

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX

Déposé le 23 août 2011

No. : CSSS-53

Secrétaire Quik Laplante

FICHES D'INFORMATION

---

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
Août 2011

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
3725, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec) H2X 3L9  
514 286-6500

Sources principales/Documents disponibles au [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)

- Bilan stratégique 2006-2010
- Espace montréalais d'information sur la santé
- Rapport annuel de gestion de l'Agence de Montréal 2006-2007
- Rapport annuel de gestion de l'Agence de Montréal 2007-2008
- Rapport annuel de gestion de l'Agence de Montréal 2008-2009
- Rapport annuel de gestion de l'Agence de Montréal 2009-2010
- Rapport annuel de gestion de l'Agence de Montréal 2010-2011 (en préparation)

## TABLES DES MATIÈRES

---

1. L'accès aux services	
1.1 Les services de soutien à domicile .....	3
1.2 Les services chirurgicaux et les services diagnostiques – imagerie médicale.....	4
1.3 Les services aux personnes ayant une déficience et leur famille .....	5
1.4 Les services aux personnes présentant une dépendance .....	6
1.5 Les services aux jeunes en difficulté et leur famille.....	7
1.6 Les salles d'urgence.....	8
1.7 Itinérance .....	9
2. La qualité .....	11
3. Les autres réalisations	
3.1 Le soutien à l'action communautaire .....	13
3.2 Les investissements en immobilisations et en équipements médicaux .....	14
3.3 L'information à la population .....	15
3.4 La réponse de la région aux situations d'urgence .....	16
3.5 La situation financière .....	17
4. Les grandes transformations	
4.1 Le Plan régional en santé publique – <i>Garder notre monde en santé</i> .....	19
4.2 La transformation des services médicaux de 1 <sup>re</sup> ligne.....	20
4.3 La prévention et la gestion des maladies chroniques.....	21
4.4 La réorganisation des services posthospitaliers de convalescence et de réadaptation.....	22
4.5 Le Plan d'action en santé mentale – <i>La force des liens</i> .....	23
4.6 Le Plan d'action montréalais pour l'amélioration des services aux personnes en perte d'autonomie liées au vieillissement (PPALV).....	25
4.7 Le Plan montréalais sur la disponibilité de la main d'œuvre.....	31
4.8 L'informatisation .....	32
4.9 L'optimisation .....	33



## 1.1 LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

---

Les services de soutien à domicile ont connu une forte augmentation ces dernières années, tant au regard du nombre de personnes desservies que du nombre moyen d'interventions. Malgré un budget annuel de 185 M\$, les personnes en attente de services réguliers sont toutefois plus nombreuses. Pour améliorer leur capacité de répondre à la demande, les CSSS de la région se sont engagés dans des projets d'optimisation qui commencent déjà à donner des résultats positifs (voir à ce sujet la Fiche 4.9 – L'optimisation).

### **Les services de soutien à domicile**

En 2010-2011, près de 59 000 personnes, dont près de 50 000 personnes âgées en perte d'autonomie, ont reçu des services réguliers de soutien à domicile (SAD) dans la région de Montréal. Comparativement à 2005-2006, c'est près de 7 000 personnes âgées de plus qui sont desservies à domicile chaque année. On notera aussi que le nombre moyen d'interventions est passé de 30,63 à 36,5 (cible ministérielle : 24) au cours de la même période.

Les services intensifs de soutien à domicile (SISAD) ont également été développés à l'intention des personnes nécessitant jusqu'à 35 heures de service par semaine. Ainsi, depuis 2007, près de 600 nouvelles places SISAD sont accessibles sur l'ensemble du territoire, principalement pour permettre le retour à domicile après une hospitalisation.

### **Personnes en attente**

Aucune personne présentant des besoins urgents ou nécessitant des soins posthospitaliers n'est en attente de services à domicile. On note toutefois que le nombre de personnes en attente pour des services réguliers est en hausse dans la région.

### **Soutien aux proches aidants et aux organismes communautaires**

Depuis 2007-2008, 400 proches aidants bénéficient chaque année du programme d'allocation directe pour des services de répit/gardiennage (jusqu'à 1 500 \$ par année par famille). De plus, quelque 50 familles vivant avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer bénéficient de journées de répit (*Baluchon Alzheimer*). L'organisme *Le temps d'une pause* offre aussi des services de répit aux familles à raison de quatre jours par semaine.

