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

MODALITÉS D'ARTICULATION ENTRE LES CHSGS ET LES CHSLD

POUR LES CLIENTÈLES NÉCESSITANT DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE

Rapport d'évaluation du projet pilote

Murielle Leduc
Service des études et de l'évaluation
Direction de la programmation et coordination
4 février 2003

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003
ISBN = 2-89510-119-1
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2003

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes qui ont permis la réalisation de l'évaluation de ce projet pilote.

Des établissements :

Les membres du groupe de travail dont le mandat était d'élaborer les modalités d'articulation entre les CHSGS et les CHSLD.

Le personnel délégué par les établissements comme responsable de projet et qui a participé aux rencontres afin de fournir leur point de vue sur les clientèles admissibles, les modalités de fonctionnement ainsi que sur l'impact de cette mesure. La liste des participants est présentée à l'annexe 1.

De la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Madame Andrée Demers-Allan, Services aux personnes âgées dans la communauté et en milieux substituts et madame Louise Bélanger, Services multiclientèles de courte durée, qui nous ont mandatés pour réaliser cette étude.

Monsieur Mike Benigeri, chef du Service des études et de l'évaluation.

Madame Marie-Andrée Picard, programmeure, Services des études et de l'évaluation qui a préparé la grille de cueillette de données.

Madame Carole Morency, secrétaire, Service des études et de l'évaluation qui a révisé ce document.

Table des matières

Page

Remerciements

Introduction 1

Rappel du projet pilote 1
Mandat du Service des études et de l'évaluation 1
Méthodologie 2
Présentation du document 2

1. Les résultats de l'expérimentation 3

1.1 Données sur la clientèle rejointe et les services 3
1.2 Données sur les coûts du projet 4
1.3 Appréciation par les partenaires des modalités du projet expérimenté 4

2. Constats et pistes d'action 8

ANNEXE 1 11

ANNEXE 2 12

ANNEXE 3 13

Introduction

Rappel du projet pilote

Dans le cadre des mesures prévues pour favoriser le désengorgement des salles d'urgence de la région de Montréal-Centre[1], différents projets pilotes ont été élaborés au cours de l'année 2000. Un de ceux-ci concerne le développement de modalités d'articulation afin de faciliter le retour en CHSLD de la clientèle ayant besoin d'antibiothérapie intraveineuse après un épisode de soins en CHSGS[2]. À cet effet, un budget non récurrent de 130 000$ a été alloué au projet afin de couvrir les coûts de formation du personnel concernant les diverses techniques d'administration de ce traitement ainsi que les frais de matériel et de médicaments dans les CHSLD.

Les établissements qui ont participé à ce projet pilote sont :

- 3 CHSGS : l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal;

- 9 CHSLD: le CHSLD Lucille-Teasdale, le CHSLD Émilie-Gamelin Armand-Lavergne, le CHSLD Jeanne LeBer, le CHSLD Plateau Mont-Royal, le CLSC-CHSLD St-Laurent, le centre Le Cardinal, le centre Biermans-Triest inc., le Foyer Rousselot, le CHSLD Manoir Cartierville.

La période d'expérimentation ici considérée s'étend du 1er octobre 2001 au 30 septembre 2002. Ce projet pilote vise d'une part, à identifier les effets de cette mesure sur les hospitalisations en CHSGS et les retours en CHSLD et, d'autre part, à valider les modalités d'articulation. Les données sur ces éléments serviront à alimenter la réflexion sur la pertinence de généraliser cette façon de faire à l'ensemble de la région de Montréal.

Mandat du Service des études et de l'évaluation

Dans ce contexte, le mandat d'évaluation consiste à :

- déterminer le volume et le profil de la clientèle rejointe par ce projet;

[1] Régie régionale de Montréal-Centre, Mesures de désengorgement des salles d'urgence de la région de Montréal-Centre de novembre 2000 à mars 2001, octobre 2000.

