RECOMMANDATIONS

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











Québec



Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal – Recommandations – est une production du service des communications de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

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

Éditeur
Louis Côté
Directeur de l'information et de la planification

Rédaction
Louis Côté
Michèle Bérubé

Collaboration à la rédaction
Emmanuelle Carrier
Lise Chabot
Loraine Desjardins
Hélène Perrault

Cartographie
Marc Bourguignon

Édition
Loraine Desjardins
Évelyne Joyal
Louis Morency
Hélène Perrault

Conception graphique et mise en page
www.farleydw.com

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

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-89510-166-3

Ce document est disponible :

☐ aux services documentaires de l'Agence
Téléphone : (514) 286-5604

☐ sur le site Web de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

☐ Available in English under the title:
Building Local Health and Social Services Networks in Montreal - Recommendations

RECOMMANDATIONS

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

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal



Mot du président-directeur général



Je suis heureux de soumettre la proposition de l'Agence* sur la nouvelle organisation des services de santé et des services sociaux à Montréal. Cette proposition est basée sur la formation de 12 réseaux locaux coordonnés par de nouvelles instances que nous appelons « centres de santé et de services sociaux ». Nous proposons également la création de centres médicaux associés qui viendront compléter l'offre de service des groupes de médecine familiale et permettront de mieux intégrer les services médicaux de première ligne.

Notre recommandation fait suite à une vaste consultation menée dans un esprit d'ouverture et de transparence avec le concours des membres du Forum de la population. Les principaux commentaires de ces derniers vous sont présentés plus loin.

Le succès de cette importante réorganisation prendra non seulement de la bonne volonté, mais un financement adéquat, des gestionnaires convaincus, une disponibilité de main-d'œuvre et, bien sûr, la concrétisation de nos projets d'informatisation. Le défi est de taille, mais nous entendons le relever avec succès grâce aux efforts concertés de ceux et celles qui ont à cœur l'amélioration de la santé à Montréal.

David Levine

Le président-directeur général
David Levine

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



TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL 5

1 PRÉSENTATION 9

2 LA CONSULTATION : ACTIVITÉS ET FAITS SAILLANTS 11

Les principaux commentaires du Forum de la population 14

3 LES RECOMMANDATIONS DE L'AGENCE 17

Les territoires recommandés 17

☐ Recommandation 1

La composition des centres de santé et de services sociaux 18

Les centres d'hébergement et de soins prolongés avec mandat suprarégional auprès des communautés culturelles 18

☐ Recommandation 2

La désignation des centres hospitaliers de réadaptation spécialisés en déficience physique 19

☐ Recommandation 3

Un meilleur équilibre dans la répartition des lits d'hébergement et de soins de longue durée 19

☐ Recommandation 4

L'exclusion de certains centres hospitaliers 20

☐ Recommandation 5

Les centres médicaux associés (CMA) 21

☐ Recommandation 6

La mission prévention-promotion de la santé 21

☐ Recommandations 7 à 10

Les modalités de collaboration et d'entente 23

☐ Recommandation 11

Les modalités de participation et de collaboration prévues avec les médecins 23

☐ Recommandations 12, 13

Les liens avec les RUIS 24

☐ Recommandation 14

Les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise 24

☐ Recommandations 15, 16

Le partenariat avec les organismes communautaires 26

☐ Recommandation 17

Les entreprises d'économie sociale 27
☐ Recommandation 18

LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION 27
1. Le soutien à l'implantation et à la gestion des changements 28
☐ Recommandation 19
2. La gouverne des centres de santé et de services sociaux 28
☐ Recommandations 20, 21
3. La participation des usagers et le respect de leurs droits 30
☐ Recommandation 22
4. L'information à la population, aux médecins et aux employés 30
5. De nouvelles approches régionales en matière de gestion 31
6. L'informatisation 31
Stratégies spécifiques pour les clientèles 31
☐ Recommandation 23
Stratégies spécifiques pour les omnipraticiens 32
☐ Recommandation 24
Stratégies spécifiques pour les médecins spécialistes 32
Stratégies pour les centres de santé et de services sociaux 33
☐ Recommandation 25
Stratégies relatives aux centres hospitaliers universitaires (CHU) et aux centres affiliés universitaires (CAU) 33
☐ Recommandation 26
Stratégies d'infostructure et de services régionalisés 34
☐ Recommandation 27
Stratégies d'infrastructure et de fonctions communes 34
☐ Recommandation 28

4 LE DÉCOUPAGE TERRITORIAL RECOMMANDÉ 35

5 LE PORTRAIT SOMMAIRE DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL 39

6 LES CONDITIONS DE RÉALISATION 53

LEXIQUE 55



PRÉSENTATION

1

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal a le mandat d'implanter sur son territoire une nouvelle organisation de services fondée sur le concept de réseaux intégrés de services. L'objectif poursuivi par cette démarche est de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement et la prise en charge des personnes vulnérables.

Le modèle proposé repose sur la création de 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et représente le résultat d'une vaste consultation auprès de la population et des différents acteurs et partenaires du réseau. Les faits saillants de cette démarche sont présentés dans le présent document, lequel est une version abrégée de la proposition détaillée de l'Agence produite à partir de « *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : document d'appui* » et du « *Rapport de consultation* ».[1]

La proposition de l'Agence s'appuie sur 28 recommandations qui viennent en préciser la nature et les conditions d'implantation. Elle tient compte des caractéristiques de la population et reflète la complexité du milieu urbain. Elle constitue la partie centrale du document. Suivent la carte du découpage territorial proposé ainsi qu'un portrait sommaire de chacun des 12 centres de santé et de services sociaux montréalais. Les conditions de réalisation identifiées au cours du processus de consultation sont décrites en conclusion.

[1] On peut en obtenir copie de ces documents sur le site de l'Agence (www.santemontreal.qc.ca) ou sur demande en téléphonant au (514) 285-5604.



LA CONSULTATION : ACTIVITÉS ET FAITS SAILLANTS

2

Entre le 24 mars et le 9 avril 2004, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal a organisé une vaste consultation publique portant sur la création de 12 réseaux locaux de services.

Des moyens de consultation diversifiés ont été mis en place afin de rejoindre l'ensemble des acteurs et des partenaires du réseau montréalais, ainsi que la population.

Activités de consultation	Nombre de participants	Nombre
Forums sectoriels		
Forum personnes âgées	107	
Forum jeunes en difficulté	124	
Forum des comités d'usagers	72	
Forum sur les ressources informationnelles	150	
Table ronde des partenaires intersectoriels	21	
Assemblées publiques	**1 850**	**11**
Audiences publiques		
Avis écrits déposés		42
Avis écrits déposés sans présentation		107
Lettres d'appui		35
Site web de l'Agence (Consultation du 24 mars au 13 avril 2004)		
Visites/sessions		14 696
Impressions de documents		5 679
Diffusion de documents		
Documents de consultation		7000
Documents d'appui		1000

L'appréciation générale des participants

Des participants ont souligné l'importance de la consultation publique mais ont toutefois critiqué la rapidité avec laquelle elle a été menée et le rythme effréné du processus menant à l'implantation des réseaux locaux de services. Ils estiment qu'une réelle consultation aurait dû aborder l'essence même du projet de

loi 25 et non seulement ses modalités d'application. Pour eux, les dés sont déjà jetés et ils qualifient la réforme du réseau de la santé de projet périlleux.

Les faits saillants de la consultation

■ Des objectifs louables

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

■ Le rejet du projet de loi 25

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

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

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

■ Le regroupement territorial

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

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

■ L'inclusion des hôpitaux et la place de la prévention

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ **Les organismes communautaires**

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

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

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

■ **La liberté de choix**

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

■ **L'informatisation**

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

Les principaux commentaires du Forum de la population

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

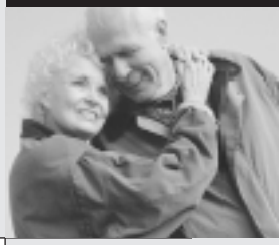
■ **Quelques commentaires retenus :**

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

- ☐ Avec cette réforme, le réseau de la santé pourrait malheureusement délaisser son implication dans le développement social et local des quartiers;
- ☐ L'amélioration des services ne peut se faire que dans le cadre d'une réorganisation liée à une stratégie de lutte à la pauvreté.

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

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



LES RECOMMANDATIONS DE L'AGENCE

3

À la lumière des résultats de la consultation, de l'analyse des avis des instances de l'Agence (Forum de la population, Commission médicale régionale, Commission infirmière régionale, Commission multi-disciplinaire régionale, Comité d'accès aux services en langue anglaise, Département régional de médecine générale) et aux commentaires recueillis lors de rencontres avec les comités consultatifs, la recommandation finale de l'Agence a été élaborée par le Comité de planification et d'évaluation et adoptée par le conseil d'administration de l'Agence le 27 avril 2004.

Les territoires recommandés

La proposition de l'Agence concernant le nouveau modèle d'organisation est basée sur la formation de 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Ces réseaux offrent le plus de services possible à proximité des personnes. Le découpage territorial tient compte des dynamiques locales et des habitudes de consommation des services de santé et des services sociaux de la population. Les réseaux visent, de plus, la cohérence géographique tout en respectant les réalités linguistiques et culturelles.

Lors de la consultation, les 10 territoires proposés (à l'exception du Centre-Ouest où deux scénarios étaient proposés) ont été largement appuyés, notamment par les acteurs du réseau sociosanitaire.

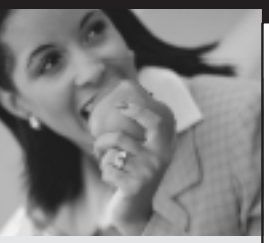
Dans le cas du Centre-Ouest, l'hypothèse de regroupement des territoires de Notre-Dame-de-Grâce/ Montréal-Ouest et René-Cassin d'une part, et Côte-des-Neiges, Parc Extension et Métro, d'autre part, a recueilli le plus d'appuis.

RECOMMANDATION 1

L'Agence recommande :

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

- Pierrefonds et Lac Saint-Louis;
- LaSalle et du Vieux Lachine;
- Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles;
- Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest et René-Cassin;
- Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension;
- Nord de l'Île et Saint-Laurent;
- Ahuntsic et Montréal-Nord;



RECOMMANDATION 1 (SUITE)

- La Petite Patrie et Villeray;
- Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc;
- Saint-Léonard et Saint-Michel;
- Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont;
- Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est.

La composition des centres de santé et de services sociaux

Dans sa recommandation finale, l'Agence a apporté certaines modifications à la proposition de départ quant aux établissements à fusionner pour créer les 12 centres de santé et de services sociaux.