En 2009-2010, 6,8 M\$, soit 1,7 M\$ de plus qu'en 2006, ont été alloués à divers organismes communautaires œuvrant spécifiquement auprès des personnes âgées et des proches aidants. À ce financement s'ajoute celui accordé à d'autres organismes œuvrant auprès de différentes clientèles, incluant les personnes âgées. C'est le cas, notamment, des organismes appartenant aux catégories « communautés culturelles », « personnes démunies » ou « santé mentale » du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), dont plusieurs comptent une forte proportion de personnes âgées parmi leur clientèle. ■

## 1.2 LES SERVICES CHIRURGICAUX ET LES SERVICES DIAGNOSTIQUES - IMAGERIE MÉDICALE

### Les services chirurgicaux

Depuis 2006, la production chirurgicale a augmenté dans tous les secteurs visés par le mécanisme d'accès, et de façon plus importante pour les chirurgies de la cataracte (+ 2 700), les chirurgies d'un jour (+ 5 900) et les chirurgies de remplacement de la hanche (PTH) et du genou (PTG) (+ 1 000). La demande est aussi à la hausse dans tous ces secteurs, atteignant 17 % pour les chirurgies PTH et PTG depuis deux ans seulement.

Malgré l'augmentation de la demande, la garantie d'accès est généralement respectée dans les secteurs où elle s'applique, soit pour les chirurgies de la cataracte et les chirurgies PTH et PTG. Les personnes qui n'ont pas accès à la chirurgie requise dans les délais prescrits ont très majoritairement (99 %) refusé d'être opérées plus rapidement, par un autre chirurgien ou dans un autre établissement que celui prévu.

#### Évolution de la production chirurgicale dans la région de Montréal

Type de chirurgie	Nombre d'interventions	
	2005-2006 *	2010-2011 **
Cataracte	26 793	29 497
PTH et PTG	3 954	4 874
Chirurgies d'un jour (excluant PTH et PTG)	58 977	64 894
Chirurgies avec hospitalisation (excluant PTH, PTG)	54 217	54 077

\* Volume de production réel à la période 13 – source : Med-Écho.

\*\* Ce sont les volumes Med-Écho estimés à la période 13 puisque les données réelles ne sont pas disponibles.

#### Évolution de la demande en chirurgie \*

Type de chirurgie	2008-2009	2009-2010	2010-2011	Augmentation
Cataracte	32 568	33 587	33 900	4,09 %
PTH et PTG	5 833	6 446	6 832	17,13 %
Chirurgies d'un jour (excluant cataractes)	84 579	87 290	91 017	7,61 %
Chirurgies avec hospitalisation (excluant PTH, PTG)	43 562	46 170	49 837	14,40 %

\* Nombre de demandes reçues à la période 13 – source : SIMASS. Le nombre de demandes reçues représente le nombre de demandes planifiées réalisées auquel a été ajouté le nombre de demandes en attente pour des patients disponibles.

### Degré d'atteinte des cibles ministérielles

La cible ministérielle fixe à 90 % la proportion de patients traités dans les délais prescrits, toutes catégories de chirurgie confondues. Cette cible est atteinte dans la région, sauf pour les chirurgies de PTH et PTG pour lesquelles les patients préfèrent attendre plus longtemps et être opérés par le chirurgien et dans l'établissement prévus. Plus de 99 % de ces personnes ont refusé d'être opérées par un autre chirurgien ou dans un autre établissement.

### Les services diagnostiques – imagerie médicale

En 2010, l'Agence s'est dotée d'un plan visant à réduire les délais d'accès pour les services d'imagerie médicale (graphie générale, fluoroscopie, échographie, tomographie, résonance magnétique, mammographie et angiographie). Un premier portrait de la situation a confirmé à quel point les délais d'accès étaient problématiques en échographie, particulièrement dans l'Est de Montréal.

