmes déployés continuera de croître et beaucoup d'efforts seront mis sur la mesure et le suivi des processus et des résultats cliniques. À cette fin, un registre régional de suivi des maladies chroniques est en processus d'implantation.

Il sera d'ailleurs important de considérer les interventions d'autres professionnels de la santé dont l'importance devrait s'accroître au fur et à mesure que les protocoles cliniques associés au suivi systématique des maladies chroniques seront implantés. À titre d'exemple, il est prévu d'observer un accroissement important du nombre d'interventions réalisées par des nutritionnistes dans la prise en charge des patients atteints de troubles du métabolisme, notamment le diabète. Le recours aux équipes multidisciplinaires permet d'une part de coller davantage au guide des meilleurs pratiques en ayant recours aux expertises de plusieurs professionnels et, d'autre part, d'aborder le problème de pénurie d'infirmières par une répartition plus judicieuse des responsabilités.

Enfin, l'élaboration à l'échelle régional de processus cliniques basés sur la multidisciplinarité, d'abord orientée vers la prise en charge et le suivi systématique des patients atteints de maladies chroniques, servira d'autre part de modèle structurant dans la mise en place des cliniques réseau intégrés (CRI) et dans le développement de leur offre de services, notamment en ce qui a trait aux services généraux.

Mesures structurantes

	Résultat au 31 mars			Cible 2010
	2008	2009	2010	
- Budget de développement :			450 000 \$	
- Nombre de CSSS ayant mis en place un programme de première ligne en gestion du risque métabolique ;				
Diabète :	1	5	7	
HTA :	1	1	1	
Autres :	1	2	2	

Résultats

Pas encore disponibles

Bilan 2006-2010

Chirurgie

Deux mesures importantes ont été prises pour améliorer l'accès à la chirurgie :

- le MSSS a mis à la disposition des régions des budgets visant à inciter ces dernières à augmenter la production chirurgicale;
- le gouvernement du Québec s'est engagé à ce que les chirurgies pour une prothèse totale du genou ou de la hanche, ou encore pour une cataracte se réalisent dans un délai d'au plus 6 mois pour les patients inscrits au mécanisme d'accès centralisé de chaque centre hospitalier depuis le 1er juin 2007.

La production chirurgicale a augmenté globalement d'environ 8 % entre les années 2002-2003 et 2008-2009. Les chirurgies de la cataracte, de l'arthroplastie totale de la hanche et du genou ont connu les augmentations les plus importantes. Seules les chirurgies nécessitant une hospitalisation ont connu une légère diminution. Toutefois, si les prévisions 2009-2010 s'avèrent justes, les volumes de tous les types de chirurgie, incluant les chirurgies avec hospitalisation, augmenteront de nouveau de manière significative (figures 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.2.4).

En ce qui a trait aux délais d'accès, les résultats démontrent que les cibles ministérielles sont respectées pour les chirurgies de la cataracte, de l'arthroplastie de la hanche, la chirurgie d'un jour et la chirurgie avec hospitalisation. Seuls les résultats pour l'arthroplastie totale du genou se situent légèrement en-dessous de la cible, ce qui est également le cas dans plusieurs régions du Québec (tableau 9.2).

Services posthospitaliers de réadaptation

Le nouveau modèle d'organisation des services posthospitaliers de réadaptation - guichet centralisé en CSSS, lits dédiés par programme et par CSSS, réadaptation à domicile suite à une prothèse totale de la hanche ou du genou - a permis d'obtenir les résultats suivants:

- le taux d'occupation des lits en CHR et CSSS-URFI est passé de 88% à 92% entre les années 2005-2006 et 2008-2009 et se situait à 90% au mois de novembre 2009;
- le nombre de personnes en attente pour un lit de CHR ou de CSSS-URFI a diminué progressivement, passant de 100 à 72 par mois entre l'hiver 2008 et l'automne 2009. Mentionnons à titre indicatif que la durée moyenne d'attente en CHSGS a été de 5 jours la semaine du 8 décembre 2009;
- la proportion des personnes recevant des services de réadaptation à domicile suite à l'installation d'une prothèse de la hanche ou du genou est passée de 38% à 47% entre 2005-2006 et 2009-2010 (figure 9.2.5).

Cardiologie tertiaire

La région de Montréal possède 32 salles de cardiologie tertiaire réparties dans 6 centres hospitaliers.

Au cours des dernières années, le taux de décès par maladies cardiovasculaires a diminué considérablement. Cependant, le vieillissement de la population ainsi que les nouveaux traitements concourent à une augmentation de la demande pour ces services.

Le nombre de procédures réalisées en électrophysiologie a augmenté de 35 % depuis 2005-2006 (figure 9.3.3). Toutefois, la capacité à réaliser les procédures à l'intérieur des délais prescrits est un peu en deça des cibles ministérielles, tant pour les procédures de catégorie A que B (78 % vs 100%; 54% vs 75%; figure 9.3.4). Ces résultats sont par ailleurs similaires à ceux de la province (76% et 51%).

La situation diffère cependant pour l'hémodynamie et la chirurgie cardiaque où le nombre de procédures a diminué de 12% (figures 9.3.1 et 9.3.2). Les délais d'accès sont respectés sauf pour les chirurgies cardiaques de catégorie B (figure 9.3.4). Dans l'ensemble, les résultats de Montréal sont relativement similaires à ceux de la province, à l'exception encore une fois de la chirurgie cardiaque de catégorie B (74% Montréal vs 81% pour la province).

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

Afin de compléter l'analyse sur la capacité des centres montréalais à répondre à la demande, mentionnons que le nombre de patients en attente en date du 31 mars 2009 était de 400 en électrophysiologie, 314 en hémodynamie et 312 en chirurgie cardiaque. Les délais d'attente étaient hors norme en électrophysiologie et en chirurgie cardiaque (tableau 9.3).

En résumé, la demande pour les procédures en électrophysiologie a augmenté de manière significative, ce qui explique quelques difficultés à rencontrer les délais d'accès prescrits par le Ministère. Le nombre de procédures réalisées en hémodynamie a diminué, ce qui fait que les centres respectent mieux les délais prescrits. Le nombre de chirurgies cardiaques a aussi diminué mais les centres éprouvent certaines difficultés à opérer dans les délais.

Perspectives 2010-2015

Chirurgie

Afin d'améliorer l'accessibilité aux services de chirurgie à l'intérieur des délais prescrits par le ministère, quatre actions très concrètes pourraient être menées au cours des prochaines années :

- Rendre optimale sur une base locale l'utilisation des blocs opératoires;
- faciliter les ententes interétablissements permettant aux chirurgiens d'utiliser les plateaux techniques des centres hospitaliers ayant une certaine disponibilité pour ainsi diminuer leur liste d'attente;
- revoir les processus de gestion des listes d'attente dans les centres hospitaliers éprouvant certaines difficultés quant au respect des délais d'accès;
- consolider et élargir la pratique voulant que l'on puisse offrir une 2e offre de services aux patients.

Cardiologie tertiaire

En ce qui a trait à l'hémodynamie et à la chirurgie cardiaque, il y a lieu :

- de poser un diagnostic sur la situation relative à la diminution des procédures réalisées afin de mettre en place les mesures permettant d'apporter les corrections qui s'imposent
- de mettre en place les mesures requises visant à ajuster le niveau de production en fonction des besoins exprimés.

Pour ce qui est de l'électrophysiologie, où la croissance importante de la demande semble être à l'origine des faibles taux du respect des délais prescrits, il y aurait lieu au cours des prochains mois de voir comment pourrait être réorganisés les services dans la région afin d'en augmenter l'efficacité.

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

Accès aux services spécialisés : chirurgie

Mesures structurantes

- Budget de développement
- Budget pour la production chirurgicale additionnelle
- Nb d'établissements ayant mis en place un mécanisme d'accès centralisé à la chirurgie

2004-2008	Résultat au 31 mars		Cible 2010
	2009	2010	
		0 \$	
40 M\$			
	15	15	15

Résultats - volumes

Figure 9.2.1 Nombre d'arthroplasties de la hanche / genou réalisées (1.9.11-1.9.12)

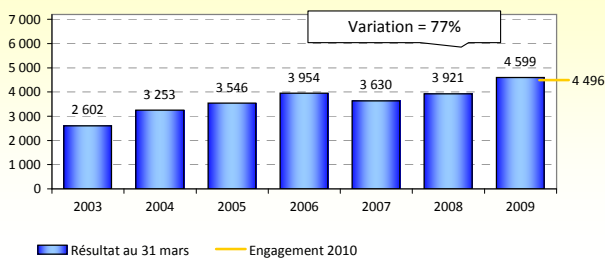


Figure 9.2.2 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes) (1.9.14)

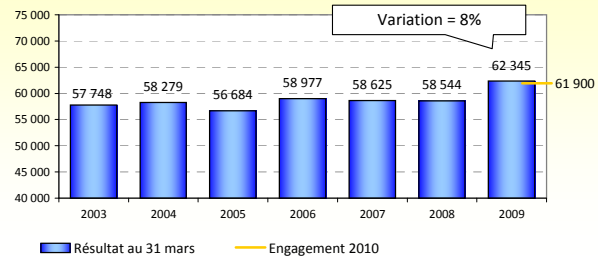


Figure 9.2.3 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées (1.9.13)