Les centres d'hébergement et de soins prolongés avec mandat suprarégional auprès des communautés culturelles

Des institutions d'hébergement et de soins de longue durée, déjà reconnus en vertu de la Charte de la langue française comme devant offrir des services dans une autre langue que le français, ont fait valoir :

☐ que le maintien des caractéristiques de ces milieux de vie nécessitait le maintien de l'autonomie des établissements au plan de la gestion des ressources humaines et de l'engagement de la communauté par le biais des conseils d'administration;

☐ que ces centres n'avaient pas une vocation locale mais suprarégionale.

RECOMMANDATION 2

L'Agence recommande :

☐ que l'Hôpital Chinois de Montréal, l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être, le Centre hospitalier Mont-Sinaï, le Centre hospitalier gériatrique Maïmonides et le CHSLD juif de Montréal ne soient pas identifiés comme devant faire partie d'un centre de santé et de services sociaux;

☐ que le Centre hospitalier Mont-Sinaï, le Centre hospitalier gériatrique Maïmonides et le CHSLD juif de Montréal soient intégrés sous un même conseil d'administration, qu'ils soient désignés comme ayant une vocation suprarégionale et soient associés au centre de santé et de services sociaux de leur territoire local;

☐ que l'Hôpital Chinois de Montéal et l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être demeurent des établissements autonomes, qu'ils soient désignés comme ayant une vocation suprarégionale et soient associés au centre de santé et de services sociaux de leur territoire local.



La désignation des centres hospitaliers de réadaptation spécialisés en déficience physique

La proposition de l'Agence permet de concentrer les services de réadaptation et d'assurer la présence de masses critiques suffisantes tout en conservant la flexibilité et la capacité d'intervention et en respectant le contexte linguistique et culturel de Montréal.

RECOMMANDATION 3

L'Agence recommande :

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

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

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

Dans la proposition de départ, les lits d'hébergement et de soins de longue durée étaient répartis en fonction de la localisation actuelle des institutions, avec quelques ajustements mineurs. De plus, le ratio de lits par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus était basé sur des données brutes et ne tenait pas compte des données importantes comme le taux standardisé d'hébergement, le niveau d'intensité des services par lit en heures-soins et les mandats régionaux.

RECOMMANDATION 4

L'Agence recommande :

- ☐ d'intégrer le CHSLD Les Havres à l'instance locale du territoire Saint-Michel/Saint-Léonard et d'associer 96 de ses lits au territoire Villeray/La Petite Patrie;
- ☐ d'associer chacun des CHSLD privés-conventionnés de la région avec le centre de santé et de services sociaux du territoire où ils sont situés sauf :
  - le CHSLD Bourget, qui serait associé au territoire 11 (Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont) plutôt qu'au territoire 12 (Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est);
  - une partie des lits du Centre d'hébergement Champlain - Marie-Victorin (100 lits) qui serait associé au territoire 10 (Saint-Léonard et Saint-Michel) plutôt qu'au territoire 12 (Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est);



RECOMMANDATION 4 (SUITE)

- le Centre d'hébergement Saint-Georges, qui déménage prochainement dans le Centre-Ouest et qui serait associé au territoire 8 (La Petite Patrie et Villeray);
- le CHSLD Vigi Santé (CHSLD Reine-Élizabeth) qui serait associé au territoire 1 (Pierrefonds et Lac Saint-Louis) plutôt qu'au Centre-Ouest;

☐ d'associer le Centre de soins prolongés Grace Dart au Centre-Ouest par son intégration au Centre universitaire de santé McGill plutôt que par fusion au sein du centre de santé et de services sociaux.

L'exclusion de certains centres hospitaliers

☐ L'Hôpital Santa Cabrini

Considérant l'étendue de son bassin de desserte en relation avec ses responsabilités linguistiques et culturelles face à l'ensemble de la communauté italienne qui est aussi présente en concentrations importantes à l'extérieur du territoire de l'instance locale recommandée, l'Agence conclut que l'Hôpital Santa Cabrini devrait être exclu du Centre de santé Saint-Michel/Saint-Léonard.

☐ Le Centre hospitalier de St.Mary

L'Agence prévoit que le Centre hospitalier de St.Mary agira à titre d'hôpital de première instance pour les deux centres de santé du Centre-Ouest.

Pour assumer cette responsabilité, cet établissement devra former un consortium avec l'Hôpital général juif et le Centre universitaire de santé McGill. À cette fin, ces trois hôpitaux, dont les bassins de desserte se superposent dans les territoires du Centre-Ouest, devraient convenir, par contrat, du partage du soutien qu'ils apporteront aux centres de santé et de services sociaux dans la réalisation de leur mission. De l'avis de l'Agence, la complexité découlant de la participation de St.Mary au consortium ne permet pas son intégration aux centres de santé et de services sociaux.

☐ L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

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

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



RECOMMANDATION 5

L'Agence recommande :

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

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

Les centres médicaux associés (CMA)

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

RECOMMANDATION 6

L'Agence recommande :

☐ de mettre sur pied un centre médical associé (CMA) par 50 000 habitants;

☐ de doter chacun des territoires d'au moins un CMA dès la première année.

La mission prévention-promotion de la santé

Afin de contrer les nombreuses inquiétudes exprimées au cours de la consultation quant au maintien de la priorité prévention au sein des centres de santé et de services sociaux, l'Agence a défini des recommandations et des moyens d'action dans le but de renforcer la priorité accordée à la prévention et à la promotion de la santé.

RECOMMANDATION 7

L'Agence recommande :

☐ que la mission prévention soit non seulement maintenue mais développée et valorisée;

☐ que la réalisation des plans locaux de santé publique soit considérée comme prioritaire et intégrée dans les ententes de gestion.



Compte tenu du fait que les développements budgétaires en santé publique viennent de façon très graduelle au plan national et des ressources très limitées consacrées directement à cette priorité, il est primordial de prendre les mesures qui s'imposent pour s'assurer que les budgets de prévention assurant les plans locaux de santé publique soient maintenus et développés.

RECOMMANDATION 8

L'Agence recommande :

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

L'organisation d'une première ligne forte, où les budgets de la prévention sont maintenus et développés en fonction d'un plan d'action en santé publique établi comme une priorité, commande la désignation d'un cadre supérieur responsable de la santé publique au sein de chaque centre de santé et de services sociaux afin de faciliter la coordination des actions avec la Direction de santé publique de l'Agence et les partenaires intersectoriels.

RECOMMANDATION 9

L'Agence recommande :

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

Cinq des douze centres de santé et de services sociaux incluront une mission hospitalière. Compte tenu de la mission préventive des centres de santé et de services sociaux et de leur responsabilité locale en matière de santé publique, l'Agence recommande qu'ils s'inscrivent dans les orientations mises de l'avant par l'Association des hôpitaux pour la promotion de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le but visé est d'améliorer la qualité des services en supportant la réalisation d'activités de promotion de la santé, de prévention des maladies et de réadaptation dans les hôpitaux.



RECOMMANDATION 10

L'Agence recommande :

☐ l'adhésion des centres de santé et de services sociaux intégrant un hôpital au projet de l'OMS : *Hôpitaux pour la promotion de la santé*;

☐ l'inclusion, dans les ententes de gestion, de l'implantation des normes développées par l'OMS concernant la promotion de la santé en milieu hospitalier.

Les modalités de collaboration et d'entente

Afin de s'assurer que l'ensemble de la population dispose d'un même niveau de services dans chacun des territoires et ce, que l'instance locale regroupe ou non un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), l'Agence compte utiliser les ententes interétablissements pour garantir l'accès aux services. De façon à faciliter cette démarche, l'Agence propose un cadre de référence pour les contrats à venir entre les instances locales et les CHSGS.

RECOMMANDATION 11

L'Agence recommande :

☐ le maintien des corridors existants, des ententes déjà formalisées ainsi que des modalités de gestion des RTF-RI, jusqu'à ce que de nouvelles ententes soient conclues selon le cadre de référence proposé.

Les modalités de participation et de collaboration prévues avec les médecins

Les centres médicaux associés (CMA) sont les points d'ancrage reliant les médecins omnipraticiens avec les instances locales de leur territoire. Ils jouent un rôle de liaison bidirectionnelle pour faciliter la prise en charge des clientèles vulnérables et l'accessibilité aux services médicaux.

Les CMA sont appelés à jouer un rôle de leader et à collaborer très étroitement avec les cabinets privés et avec la table sous-régionale du DRMG de leur territoire. Comme il est prévu que le centre de santé et de services sociaux soutiendra l'implantation du ou des CMA sur son territoire, il est entendu qu'une entente locale de partenariat définira les rôles attendus de part de d'autre. Le projet d'entente devra alors être soumis à l'Agence pour approbation, après recommandation du DRMG.

RECOMMANDATION 12

L'Agence recommande :

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



Tout en cherchant à assurer un partage équitable des voix pour la prise de décision, la composition de l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens unifié (CMDP) ainsi que la reconstruction du plan d'organisation médicale du centre de santé et de services sociaux doivent traduire la nouvelle responsabilité de l'instance locale en matière de prise en charge de la population. Elle doit également tenir compte du nouveau mode d'allocation des ressources par programmes-services défini par le Ministère.

RECOMMANDATION 13

L'Agence recommande :

☐ que le modèle de représentativité de l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) soit basé sur celui de la composition de la Commission médicale régionale (CMR).

Les liens avec les RUIS

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

Bien que la majorité des territoires de proximité des établissements membres des deux RUIS fasse consensus, trois territoires locaux, ou des parties de ces territoires, pourraient être attribués à l'un ou l'autre RUIS, compte tenu de la diversité et des habitudes des populations qui y résident et des offres de services proposées par les RUIS.

RECOMMANDATION 14

L'Agence recommande :

☐ que soit envisagée une desserte conjointe par les établissements membres des deux RUIS montréalais des territoires :

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

Les partenariats stratégiques au sein de la communauté montréalaise

Le découpage territorial proposé ne permet pas d'assurer un arrimage parfait avec les découpages municipaux et scolaires mais il représente une amélioration par rapport à la situation actuelle. Certaines actions peuvent cependant être maintenues ou entreprises afin d'assurer une meilleure coordination et une meilleure intégration des interventions des partenaires municipaux, scolaires et sociosanitaires en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.



RECOMMANDATION 15

L'Agence recommande :

☐ de maintenir sa contribution aux mécanismes de concertation intersectorielle existants à Montréal, dont, notamment :

- la mise en œuvre du contrat de ville entre Montréal et le Gouvernement du Québec;
- les zones prioritaires communes d'intervention concertée : Ville, commissions scolaires, Agence;
- le bureau de partenariat Ville-Agence, établi en 2003, qui a pour mandat de développer des stratégies d'intervention concertée et d'assurer le suivi des projets conjoints;
- la Table des partenaires pour la réussite, la persévérance et le raccrochage scolaire et le Carrefour de lutte au décrochage scolaire;
- les tables de concertation locales.