Un ensemble de mesures ont donc été déployées afin d'améliorer l'accès aux échographies dans cette partie de l'île. Ces mesures comprennent le développement ou le rehaussement de plateaux techniques dans les CSSS de l'Est de Montréal ainsi que la mise en place de corridors de service entre les hôpitaux, en fonction des disponibilités. Le corridor de service entre l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal débutera d'ailleurs en septembre 2011. ■■■

### 1.3 LES SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE ET LEUR FAMILLE

Ces services s'adressent aux personnes présentant soit une déficience intellectuelle (DI), un trouble envahissant du développement (TED) ou une déficience physique (DP), soit une déficience motrice, auditive, visuelle ou du langage. En 2008, le MSSS a diffusé son Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – *Afin de faire mieux ensemble*. Ce plan détermine les standards d'accès et de continuité applicables à toutes les nouvelles demandes de service et a posé deux grands défis à Montréal : résorber les listes d'attente et mettre en place les mécanismes requis pour assurer une prise en charge rapide des nouvelles clientèles.

#### Les services aux personnes présentant une DI ou un TED

- En 2006-2010, le budget de développement en DI-TED a atteint 8,3 M\$.
- Le nombre de personnes présentant une DI ou un TED desservies à domicile a augmenté et les cibles sont pratiquement atteintes.
- Le nombre de personnes ayant une DI ou un TED dont la famille bénéficie du programme d'allocation directe (répit, gardiennage, dépannage) a augmenté de 15 % en 2006-2010; près de 4 000 familles reçoivent maintenant cette allocation chaque année.
- 1,9 M\$ ont été alloués au Programme de stimulation précoce et à l'approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (AMIS) pour les enfants de 0 à 5 ans.
- Le nombre d'enfants desservis dans le cadre du programme d'interventions comportementales intensives (ICI) est en baisse (247 en 2006 vs 214 en 2010) mais le nombre moyen d'heures consacrées par enfant par semaine a augmenté (13,6 en 2006 vs 14,2 heures en 2010).
- Le nombre de personnes ayant un TED recevant des services d'adaptation et d'intégration a augmenté de 80 % ces dernières années (de 1 130 personnes en 2005 à 2 036 en 2010).
- Au total, près de 2 400 personnes avec une DI ou un TED vivent dans la communauté, dans des ressources intermédiaires gérées par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI).

#### Les services aux personnes présentant une DP

- En 2006-2010, le budget de développement en DP a été d'un peu plus de 11 M\$.
- Le nombre de personnes handicapées recevant des services à domicile est resté relativement stable au cours des cinq dernières années, soit de 8 600.
- En 2006-2011, le nombre moyen d'interventions à domicile par usager est passé de 39,8 à 46,6, dépassant largement la cible ministérielle de 21,47 interventions.
- Depuis 2006, le nombre de personnes handicapées bénéficiant du programme *Chèque emploi-service* a augmenté de 340, soit de 20 000 heures de services par année; c'est maintenant 1 155 personnes qui bénéficient de ce programme chaque année.
- Le nombre d'usagers inscrits au programme d'allocation directe a augmenté de 19 % entre 2006 et 2010 : 1 554 personnes ou familles en bénéficient (2011).
- Le tarif horaire du programme *Chèque emploi-service* est de 12,35 \$ à Montréal (11 \$ dans d'autres régions).
- Chaque année, 25 000 personnes ayant une déficience physique reçoivent des services dans l'un ou l'autre des centres de réadaptation spécialisés de la région.

#### Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

En novembre 2008, 3 782 personnes ayant une déficience étaient en attente d'un premier service en CSSS, en CRDI ou en CRDP. Deux ans plus tard, les efforts conjugués de l'Agence et des établissements (désignation d'un responsable de l'accès, désignation pour chaque usager d'un intervenant-pivot, mécanismes de coordination, etc.) ont permis de résorber cette liste d'attente et prendre en charge la majorité de ces personnes. Au 31 mars 2011, les délais de réponse<sup>1</sup> étaient respectés à quelques jours près, dans la majorité des cas, pour les demandes urgentes. Pour les autres demandes, les délais de réponse n'atteignent pas encore les cibles. ■

<sup>1</sup> Niveau de priorité : urgent : 1<sup>er</sup> service en 72 heures; élevé : 1<sup>er</sup> service dans les 30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation spécialisé; 1<sup>er</sup> service au cours de l'année.