[2] Régie régionale de Montréal-Centre, Modalités d'articulation CHSGS et CHSLD pour antibiothérapie intraveineuse, Direction de la programmation et coordination, Services multiclientèles de courte durée, Services aux personnes âgées, octobre 2000.

- identifier les effets de cette activité tant sur les services en CHSGS qu'en CHSLD;
- spécifier les techniques retenues par les établissements pour l'administration du traitement ainsi que, s'il y a lieu, les difficultés rencontrées;
- vérifier la pertinence des modalités d'articulation prévues pour faciliter le retour en CHSLD de la clientèle ayant besoin d'antibiothérapie intraveineuse;
- réaliser un bilan global en terme d'apport de cette mesure et d'orientation à privilégier.

Méthodologie

Deux approches méthodologiques ont été utilisées pour remplir ce mandat :

® Une analyse des données de gestion; le système MED-ÉCHO ne permettant pas d'obtenir les données sur la clientèle et les durées de séjour en fonction du type de traitement administré, une cueillette spécifique d'information a été prévue. À cet effet, une grille a été fournie aux CHSLD.

® Une évaluation plus qualitative faite en collaboration avec les CHSLD et les CHSGS impliqués et portant sur les diverses composantes du projet.

Présentation du document

Le document comprend deux parties. La première partie porte, d'une part, sur les résultats de l'expérimentation en termes d'usagers concernés et d'effet sur les services et, d'autre part, sur l'appréciation du projet par les partenaires. La seconde partie vise à faire ressortir les principaux enjeux et les pistes d'action à considérer en fonction de l'objectif de départ visé, soit le désengorgement des services d'urgence.

1. Les résultats de l'expérimentation

1.1 Données sur la clientèle rejointe et les services

Entre le 1er octobre 2001 et le 30 septembre 2002 :

> **22 usagers** hébergés dans un des 9 CHSLD participants ont eu besoin d'antibiothérapie intraveineuse après un épisode de soins en CHSGS.

Des données recueillies, il ressort que :

- 18 de ces usagers ont eu un épisode de soins dans deux des trois CHSGS participants, soit 11 à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et 7 au CHUM. Quatre (4) usagers en provenance des CHSLD participants ont été référés dans un autre CHSGS et ceux-ci ont été retenus pour l'évaluation. Les données sur la provenance des usagers et sur les CHSGS impliqués sont présentées à l'annexe 2;

- pour ce qui est du lieu de séjour en CHSGS[3], 10 usagers ont séjourné dans les services d'urgence et 11 usagers ont été hospitalisés dans des unités de soins;

- les diagnostics identifiés pour ces usagers sont diversifiés. Les plus mentionnés sont : pneumonie (5) et infection pré-greffe, pré-amputation ou opératoire (4). On retrouve également : arthrite et diabète;

- en ce qui concerne les modes de traitement utilisé, 14 usagers ont bénéficié de sacs ou mini-sacs de soluté et 8 usagers du système du biberon (Intermate);

- la durée du traitement d'antibiothérapie intraveineuse en CHSLD a varié de 2 à 49 jours par usager et ce, pour un total de 298 jours pour l'ensemble des usagers;

- une seule réhospitalisation reliée au traitement a été nécessaire. La raison étant que l'accès intraveineux de l'usager n'était pas fonctionnel.

Ces données concernent la clientèle spécifiquement visée par le projet pilote, soient les usagers qui ont eu une antibiothérapie intraveineuse après un épisode de soins en CHSGS. Dans les faits, un plus grand nombre d'usagers ont bénéficié de traitements d'antibiotiques intraveineux puisque quatre des CHSLD participants offraient déjà cette

[3] Le lieu de séjour en CHSGS n'a pu être identifié pour 1 usager du CHSLD Lucille-Teasdale.

technique de traitement avant l'expérimentation et qu'ils ont continué à le faire pour l'ensemble de leur clientèle, qu'elle ait ou non eu un épisode de soins en CHSGS.[4]

1.2 Données sur les coûts du projet

Selon les données disponibles, les coûts du projet s'élèvent à 46 271,28$. Ce montant comprend les coûts de:

- formation, évalués à 29 864,08$
- médicaments et de transport réclamés par les CHSLD pour 14 usagers : 16 393,20$.