☐ de contribuer à améliorer les outils de concertation intersectorielle :

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

L'Agence reconnaît la pertinence d'assurer une représentation des milieux municipal, de l'éducation et universitaire au conseil d'administration de l'Agence et aux conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux.



RECOMMANDATION 16

L'Agence recommande :

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

Le partenariat avec les organismes communautaires

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

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

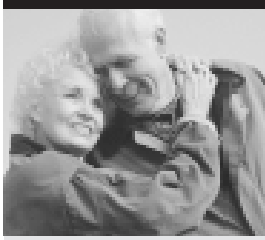
En conséquence, l'Agence continuera de poursuivre les objectifs suivants :

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

RECOMMANDATION 17

L'Agence recommande :

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



Les entreprises d'économie sociale

La pérennité des entreprises d'économie sociale est actuellement menacée en raison d'un problème structurel : l'écart entre leur prix de revient et leurs revenus par heure de service. Pour la plupart de ces entreprises, une augmentation des services rendus entraîne des pertes additionnelles. L'Agence propose d'apporter une solution permanente à ce problème structurel.

RECOMMANDATION 18

L'Agence recommande :

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

LA STRATÉGIE D'IMPLANTATION

Les recommandations 19 à 28 font partie des six volets de la stratégie d'implantation du nouveau modèle d'organisation des services. Ces volets sont :

1. **Le soutien à l'implantation et à la gestion des changements**
2. **La gouverne des centres de santé et de services sociaux**
3. **La participation des usagers et le respect de leurs droits**
4. **L'information à la population, aux médecins et aux employés**
5. **De nouvelles approches régionales en matière de gestion**
6. **L'informatisation**

La stratégie d'implantation qui sera adoptée devra viser d'abord et avant tout à mobiliser les membres des conseils d'administration, les directeurs généraux, les médecins, les cadres et l'ensemble du personnel vers les objectifs poursuivis, soit :

☐ de meilleurs résultats de santé et de bien-être;

☐ des soins plus satisfaisants parce que continus et complets;

☐ des services accessibles au bon endroit et au bon moment.

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

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



1. Le soutien à l'implantation et à la gestion des changements

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

RECOMMANDATION 19

L'Agence recommande :

Pour les conseils d'administration des centres de santé et de services sociaux (CSSS) :

☐ d'organiser des rencontres d'échanges, entre les membres des conseils d'administration et le président-directeur général de l'Agence, portant sur :

- la vision soutenant le modèle d'organisation des services et le projet clinique;
- les priorités stratégiques;
- le rôle et le leadership attendu des conseils d'administration;
- l'organisation des centres de santé et de services sociaux;
- le support proposé et requis.

☐ d'organiser la tenue des premières rencontres des membres de conseils d'administration et d'établir l'organisation intérimaire des centres de santé et de services sociaux et la planification des travaux à mener.

Pour les équipes de direction des centres de santé et de services sociaux (CSSS) :

☐ de créer un comité d'implantation des centres de santé et de services sociaux présidé par le président-directeur général de l'Agence et des directeurs généraux intérimaires des centres de santé;

☐ d'assurer l'accès à des ressources-conseil notamment en matière de développement organisationnel et de planification stratégique;

☐ de dégager un budget permettant le financement d'activités de développement et de formation notamment pour les équipes de direction des centres de santé;

☐ d'offrir de la formation et du support pour les administrateurs et les dirigeants, ainsi que des outils d'information pour le personnel et les médecins;

☐ de réviser son plan d'organisation de façon à assurer une gestion intégrée au palier régional.

2. La gouverne des centres de santé et de services sociaux

Compte tenu du rôle primordial que jouera le premier directeur général du centre de santé et de services sociaux, le Forum de la population considère comme une condition de succès de privilégier, lors du processus de sélection des nouveaux directeurs généraux, un concours ouvert à toutes candidatures, plutôt que réservé exclusivement aux directeurs généraux actuellement en place, afin d'avoir accès à



l'ensemble du bassin de compétences présentes dans le réseau de la santé et des services sociaux tout en permettant aux directeurs généraux des établissements fusionnés de postuler là où ils le désirent.

RECOMMANDATION 20

L'Agence recommande :

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

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

RECOMMANDATION 21

L'Agence recommande :

☐ que les conseils d'administration provisoires des centres de santé et de services sociaux comprennent, si possible :

- un membre provenant de chacun des conseils d'administration des installations fusionnées, désigné parmi les personnes élues par la population;
- un membre provenant des comités d'usagers;
- un membre provenant des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- un membre provenant des conseils des infirmières et infirmiers (CII);
- un membre provenant des conseils multidisciplinaires (CM);
- un membre provenant du Conseil des sages-femmes, s'il y a lieu;
- un membre provenant des centres médicaux associés (CMA) du territoire;
- un membre provenant des organismes communautaires;
- un membre provenant du milieu universitaire lorsque le centre a une affiliation universitaire;
- un membre provenant de l'hôpital de première instance;
- un membre provenant du milieu municipal;
- un membre provenant des commissions scolaires.

☐ que les membres soient choisis en respectant des critères analogues à ceux définis aux articles 397 et 397.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

- la représentativité : des différentes parties du territoire; des secteurs d'activité; des groupes socioculturels, linguistiques ou démographiques;
- la représentation la plus équitable possible des hommes et des femmes et des différents groupes d'âge;
- la compétence.

☐ que la composition des conseils d'administration permanents des centres de santé et de services



RECOMMANDATION 21 (SUITE)

sociaux respecte les mêmes principes et assure une participation significative des personnes élues par la population et désignées par les comités d'usagers.

3. La participation des usagers et le respect de leurs droits

Considérant que les centres de santé et de services sociaux regrouperont un grand nombre d'installations sous un seul conseil d'administration, l'Agence recommande de bonifier les mécanismes actuels de participation des usagers et de respect de leurs droits.

RECOMMANDATION 22

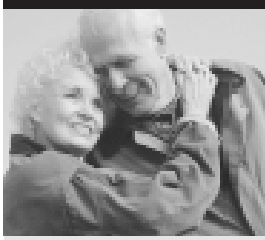
L'Agence recommande :

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

4. L'information à la population, aux médecins et aux employés

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

- ☐ faciliter l'accès aux centres de santé et de services sociaux, aux centres médicaux associés (CMA) et aux autres composantes du réseau montréalais de la santé;
- ☐ rassurer la population quant à l'accessibilité et à la qualité des services, en fournissant des outils de référence objectifs, fiables, permanents et conviviaux;
- ☐ faire connaître toute l'information pertinente relativement à la gouverne des nouveaux centres de santé et de services sociaux;



- ☐ rendre accessible aux personnes œuvrant dans le réseau, en collaboration avec les instances en place, toute l'information requise pour faciliter l'accomplissement de leur rôle;
- ☐ outiller la population afin d'accroître sa capacité de s'occuper, de façon autonome et active, de sa santé et de son bien-être, de collaborer aux services qu'elle utilise et de faire valoir ses droits.

5. De nouvelles approches régionales en matière de gestion

La création des réseaux s'accompagnera de la mise en œuvre progressive d'une budgétisation par programme. Dans ce contexte, l'Agence devra, en partenariat avec les réseaux et l'ensemble des établissements, mettre au point des indicateurs de besoins fiables et valides qui soient adaptés aux spécificités montréalaises.

Au chapitre de l'évaluation de la performance, l'Agence poursuivra ses activités d'évaluation de la satisfaction de la clientèle et élaborera un modèle d'évaluation intégrée de la performance. Ce processus d'évaluation est d'autant plus important qu'il permettra d'analyser et d'évaluer le fonctionnement de chaque réseau de façon spécifique et dans une optique d'amélioration continue. Enfin, il faudra prévoir des mécanismes d'évaluation reliés à l'implantation des réseaux locaux afin d'apporter les ajustements requis.

6. L'informatisation

Les technologies et systèmes d'information sont appelés à jouer un rôle déterminant afin d'assurer l'intégration, la fluidité et la sécurité de l'information destinée aux clientèles, aux gestionnaires, aux médecins et aux autres professionnels, et ce, tant au sein des instances qu'entre les établissements. À cet égard, l'Agence préconise la mise en place de normes, de fonctions communes et de services régionaux de même que l'adoption d'une vision et d'une architecture uniformes à l'ensemble de la région. En matière d'investissement, de nouvelles marges de manœuvre devront être dégagées pour maintenir, développer et gérer les actifs informationnels en s'assurant de préserver l'équilibre entre les systèmes et les services de production et de consommation d'information.

Le consensus qui s'est dégagé des consultations sur les priorités et les stratégies à court et à moyen termes amène l'Agence à proposer les recommandations 23 à 28.

Stratégies spécifiques pour les clientèles

L'Agence entend développer un portail grand public régional afin que la population québécoise et la clientèle du réseau disposent de l'information pertinente sur la disponibilité des services et des ressources du réseau, sur la nature des problèmes de santé, des mécanismes de prévention et des approches de soins proposées.

RECOMMANDATION 23

L'Agence recommande :

- ☐ à court terme, de développer et de donner accès à un portail grand public.



Stratégies spécifiques pour les omnipraticiens

Un outil informatique simple et unique à l'échelle régionale est incontournable pour l'adhésion des omnipraticiens aux technologies de l'information. Partageant cette position, l'Agence entend mettre tout en œuvre pour éviter la prolifération d'outils qui compromettrait l'intégration des composantes du dossier d'un même client. L'Agence entend aussi prendre les dispositions nécessaires pour répondre aux besoins prioritaires signifiés par les omnipraticiens. À plus long terme, le besoin de disposer et de partager un dossier électronique plus complet avec les intervenants du secteur devra trouver réponse.

RECOMMANDATION 24

L'Agence recommande :

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

Stratégies spécifiques pour les médecins spécialistes

Une proportion importante de médecins spécialistes (37% au Québec) pratiquent en milieu hospitalier ainsi qu'en cabinet privé pour y suivre leur clientèle ou répondre aux demandes de consultations des omnipraticiens. Pour ce groupe particulier, il importera d'identifier les outils informatiques à privilégier : ceux du ou des centres hospitaliers où ils pratiquent ou celui offert aux omnipraticiens du réseau. Certains spécialistes sont également appelés à offrir des services de garde à partir de leur domicile et d'autres auront besoin d'outils de communication plus évolués à partir de leur clinique privée (ex. radiologistes).