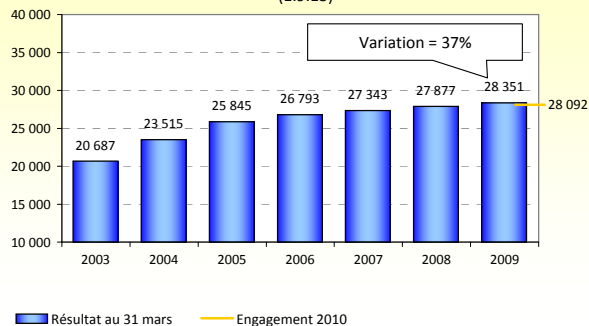


Figure 9.2.4 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH, PTG cardiaques) (1.9.15)

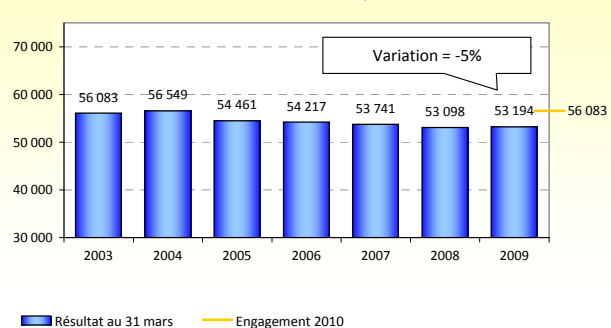
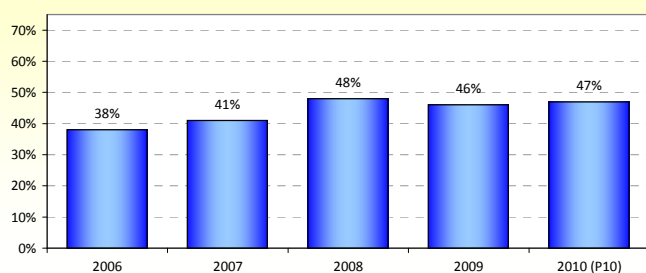


Tableau 9.2 : Délais d'accès

Indicateur		Engagement 2010	Cible 2010	Résultats au 31 mars			
Proportion (%) des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour...				2008	2009	2010 (P8)	Province 2009
1.9.20	...une arthroplastie totale de la hanche (6 mois)	90,0%	90,0%	84,7%	90,4%	87,0%	91,0%
1.9.21	...une arthroplastie totale du genou (6 mois)	90,0%	90,0%	81,7%	82,9%	83,0%	87,0%
1.9.22.	...une chirurgie de la cataracte (6 mois)	90,0%	90,0%	97,3%	98,3%	97,0%	95,0%
1.9 K	...une chirurgie d'un jour (12 mois)				95,2%		91,0%
1.9 L	...une chirurgie avec hospitalisation (12 mois)				98,3%		94,0%

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

Figure 9.2.5 Proportion (%) des patients - clientèle PTH-PTG - ayant reçu des services à domicile par le CLSC sans passer par un CHR



Accès aux services spécialisés : cardiologie tertiaire

Résultats - production

Figure 9.3.1 Nombre de procédures réalisées en hémodynamie

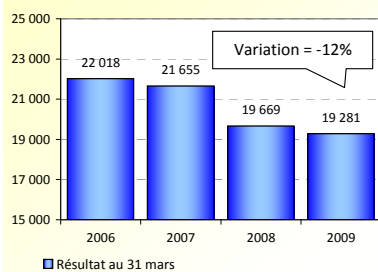


Figure 9.3.2 Nombre de procédures réalisées en chirurgie cardiaque

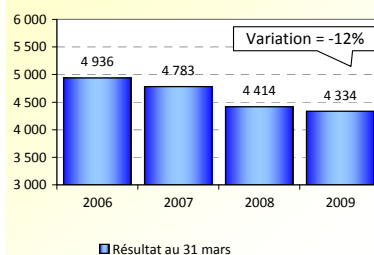
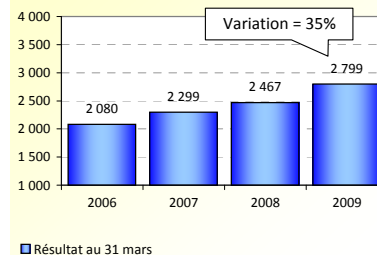


Figure 9.3.3 Nombre de procédures réalisées en électrophysiologie



Résultats - délais d'accès

Figure 9.3.4 Proportion (%) des procédures réalisées à l'intérieur des délais établis en...

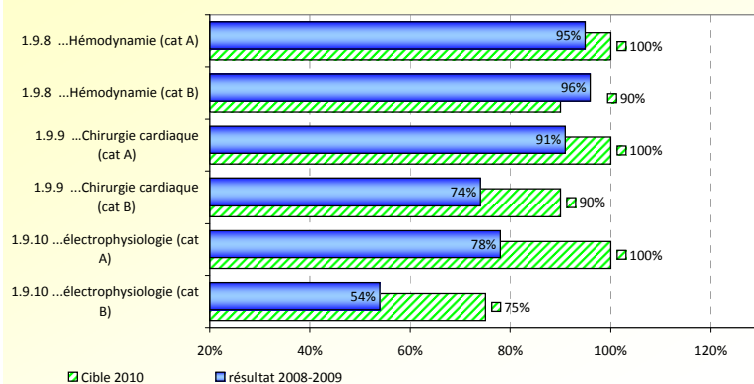


Tableau 9.3 : Proportion (%) des procédures en attente hors délais

Services	Cible régionale Catégorie A	Catégorie A	Cible régionale Catégorie B	Catégorie B
Chirurgie cardiaque	0%	12%	<10 %	24%
Hémodynamie	0%	8%	<10 %	9%
Électrophysiologie	0%	33%	<25 %	53%

Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer

Bilan 2006-2010

Lutte contre le cancer

Les indicateurs de résultats suivis dans ce programme concernent :

- le taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS) chez les femmes de 50 à 69 ans;
- le pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais prescrits en radio-oncologie;
- le nombre d'usagers recevant des soins palliatifs à domicile.

Les résultats permettent les constats suivants :

Les efforts doivent être poursuivis pour augmenter le taux moyen de participation au PQDCS qui a atteint 42% en 2008-2009 (figure 9.4.1). Ce résultat représente une amélioration par rapport aux résultats de 2004-2005 (36%), mais demeure néanmoins inférieur aux résultats provinciaux (53% en 2007) et à la cible nationale de 70 %.

Les efforts consentis à la mise en place des orientations prioritaires 2007-2010 du Programme québécois de lutte contre le cancer semblent avoir porté fruit.

Alors qu'on comptait 21,6 postes d'infirmières pivot en oncologie (IPO) en 2004-2005, on recense actuellement 54,5 postes sur l'Île de Montréal. L'accès aux IPO demeure cependant une préoccupation car, malgré les investissements effectués jusqu'à maintenant, seuls 43 % des usagers atteints de cancer peuvent bénéficier des services d'une IPO dans la région.

De plus, la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer a progressé de manière significative comme l'indiquent :

- le nombre d'équipes ayant obtenu des désignations de niveau local, régional ou suprarégional;
- la consolidation des équipes interdisciplinaires.

Avec une moyenne annuelle de 94,3 % des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en 2007-2008 et de 92,5 % en 2008-2009, la région de Montréal dépasse la cible ministérielle de 90 % (figure 9.4.2). Malgré ces bons résultats, l'augmentation constante des volumes de demandes de services combinée à la pénurie de technologues en radio-oncologie exerce une pression importante sur l'accès aux services qui entraîne des fluctuations du niveau de l'atteinte de la cible en cours d'année, tout particulièrement pendant les périodes du temps des fêtes et de l'été.

Le parc d'équipements de radio-oncologie est passé de 26 appareils en 2006 à 30 en 2009. Un appareil a été ajouté au parc d'équipements du CHUM en 2006 et trois à HMR. Environ une dizaine d'appareils ont également été renouvelés entre 2006 et 2009 dans la région.

Par rapport aux cibles fixées aux ententes de gestion, le nombre d'interventions à domicile en soins palliatifs est respecté. (figure 9.4.4). La cible relative au nombre d'usagers rejoints est aussi atteinte lorsque nous comptabilisons les usagers desservis par l'Association d'Entraide Ville-Marie. La figure 9.4.3 ne calcule que les usagers inscrits aux CSSS. Ce résultat est donc sous-estimé quant au nombre total d'usagers rejoints.

Perspectives 2010-2015

Lutte contre le cancer

Au cours de la dernière année, les quatre centres de radio-oncologie de Montréal se sont réunis pour proposer un projet commun de réorganisation du travail. Ceux-ci ont convenu de faire appel à une firme externe pour effectuer l'analyse et la révision des processus de travail.

De manière plus générale, le défi des prochaines années consiste à compléter la réalisation des mesures prévues au PQLC 2007-2012 en ce qui a trait à la mise en place et la consolidation des réseaux de services intégrés. Cet objectif correspond aux orientations et enjeux concernant l'accessibilité, l'intégration et la hiérarchisation des services.

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE

Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer

Mesures structurantes

	Résultat 2009	Cible 2010
- Budget de développement :	0 \$	
- Nombre d'équipes locales ou régionales	8	
- Nombre d'équipes suprarégionales	46	
- Nombre de postes d'infirmière pivot en oncologie (IPO)	54	à déterminer
- Unité de soins palliatifs et services ambulatoires en CHSGS	8	8
- Nombre de maisons de soins palliatifs agréées	2	2
- Développement d'ententes de service avec les maisons de soins palliatifs	1	1
- Accessibilité aux soins de base 24/7		

Résultats

Figure 9.4.1 Taux de participation au PQDCS chez les femmes de 50 à 69 ans (calculé sur 24 mois, de janvier à décembre)*

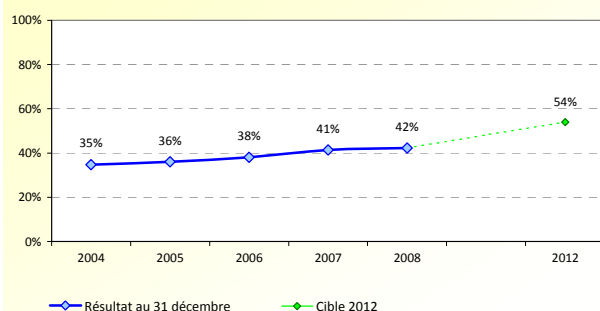


Figure 9.4.2 Proportion (%) des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours de calendrier...