Le tableau suivant présente la répartition de ces coûts :

Coûts de formation :		
Personnel :	22 956,15$	
Fournitures:	2 701,73$	
Bras de pratique:	4 206,20$	
		29 864,08$
Médicaments :		**16 357,25$**
Transport :		**35,95$**
TOTAL:		**46 271,28$**

Sur la base des réclamations faites par les CHSLD pour 14 usagers, le coût moyen des médicaments est de 1 168$. On constate également que la majeure partie des coûts concerne la formation offerte aux établissements lors de la mise en place de ce projet.

1.3 Appréciation par les partenaires des modalités du projet expérimenté

Des échanges avec les CHSGS et les CHSLD participants, on retient principalement :

[4] Il s'agit des CHSLD Lucille-Teasdale, Jeanne LeBer, Manoir Cartierville et Émilie-Gamelin Armand-Lavigne. Au cours de cette période, le nombre d'usagers qui ont eu ce traitement, sans épisode de soins en CHSGS a pu être identifié dans deux établissements: au CHSLD Lucille-Teasdale, 30 usagers et au CHSLD Jeanne-LeBer, 1 usager. Ces établissements ont suggéré que le coût du matériel et des médicaments leur soit également remboursé pour ces usagers.

- **Volume de clientèle**

Le nombre limité d'usagers rejoints par ce programme correspond à la perception qu'avaient certains établissements du recours à ce traitement pour la clientèle âgée. En effet, des répondants des CHSGS mentionnent que les traitements prescrits par les médecins varient selon la clientèle visée. Ainsi ont-ils observé que, pour les usagers en provenance des CHSLD, la tendance est plutôt de prescrire de l'antibiothérapie intraveineuse sur une courte période et, par la suite, de passer au traitement « per os ». Cette approche est confirmée par les commentaires des CHSLD puisque ceux-ci soulignent que plusieurs autres usagers sont revenus avec ce type de traitement après un épisode de soins en CHSGS.

- **Modalités d'articulation interétablissement**

Des quelques dossiers traités dans le cadre de ce projet, il ressort notamment que les conditions d'admissibilité de la clientèle, définies lors de l'élaboration du projet, sont claires et bien appliquées. En effet, les CHSLD ont mentionné que la condition médicale des usagers référés était stable.

Les aspects à améliorer concernent la démarche de suivi[5] entre les CHSLD et les CHSGS ainsi que les outils de référence prévus. En ce qui concerne l'articulation des interventions, les échanges avec les CHSGS ont permis de constater que les intervenants n'étaient pas informés de tous les usagers provenant de leur établissement et retournés en CHSLD avec un traitement d'antibiothérapie intraveineuse. Il s'agit particulièrement d'usagers ayant séjourné dans les services d'urgence. Des commentaires des CHSLD viennent corroborer cette situation puisque ceux-ci ont mentionné que les transferts des usagers provenant des unités de soins se sont faits selon les règles prévues. Les quelques problèmes soulevés concernent les usagers en provenance de services d'urgence et résultent du fait que le CHSGS concerné n'avait, soit pas fourni d'informations suffisantes, ne s'était pas assuré de la disponibilité du matériel ou n'avait pas initié le traitement.

Quelques commentaires ont également été faits sur l'outil de référence interétablissement. Celui-ci est perçu comme n'étant pas d'un très grand apport.

[5] La procédure définie prévoit que les CHSGS ont notamment les responsabilités : d'aviser l'équipe de soins que l'usager fait partie d'un projet pilote, expliquer la teneur du projet et insérer la feuille spécifique au dossier; de s'assurer que le traitement est initié (2 doses) avant le retour.