L'Agence entend poursuivre sa démarche auprès des médecins spécialistes montréalais afin d'identifier les besoins prioritaires et de proposer des solutions adaptées. À ce jour, l'accès au Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS), aux services de téléconsultation, aux résultats et aux images médicales constituent les principaux services requis.



Stratégies pour les centres de santé et de services sociaux

RECOMMANDATION 25

L'Agence recommande :

☐ de mettre en place un index-maître régional;

☐ de regrouper les systèmes et les données clientèles des CLSC et CHSLD concernés au technocentre régional;

☐ de doter les centres de santé et de services sociaux qui incluent un centre hospitalier d'un système d'information clinique centralisé;

☐ d'étudier la faisabilité de regrouper les systèmes administratifs et financiers pour chacun des 12 centres de santé et de services sociaux;

☐ de regrouper les ressources humaines disponibles pour assurer la gestion locale des ressources informationnelles.

Stratégies relatives aux centres hospitaliers universitaires (CHU) et aux centres affiliés universitaires (CAU)

RECOMMANDATION 26

L'Agence recommande :

☐ de donner suite à la démarche du CHUM et du CUSM en vue de se doter d'un système commun d'information clinique;

☐ d'identifier les composantes du projet Arc-en-ciel développé par le CHU Mère-Enfant qui pourraient contribuer à l'infostructure régionale;

☐ de valider les conditions légales et financières qui permettraient aux établissements de se doter du même système que celui prévu au CHUM et au CUSM;

☐ d'assurer la plus grande homogénéité possible des systèmes d'information clinique de la région.



Stratégies d'infostructure et de services régionalisés

RECOMMANDATION 27

L'Agence recommande :

☐ de mettre sur pied l'infrastructure régionale nécessaire à la conservation temporaire ou permanente d'informations cliniques et autres informations produites et publiées par un établissement public ou privé;

☐ de déployer l'infrastructure régionale nécessaire à la conservation temporaire ou permanente des images médicales;

☐ d'évaluer la faisabilité de mettre sur pied une infrastructure régionale pour assurer la conservation temporaire ou permanente des éléments numérisés des dossiers faisant l'objet d'un transfert d'information d'un établissement à un autre avec le consentement du client.

Stratégies d'infrastructure et de fonctions communes

RECOMMANDATION 28

L'Agence recommande :

☐ de mettre sur pied des fonctions communes nécessaires à la mise sur pied d'une infostructure régionale;

☐ de développer un portail d'accès, un Intranet et un Extranet régional;

☐ de compléter la révision de l'architecture, l'optimisation et la redondance du RTSS avec la collaboration et la participation du ministère de la Santé et des Services sociaux.



LE DÉCOUPAGE TERRITORIAL RECOMMANDÉ

4

12 réseaux locaux de services de santé et

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

Instance
- Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger
- CLSC Lac Saint-Louis
- CLSC Pierrefonds
- Hôpital général du Lakeshore

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

Instance
- Centre d'accueil LaSalle
- Centre hospitalier de LaSalle
- CLSC du Vieux Lachine
- Les CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval
- Centre hospitalier de Lachine

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

Instance
- Centre d'accueil Louis-Riel
- Centre d'accueil Réal-Morel
- Centre hospitalier de Verdun
- CHSLD Champlain - Manoir de Verdun
- CLSC Saint-Henri
- CLSC Verdun / Côte Saint-Paul
- Résidence Yvon-Brunet
- Résidences Mance-Décary
  - Pavillon des Seigneurs (CHSLD)
  - Pavillon Saint-Henri (CHSLD)

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

Instance
- Centre hospitalier Richardson
- CLSC NDG/Montréal- Ouest
- CLSC René-Cassin

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

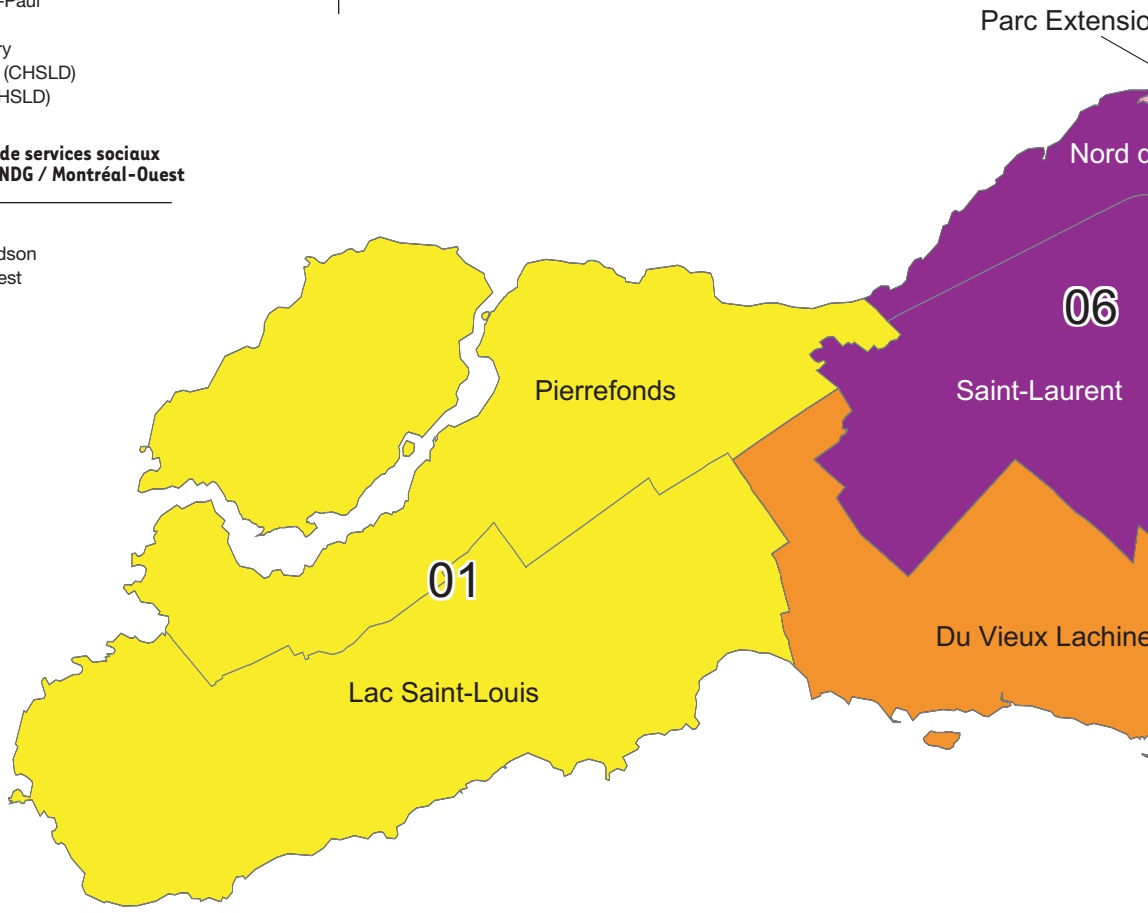
Instance
- Centre d'accueil Father Dowd
- Centre d'accueil St-Margaret
- Centre d'accueil des Foyers presbytériens de St-Andrew
- CLSC Côte-des-Neiges
- CLSC Métro
- CLSC Parc Extension
- Hôpital Catherine Booth

06 Centre de santé et de services sociaux du Nord de l'Île et Saint-Laurent

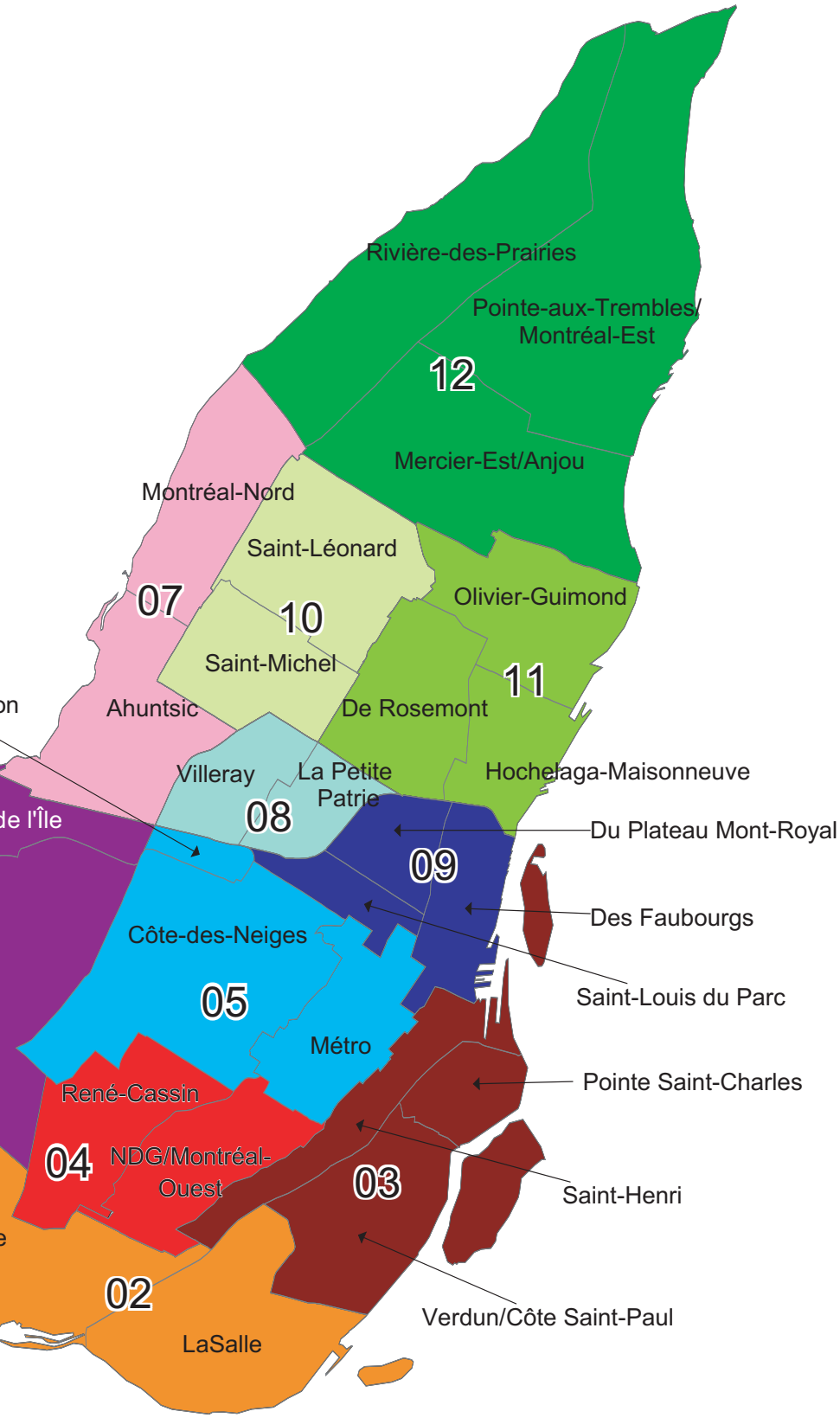
Instance
- CHSLD-CLSC Nord de l'Île
- CHSLD-CLSC Saint-Laurent
- Manoir Cartierville