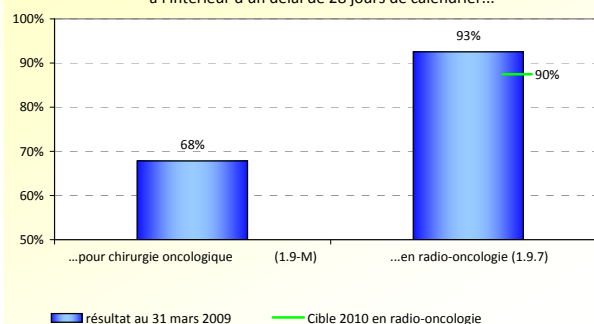


Figure 9.4.3 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile (1.9.5)

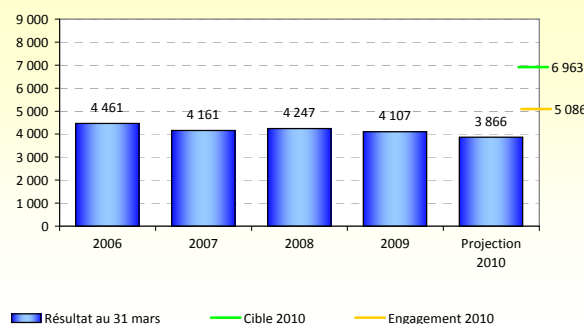
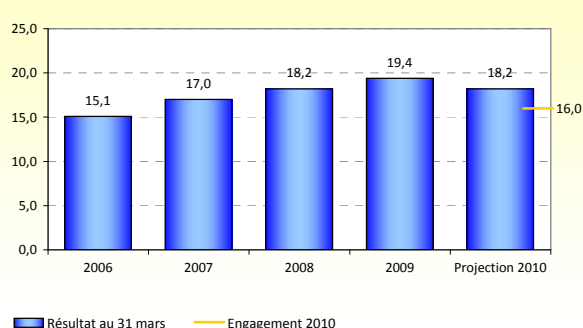


Figure 9.4.4 Nombre moyen d'interventions par usager (1.9.6)



* Source : DSP Montréal

Contexte financier

Budget de développement 2005-2006 / 2009-2010 :

100 000 \$ *excluant les budget de désengorgement des urgences

Évolution du contour financier du programme

	2005-2006	2009-2010
Dépense de référence	1 729 998 137 \$	2 174 368 612 \$

ENJEU : RESSOURCES FINANCIÈRES

ENJEU : RESSOURCES FINANCIÈRES

Objectifs spécifiques

- Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire.
- Réallouer des ressources vers les priorités stratégiques régionales.
- Contribuer à la réduction des écarts de financement entre les régions basée sur l'approche populationnelle.

BILAN 2006-2010

Le redressement des bases budgétaires effectué en 2005-2006 a permis d'établir la cible déficitaire régionale à 55,8M\$. Depuis, un suivi rigoureux des résultats périodiques, des rencontres avec les établissements plus vulnérables et, dans certains cas, un support financier et des mandats d'accompagnement ont permis à la région de respecter la cible déficitaire de 55,8 M\$ applicables aux établissements publics, à l'exception de 2008-2009 où le déficit régional réel a dépassé de 4,2 M\$ le déficit autorisé. Toutefois, ce dépassement est dû à des redressements et à des modifications aux résultats en lien avec l'harmonisation des conventions comptables et l'exercice de consolidation consécutifs aux recommandations du Vérificateur général du Québec. Sans cela, les établissements publics auraient affiché un déficit régional de l'ordre de 53,9 M\$, en respect de la cible budgétaire.

L'Agence s'était donné comme deuxième objectif de réallouer les ressources en fonction des priorités stratégiques et différentes mesures ont été prises à cet effet:

- 7,6 M\$ ont été réalloués en 2007-2008 entre les CHR et les CSSS pour une meilleure gestion des lits de soins posthospitaliers (programme santé physique);
- 23,6 M\$ issus de la fermeture de lits en CHSLD et USLD ont été redirigés vers des ressources d'hébergement non institutionnelles;
- en santé mentale, 10,6 M\$ ont été transférés de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne.

De plus, les budgets de développement accordés à la région ont été alloués aux priorités ministérielles et régionales.

Enfin, le réseau a contribué à la réduction des écarts de financement entre les régions en réallouant plus de 80 M\$ aux régions périphériques de Montréal au cours des six dernières années. Par ailleurs, au cours de la même période, les travaux de divers comités (Agence-MSSS-établissements) ont entraîné le raffinement de la méthodologie utilisée pour calculer les écarts de financement entre les régions. Ces phénomènes font en sorte que l'écart à la dépense attendue pour la région de Montréal est passé de 4,5% à 3,7% entre les années 2005-2006 et 2009-2010, une diminution de près de 1%.

PERSPECTIVES 2010-2015

La planification stratégique 2010-2015 s'inscrit dans un contexte financier de surfinancement et de perspectives plutôt sombres en matière de budget de développement. En conséquence, le réseau montréalais risque fort de devoir miser sur des stratégies de réallocation ou d'optimisation pour répondre à la demande de services.

Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire dans les établissements publics

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Total de la dépense autorisée	4 951 563 221 \$	5 155 364 818 \$	5 498 781 649 \$	5 746 774 058 \$	5 990 600 080 \$
- Crédits budgétaires	4 528 111 601 \$	4 705 408 279 \$	5 037 547 484 \$	5 268 268 745 \$	5 518 914 233 \$
- Revenus	367 680 817 \$	394 185 736 \$	405 463 362 \$	404 647 016 \$	415 915 044 \$
- Déficit autorisé	55 770 803 \$	55 770 803 \$	55 770 803 \$	55 770 803 \$	55 770 803 \$
- Déficit annuel des établissements publics	55 786 253 \$	55 537 750 \$	52 558 936 \$	59 944 218 \$	nd
- Écart au déficit autorisée	(15 450) \$	233 053 \$	3 211 867 \$	(4 173 415) \$	nd

ENJEU : RESSOURCES FINANCIÈRES

Réallouer des ressources vers les priorités stratégiques régionales

Budget de réallocation 2005-2006 / 2009-2010

Programme-Services	Budget de réallocation dédiée aux priorités régionales*
PPALV	23 556 934 \$
Santé mentale	10 561 938 \$
Services posthospitaliers de réadaptation (Santé physique)	7 612 320 \$

* Réallocation à l'intérieur du programme-services

Base annualisée 2009-2010 pour les CR-GMF et CRI

Cliniques-réseau	6 965 070 \$
Clinique-réseau intégrée	617 322 \$
GMF*	4 045 498 \$

* Budget d'accréditation des 23 GMF de 2008-2009

Budget de développement alloué aux priorités ministérielles ou régionales

Programme-Services	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Total 2006-2010
Santé publique	675 000 \$	1 175 000 \$	- \$	150 000 \$	- \$	2 000 000 \$
Services généraux	1 219 301 \$	1 100 000 \$	3 572 595 \$	1 102 260 \$	- \$	6 994 156 \$
PPALV	3 155 156 \$	4 026 525 \$	9 845 574 \$	4 686 901 \$	- \$	21 530 231 \$
Déficiences physique	788 789 \$	1 170 287 \$	2 598 140 \$	2 038 523 \$	4 486 029 \$	11 081 768 \$
Déficiences intell et TED	788 789 \$	456 583 \$	2 485 682 \$	1 858 000 \$	2 731 282 \$	8 320 336 \$
Jeunes en difficulté	788 789 \$	270 000 \$	3 307 609 \$	3 447 838 \$	863 167 \$	8 677 403 \$
Dépendances	788 789 \$	308 193 \$	265 000 \$	863 039 \$	366 891 \$	2 591 912 \$
Santé mentale	3 155 156 \$	1 250 000 \$	2 246 552 \$	2 517 693 \$	- \$	9 169 401 \$
Santé physique	- \$	- \$	100 000 \$	- \$	- \$	100 000 \$
Administration et soutien aux services						- \$
Gestion bâtiments	712 455 \$	651 571 \$	- \$	1 228 729 \$	543 239 \$	3 135 994 \$
Non réparti						183 925 \$
Total:	12 072 224 \$	10 408 159 \$	24 421 152 \$	17 892 983 \$	8 990 608 \$	73 785 126 \$

Montants investis pour le désengorgement des urgences

2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
32 M\$	40 M\$	57 M\$	70 M\$	69 M\$

ENJEU : RESSOURCES FINANCIÈRES

Contribuer à la réduction des écarts de financement entre les régions

Réallocation en provenance de la région de Montréal vers les régions périphériques

2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Total 2005-2010
21,2 M\$	10,1 M\$	9,3 M\$	20,1 M\$	17,5 M\$	5,9 M\$	84,2 M\$