L'information fournie par les résumés ou les extraits de dossier est jugée plus pertinente. La façon de faire habituelle des infirmières de liaison, comprenant également un contact verbal, est considérée comme plus satisfaisante, du moins pour les premières expériences. Elle permet de mieux soutenir les CHSLD qui font ces interventions sur une base exceptionnelle.

- **Matériel utilisé et effets sur les activités dans les établissements**

Dans les CHSLD, les deux techniques de soins utilisées, soient les sacs de soluté et le système de biberon (Intermate), ont été appréciées et ont pu être appliquées sans problème. Le seul aspect relié à l'administration du traitement qui a fait l'objet de commentaires concerne la formation offerte avant le lancement du projet. Les CHSLD ont remarqué que le contenu des formations sur la procédure de soins variait selon les CHSGS et que ces différences avaient posé quelques difficultés d'application dans les CHSLD.

En ce qui concerne la charge de travail, les CHSLD mentionnent que le projet n'a pas eu d'impact sur leurs activités et ce, même la nuit puisque peu d'usagers ont été concernés par cette mesure. Ils ont cependant exprimé leur inquiétude devant la charge supplémentaire de travail qu'entraînerait une augmentation significative du volume de clientèle ayant besoin de ce type de traitement ou de tout autre traitement qu'on pourrait ajouter à leurs responsabilités. Ils rappellent que leur situation financière ne leur permet pas de procéder à un ajout de ressources humaines pour offrir plus de services.

- **Appréciation globale et orientation suggérée**

Tous les établissements s'entendent pour dire que le projet a un impact peu significatif sur le désengorgement des urgences. Au-delà de ce constat général, différents points de vue ont été avancés sur les suites à donner.

La position des CHSGS peut être ainsi résumée :

- Certains reconnaissent que ce projet a eu l'effet positif de permettre de créer des liens entre les deux types d'établissements. Cette mesure est perçue comme une première étape d'échanges afin de favoriser une prise en charge différente par les CHSLD. Un des CHSGS rappelle la difficulté qu'avaient les intervenants de son établissement à accepter que les personnes ayant besoin d'antibiothérapie intraveineuse et demeurant à domicile soient prises en charge par les CLSC alors que les CHSLD ne le faisaient

pour leur clientèle[6]. L'application de cette mesure vient corriger cette situation et alléger les tâches des CHSGS et ce, même si le volume d'usagers visés n'est pas très élevé. Sur la base de ces éléments, il est souhaité que la mesure s'applique à l'ensemble des CHSLD de la région de Montréal et qu'on cherche à élargir le projet à d'autres techniques de traitement[7]. Le nombre limité d'usagers visés par cette mesure amène à proposer de réduire la formation offerte au début de l'expérimentation à une information générale et de s'assurer plutôt d'un support des CHSGS lors du transfert d'un usager aux CHSLD.

- D'autres trouvent que l'impact limité de cette mesure sur le désengorgement des urgences devrait inciter à ne plus investir afin que les CHSLD offrent ce traitement. L'effort, selon eux, devrait plutôt être mis sur le développement d'alternatives à l'utilisation des services d'urgence. Des pistes ont été mises de l'avant telles, l'identification d'intervenants-pivots dans les CHSGS avec lesquels les CHSLD pourraient communiquer avant tout transfert à l'urgence pour s'assurer que l'usager est dirigé à la bonne place; le développement, dans le cadre du virage ambulatoire, d'autres portes d'entrée dans les CHSGS. Il est aussi suggéré de mieux documenter les motifs d'utilisation des services d'urgence par les CHSLD.