## 1.4 LES SERVICES AUX PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE

Les établissements de Montréal offrent des services généraux et spécialisés dans chacune des problématiques couvertes par le programme Dépendances, soit l'alcoolisme, les toxicomanies et le jeu pathologique. En plus des 12 CSSS et du Centre Dollard-Cormier–Institut universitaire sur les dépendances, plusieurs organismes communautaires, organismes sans but lucratif (par exemple, Le CRAN) et établissements privés (par exemple, Le Portage et La Maison Jean Lapointe) participent à la prévention et au traitement des dépendances.

### Résultats – Alcoolisme et toxicomanie

Dans l'ensemble, les différentes mesures prises pour améliorer l'accès aux services aux personnes alcooliques ou toxicomanes ont donné les résultats escomptés. Depuis 2006, quelque 2,1 M\$ ont été investis pour développer des services et améliorer la continuité, soit 0,9 M\$ pour la consolidation des services spécialisés et 1,2 M\$ pour le développement des services de 1<sup>re</sup> ligne, incluant les services offerts par les organismes communautaires. Ces sommes, combinées à différents ajustements de processus, ont permis de :

- mettre en place, en octobre 2006, un mécanisme d'accès aux services spécialisés pour les jeunes de moins de 18 ans – 2 300 évaluations à ce jour;
- démarrer, en 2008-2009, un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanie qui, dès la fin de l'année, avait desservi 150 personnes;
- implanter un processus de liaison entre les salles d'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Notre-Dame du CHUM et le Centre Dollard-Cormier : en 2010-2011 seulement, près de 780 personnes ont bénéficié de ce mécanisme;
- consolider les lits de désintoxication au Centre Dollard-Cormier ;
- démarrer un projet visant spécifiquement les mères toxicomanes et leurs enfants au Centre le Portage avec le soutien de la Fondation Lucie et André Chagnon;
- former plus de 400 intervenants provenant des CSSS et des centres jeunesse, en vue du développement de l'offre de service de 1<sup>re</sup> ligne en alcoolisme et toxicomanie;
- développer les services pour les jeunes des centres jeunesse dans le cadre de la *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014*.

### Résultats – Jeu pathologique

La clientèle des services de traitement en jeu pathologique a diminué de 28 % en cinq ans malgré les mesures prises pour mieux rejoindre les personnes susceptibles de bénéficier de ces services. Ce phénomène s'observe dans l'ensemble du Québec et le MSSS prévoit procéder à une analyse des causes. ■■■

## 1.5 LES SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

Les efforts déployés ces dernières années dans ce secteur ont porté en priorité sur l'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne pour les jeunes et les familles vivant une situation de crise, sur la réduction des délais d'accès et sur le développement des services de santé mentale. L'implantation des modifications apportées à la Loi sur la protection de la Jeunesse (juin 2006) a aussi demandé une attention particulière, notamment parce que de nouveaux services étaient prévus à l'intention des parents dont un enfant est soumis à une durée maximale de placement, des parents dont le signalement n'a pas été retenu ainsi que des parents vivant une situation de crise avec leur adolescent.

Au total depuis 2006, le programme Jeunes en difficulté a bénéficié d'un budget de développement de 8,7 M\$.

### Résultats – Services de 1<sup>re</sup> ligne

- Mise en place, depuis 2007, du programme *Crise-Ado-Famille-Enfant* (CAFE) dans chacun des 12 CSSS de la région et hausse marquée du nombre de parents ou de jeunes qui en ont bénéficié (de 180 à 1 187 entre 2009 et 2010).
- Développement, dans les CSSS, de l'offre de services en santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne spécifiquement dédiés aux jeunes (mesure prévue au plan d'action ministériel), ce qui a mené au transfert d'une partie de la clientèle du programme Jeunes en difficulté vers le programme Santé mentale; on observe le même phénomène en déficience intellectuelle-trouble envahissant du développement.
- Démarrage de réseaux sentinelles en prévention du suicide chez les jeunes dans 6 CSSS.