Comparaison de la dépense de référence et de la dépense attendue

Programme-Services	Dépense attendue 2005-2006	Dépense de référence 2005-2006	Dépense attendue 2009-2010	Dépense de référence 2009-2010
Santé publique	47 140 863 \$	47 126 599 \$	69 078 206 \$	86 279 648 \$
Services généraux	109 686 522 \$	118 375 199 \$	139 780 026 \$	140 837 096 \$
PPALV	675 011 666 \$	695 552 213 \$	758 879 897 \$	804 016 177 \$
Déficience physique	97 941 974 \$	106 356 639 \$	131 292 663 \$	135 506 492 \$
DI-TED	162 955 268 \$	168 420 716 \$	192 554 356 \$	202 197 398 \$
Jeunes	208 149 967 \$	233 227 274 \$	251 429 352 \$	276 222 812 \$
Dépendance	20 105 724 \$	19 520 232 \$	27 548 184 \$	30 310 202 \$
Santé mentale	290 469 272 \$	329 416 326 \$	349 221 098 \$	399 320 840 \$
Santé physique	1 681 781 777 \$	1 729 998 137 \$	2 152 945 130 \$	2 174 368 612 \$
Soutien administratif	773 453 501 \$	811 798 882 \$	958 536 379 \$	983 837 949 \$
Gestion bâtiments	470 394 036 \$	483 180 695 \$	549 359 501 \$	553 718 530 \$
Total	4 537 090 570 \$	4 742 972 912 \$	5 580 624 792 \$	5 786 615 756 \$

Programme-Services	Écart entre dépense attendue et dépense de référence 2005-2006 (surfinancement)		Écart entre dépense attendue et dépense de référence 2005-2006 (surfinancement)		Écart entre dépense attendue et dépense de référence : variation 2006-2010
Santé publique	14 264 \$	0,0%	(17 201 442) \$	-24,9%	-24,9%
Services généraux	(8 688 677) \$	-7,9%	(1 057 070) \$	-0,8%	7,1%
PPALV	(20 540 547) \$	-3,0%	(45 136 280) \$	-5,9%	-2,9%
Déficience physique	(8 414 665) \$	-8,6%	(4 213 829) \$	-3,2%	5,4%
DI-TED	(5 465 448) \$	-3,4%	(9 643 042) \$	-5,0%	-1,7%
Jeunes	(25 077 307) \$	-12,0%	(24 793 460) \$	-9,9%	2,2%
Dépendance	585 492 \$	2,9%	(2 762 018) \$	-10,0%	-12,9%
Santé mentale	(38 947 054) \$	-13,4%	(50 099 742) \$	-14,3%	-0,9%
Santé physique	(48 216 360) \$	-2,9%	(21 423 482) \$	-1,0%	1,9%
Soutien administratif	(38 345 381) \$	-5,0%	(25 301 570) \$	-2,6%	2,3%
Gestion bâtiments	(12 786 659) \$	-2,7%	(4 359 029) \$	-0,8%	1,9%
Total	(205 882 343) \$	-4,5%	(205 990 964) \$	-3,7%	0,8%

ENJEU : RESSOURCES HUMAINES

ENJEU : RESSOURCES HUMAINES

Objectifs spécifiques

- Assurer une disponibilité adéquate de la main d'œuvre: améliorer la présence au travail.
- Planifier et coordonner les réallocations de ressources en fonction des priorités stratégiques: santé mentale, personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, services posthospitaliers, services généraux.
- Soutenir l'adaptation et le développement du personnel impliqué dans les changements reliés aux priorités stratégiques.

Disponibilité de la main-d'oeuvre et présence au travail

BILAN 2006-2010

Le début des années 2000 a été marqué par des difficultés de recrutement pour certaines catégories d'emploi, difficultés occasionnant une moins grande stabilité des équipes de soins, à laquelle on associe généralement un risque plus élevé d'incidents/accidents, une perte potentielle de productivité et une pression à la hausse sur les coûts.

On considère généralement que ces difficultés de recrutement originent du nombre important de postes à combler suite aux départs à la retraite, aux congés parentaux, à la possibilité pour les finissants de travailler pour d'autres secteurs d'activités tels que le réseau scolaire, de même qu'à l'option de contrôler certaines conditions de travail en travaillant à son propre compte ou pour une agence. Pour faire face à cette situation, le ministère et les Agences du Québec ont notamment mis en branle un processus de gestion prévisionnelle de la main d'oeuvre. L'Agence a de plus mis en place un plan d'action sur la disponibilité de la main-d'oeuvre à Montréal. Ce plan d'action couvre trois axes soit, l'attraction, la rétention et l'organisation du travail visant notamment à :

- attirer un plus grand nombre de personnes aux métiers et professions de la santé et des services sociaux;
- retenir les cadres et les employés compétents et mobilisés dans un milieu de travail sain;
- optimiser la contribution de chaque groupe d'employés à la réalisation de processus de travail efficient.

Afin d'évaluer l'impact des mesures identifiées au plan d'action régional sur la disponibilité de main-d'œuvre et de tracer l'évolution de la situation de main-d'œuvre, l'Agence s'est dotée d'un tableau de bord. À l'aide des indicateurs développés, cet outil permet un suivi de l'impact des mesures structurantes mises en place, un suivi de l'état d'avancement des réalisations du plan d'action et un suivi de certaines cibles prévues aux ententes de gestion.

Les trois indicateurs retenus aux ententes de gestion pour signaler le degré de stabilité et de disponibilité de la main-d'œuvre sont :

- la proportion des heures travaillées allouée à l'assurance salaire;
- la proportion des heures travaillées en soins infirmiers réalisée par de la main-d'œuvre indépendante (MOI);
- la proportion des heures travaillées en soins infirmiers réalisée par les employés réguliers mais en temps supplémentaire.

Les résultats montrent qu'un indicateur évolue dans le sens souhaité (assurance salaire) alors que les deux autres vont dans le sens contraire (MOI, temps supplémentaire).

Le taux d'heures en assurance salaire demeure stable et respecte la cible établie de 5,2% en 2008-2009. On observe cependant des différences importantes entre les catégories d'établissements. Ces différences s'expliquent notamment par le profil socio-démographique et la composition de la main-d'oeuvre, selon les catégories et tailles des établissements.

Le recours à la main-d'œuvre indépendante chez le personnel infirmier a augmenté, passant de 6 à 7% entre les deux dernières années. Ce taux régional cache des différences marquées entre établissements et catégories d'établissements, notamment que la plupart des CHSGS ont des taux de MOI se rapprochant de la moyenne régionale alors que les CSSS et les CHSLD ont des taux beaucoup plus élevés. Mentionnons également que seuls 37% des établissements ont respecté leurs engagements 2008-2009, un signe de difficultés.

ENJEU : RESSOURCES HUMAINES

Le recours au temps supplémentaire a légèrement augmenté entre 2007-2008 et 2008-2009, il est maintenant de 6% . Ce taux régional cache par contre des variations importantes entre les établissements puisque seulement 51% des établissements ont respecté leurs engagements à cet égard en 2008-2009.

En résumé, le fait que trois des quatre indicateurs de stabilité de la main-d'oeuvre présentent des résultats contraires à l'objectif visé jumelé au faible pourcentage d'établissements respectant leurs engagements indiquent que la stabilité du personnel continue de se détériorer et qu'il faudra être attentif à un éventuel effet additif de ces phénomènes sur la productivité et l'efficience dans l'administration des soins. À noter cependant que les cibles des indicateurs de temps supplémentaire et MOI, établies pour les établissements, sont fonction d'un comparatif basé sur la moyenne nationale de la catégorie d'établissements à laquelle appartient chacun d'entre eux. Compte tenu de la situation de pénurie particulière vécue à Montréal et dans ses environs, cette base de calcul défavorise grandement la région. À noter également que ces indicateurs sont évalués exclusivement pour le personnel infirmier et ne visent donc pas l'ensemble des établissements de la région.

En ce qui a trait à l'organisation du travail, troisième axe du plan d'action, mentionnons que différents projets pilotes visant à optimiser les processus de travail sont en cours ou ont été soumis au ministère pour financement dans le cadre de programmes existants. À titre illustratif, la figure 3.5 présente l'évolution du ratio des heures travaillées par le personnel infirmier en CHSGS par rapport aux heures travaillées par les infirmières auxiliaires. L'indicateur évolue dans le sens voulu, passant de 12,2 heures en 2005-2006 à 9,7 heures en 2007-2008. Nous observons donc une hausse de la part des heures travaillées par les infirmières auxiliaires, ce qui suggère une moindre charge de travail pour le personnel infirmier, catégorie d'emploi en pénurie.

PERSPECTIVES 2010-2015

Les établissements de la région déposeront dès avril 2010 leur plan d'action local sur la disponibilité de la main d'oeuvre. On prévoit que cet exercice entraînera des opérations d'arrimage de même que des ajustements au plan d'action régional.

La mise en branle de l'axe organisation du travail et la mesure de ses effets risque quant à elle d'exiger des travaux évaluatifs de même qu'un soutien aux établissements. D'ailleurs, comme le laissent voir les résultats du bilan, le suivi des taux au niveau régional ne reflète pas toujours la réalité. Des analyses plus poussées, par établissement, par titre d'emploi ou encore par centre d'activité permettraient d'avoir un meilleur regard sur l'évolution de la situation et de mieux cerner les problématiques ainsi que les mesures à apporter pour les corriger.