07 Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Instance
- Centre hospitalier Fleury
- CLSC Ahuntsic
- CLSC Montréal-Nord
- Les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain



de services sociaux



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

Instance
- CLSC Villeray
- CLSC-CHSLD La Petite Patrie
- Hôpital Jean-Talon
- Résidences Mance-Décary – Pavillon Auclair (CHSLD)

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

Instance
- Centre hospitalier Jacques-Viger
- CHSLD Centre-Ville de Montréal
- CHSLD Émilie-Gamelin/Armand-Lavergne
- CLSC des Faubourgs
- CLSC du Plateau Mont-Royal
- CLSC Saint-Louis du Parc
- Les CHSLD du Plateau Mont-Royal

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

Instance
- CLSC Saint-Michel
- CLSC Saint-Léonard
- CHSLD Les Havres
- CHSLD Saint-Michel

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

Instance
- CHSLD Lucille-Teasdale
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- CLSC Olivier-Guimond
- CLSC-CHSLD de Rosemont
- Foyer Rousselot
- CHSLD Jeanne-LeBer

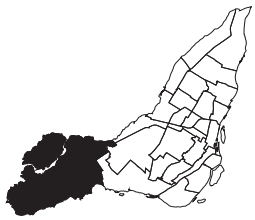
12 Centre de santé et de services sociaux de Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou et Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est

Instance
- CHSLD Biermans-Triest
- CLSC Mercier-Est/Anjou
- CLSC Rivière-des-Prairies
- CLSC-CHSLD PAT/Montréal-Est
- Centre d'accueil Judith-Jasmin (HMR)



LE PORTRAIT SOMMAIRE DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À MONTRÉAL

5



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

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

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

Population 204 645

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

Lits de réadaptation 0

Langue d'expression
- Français : 37,8 %
- Anglais : 61,3 %
- Autres : 1,0 %

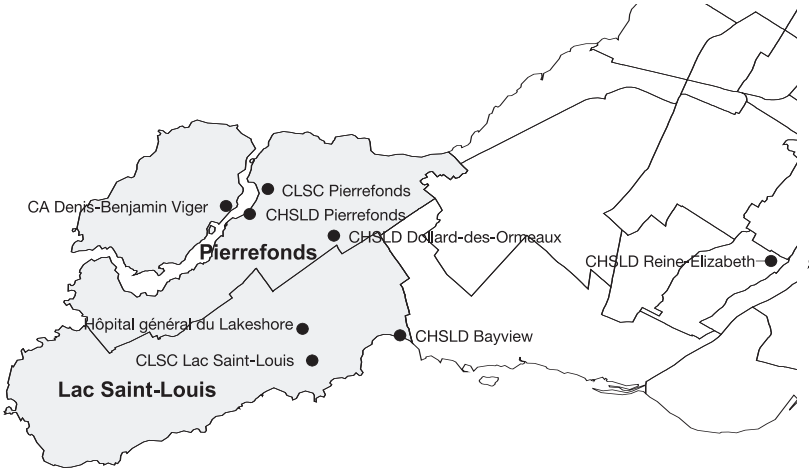
Budget 122 957 967 $

Ressources humaines 1 775

CMA potentiels 2

Hôpital local
Hôpital général du Lakeshore
- Dépendance 60,3 %

Habitudes population
– *soins surspécialisés*
52,1 % CUSM
19,9 % HGJ
– *soins généraux*
42,8 % Lakeshore
19,7 % CUSM



Autres particularités du territoire 1

Sociodémographiques

Le territoire compte le plus grand nombre de jeunes 0-18 ans : 52 455 jeunes, soit 25,6 % de sa population. Un pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus se trouvant sous la moyenne du territoire montréalais : 12 % de sa population, 24 560 personnes.
Le nombre et le pourcentage de personnes à faible revenu sont les plus bas de la région.

Indicateurs de santé

L'espérance de vie est supérieure à la moyenne régionale autant pour les hommes (78,6 ans) que pour les femmes (82,8 ans). Le taux de mortalité et l'incidence du cancer y sont inférieurs ou comparables.
Les problèmes sociaux sont inférieurs à la moyenne sauf pour l'externalisation des 0-17 ans qui est comparable à la région.

Utilisation des services

Les admissions en santé physique et en santé mentale sont inférieures à la moyenne montréalaise. Le taux d'hébergement est le plus bas et le soutien à domicile est comparable.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services

- Des lits de réadaptation en santé physique.
- Des places en RTF et RI pour les personnes âgées.
- Plateau technique : la résonance magnétique.

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

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



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

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

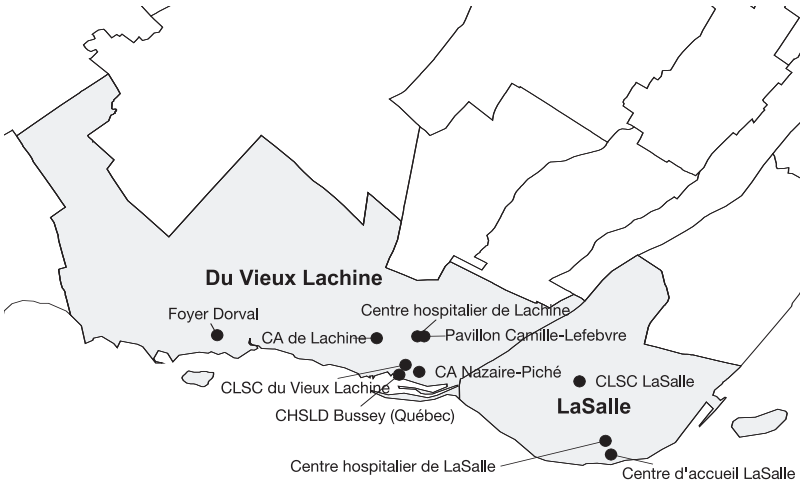
Associé
- CHSLD Bussey (Québec) (42)

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

Langue d'expression	
- Français :	57,1 %
- Anglais :	41,4 %
- Autres :	1,6 %
Budget	123 956 548 $
Ressources humaines	2 344
CMA potentiels	2

Hôpitaux locaux
LaSalle et Lachine
- Dépendance 37,4 % LaSalle
  44,6 % Lachine

Habitudes population
– *soins surspécialisés*
  49,2 % CUSM
  22,8 % CHUM
– *soins généraux*
  31,2 % LaSalle
  17,1 % CUSM
  15,0 % Lachine

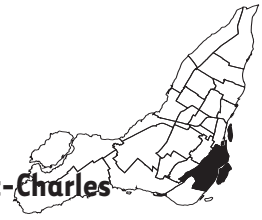


Autres particularités du territoire 2

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

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

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



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

Instance
- Centre d'accueil Louis-Riel (100)
- Centre d'accueil Réal-Morel (148)
- Centre hospitalier de Verdun (12)
- CHSLD Champlain - Manoir de Verdun (416)
- CLSC Saint-Henri *
- CLSC Verdun / Côte Saint-Paul *
- Résidence Yvon-Brunet (185)
- Résidences Mance-Décary
  - Pavillon des Seigneurs (CHSLD) (180)
  - Pavillon Saint-Henri (CHSLD) (240)

Associé
- Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles

Population 129 580

Ressources CHSLD
- lits : 1141 + 128
- places RTF-RI : 0
- mandat régional : 128
  déficience intellectuelle : 32
  unité spécifique : 96

Lits de réadaptation 27

Langue d'expression
- Français : 73,1 %
- Anglais : 25,7 %
- Autres : 1,2 %

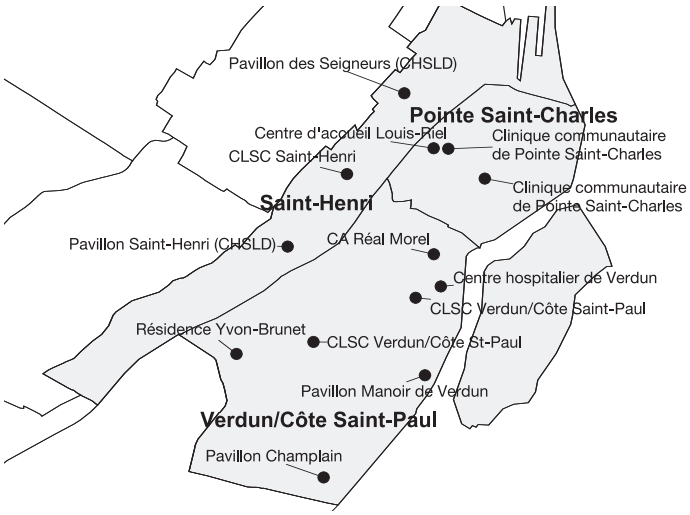
Budget 165 518 328 $

Ressources humaines 3 810

CMA potentiels 5

Hôpital local
Centre hospitalier de Verdun
- Dépendance 68 %

Habitudes population
– *soins surspécialisés*
44,2 % CUSM
26,0 % CHUM
– *soins généraux*
32,2 % Verdun
19,0 % CUSM



Autres particularités du territoire 3

Sociodémographiques

18,5 % de sa population a entre 0 et 18 ans : 23 980 jeunes. 15,4 % a 65 ans et plus : 19 930 personnes. Avec 35,9 %, le territoire affiche le plus haut pourcentage de personnes à faible revenu de la région montréalaise : 45 695 personnes.

Indicateurs de santé

L'espérance de vie est inférieure à la moyenne régionale autant pour les hommes (72,3 ans) que pour les femmes (79 ans). Le taux de mortalité est supérieur à celui de la région pour les décès causés par les tumeurs, par les affections de l'appareil circulatoire et respiratoire, par le cancer du poumon et par le suicide.

Les problèmes sociaux dépassent la moyenne de la région sur plusieurs aspects : chômage, victimisation et externalisation des 0-17 ans ainsi que les grossesses à l'adolescence.

Utilisation des services

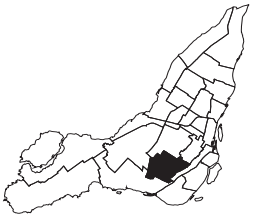
Les admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement ainsi que l'utilisation des services en soutien à domicile, sont tous au-dessus de la moyenne.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services

- Des places en RTF et RI pour les personnes âgées.
- Le plateau technique est complet.