### Résultats – Services spécialisés offerts par les centres jeunesse

- Les délais d'accès pour la prise en charge sont en baisse et atteignent les cibles ministérielles; les délais pour l'évaluation sont aussi en baisse même si les cibles ne sont pas encore atteintes.
- Dans le cadre de l'application de mesures volontaires ou judiciaires, la fréquence des rencontres de suivi avec les parents a augmenté, se situant maintenant au-dessus des cibles avec 1,3 rencontre en moyenne toutes les deux semaines.
- Le Centre jeunesse de Montréal a mis sur pied des équipes spécialisées chargées d'intervenir auprès des jeunes souffrant de troubles mentaux dans les centres de réadaptation. Les Centres de la famille et de la jeunesse Batshaw se préparent à faire de même.
- Un programme de préparation à la vie autonome a été implanté dans les deux centres jeunesse; 90 jeunes y ont participé en 2010.
- Hausse importante du nombre moyen d'interventions à l'application des mesures : de 0,72 à 1,68 de 2008 à 2010. ■■■

## 1.6 LE DÉSENGORGEMENT DES SALLES D'URGENCE

Des efforts considérables ont été investis depuis 2005 pour améliorer la performance des urgences. Plusieurs mesures structurantes et ponctuelles ont été mises en place, tant dans les salles d'urgence qu'en amont et en aval des urgences, sans toutefois donner de résultats satisfaisants. Entre 2007 et 2009, la situation s'est améliorée, particulièrement en ce qui a trait au taux d'occupation moyen et au nombre de personnes ayant séjourné plus de 48 heures à l'urgence. Depuis janvier 2010 cependant, ces indicateurs sont à la hausse. Plusieurs facteurs sont à considérer pour comprendre cette situation :

- augmentation de la population (+ 50 000 depuis 5 ans);
- vieillissement et alourdissement de la clientèle :
  - hausse du nombre d'arrivées par ambulance : 13 000 ambulances de plus par an depuis 2006 (équivalent au nombre annuel d'ambulances à l'Hôpital du Sacré-Cœur);
  - hausse significative du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus admises à l'urgence (19 % en cinq ans) et hausse de la proportion des patients sur civières âgés de 85 ans et plus (de 9 % à 11 % entre 2006 et 2010);
- besoins accrus d'hospitalisation pour cette clientèle âgée;
- fermeture temporaire de lits de courte durée liée aux infections nosocomiales, au manque de personnel et à des travaux de rénovation;
- réduction du nombre de lits en CHSLD liée à des fermetures pour raison de vétusté et de rénovations pour améliorer les milieux de vie;
- devancement de la fermeture des unités de soins de longue durée (USLD) dans les hôpitaux.

### Mesures prises

- Équipe dédiée à la gestion des salles d'urgence; suivi quotidien et intervention rapide.
- Plan régional incluant un ensemble de mesures visant, entre autres, à améliorer les processus (congé, admissions, transferts, etc.) et à réduire les visites évitables à l'urgence.
- Rehaussement de l'offre de service à domicile et de soins intensifs à domicile.
- Investissement d'au moins 32 M\$ par an en mesures régulières (33,5 M\$ en 2010-2011), soit en achat de places d'hébergement, de services intensifs de soutien à domicile (SISAD) ou de places en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).
- Financement de mesures additionnelles (achat de places d'hébergement, de SISAD, de places en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), etc. ( 5,6 M\$ en 2006-2007, 22,8 M\$ en 2007-2008, 35,6 M\$ en 2008-2009, 33,6 M\$ en 2009-2010 et 30,3 M\$ en 2010-2011).
- Augmentation des heures travaillées à l'urgence (10 % entre 2006 et 2009).
- Ouverture d'une unité SPEC 1 de 29 places au CSSS Jeanne-Mance (été 2010).
- Création de 200 nouvelles places en UTRF.
- Projet pilote de réorientation de certains usagers vers les cliniques-réseau à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Hôpital Santa Cabrini.
- Réorganisation des services posthospitaliers de réadaptation et accès accru aux lits de réadaptation fonctionnelle intensive et de soins subaigus.
- Achat de places en hébergement transitoire : dépenses de 12,2 M\$ en 2006-2007 et de 17,5 M\$ en 2010-2011, soit une hausse de 42,5 %, pour 639 places en 2010-2011.