Les CHSLD s'entendent pour reconnaître que l'impact le plus important sur le désengorgement des urgences serait obtenu par une baisse des transferts d'usagers. Plusieurs facteurs influent, selon eux, sur la décision de transférer des usagers vers les CHSGS. Parmi ceux-ci, on indique la pratique médicale et les demandes des familles. Ainsi, est-il remarqué que plusieurs transferts se font le soir, la nuit et les fins de semaine. Parmi les alternatives à explorer afin de réduire les transferts, ils retiennent le développement d'une entrée particulière en CHSGS afin d'obtenir directement le bon service, la disponibilité d'un médecin gériatre pour leur établissement et le changement de pratique médicale.

En ce qui concerne la possibilité de maintenir cette mesure et de l'élargir à d'autres techniques de traitement, les CHSLD s'interrogent sur les effets de cette orientation sur leurs services. Ils s'inquiètent particulièrement de son impact sur leur charge de travail et sur le coût des médicaments[8] puisque aucun ajustement récurrent de leur budget ne semble être prévu.

---

[6] Les CHSLD mentionnent qu'il ne peut y avoir de comparaison entre les services offerts par les 2 types d'établissements puisque la condition des personnes desservies n'est pas la même.

[7] Comme traitement supplémentaire, il a été suggéré d'évaluer l'ajout de l'hydratation intraveineuse.

[8] Des exemples de médicaments dispendieux qu'ils ont dû assumer au cours des derniers mois à même leur budget leur font craindre que cette mesure ne vienne ajouter à cette tendance.

2. Constats et pistes d'action

De cette expérimentation sur une période d'un an et des commentaires des participants, trois principaux constats sont à retenir :

1. **L'implantation de cette mesure, évaluée en fonction de l'objectif de désengorgement des urgences, a donné peu de résultat. Son apport réside plus dans le changement d'approche qu'elle préconise afin de maintenir ou de ramener le plus rapidement possible les usagers dans leur milieu de vie en CHSLD.**

L'évaluation sur la base d'indicateurs quantitatifs, tel le pourcentage d'usagers des CHSLD transférés vers les CHSGS qui ont besoin d'antibiothérapie intraveineuse et le nombre de jours d'hospitalisation évités indique que cette mesure est peu significative. En effet, l'analyse des données sur les usagers hospitalisés qui requièrent ce traitement lors de leur retour en CHSLD le confirme. Les neuf établissements impliqués dans l'expérimentation ont généré, pour la période du 1er avril 2001 au 31 mars 2002, 370 hospitalisations (Annexe 3). De ce nombre, onze usagers sont retournés en CHSLD en ayant besoin d'un traitement d'antibiothérapie, ce qui représente 3 % des hospitalisations. L'application de ce pourcentage au nombre d'hospitalisations d'usagers en provenance de l'ensemble des CHSLD de la région de Montréal pour la même période (1 197)[9] indique qu'environ 36 usagers par année pourraient être visés par cette mesure. Nous ne pouvons faire le même calcul pour les usagers ayant séjourné dans les services d'urgence puisque les données sur le nombre d'usagers en provenance des CHSLD qui ont eu un épisode de soins uniquement dans les services d'urgence ne sont pas disponibles[10]. En ce qui concerne les jours d'hospitalisation qui ont pu être évités, rappelons que la durée des traitements d'antibiothérapie intraveineuse en CHSLD a été, pour les 22 usagers rejoints par ce projet, de 298 jours.

Cette mesure ne peut donc à l'évidence avoir un impact direct majeur sur les services d'urgence. D'autres éléments sont à prendre en compte et peuvent conduire à maintenir cette orientation, tel le développement de corridors de communication entre les établissements et l'amorce de changement de pratique dans les traitements assumés par

[9] Les données Med-Écho indiquent que les hospitalisations provenant des CHLSD sont de 1 561 pour l'année 1998-1999 et de 1 459 pour l'année 1999-2000.