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

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



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

Instance
- Centre hospitalier Richardson (125) **
- CLSC NDG/Montréal-Ouest **
- CLSC René-Cassin **

Associés
- Résidence Gilman (59)
- Centre de soins prolongés Grace Dart (CUSM) (357)
- Centre hospitalier gériatrique Maïmonides (387) (1)
- Centre hospitalier Mont-Sinaï (57) (1)

Population 117 655

Ressources CHSLD
- lits : 985
- places RTF-RI : 140
- mandat régional : 0

Lits de réadaptation 67

Langue d'expression
- Français : 31,1 %
- Anglais : 66,9 %
- Autres : 2,0 %

Budget 93 220 999 $ + Gilman

Ressources humaines 712

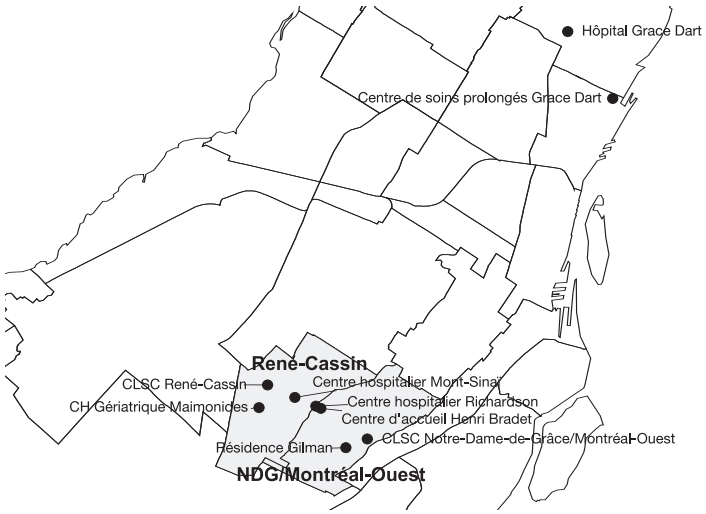
CMA potentiels 3

Hôpital local non

Hôpital de première instance
Centre hospitalier de St. Mary au nom du consortium (2)
- Dépendance 13,6 %

Habitudes population
– *soins surspécialisés*
42,1 % HGJ
41,2 % CUSM
– *soins généraux*
34,1 % HGJ
31,8 % CUSM
20,7 % CH de St. Mary

(1) Le Centre hospitalier gériatrique Maïmonides, le Centre hospitalier Mont-Sinaï et le CHSLD juif de Montréal sont intégrés sous un même conseil d'administration.
(2) Consortium formé par le Centre hospitalier de St. Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM.



Autres particularités du territoire 4

Sociodémographiques
19,1 % de sa population a moins de 18 ans, 20 % a 65 ans et plus, ce qui représente la plus forte proportion à Montréal. 25,7 % des personnes vivent avec un faible revenu.

Indicateurs de santé
L'espérance de vie à la naissance est favorable comparativement à celle de la région pour les hommes et pour les femmes. Les taux de mortalité sont inférieurs ou comparables à ceux de la région.

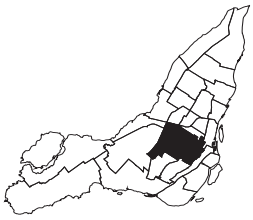
Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne ou affichent une valeur favorable en comparaison avec celles de la région.

Utilisation des services
Les admissions en santé physique sont inférieures ainsi que pour les admissions en santé mentale et en hébergement. L'utilisation des services de soutien à domicile est aussi sous la moyenne de la région.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services
- Plateau technique : les laboratoires regroupés, la tomodensitométrie, la résonance magnétique ne sont pas accessibles sur le territoire, mais au centre hospitalier de première instance (Centre hospitalier de St. Mary).

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

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



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

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

Associés
- Vigi Santé (CHSLD Mont-Royal) (273)
- CHSLD juif de Montréal (320) (1)
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (379)

Population 219 000

Ressources CHSLD
- lits : 1 272
- places RTF-RI : 49
- mandat régional : 0

Lits de réadaptation 129

Langue d'expression
- Français : 44,9 %
- Anglais : 51,3 %
- Autres : 3,8 %

Budget 136 981 204 $

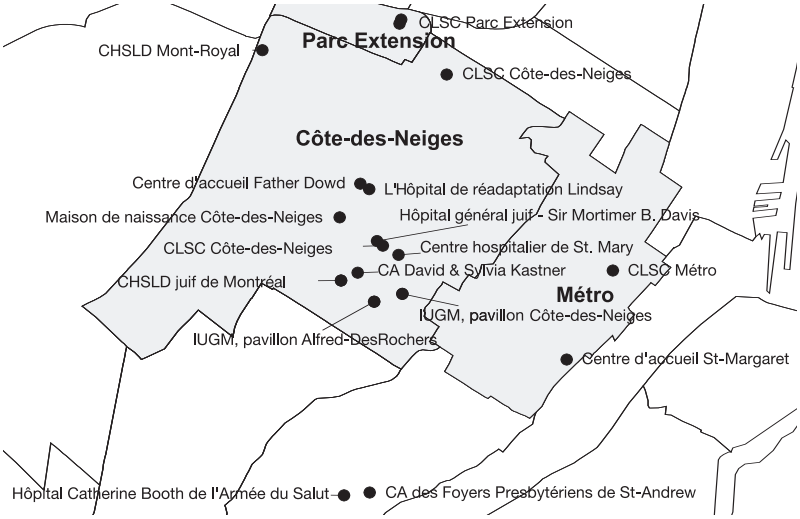
Ressources humaines 1 356

CMA potentiels : 6

Hôpital de première instance
Centre hospitalier de St. Mary au nom du consortium (2)
- Dépendance 21,7 %

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

(1) Le Centre hospitalier gériatrique Maïmonides, le Centre hospitalier Mont-Sinaï et le CHSLD juif de Montréal sont intégrés sous un même conseil d'administration.
(2) Consortium formé par le Centre hospitalier de St. Mary, l'Hôpital général juif et le CUSM.



Autres particularités du territoire 5

Sociodémographiques
18,9 % de sa population a moins de 18 ans et 15,7 % a 65 ans et plus. Le nombre et le taux de personnes vivant avec un faible revenu sont les plus élevés de la région avec 75 510 personnes ou 34,9 %.

Indicateurs de santé
L'espérance de vie à la naissance est favorable comparativement à celle de la région pour les hommes et pour les femmes. Les taux de mortalité sont inférieurs ou comparables à ceux de la région.

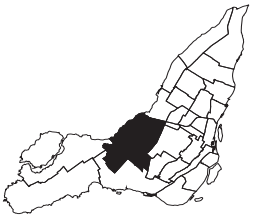
Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne ou affichent une valeur favorable en comparaison des valeurs régionales.

Utilisation des services
Tous les taux d'utilisation de services sont inférieurs aux taux régionaux : admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement et en services de soutien à domicile.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services
- Plateau technique complet est accessible sur le territoire à l'hôpital de première instance, le Centre hospitalier de St. Mary.

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

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



06 Centre de santé et de services sociaux du Nord de l'Île et Saint-Laurent

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

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

Population 124 600

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

Lits de réadaptation 22

Langue d'expression
- Français : 57,2 %
- Anglais : 38,4 %
- Autres : 4,4 %

Budget 94 094 927 $

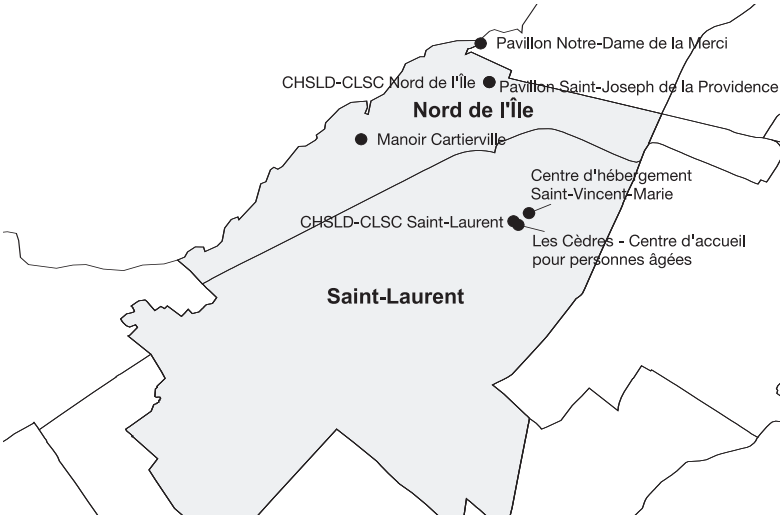
Ressources humaines 2 095

CMA potentiels 3

Hôpital local non

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

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



Autres particularités du territoire 6

Sociodémographiques
20 % de la population a entre 0 et 18 ans : 24 955 jeunes et 19,1 % a 65 ans et plus : 23 755 personnes. 30 % de la population tire un faible revenu : 36 875 personnes.

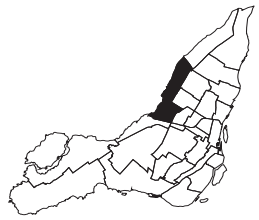
Indicateurs de santé
L'espérance de vie est au-dessus de la moyenne régionale pour les hommes (78,2 ans) et pour les femmes (82,9 ans). Le taux de mortalité est soit inférieur ou comparable au taux régional selon les causes de décès. De même les problèmes sociaux sont inférieurs ou comparables selon les aspects regardés.

Utilisation des services
Les admissions en santé physique, en santé mentale et en hébergement sont inférieures à la moyenne régionale. Le taux d'utilisation des services de soutien à domicile y est supérieur.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services
- Plateau technique : des laboratoires regroupés, la tomodensitométrie, l'ultrasonographie et la résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.)