### En implantation ou à venir – mesures

- Ouverture, en septembre 2011, d'une unité SPEC 2 de 27 places au CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent.
- Accélération du processus d'implantation des réseaux de services intégrés pour personnes âgées.
- Introduction de l'approche gériatrique dans les établissements : cette approche vise à offrir des soins de façon continue et cohérente, centrés sur la personne âgée et ses proches.
- En 1<sup>re</sup> ligne : meilleure prise en charge des personnes atteintes d'une maladie chronique dans le cadre des nouveaux programmes implantés dans les CSSS.
- Amélioration des installations des urgences de l'Hôpital Jean-Talon (2012), Hôpital général Juif (2012), l'Hôpital de LaSalle (2013), l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (2015) et de l'Hôpital du Lakeshore (avant-projet à l'étude). ■■■

## 1.7 L'ITINÉRANCE

On estime que la population itinérante est d'au moins 28 000 personnes à Montréal. Ce sont majoritairement des hommes, qui sont de plus en plus nombreux à présenter des problèmes de santé liés au vieillissement (maladies chroniques, perte d'autonomie, etc.). Depuis quelques années, on note aussi un nombre croissant de « nouveaux » itinérants : des femmes, des jeunes, parfois en couple ou avec un chien, ainsi que des personnes provenant des communautés culturelles ou d'origine autochtone.

En décembre 2009, le MSSS a lancé un plan d'action interministériel en itinérance, lequel propose quelque 70 mesures pour améliorer les conditions de vie des personnes itinérantes et à venir en aide à celles qui sont à risque de le devenir. La mise en œuvre de ce plan à Montréal a été confiée à l'Agence et un comité de coordination intersectorielle – Ville de Montréal, Service de police, RAPSIM, Office d'habitation du Québec, ministère de la Justice, Cour municipale, etc.) – été créé afin d'assurer la concertation des efforts et l'harmonisation des pratiques.

En 2010-2011, l'Agence a alloué 29 M\$ (26,3 M\$ en 2008-2009) en subventions aux grands refuges et aux organismes communautaires ouvrant auprès des personnes itinérantes ou à risque de le devenir. Ce montant, qui atteindra 30 M\$ cette année, n'inclut pas le coût des services offerts par les établissements (CSSS Jeanne-Mance, CHUM, Centre Dollard-Cormier, etc.).

### Hébergement

Les trois grands refuges – Mission Old Brewery, Maison du Père et Mission Bon Accueil – assurent l'hébergement des hommes itinérants toute l'année alors que l'hébergement des femmes est assurée par le Pavillon Patricia Mackenzie, Le Chaînon et La rue des Femmes. Des organismes communautaires offrent aussi de l'hébergement aux personnes présentant des besoins particuliers (femmes victimes de violence ou avec enfants, personnes infectées par le VIH, etc.); en plus de l'hébergement, ces organismes offrent des services psychosociaux et des services d'accompagnement afin d'éviter à leur clientèle de basculer vers l'itinérance.

Le *Projet autochtone du Québec* offre des services d'accueil et d'hébergement aux itinérants d'origine autochtone.

Le financement des grands refuges a augmenté sensiblement depuis trois ans, passant de 2,8 M\$ en 2008-2009, à 3,8 M\$ en 2010-2011 et à 4,7 M \$ pour l'année en cours.

### Quelques données sur la fréquentation des services d'hébergement pendant l'hiver

- Augmentation de l'achalandage des refuges pour hommes :
  - en 2008-2009, 53 853 admissions pour 567 lits (taux d'occupation : 90 %); pendant la même période en 2010-2011, 57 097 admissions pour 573 lits (taux d'occupation : 95 %).
- Augmentation de l'achalandage des services pour femmes : en 2008-2009,
  - 4 242 admissions pour 48 lits (taux d'occupation : 84 %) comparativement à 5 699 admissions pour 63 lits (taux d'occupation : 86 %) en 2010-2011
- Au *Projet autochtone du Québec*, qui dispose de 37 places, on a enregistré 3 271 admissions pour un taux d'occupation de 84 %.

### Centres de jour/soir et services de dépannage

Une dizaine d'organismes communautaires sont financés par l'Agence pour offrir une variété de services de dépannage (nourriture, vêtements, douche, etc.) le jour et en soirée. Le Bon Dieu dans la rue - Chez Pops, la Maison Chez Doris, l'Accueil Bonneau et le Centre d'amitié autochtone font partie de ces organismes.