ENJEU : RESSOURCES HUMAINES

Disponibilité de la main-d'oeuvre et présence au travail

Mesures structurantes

- Budget de développement :		0 \$
- Production par les établissements d'un plan prévisionnel des effectifs (PPE) pour les titres d'emplois les plus vulnérables :		●
- Atteinte des cibles / livrables		
Attraction	- Accroître le bassin de main-d'œuvre :	●
	- Accroître la disponibilité d'une main-d'œuvre compétente :	●
	- Optimiser la capacité d'accueil de stagiaires dans les établissements montréalais afin de s'assurer d'une relève compétente :	●
	- Optimiser le recrutement et l'intégration professionnelle des immigrants dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux :	●
Rétention	- Favoriser la santé et la sécurité au travail et soutenir les activités de promotion de la santé pour le personnel :	●
	- Améliorer le taux de rétention des employés relevant de ces cadres et œuvrant dans les établissements du réseau montréalais :	●
	- Améliorer le taux de rétention des jeunes infirmières et infirmières auxiliaires de moins de 3 années d'expérience qui travaillent de soir et de nuit :	●
Organisation du travail	- Privilégier l'utilisation d'autres ressources pour utiliser les infirmières à leur plein potentiel :	●
	- Bonification du rôle :	●
	- Introduction d'infirmières praticiennes de première ligne :	●
	- Améliorer l'atteinte des cibles ministérielles en radio-oncologie :	●

Légende : ● Réalisée, en totalité ou en voie de l'être
 ● En cours de réalisation
 ● Pas encore débutée

ENJEU : RESSOURCES HUMAINES

Disponibilité de la main-d'oeuvre et présence au travail

Résultats

Figure 3.1 Évolution du taux régional de main-d'oeuvre indépendante et du taux et des heures travaillées en temps supplémentaire

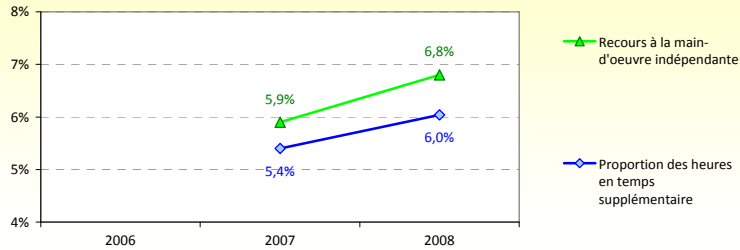


Figure 3.2 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées (3.1)

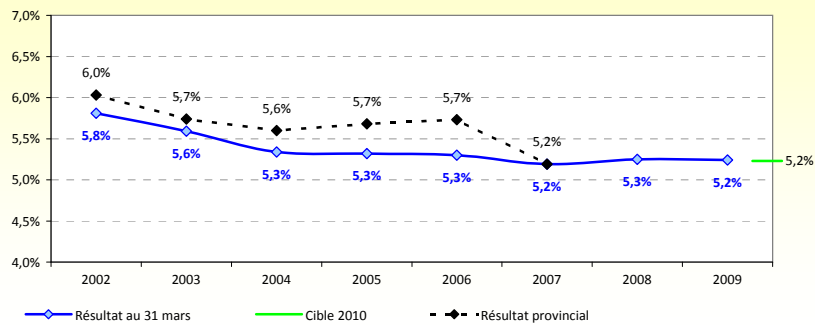


Figure 3.3 Heures travaillées en temps supplémentaire par le personnel infirmier : proportion (%) des établissements ayant atteint leur engagement (3.2)

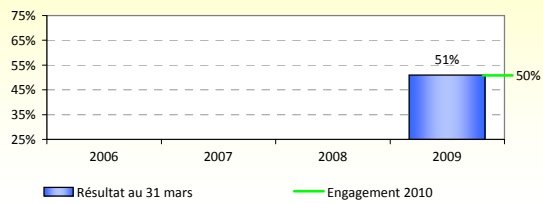
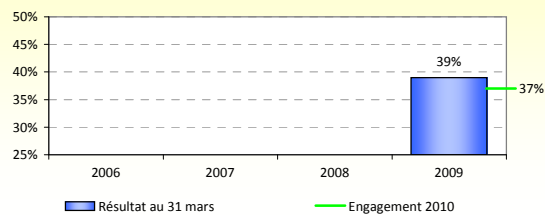
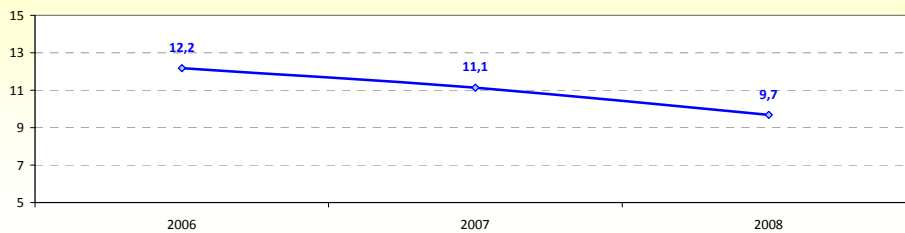


Figure 3.4 Heures travaillées par la main-d'oeuvre indépendante chez le personnel infirmier : proportion (%) des établissements ayant atteint leur engagement (3.3)



Les indicateurs 3.2 et 3.3 sont suivis depuis 2008-2009

Figure 3.5 Évolution du ratio des heures travaillées par le personnel infirmier / les heures travaillées par les infirmières auxiliaires, en CHSGS



ENJEU : RESSOURCES HUMAINES

Réallocation des ressources et soutien au personnel impliqué

BILAN 2006-2010

Le développement du programme de première ligne en santé mentale et le transfert de ressources associées se poursuit. Des réserves ont toutefois été récemment exprimées par certains centres hospitaliers, ce qui risque de modifier l'échéancier de transfert et d'exiger un ajustement aux échéanciers du plan d'action. Cela dit, certains établissements ont prévu un transfert budgétaire plutôt qu'un transfert de postes. Le cas échéant, les établissements devant recevoir lesdites ressources procéderont à un affichage des postes à combler.

On prévoit peu d'impact sur les ressources humaines dans le cadre du projet de fermeture des USLD en centre hospitalier.

PERSPECTIVES 2010-2015

- Offrir le soutien nécessaire pour finaliser le transfert des ressources en santé mentale;
- poursuivre la fermeture des USLD dans les hôpitaux généraux;
- poursuivre l'accompagnement des établissements visés par une fermeture.

Mesures		Cible 2010	Résultats au 31 mars....		
			2008	2009	2010
Santé mentale	Transfert des ressources humaines des hôpitaux vers les CSSS	49,2 ETC	s/o	13,8 ETC	Majorité*
	32 intervenants (formateurs) des 12 CSSS ont participé à la formation, comportant jusqu'à 8 modules, visant le développement des compétences des intervenants de 1 ^{re} ligne en santé mentale				
PALV	Fermeture de 2 USLD au CHUM et d'une USLD au CH St-Mary		Aucune mise à pied au CHUM et inscription de deux infirmières auxiliaires sécuritaires d'emploi au CH St-Mary's		
	Fermeture du CH Jacques-Viger du CSSS Jeanne-Mance		En développement de scénarios visant à limiter les impacts sur la main-d'œuvre		
	Processus de fermeture des USLD de l'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis et du CSSS du Sud-Ouest Verdun		Aucune mise à pied anticipée		
	Soutenir l'adaptation et le développement du personnel impliqué dans les changements reliés aux priorités stratégiques :				
	- Fermeture du CHSLD Gilman prévue et du centre d'hébergement Champlain-Villeray		Inscriptions de plusieurs salariés avec sécurité d'emploi à prévoir		
	- Diffusion du programme de formation « Agir auprès de la personne âgée »		83 CHSLD publics et privés-conventionnés		
Post-Hospitalier	- Personnes formées (en CHSLD) comme formateurs dans le cadre de la formation « Agir auprès de la personne âgée »				762
	Formations concernant l'oxygénothérapie / trachéotomie active, traitement des plaies/drains, thérapie intraveineuse et VAC thérapie ont été offertes aux établissements receveurs de cette nouvelle clientèle				

* Plusieurs hôpitaux et CSSS partenaires ont négocié une réallocation budgétaire au lieu d'un transfert de personnel et les établissements ont procédé à l'affichage des postes

ENJEU : MÉDECINS ET PHARMACIENS

ENJEU : MÉDECINS ET PHARMACIENS

Objectifs spécifiques

- Respect du Plan régional des effectifs médicaux.
- Assurer un partenariat avec le leadership médical et pharmaceutique.
- Implanter les projets prioritaires.

BILAN 2006-2010

Planification régionale des effectifs médicaux

À chaque année, avec la collaboration du DRMG et de la Table des chefs de médecine spécialisée, l'Agence doit produire une planification régionale des effectifs médicaux (PREM) en médecine omnipratique et spécialisée. Les figures 12.1 et 12.2 présentent l'évolution des résultats pour les deux planifications.

En omnipratique, le nombre total de postes disponibles pour la région de Montréal varie entre 80 et 90 depuis les 5 dernières années (données non présentées). Cependant, ce grand total est divisé en deux groupes : un premier pour les nouveaux facturants et un second pour les médecins provenant de l'extérieur de Montréal. Les résultats observés dans la figure 12.1 indiquent que pour les nouveaux facturants, 100% des postes rendus disponibles ont été comblés, et ce à chaque année. Pour ce qui est des médecins provenant de l'extérieur de Montréal, les résultats présentent davantage de variance, avec des taux d'environ 90 %, mis à part un creux de vague en 2006-2007 où on observe un taux de 66%.

En médecine spécialisée, les taux de satisfaction des PREM sont présentés à la figure 12.2, mais sans égard pour le type de spécialité. La psychiatrie a été retirée des analyses car aucun nouveau poste ne peut être accordé. Les résultats montrent une baisse légère mais graduelle depuis 2005, le taux étant passé de 97% à 95%. Il est cependant délicat d'interpréter cette baisse : le respect des PREM étant sujet à plusieurs facteurs, dont l'attraction des médecins, mais aussi grandement tributaire du choix de spécialités des étudiants en médecine.