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

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



07 Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

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

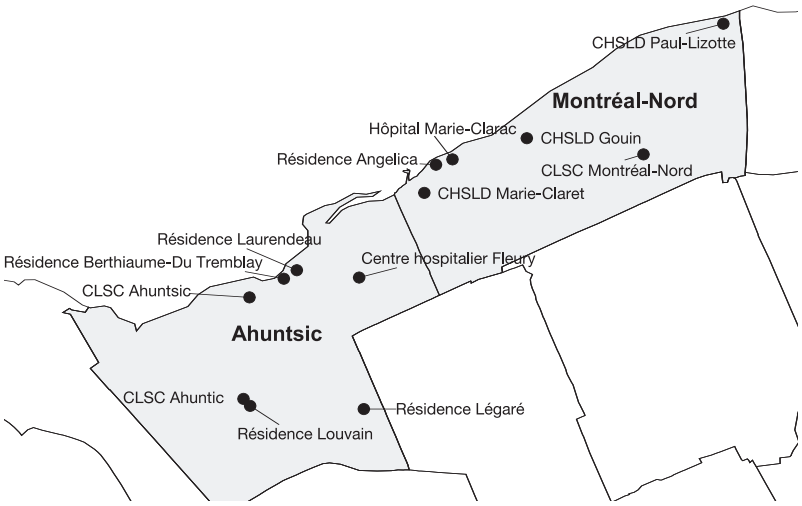
Associés
- CHSLD Gouin (93)
- CHSLD Marie-Claret (78)
- Hôpital Marie-Clarac
- Résidence Angelica (347)
- Résidence Berthiaume-Du Tremblay (246)

Population	161 415
Ressources CHSLD	
- lits :	1 452
- places RTF-RI :	0
- mandat régional :	0
Lits de réadaptation	200

Langue d'expression	
- Français :	85,2 %
- Anglais :	12,8 %
- Autres :	2,0 %
Budget	159 214 962 $
Ressources humaines	2 290
CMA potentiels	4

Hôpital local
Centre hospitalier Fleury
- Dépendance 50,3 %

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



Autres particularités du territoire 7

Sociodémographiques
Les jeunes de 0-17 ans forment 19,2 % de la population : 30 940 jeunes. La population âgée de 65 ans et plus compte pour 19,4 % avec 31 265 personnes. 33,2 % a un faible revenu : 52 550 personnes.

Indicateurs de santé
L'espérance de vie des hommes et des femmes se situe dans la moyenne régionale tout comme le taux de mortalité.

Les problèmes sociaux sont plus élevés en termes de chômage, de victimisation des 0-17 ans et de grossesses à l'adolescence que les moyennes montréalaises.

Utilisation des services
Les admissions en santé physique, en santé mentale et en hébergement sont plus élevées. Quant à l'utilisation des services de soutien à domicile, elle est sous la moyenne régionale.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services
- Des places en RTF et RI pour les personnes âgées.
- Plateau technique : la résonance magnétique.

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

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



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

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

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

Population 107 965

Ressources CHSLD
- lits : 619 + 25
- places RTF-RI : 0
- mandat régional : 25
  - unité spécifique : 25

Lits de réadaptation 0

Langue d'expression
- Français : 84,4 %
- Anglais : 13,3 %
- Autres : 2,4 %

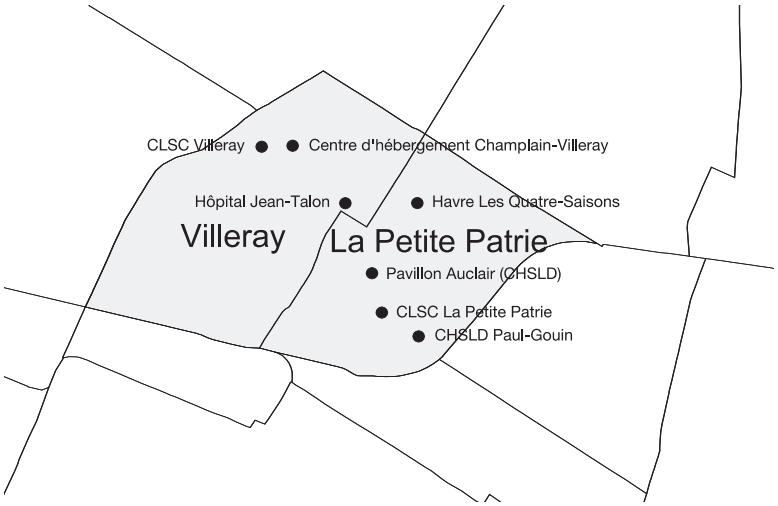
Budget 110 886 783 $

Ressources humaines 1 571

CMA potentiels 5

Hôpital local
Hôpital Jean-Talon
- Dépendance 32,4 %

Habitudes population
– *soins surspécialisés*
33,4 % CHUM
20,0 % ICM
– *soins généraux*
23,8 % Hôpital Jean-Talon



Autres particularités du territoire 8

Sociodémographiques

Il s'agit du territoire avec la plus petite population totale : 107 965 habitants. Les jeunes de 0-18 ans forment 16 % de la population : 17 230 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus comptent pour 14,4 % soit 15 560 personnes. 34,9 % de la population a un faible revenu : 37 270 personnes.

Indicateurs de santé

L'espérance de vie est inférieure pour les hommes (72,6 ans) et dans la moyenne montréalaise pour les femmes (80,1 ans). Le taux de mortalité est plus élevé que le taux moyen régional dans le cas de tumeurs, de cancer du poumon et de cancer du sein.

Les problèmes sociaux se situent dans la moyenne sauf pour les grossesses à l'adolescence qui sont plus élevées.

Utilisation des services

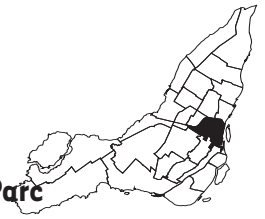
Les admissions en santé physique sont dans la moyenne montréalaise. Les admissions en santé mentale et en hébergement sont plus élevées ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services

- Des lits de réadaptation en santé physique.
- Des places en RTF et RI pour les personnes âgées.
- Plateau technique : résonance magnétique.

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

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



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

Instance
- Centre hospitalier Jacques-Viger (359)
- CHSLD Centre-Ville de Montréal (396) *
- CHSLD Émilie-Gamelin/ Armand-Lavergne (368)
- CLSC des Faubourgs *
- CLSC du Plateau Mont-Royal *
- CLSC Saint-Louis du Parc *
- Les CHSLD du Plateau Mont-Royal (363)

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

Population 136 475

Ressources CHSLD
- lits : 1 364 + 250
- places RTF-RI : 74
- mandat régional : 250
  - unité spécifique : 122
  - clientèle chinoise : 128

Lits de réadaptation 185

Langue d'expression
- Français : 82,6 %
- Anglais : 15,6 %
- Autres : 1,8 %

Budget 154 718 714 $

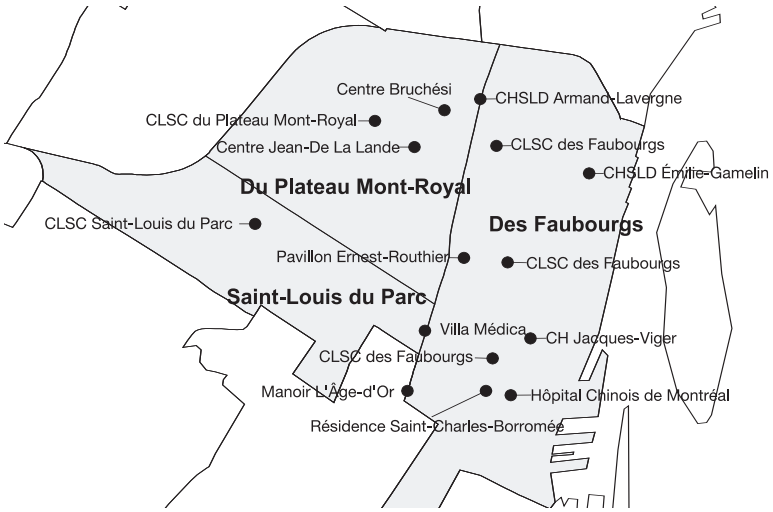
Ressources humaines 2 957

CMA potentiels 3

Hôpital local non

Hôpital de première instance
CHUM
- Dépendance 14,8 %

Habitudes population :
– *soins surspécialisés* 56,0 % CHUM
– *soins généraux* 52,6 % CHUM



Autres particularités du territoire 9

Sociodémographiques

Le territoire compte le plus petit pourcentage de jeunes 0-18 ans avec 11,5 % de sa population : 15 760 jeunes. Il compte aussi le plus petit pourcentage de personnes de 65 ans et plus avec 11,7 % de sa population : 15 930 personnes. Les personnes à faible revenu forment le deuxième pourcentage le plus élevé de la région montréalaise, soit 35,5 % de sa population : 47 300 personnes.

Indicateurs de santé

L'espérance de vie est la plus basse de la région pour les hommes (69,1 ans) et pour les femmes (78,4 ans). Le taux de mortalité est plus élevé que la moyenne dans le cas des tumeurs, des affections de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des traumatismes, du cancer du poumon et du suicide.

Les problèmes sociaux sont dans la moyenne régionale sauf pour les grossesses à l'adolescence qui sont plus élevées.

Utilisation des services

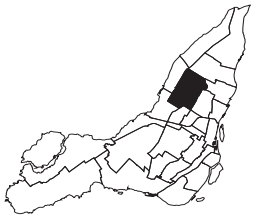
Les admissions en santé physique sont dans la moyenne régionale. Les admissions en santé mentale et en hébergement sont au-dessus ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services

- Plateau technique : laboratoires regroupés, tomodensitométrie, ultrasonographie et résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire, au CHUM.)

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

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



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

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

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

Population 123 165

Ressources CHSLD
- lits : 452 + 103 (Dante)
- places RTF-RI : 0
- mandat régional : 103
  - clientèle italienne : 103

Lits de réadaptation 0

Langue d'expression
- Français : 70,9 %
- Anglais : 24,3 %
- Autres : 4,9 %

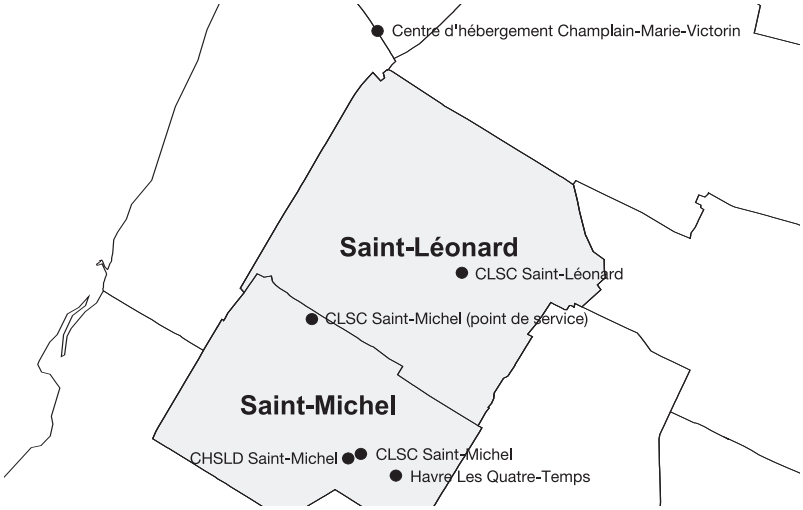
Budget 47 522 825 $

Ressources humaines 974

CMA potentiel 1

Hôpital de première instance
Hôpital Santa Cabrini
- Dépendance 23,1 %

Habitudes population
– *soins surspécialisés*
33,3 % ICM
19,3 % HMR
14,7 % CHUM
– *soins généraux*
21,5 % HMR
14,5 % Santa Cabrini



Autres particularités du territoire 10

Sociodémographiques
Le pourcentage de jeunes 0-18 ans, 21,5 % de la population, est le deuxième plus élevé. Il compte 26 420 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus, 16,6 % de la population, sont au nombre de 20 495 personnes. 32 % des citoyens ont un faible revenu : 40 425 personnes.