### Services de santé et d'accompagnement

Le CSSS Jeanne-Mance, le CHUM et le Centre Dollard-Cormier, tous trois situés au centre-ville, sont les établissements les plus fréquentés par les personnes itinérantes. Ils offrent des services médicaux, des soins infirmiers, des soins dentaires, des services en désintoxication, de l'aide aux personnes infectées par le VIH, l'accès à des tests de grossesse et de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), etc.

Certains organismes communautaires complètent l'offre de services. C'est le cas, entre autres, de Cactus Montréal, Dopamine et Spectre de rue qui assurent la distribution de matériel stérile (seringues, condoms, etc.) et la récupération de matériel souillé.

### Autres services

L'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) a été créée en 2009; elle est composée d'intervenants du CSSS Jeanne-Mance et de policiers du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM). Sa mission est de rejoindre les personnes itinérantes ou à risque de le devenir afin de les référer aux services requis et de favoriser leur réinsertion.

L'équipe Urgence Psychosociale – Justice (UPS–J) du CSSS Jeanne-Mance est accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Elle vient en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui commettent des délits mineurs, qui sont impliquées dans des conflits ou qui traversent une crise suicidaire, dans le but d'éviter l'arrestation et la détention des personnes atteintes d'un problème de santé mentale.

Au besoin, les refuges travaillent aussi en collaboration avec les centres de crise qui offrent à l'ensemble de la population des services en prévention du suicide, des services de santé mentale et des services d'évaluation et de dépistage en toxicomanie.

#### **Réalisations à souligner**

- Création de l'Équipe EMRII.
- Contribution importante de l'Agence de Montréal aux efforts de concertation avec la Ville de Montréal, le SPVM et les trois grands refuges.

#### **Défis majeurs**

- Mettre sur pied un centre de répit et de dégrisement en collaboration avec la Ville de Montréal.
- Développer le logement social permanent ou transitoire avec un soutien communautaire.
- Améliorer les services de suivi (intensif ou d'intensité variable) dans la communauté.
- Améliorer la disponibilité des services spécialisés pour les personnes aux prises avec des problèmes de dépendance, d'ITSS et les utilisateurs de drogues injectables.
- Prévoir et mettre en place les ressources permettant de répondre aux besoins spécifiques des personnes itinérantes âgées en perte d'autonomie, aux prises avec de sérieux handicaps physiques et/ou mentaux et aux femmes itinérantes enceintes ou victimes de violence. ■

## 2. LA QUALITÉ

---

### La qualité des soins et des services

Les dernières années ont été marquées par une augmentation et une systématisation des mesures d'appréciation de la qualité des services.

- **Agrément**

Au 31 mars 2011, 83 établissements publics et privés avaient reçu leur agrément. Un établissement public et un établissement privé n'avaient pas reçu leur agrément et trois établissements privés étaient en processus pour leur première visite.

- **Gestion des risques/prestation sécuritaire des soins et services**

Tous les établissements ont adopté une politique de divulgation des accidents, mis en place un comité de gestion des risques ainsi qu'un mécanisme de déclaration des incidents et des accidents et reçu la formation sur l'outil informatique de saisie des données relatives aux incidents et aux accidents.

- **Visites ministérielles d'appréciation de la qualité**

Depuis avril 2005, 153 visites ont été effectuées dans 334 installations, dont 86 centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), 196 centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) comprenant plusieurs ressources telles que les ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires/ressources de type familial) et deux centres jeunesse ont été visités. Les principales recommandations portaient sur les activités liées au repas, le respect de l'autonomie des résidants, la propreté et l'adaptation des lieux ainsi que le respect de la dignité des résidants.

### Le contrôle des infections nosocomiales

Les taux d'incidence de deux marqueurs d'infections nosocomiales – bactériémies à *Staphylococcus Aureus* (SARM) et diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) – ont diminué de manière significative entre 2004-2007 et 2007-2010. Les taux demeurent toutefois plus élevés à Montréal que dans l'ensemble du Québec et la situation reste particulièrement problématique dans quelques hôpitaux.