Partenariat - Département régional de médecine générale (DRMG)

Un département régional de médecine générale est obligatoirement formé dans chacune des agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le Département régional de médecine générale est constitué de plusieurs sous-comités, dont le principal, le Comité de direction du Département régional de médecine générale de Montréal (COMDIR), se rencontre à raison d'une fois au six semaines environ.

Depuis 2005-2006 le DRMG a mis en place les 12 tables locales du DRMG et veillé à leur consolidation. À chaque année, le DRMG participe à l'élaboration d'un plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique. Il a aussi collaboré à plusieurs projets en lien avec les services de première ligne, notamment :

- à l'implantation des GMF et CR et aux orientations de développement des CRI;
- au développement du plan d'action sur la transformation des services de 1^{re} ligne en santé mentale;
- aux travaux entourant l'implantation des guichets d'accès pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille ainsi qu'à la mise en place des coordonnateurs médicaux locaux de première ligne.

Le DRMG a aussi travaillé de concert avec la Direction de santé publique sur différents dossiers, dont :

- l'implantation des pratiques cliniques préventives (PCP) et des centres d'éducation à la santé (CES);
- la prise en charge des maladies chroniques;
- le plan montréalais de lutte contre l'Influenza.

Enfin, le DRMG a complété le renouvellement des activités médicales particulières (AMP) pour les 1100 contrats qui étaient échus en 2006-2007. De nouveaux contrats ont également été attribués.

ENJEU : MÉDECINS ET PHARMACIENS

Partenariat - Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

La table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a vu le jour en 2006 et s'est donné un comité de direction pour piloter les travaux et les rencontres de la Table, laquelle se rencontre à raison d'une fois par mois environ. Son rôle est de permettre à l'Agence de prendre les meilleures décisions quant à l'organisation des soins sur le territoire de Montréal, pour le bien-être de la population. La Table doit aussi pouvoir trouver des solutions adaptées à la réalité des médecins sur le terrain et permettre de discuter des enjeux organisationnels de la région.

Depuis son implantation, la Table participe annuellement à l'élaboration des PREM en médecine spécialisée. Au cours de la première année, la Table a créé un groupe de travail sur la situation dans les unités de soins intensifs, lequel a émis plusieurs recommandations à l'Agence. La table a également mis sur place deux autres comités qui traiteront de l'accessibilité aux soins et de la gestion des listes d'attente en chirurgie.

En 2007-2008, la Table a émis ses recommandations pour la désignation des équipes régionales dans le cadre du programme de lutte contre le cancer. Elle a également suivi de près l'élaboration du plan d'action sur les services de première ligne en santé mentale en plus de donner un avis sur l'organisation territoriale des services en biologie médicale. Enfin, la Table s'est aussi impliquée dans d'autres dossiers tels que les ressources requises en obstétrique et la prise en charge de l'anticoagulothérapie orale.

L'année 2008-2009 a été marquée par la création d'un comité réunissant les exécutifs de la table des chefs de départements de médecine spécialisée et du DRMG, le tout dans l'optique de produire une série de recommandations de stratégies pour assurer la complémentarité et optimiser les références entre omnipraticiens et médecins spécialistes.

Partenariat - Comité régional sur les services pharmaceutiques

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, modifiée par le Projet de Loi 83 tel qu'adopté le 25 novembre 2005, prévoit la mise en place, au sein de chaque agence, d'un comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP). La première assemblée s'est tenue en juin 2006.

En 2006-2007, les premiers travaux du comité ont touché les trois dossiers suivants : la distribution territoriale des effectifs pharmaceutiques, le projet des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM), ainsi que la nouvelle politique du médicament.

Par la suite, les travaux sur le SARDM et sur la nouvelle politique du médicament se sont poursuivis. Le comité s'est aussi penché sur la question des ordonnances collectives et sur la coordination des stages et des résidences en pharmacie. Il a également été invité à apporter ses idées sur le développement de modèles pharmaceutiques visant une meilleure intégration des soins et services pharmaceutiques aux programmes montréalais. Ces derniers travaux se sont inscrits dans la réalisation du document *Orientations pour la mise en oeuvre d'un modèle pharmaceutique pour les réseaux locaux de services de Montréal*.

ENJEU : MÉDECINS ET PHARMACIENS

PERSPECTIVES 2010-2015

PREM

L'Agence poursuivra ses efforts pour supporter les établissements dans le recrutement de médecins. Dans cette optique, l'Agence entend simplifier le processus d'identification des besoins en médecine omnipratique et spécialisée, tout en impliquant davantage les établissements.

Partenariats

L'Agence fonde beaucoup d'attentes dans le partenariat avec le DRMG, la TRCDMS et le CRSP. Leur implication à titre de comités consultatifs dans l'organisation des services demeure une valeur ajoutée. La DAMU s'efforcera d'arrimer encore davantage ces trois comités avec les divers projets d'organisation de services de l'Agence. Un objectif prioritaire pour assurer le succès de ce partenariat est la définition d'un plan d'action conjoint entre la DAMU et chaque comité afin de concentrer les efforts vers les objectifs les plus prioritaires.

Figure 12.1 Évolution du pourcentage d'atteinte du Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique

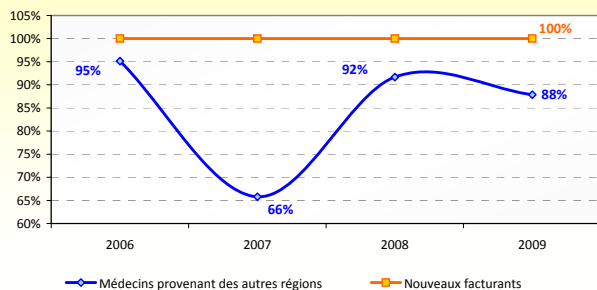
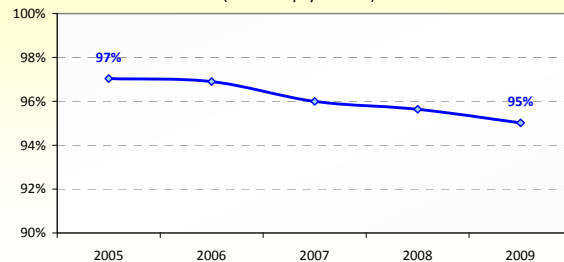


Figure 12.2 Évolution du pourcentage d'atteinte du Plan régional d'effectifs médicaux en médecine spécialisée (excluant psychiatrie)



ENJEU : RESSOURCES INFORMATIONNELLES

ENJEU : RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Objectifs spécifiques

- Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services.
- Optimiser les ressources informationnelles.

BILAN 2006-2010

La priorité 2006-2010 de l'Agence de Montréal concernant les ressources informationnelles visait à optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services. Trois objectifs étaient poursuivis :

- Supporter le développement des réseaux locaux de services :
 - En 2004, le CHUM et le CUSM ont réalisé un appel d'offres pour obtenir un dossier clinique informatisé (DCI) et le produit OACIS a été choisi. Cet appel d'offres incluait la possibilité de rendre disponible le DCI à d'autres établissements. En 2006, suite à un avis juridique favorable, le MSSS a autorisé l'Agence de Montréal à négocier un contrat pour tous les établissements de la région ainsi que son extension à d'autres régions qui le désirent. Un projet d'implantation d'un dossier clinique informatisé pour les CSSS a été déposé et une entente contractuelle signée avec Telus au printemps 2009 prévoit le déploiement du dossier clinique informatisé OACIS dans l'ensemble des établissements de la région, dont les 12 CSSS, d'ici le 13 mars 2013. Un volet numérisation y sera intégré.
 - L'Agence est en attente du MSSS pour le déploiement des outils du RSIPA. Entre temps, le déploiement de l'outil E-SMAF qui concerne l'évaluation du niveau de perte d'autonomie des personnes âgées a été réalisé en 2008.
 - Le projet provincial du Dossier de santé du Québec (DSQ) est à ce jour, dans une phase projet pilote dans la région de Québec. Par contre, ce projet a permis de réaliser le remplacement complet des technologies de film (Imagerie PACS) par des solutions numériques dans les 2 RUIS.
 - Développer les outils d'aide à la décision :
 - En 2005, un premier tableau de bord informatisé pour le suivi du plan d'action de la clientèle PALV a été élaboré et mis en ligne sur le site web de l'Agence. Trois autres programmes ont été déployés, dont les services posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus, la santé mentale et les services de première ligne. Pour ce faire, l'Agence a obtenu les autorisations nécessaires de la CAIQ afin de croiser certaines banques de données pour suivre les trajectoires de services de ces clientèles.
 - Implanter les infrastructures prioritaires :
 - L'Agence a déployé un portail intranet régional auprès des 12 CSSS et un autre portail pour les citoyens est prévu pour le printemps 2010.
 - Concernant la mise en œuvre d'un index patient maître, la solution privilégiée dans les 12 CSSS et les établissements est intégrée dans le déploiement d'OACIS.
 - Le réseau de télécommunications RTSS IIG a été mis en place en janvier 2009 et le démarrage du projet RITM à Montréal a débuté en mai 2009.
 - Le développement d'un répertoire d'intervenants a été intégré dans le projet provincial DSQ via le registre des intervenants et des établissements.
-

ENJEU : RESSOURCES MATÉRIELLES

ENJEU : RESSOURCES MATÉRIELLES

Objectifs spécifiques

- Assurer l'accès à des plateaux techniques et équipements médicaux adéquats en première ligne.
- Optimiser et rénover le parc immobilier en hébergement.
- S'assurer d'un aménagement adéquat de l'hôpital Notre-Dame qui sera intégré dans le CSSS Jeanne-Mance et de la réutilisation des bâtiments qui seront vacants suite à la modernisation des CHU montréalais.
- Maintenir une bonne qualité de l'air intérieur des établissements de santé et de services sociaux.
- S'assurer que les établissements mettent en place un plan de conservation et de fonctionnalités immobilières.