Indicateurs de santé
L'espérance de vie est supérieure pour les hommes (76,4 ans) et dans la moyenne régionale pour les femmes (81,8 ans). Le taux de mortalité se situe dans la moyenne régionale ou inférieur selon les causes.

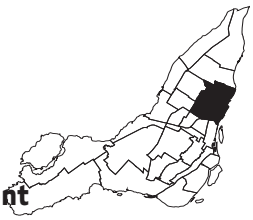
Les problèmes sociaux sont comparables à la région.

Utilisation des services
Les admissions en santé physique ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile sont au-dessus de la moyenne montréalaise. Pour ce qui est des admissions en santé mentale et en hébergement, elles sont inférieures.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services
- Des places en RTF et RI pour les personnes âgées.
- Des lits de réadaptation en santé physique.
- Plateau technique : résonance magnétique.

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

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



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

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

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

Population 170 830

Ressources CHSLD
- lits : 1 350 + 306
- places RTF-RI : 74
- mandat régional : 306
  - unité spécifique : déficience visuelle : 51
  - clientèle polonaise et slave : 126
  - multi-handicapés : 30

Lits de réadaptation 33

Langue d'expression
- Français : 90,8 %
- Anglais : 8,5 %
- Autres : 0 ,7 %

Budget 134 099 884 $

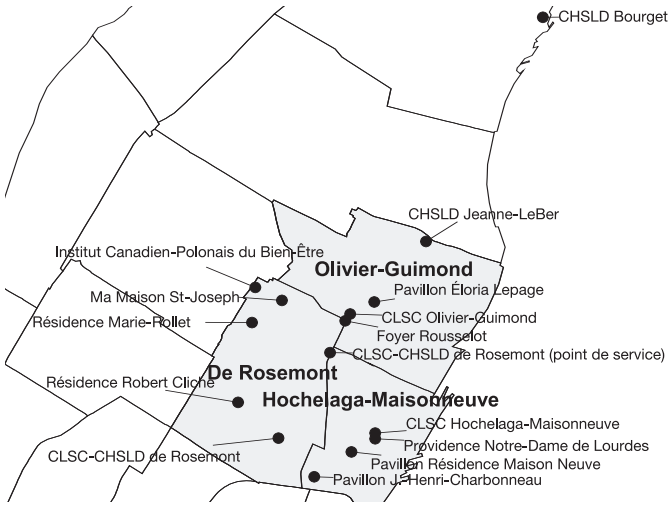
Ressources humaines 2 371

CMA potentiels 4

Hôpital local non

Hôpital de première instance
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Dépendance 12,4 %

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



Autres particularités du territoire 11

Sociodémographiques

Le pourcentage de jeunes 0-18 ans est un des plus petits de la région avec 15,5 % de sa population pour 26 425 jeunes. Les personnes de 65 ans et plus comptent pour 18,3 % de la population avec 31 340 personnes. 33,4 % des citoyens ont un faible revenu : 55 715 personnes.

Indicateurs de santé

L'espérance de vie est sous la moyenne montréalaise pour les hommes (71,9 ans) et pour les femmes (79,9 ans). Le taux de mortalité est plus élevé dans le cas des affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, des traumatismes, du cancer du poumon et du suicide en comparaison avec les taux moyens de la région.

Les problèmes sociaux sont aussi plus élevés.

Utilisation des services

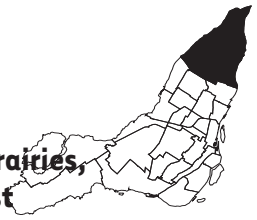
Les admissions en santé mentale sont les plus élevées de la région. Les admissions en santé physique et en hébergement sont plus élevées que la moyenne. L'utilisation des services de soutien à domicile est moins élevée que la moyenne régionale.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services

- Plateau technique : électrophysiologie, laboratoires regroupés, radiologie générale, tomodensitométrie, ultrasonographie et résonance magnétique. (Ces ressources sont disponibles sur le territoire à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.)

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

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



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

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

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

Population 185 330

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

Lits de réadaptation 0

Langue d'expression
- Français : 86,2 %
- Anglais : 12,8 %
- Autres : 1,0 %

Budget 84 207 444 $ + Judith-Jasmin

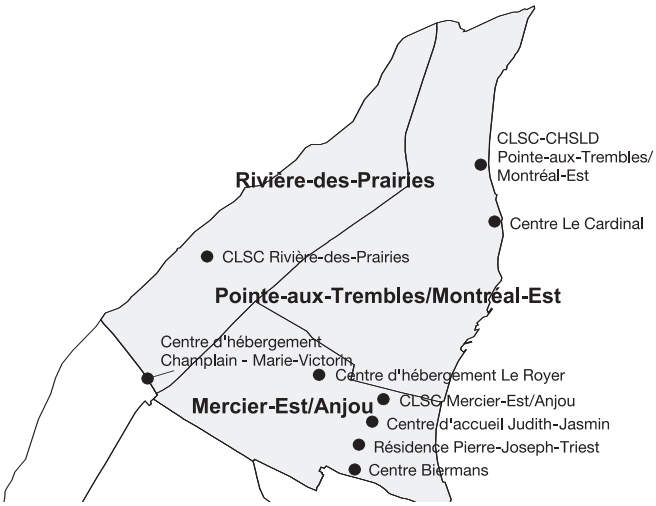
Ressources humaines 1221 + Judith-Jasmin

CMA potentiels 4

Hôpital local non

Hôpital de première instance
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Dépendance 25,3 %

Habitudes population
– *soins surspécialisés*
33,3 % ICM
27,7 % HMR
– *soins généraux*
34,2 % HMR



Autres particularités du territoire 12

Sociodémographiques

Les jeunes de 0-18 ans forment 21 % de la population : 38 895 jeunes. Les 65 ans et plus comptent pour 15,1 % de la population : 27 930 personnes. Le territoire se trouve parmi ceux qui ont le plus petit pourcentage de personnes avec un faible revenu, 21,6 % pour 38 985 personnes.

Indicateurs de santé

L'espérance de vie est dans la moyenne régionale pour les hommes et pour les femmes. Le taux de mortalité est plus élevé dans le cas de tumeurs, d'affections de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, de cancer du poumon et de cancer du côlon-rectum que le taux moyen observé à Montréal.

Les problèmes sociaux sont dans la moyenne ou moins élevé selon l'indicateur observé.

Utilisation des services

Les admissions en santé physique, en santé mentale, en hébergement ainsi que l'utilisation des services de soutien à domicile sont toutes plus élevées que les moyennes régionales.

Ressources nécessaires pour compléter le panier de services

- Des lits de réadaptation en santé physique.
- Plateau technique : électrophysiologie, laboratoires regroupés, tomodensitométrie, ultrasonographie et résonance magnétique. (Certaines de ces ressources sont disponibles sur le territoire en clinique privée et accessibles à l'hôpital de première instance, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.)

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

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



LES CONDITIONS DE RÉALISATION

6

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

1. L'injection de ressources additionnelles pour financer la stratégie d'implantation

- ☐ l'obtention des ressources et des leviers requis pour la mise en place des CMA;
- ☐ l'approbation du plan d'informatisation et l'obtention des ressources financières nécessaires à son implantation;
- ☐ l'obtention des ressources nécessaires pour augmenter le nombre de gestionnaires de cas dans les services de première ligne;
- ☐ l'obtention d'un accroissement progressif des crédits régionaux en lien avec les priorités identifiées dans le Plan stratégique régional « *La santé en actions* »;
- ☐ l'obtention des ressources non récurrentes requises pour financer les activités de support au changement;
- ☐ l'obtention des ressources requises pour assurer le fonctionnement optimal des comités d'usagers et l'information de la population.

2. Le maintien, pendant la période de transition, des ententes existantes

L'Agence demandera le maintien et le respect des ententes existantes entre les établissements et ce, jusqu'à la signature de nouvelles ententes, lorsque requises, notamment avec les centres de santé et de services sociaux et les autres établissements du réseau.

3. Le maintien, pendant au moins deux ans, de certaines fonctions régionalisées

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

4. L'introduction de mécanismes de protection et de sécurisation des renseignements personnels

La sécurité des renseignements personnels sera assurée par des liens de télécommunication sécurisés

(RTSS), des services spécialisés de transports de données, des dépôts de données redondants et accessibles physiquement et logiquement par les seules personnes autorisées.

Au plan de la protection des renseignements personnels, le consentement éclairé de la clientèle sera requis pour le transfert, le transit et le dépôt temporaire ou permanent de cette information à l'intérieur d'une zone régionale sécurisée.

5. Des actions concrètes pour maximiser la disponibilité de la main-d'oeuvre

La complexité et l'ampleur de la mise en œuvre des réseaux locaux doivent agir à titre de leviers pour saisir toutes les opportunités liées à la gestion de la transition. Dans ce contexte, les actions porteuses de succès devront maximiser la disponibilité de main-d'œuvre en favorisant une utilisation optimale des ressources humaines. À ce chapitre, le maintien, le développement et la mise en place de stratégies axées notamment sur l'organisation du travail, l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre et la gestion de la présence au travail, soutenues par le développement des compétences, s'avèrent essentielles.

6. Des garanties à l'accès aux services en langue anglaise

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

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



LEXIQUE

Agence : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

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

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

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

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

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

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

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

AHQ : Association des hôpitaux du Québec

AMOM : Association des médecins omnipraticiens de Montréal

CA : Centre d'accueil

CAU : Centre affilié universitaire

CH : Centre hospitalier

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

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

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CII : Conseil des infirmières et infirmiers

CLSC : Centre local de services communautaires

CM : Conseil multidisciplinaire

CMA : Centre médical associé

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMR : Commission médicale régionale

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CUSM : Centre universitaire de santé McGill

DRMG : Département régional de médecine générale

HGJ : Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont

HSC : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

ICM : Institut de cardiologie de Montréal

IUGM : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

OMS : Organisation mondiale de la santé

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

Québec
Montréal