[10] Nous avons pensé utiliser comme source d'information les transferts par ambulance mais il s'agirait de données partielles puisque les établissements recourent également à d'autres moyens pour diriger leurs usagers vers les CHSGS.

les CHSLD[11]. L'application de cette mesure permet de généraliser une pratique qui peut résulter en une réduction des séjours et des transferts de la clientèle vers les CHSGS. Elle peut être vue comme une première étape visant à maintenir ou à ramener le plus vite possible les usagers dans leur milieu de vie comme le font déjà certains CHSLD.

2. **Les modalités d'articulation prévues lors de l'élaboration du projet pilote sont adéquates et appliquées pour les usagers provenant des unités de soins des CHSGS. Des difficultés se posent lorsque les usagers sont référés suite à un séjour uniquement aux services d'urgence.**

Il est difficile de généraliser à partir du nombre limité de dossiers traités dans le cadre de ce projet. Les commentaires des participants permettent quand même d'avancer que les règles établies ont été, en général, suivies pour les usagers hospitalisés et que leur transfert vers les CHSLD s'est fait sans problème. Les situations plus problématiques reliées au manque d'information, à l'absence de matériel et au fait que le traitement n'avait pas été initié concernent des usagers provenant des services d'urgence. Un maintien de cette mesure nécessiterait donc des ajustements afin d'améliorer ce volet du projet.

3. **Les systèmes d'information ne permettent pas d'obtenir un portrait global des usagers en provenance des CHSLD transférés aux services d'urgence des CHSGS**.

Les seules données dont nous disposons actuellement concernent les usagers transférés pour lesquels une hospitalisation a été requise. Il serait intéressant d'avoir un portrait de l'ensemble des usagers qui sont dirigés vers les urgences et, particulièrement, de ceux qui ne séjournent que dans ces services. Des données sur le nombre d'usagers, leur provenance et les motifs de référence permettraient de mieux cibler les actions à mener pour avoir un impact sur l'objectif de désengorgement des urgences.

[11] À cet effet, mentionnons un projet de recherche dirigé par Dr Johanne Monette de l'Hôpital général Juif auquel participe plusieurs CHSLD et qui porte sur « L'optimisation de la qualité de la prescription des antibiotiques en CHSLD ». Selon des CHSLD participants, les résultats semblent déjà probants.

Compte tenu de ces éléments, il est suggéré, suite à cette expérimentation :

∑ **De maintenir cette mesure de prise en charge par les CHSLD dans la perpective non seulement de réduire les durées de séjour en CHSGS mais également de modifier les pratiques de transferts des CHSLD;**

La généralisation de cette mesure à l'ensemble des établissements devrait être accompagner d'actions visant à:

- assurer une meilleure articulation entre les établissements pour les usagers en provenance des services d'urgence;
- alléger la formation initiale offerte aux nouveaux établissements participants et s'assurer plutôt d'un suivi approprié par le CHSGS lors d'un transfert d'un usager dans le CHSLD;
- tenir compte des préoccupations des CHSLD en ce qui concerne l'effet de cette mesure sur leur charge de travail et le coût des médicaments;

∑ **Et de, principalement, chercher à limiter le nombre de transferts des CHSLD vers les services d'urgence des CHSGS;**

Pour ce faire, diverses actions sont à explorer :

- investir dans la formation et le support en CHSLD afin de favoriser un changement de pratique médicale vis-à-vis les transferts d'usagers vers les CHSGS;
- développer des alternatives à l'utilisation des services d'urgence, notamment en évaluant la faisabilité de la mise en place d'un accès différent aux CHSGS pour cette clientèle;

et, parallèlement, obtenir de l'information sur la totalité de la clientèle dirigée par les CHSLD aux services d'urgence des CHSGS puisqu'un portrait détaillé de la clientèle transférée par les CHSLD permettrait de mieux cibler les actions à entreprendre.