BILAN 2006-2010

Accès à des plateaux techniques en première ligne

La capacité des cliniques médicales de première ligne à desservir adéquatement la population de Montréal dépend en partie de l'accès aux services diagnostiques et tout particulièrement aux laboratoires et aux technologies d'imagerie médicale.

Au cours des cinq dernières années, l'Agence a alloué différentes enveloppes budgétaires pour assurer le remplacement et l'ajout d'équipements d'imagerie médicale, dont entre autres la mise en place du système PACS (Picture Archiving computerised System) qui permet l'accès à distance aux résultats des différents tests d'imagerie médicale de sorte que les médecins en clinique pourront y avoir accès.

Conformément au plan de déploiement de la technologie de tomographie par émission de positrons établi en 2004, le MSSS a autorisé en 2006 la réalisation de deux projets, soit l'un à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'autre au CHU Sainte-Justine. Ces deux établissements ont été choisis en raison de leurs missions spécifiques respectives en radio-oncologie et en oncologie pédiatrique. Dans les deux cas, la mise en service des appareils a été effective au début 2008.

À travers le programme de haute technologie du MSSS, les budgets requis pour compléter le déploiement de la technologie d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sur le territoire de Montréal ont été alloués. Ainsi, les CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord, Cœur-de-l'Île, Dorval-Lachine-LaSalle et l'Hôpital Santa Cabrini pourront sous peu offrir l'accès à cette technologie. Il en est de même pour l'Hôpital de Lachine maintenant rattaché au Centre universitaire de santé McGill qui a reçu le mandat d'installer un appareil d'IRM à aimant ouvert afin d'offrir aux patients obèses et/ou claustrophobes un service adéquat.

Le secteur de la radio-oncologie a également bénéficié de subventions importantes. Ainsi, une subvention de 11 M \$ a été accordée en 2007-2008 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) pour la mise à niveau du plateau technique de radio-oncologie. À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), une subvention de 19 M\$ accordée dans le cadre du projet d'agrandissement du service de radio-oncologie a permis l'ajout de trois accélérateurs linéaires et de divers équipements de simulation et de planification des traitements. Une autre subvention de 10 M\$ pour HMR permettra le remplacement d'un appareil de traitement au Cobalt (déjà fait) et de trois accélérateurs linéaires.

ENJEU : RESSOURCES MATÉRIELLES

Le programme de maintien des actifs, volet équipement médical, a bénéficié d'une progression importante entre 2005-2006 et 2009-2010 de l'enveloppe qui lui est réservée. Pendant cette période, cette enveloppe est en effet passée de 10,6 M\$ à 79 M\$. Il importe cependant de rappeler que, selon le nouveau cadre de gestion du MSSS au niveau du maintien des actifs, le financement nécessaire au remplacement des équipements ultraspecialisés (tomodensitomètres, appareils d'IRM, accélérateurs linéaires, etc.) doit maintenant être assumé par cette enveloppe plutôt que par le programme de haute technologie comme c'était le cas auparavant.

L'augmentation substantielle de l'enveloppe allouée au programme de maintien des actifs a ainsi permis d'amorcer une mise à jour des parcs d'équipements médicaux. De plus, la récurrence de cette enveloppe, confirmée par le MSSS, a permis aux établissements d'établir des plans triennaux (et quinquennaux) des besoins de remplacement des équipements. Dans le secteur de la radiologie, cela a également permis de prendre le virage technologique de la numérisation, un passage obligé avant le déploiement du PACS.

On présente au tableau 14, les enveloppes consenties à l'ajout d'équipement d'imagerie médicale accessible en première ligne de même que l'enveloppe allouée à la mise en place du système PACS.

L'Agence a également accordé des permis à des cliniques de radiologie de manière à assurer une meilleure accessibilité aux services médicaux de première ligne. En 2009, deux nouveaux centres de radiologie ont obtenu un permis.

Optimiser et rénover le parc immobilier en CHSLD

Les CHSLD ont reçu des allocations importantes pour réaliser des projets de rénovation fonctionnelle de moins de 2M\$ (Tableau 14). Ces sommes, de même que celles réservées pour les projets de rénovations majeures en cours d'élaboration ont permis la mise aux normes des bâtiments et des milieux de vie des personnes qui y sont hébergées.

En lien avec le plan de transformation PPALV, de nombreuses interventions en rénovations fonctionnelles mineures et majeures ont été réalisées ou seront complétées sous peu dans la quasi totalité des établissements de statut CHSLD du territoire. On peut mentionner les interventions suivantes :

- correction à l'organisation spatiale, réaménagement des espaces communs et de services aux usagers;
- transformation des blocs sanitaires, des salles à manger sur les unités de vie et/ou de soins;
- mise en place d'équipements fixes visant à assurer la sécurité des unités;
- élimination des chambres multiples;
- correction aux systèmes de conditionnement de l'air.

Aménagement adéquat de l'hôpital Notre-Dame suite à la modernisation des CHU montréalais

Le plan directeur portant sur un hôpital de 300 lits a été élaboré en 2006 et a fait consensus auprès des instances concernées. Les aspects portant sur le CSSS/Hôpital Notre-Dame sont abordés dans le plan d'action *Suivi de l'évolution du projet clinique et du budget de l'An 1 du CHUM*. Le CSSS a mis sur pied un comité de transition CSSS-CHUM pour amorcer les discussions sur l'évolution du projet clinique et planifier les travaux de transition.

ENJEU : RESSOURCES MATÉRIELLES

Efficacité énergétique et qualité de l'air

Au cours des cinq dernières années, près de 30 projets d'efficacité énergétique et cinq projets de modernisation ont été autorisés par l'Agence et le MSSS selon une méthode d'autofinancement, grâce aux économies réalisées dans les budgets d'opération, et ce, pour des investissements globaux de 101,3 M\$ en cinq ans. Les sommes spécifiques aux projets d'efficacité énergétique sont présentés au tableau 14.

Ces projets permettent de corriger des problèmes de vétusté, d'améliorer la fiabilité et la qualité des installations et favorisent la qualité de l'environnement en réduisant les gaz à effet de serre. Il en résulte une valeur ajoutée importante car ces projets ont des durées de vie de 15 à plus de 25 ans. Une fois terminés, les projets autorisés en 2008-2009 par l'Agence représenteront une réduction d'au moins 500 000 giga joules (GJ), soit une réduction en deux ans de 50% des 1 006 000 GJ demandés par le MSSS aux établissements de Montréal sur une période de sept ans.

Les sommes dédiées spécifiquement à l'amélioration de la qualité de l'air dans les établissements ne peuvent être aisément isolées, étant incluses dans des projets impliquant de multiples niveaux d'intervention. Par contre, l'Agence a encouragé les établissements à soumettre des projets à cet effet dans le cadre des différentes enveloppes réservées à la conservation et l'amélioration des immobilisations du réseau.

En terminant, rappelons que l'Agence de Montréal a été honorée en 2007-2008 lors du Gala Reconnaissance du Conseil régional de l'environnement de Montréal pour sa contribution significative à l'amélioration de l'environnement depuis 2002-2003. De nombreux projets d'efficacité énergétique entrepris par l'Agence ont été cités à cette occasion, dont la mise sur pied du Programme Visez vert, en janvier 2008. À ce jour, dix établissements montréalais, pour un total de 24 bâtiments, ont reçu la certification canadienne *Visez vert* de BOMA Canada. Une telle reconnaissance n'aurait pu être décernée à l'Agence de Montréal sans la contribution majeure des établissements concernés.

Mise en place des plans de conservation et de fonctionnalités immobilières

En suivi de l'importante progression des investissements dans les infrastructures du réseau de la santé, et plus spécifiquement dans le cadre de l'optimisation des interventions au niveau du maintien d'actifs, les établissements ont été amenés à réaliser une planification, dans le temps, de leurs priorités à moyen terme via la mise en place d'un plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI). Celui-ci a pris son envol au niveau régional dès 2005. Depuis 2008, une migration de l'ensemble de tous les PCFI des établissements a été réalisée avec succès vers le système national du MSSS (Actif+ Réseau). Tous les PCFI des établissements reçoivent dès lors l'approbation de l'Agence à chaque année, le tout dans le respect du cadre de gestion du maintien des actifs immobiliers.

Les investissements en rénovation fonctionnelle ont également connu une progression substantielle ces dernières années et ont fait l'objet d'une intégration au PCFI par la même occasion.

ENJEU : RESSOURCES MATÉRIELLES

PERSPECTIVES 2010-2015

Construction

- S'assurer d'optimiser, de concert avec les établissements, l'ensemble des interventions relatives au maintien d'actifs afin d'assurer la sécurité et la pérennité des installations vieillissantes ;
- S'assurer d'harmoniser de façon optimale, de concert avec les établissements, les interventions relatives à la rénovation fonctionnelle spécifiquement dans le cadre des projets d'installation d'équipements.

La transformation du réseau longue durée montréalais est en cours et devra de toute évidence se poursuivre pendant encore quelques années. Elle comprend divers volets, tous interdépendants et dont la réalisation et la durée respective est changeante.

Les principaux volets dont il faudra tenir compte lors des prochains exercices 2010-2015 sont :

- poursuivre le parachèvement des projets de rénovations fonctionnelles mineures (concernant tous les établissements de statut public et ceux de statut privé conventionné) ;
- continuer la réalisation des projets majeurs de transformation et de rénovation fonctionnelle ;
- poursuivre le développement du réseau de ressources non-institutionnelles (RNI, RI-PPALV et diverses Ressources Alternatives). À ce jour, la possibilité est envisagée de réaliser un 4e lot de projets RI-PPALV et d'ajouter un volet RTF au plan d'action régional) ;
- parachever les fermetures des USLD ;
- identifier les établissements et poursuivre la mise en place des mesures visant la fermeture de certains CHSLD.

Équipements médicaux

Les objectifs sont :

- d'assurer une qualité optimale des différents plateaux techniques par le biais de programmes de remplacement planifiés et avec des impacts minimaux sur l'offre de services ;
- de consolider le rôle de l'Agence en égard à la planification, à l'analyse et au suivi des plans triennaux relatifs au maintien du parc d'équipements médicaux produit par les établissements ;
- de mettre en œuvre le déploiement du programme de conservation des équipements et du mobilier (PCEM) à travers le portail Actifs + Réseau du MSSS ;
- de clarifier et consolider le rôle de l'Agence en matière d'approvisionnement en commun à l'égard du MSSS, des établissements et des groupes d'approvisionnement.

Efficacité énergétique

Dans le respect des cibles gouvernementales :

- poursuivre les efforts déjà consentis en matière de projets d'efficacité énergétique ;
 - mettre de l'avant davantage de projets en développement durable.
-

ENJEU : RESSOURCES MATÉRIELLES

Tableau 14 - Mesures structurantes

	2006	2007	2008	2009	2010
Ajout d'équipement haute technologie					
Imagerie par résonance magnétique			11,2 M\$	0,8 M\$	2,8 M\$
Tomographie par émission de positrons	6 M\$				
Radio-oncologie	3 M\$		24,7 M\$	13,5 M\$	
Projets PACS – Composantes complémentaires			10 M\$	10 M\$	10 M\$
Ajout d'équipement en consolidation				0,53 M\$	3,6 M\$
Optimiser et rénover le parc immobilier en CHSLD					
Rénovations fonctionnelles de < 2 M\$ pour les missions CHSLD			36,3 M\$	24,1M\$	12,1 M\$
Rénovations fonctionnelles majeures en CHSLD (enveloppe disponible)					100 M\$
Efficacité énergétique					
Projets d'efficacité énergétique	7,9 M\$	25,6 M\$	30,7 M\$	4 M\$	

ENJEU : QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

ENJEU : QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Objectifs spécifiques

- Tous les établissements auront sollicité l'agrément.
- Tous les établissements se seront conformés aux dispositions légales en matière de prestation sécuritaire des services.
- Tous les établissements offrant un(des) milieu(x) de vie substitut(s) assureront le suivi des recommandations formulées dans le cadre des visites ministérielles d'appréciation de la qualité.

BILAN 2006-2010

Les cinq dernières années ont été marquées par une augmentation et une systématisation de l'appréciation de la qualité des services. En plus des visites des ordres professionnels, l'Agence et les établissements se sont impliqués activement dans les dossiers suivants: processus d'agrément, gestion des risques et prestation sécuritaire des services, visites ministérielles d'appréciation de la qualité, suivi des rapports du coroner. Voici quelques données à cet effet.

Agrément

Tous les établissements se sont conformés à une première sollicitation de l'agrément de leurs services auprès d'un organisme reconnu (Agrément Canada ou Conseil québécois d'agrément). Sur 69 établissements visités par Agrément Canada ou par le CQA entre janvier 2006 et janvier 2009, 50 ont transmis leur rapport de visite (72,4%) et 65 se sont vu octroyer l'agrément, avec ou sans condition (94,2%).

Gestion des risques / prestation sécuritaire des soins et services

Tous les établissements ont :

- mis en place un comité de gestion des risques;
- adopté une politique de divulgation des accidents;
- mis en place un mécanisme de déclaration des incidents et des accidents;
- suivi la formation sur l'outil informatique de saisie des données relatives aux incidents et accidents (application du SISSS = Système d'information sur la sécurité des soins et des services).

Visites ministérielles d'appréciation de la qualité

De septembre 2006 à juin 2009, ont été visités :

- 34 CHSLD;
- 11 ressources non institutionnelles (RI / RTF);
- 2 centres jeunesse.

Autres dossiers

- Tous les rapports de coroner contenant des recommandations à l'endroit des établissements et de l'Agence ont systématiquement fait l'objet d'un examen pour s'assurer que des suivis étaient apportés aux recommandations.
- Tous les établissements ont procédé au retrait des opiacés à forte concentration des unités de soins et de l'urgence. De plus, tous les établissements de type CSSS, CH et CHSLD ont mis en place un protocole sur l'utilisation des opiacés par voie parentérale.
- En date du 31 mars 2009, 16 établissements (sur un total de 56) avaient formé plus de 66 % de leurs intervenants sur les mesures de contention et d'isolement.

ENJEU : QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

En résumé

Les démarches présentées témoignent de la systématisation de l'enjeu de l'appréciation de la qualité. Au-delà de la difficulté à jauger l'impact de ces mesures, celles-ci permettent de régler des situations problématiques au bénéfice de la clientèle et contribuent au développement d'une culture de la qualité.

Il semble toutefois difficile, tant pour l'Agence que pour les établissements, de synthétiser et d'intégrer le grand nombre de recommandations découlant des très nombreuses démarches évaluatives réalisées par des sources externes. Le choix des priorités et l'élaboration de plan d'action ou de suivi de ces recommandations ne s'en trouvent donc pas facilités.

Perspectives 2010-2015

On retient trois défis pour les années 2010-2015 :

- amorcer une réflexion sur les possibilités de regroupement ou d'intégration des différentes démarches d'évaluation de la qualité en collaboration avec les établissements et le ministère;
- se doter d'outils et de processus pour synthétiser les problématiques et recommandations formulées par les différentes instances;
- compléter les travaux déjà amorcés dont voici un aperçu.

Agrément

Il est prévu que tous les établissements solliciteront l'agrément de leurs services tous les trois ans. Les établissements nous transmettront systématiquement leur rapport de visite d'agrément. Des mesures de suivi particulières seront mises en place pour ceux présentant une situation problématique de refus anticipé ou confirmé, et ce dans le but de leur permettre de l'obtenir un an plus tard.

Gestion des risques / prestation sécuritaire des soins et services

L'objectif principal est de poursuivre l'initiative de 2006-2010 :

- Les établissements alimenteront le registre national de déclaration des incidents et des accidents. Par ailleurs, un registre national de déclaration des incidents et des accidents reliés à la stérilisation sera mis en place (RIAS);
- tous les établissements comportant une unité d'obstétrique auront adhéré au programme AMPRO (Approche Multidisciplinaire de Prévention des Risques Obstétricaux) et auront complété la formation et enfin; 60% des établissements ciblés (soit comportant des unités de soins critiques) auront initié la formation Erromed
- sur les Facteurs humains en relation avec la sécurité des patients.

Visites ministérielles d'appréciation de la qualité

En premier lieu, il s'agit de poursuivre la tournée déjà amorcée. Ainsi, tous les milieux de vie substitués auront été visités lors d'une première tournée. Par la suite, un bilan annuel sera dressé en terme de suivi de visites, c'est-à-dire le nombre de dossiers fermés selon les critères du MSSS (soit lorsque 80 % des recommandations ont fait l'objet d'un suivi). Cet objectif implique l'élaboration d'un outil de suivi partagé entre les différents secteurs de l'Agence interpellés (DARHAQAJ et DGR).

D'autre part, tous les établissements privés n'ayant jamais reçu la formation sur le concept milieu de vie et qui souhaiteraient en faire profiter certains de leurs gestionnaires auront cette possibilité. À cet égard, une boîte à outils des bonnes pratiques relatives à l'implantation du concept milieu de vie aura été diffusée à partir des initiatives locales dans un premier temps, des initiatives nationales dans un second temps.

ENJEU : QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Autres mesures

- Mettre en place des interventions systémiques régionales émanant de l'analyse transversale des recommandations du Bureau du coroner indiquant la récurrence ou redondance de certaines problématiques.
- Tous les établissements concernés (CSSS, CH et CHSLD) auront mis en place un processus de formation continue au regard du protocole sur l'utilisation des opiacés par voie parentérale.
- À l'égard des mesures de contrôle, tous les établissements visés auront révisé leur protocole sur les mesures de contrôle et se seront assurés qu'il est conforme au cadre de référence du MSSS.

Enfin, il est prévu que soit mis en place un mécanisme permettant l'accès pour les établissements à des services d'interprètes culturels 24 heures/jour, 7 jours/7.

Mesures structurantes

- Nombre d'établissements ou de ressources s'étant conformés aux recommandations émises lors de la visite ministérielle d'appréciation de la qualité des services	47
- Nombre d'établissements ayant obtenu l'agrément	65 / 69
- Nombre d'établissements respectant les paramètres de prestation sécuritaire de ces services en mettant en place les mesures précisées aux paramètres de l'indicateur	
- Nombre d'établissements ayant adopté une politique de divulgation des accidents	Tous
- Nombre d'établissements ayant mis en place un Comité de gestion des risques	Tous
- Nombre d'établissements ayant formé plus de 66% de leurs intervenants sur les mesures de contention et d'isolement	16 / 56

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 