ANNEXE 1

Liste des personnes consultées

Pour les CHLSD :

Mme Geneviève Archambault, CHSLD Foyer Rousselot
Mme Jycelyne St-Jean, CHSLD Foyer Rousselot
M. Jean-Marc Gagnon, CHSLD Émilie-Gamelin Armand-Lavergne
Mme Sylvie Desmarais, CHSLD Manoir Cartierville
Mme Murielle Sévigny, CHSLD Biermans-Triest
M. Gervais Mailhot, CHSLD Lucille-Teasdale
Mme Manon Basque, CHSLD St-Laurent
Mme Gisèle Leroux, CHSLD Plateau Mont-Royal
Mme Francine Houle, CHSLD Le Cardinal Inc.
Mme Clara Tomassini, CHSLD Jeanne LeBer
Mme Marie-Line Arsenault, CHSLD Jeanne LeBer

Pour les CHSGS :

Mme Claire Beaudin, CHUM
Mme Francine Bélisle, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Mme Diane Morneau, Hôpital Sacré-Cœur

ANNEXE 2

Tableau 1 : Répartition des usagers ayant bénéficié d'antibiothérapie intraveineuse après un épisode de soins en CHSGS

CHSLD	Nombre d'usagers visés
Centre Le Cardinal	3
CHSLD Biermans-Triest	2
CHSLD Émilie-Gamelin/ Armand-Lavergne	3
CHSLD Jeanne LeBer	3
CHSLD Lucille-Teasdale	8
CHSLD Saint-Laurent	-
Foyer Rousselot	2
CHSLD du Plateau Mont-Royal	-
CHSLD Manoir Cartierville	1
Total	**22**

Tableau 2 : Répartition des usagers selon les CHSGS impliqués

Liste des CHSGS	Nombre d'usagers
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	11
Hôpital Sacré-Cœur	-
CHUM	7
CUSM	2
Hôpital Fleury	1
Hôpital général juif	1
Total	22

ANNEXE 3

Tableau 1 : Données sur les hospitalisations en provenance des CHSLD de la région de Montréal-Centre pour l'année financière 2001-2002

Données sur les transferts des CHSLD vers les CHSGS	Nombre d'usagers
Nombre d'hospitalisation en CHSGS d'usagers provenant des CHSLD de la région de Montréal-Centre[12]	1197
Nombre d'hospitalisations en CHSGS d'usagers provenant des 9 CHSLD impliqués dans le projet pilote	370
Nombre d'hospitalisation dans les 3 CHSGS provenant des 9 CHSLD impliqués dans le projet pilote - Hôpital Sacré-Cœur - Hôpital Maisonneuve-Rosemont - CHUM	299 9 161 129

[12] Données obtenues à partir du système d'information MED-ÉCHO. Les données concernent les personnes de 18 ans et plus et exclues les hospitalisations à l'hôpital Douglas, à l'hôpital Louis-H-Lafontaine, l'hôpital Rivière-des-Prairies et les CHSGS de réadaptation.

Tableau 2 : Répartition des hospitalisations en provenance des 9 CHSLD pour l'année 2000-2001[13]

CHSLD/CHSGS	Hôp. Maisonneuve-Rosemont	CHUM	Hôp. Sacré-Cœur	Hôp. Santa Cabrini	Hôpital Fleury	Hôpital Jean-Talon	Hôpital Général Juif	TOTAL
Centre Le Cardinal	11	4		6				**21**
CHSLD Biermans-Triest	60	14		23	1			**98**
CHSLD Émilie-Gamelin / Armand-Lavergne	3	30		1		2		**36**
CHSLD Jeanne LeBer	19	4		13				**36**
CHSLD Lucille-Teasdale	42	22		10	5	4		**83**
CHSLD-CLSC Saint-Laurent			2	1		1	1	**5**
Foyer Rousselot	23	9		1				**33**
CHSLD du Plateau Mont-Royal	3	46				1		**50**
Manoir Cartierville			7				1	**8**
TOTAL	**161**	**129**	**9**	**55**	**6**	**8**	**2**	**370**

[13] Données Med-Écho