Cette situation s'explique en partie par le caractère incomplet de la mise en place des mesures structurantes que sont les lignes directrices en hygiène et salubrité et le ratio recommandé d'infirmières affectées à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales. D'autres facteurs sont également à considérer tels que :

- le fort achalandage de certaines salles d'urgence;
- les contraintes architecturales et la vétusté des installations comportant peu de chambres privées, beaucoup de toilettes partagées et des espaces exigus;
- la vulnérabilité de certaines clientèles dans les hôpitaux tertiaires;
- la grande demande de services hospitaliers par une population vulnérable et vieillissante qui entraîne une pression constante pour réduire la durée de séjours à la salle d'urgence et accélérer les transferts interétablissements.

### La certification des résidences privées pour aînés autonomes et semi-autonomes

Au 30 juin 2011, il y avait 279 résidences privées pour aînés autonomes et semi-autonomes en opération dans la région de Montréal. De ce nombre, 235, soit 84,2 % sont certifiées (86% dans l'ensemble du Québec) et 44, soit 15,8 %, sont en processus de suivi. La certification des 44 résidences en suivi est retardée en raison des articles 19 (sécurité incendie) et 24 (conformité des bâtiments). Depuis le début du processus de certification, 25 résidences ont cessé leurs opérations.

En plus d'être relativement nouvelle (règlement adopté en février 2007), la démarche de certification s'est avérée très complexe en raison, notamment, du nombre de partenaires devant y participer. Ainsi, outre l'Agence (avec une équipe de sept personnes), le processus de certification implique :

- les douze CSSS de la région;
- le Conseil québécois d'agrément;
- le Service de sécurité incendie de Montréal et des villes concernées;
- la Régie du bâtiment du Québec (à la demande des pompiers si nécessaire);
- la division de l'inspection des aliments de la Ville de Montréal;
- les services d'urbanisme des 19 arrondissements de la Ville de Montréal et des quinze villes situées à Montréal.

Chacun de ces partenaires est responsable de vérifier le respect de la réglementation de son champ respectif d'intervention. Si la résidence se trouve en défaut avec l'un ou l'autre de ces partenaires, l'Agence se doit de suspendre le processus de certification.

Dès le début du processus, la première préoccupation de l'Agence a été d'assurer la sécurité des locataires des résidences concernées. À aucun moment, l'Agence n'a été témoin de situation où les personnes résidentes étaient en danger. Dans quelques rares cas, les besoins des personnes se sont révélés trop importants pour la capacité de la résidence. L'Agence est alors intervenue en relocalisant les personnes concernées.

Pour certaines résidences au dossier plus complexe, des dispositions extraordinaires sont à l'étude. Un comité interministériel a d'ailleurs été créé par le MSSS, regroupant ainsi le ministère de la Sécurité publique et la Régie du bâtiment du Québec. ■■■

### 3.1 LE SOUTIEN À L'ACTION COMMUNAUTAIRE

---

L'Agence de Montréal appuie plus de 630 organismes communautaires dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)*, du *Programme de Santé publique* ou d'autres programmes.

Entre 2007-2008 et 2010-2011, le montant alloué aux organismes communautaires est passé de 88 M\$ à 103 M\$.

#### **Problématiques régionales**

- Plusieurs organismes enregistrent une hausse de leur clientèle, notamment en raison du phénomène des « nouveaux pauvres » (chômeurs de plus de 50 ans et travailleurs à faible revenu).
- Deux catégories du PSOC, soit « personnes démunies » et « communautés culturelles », sont en grand besoin de financement. Elles méritent une attention particulière parce qu'elles rejoignent des personnes vulnérables, aussi parce qu'elles ont reçu peu de financement additionnel depuis plusieurs années. Une aide non récurrente de 2 M\$ par année pour trois ans a été annoncée par le MSSS en 2011-2012, ce qui permettra de mieux soutenir certains organismes de la catégorie « personnes démunies » pendant cette période. Quant aux organismes de la catégorie « communautés culturelles », plus présents à Montréal qu'ailleurs au Québec, ils jouent un rôle de premier plan auprès des personnes issues de l'immigration : ils contribuent à briser l'isolement, à créer des liens de solidarité et à favoriser l'intégration et l'adaptation à la société d'accueil.
- Les organismes éprouvent de grandes difficultés à diversifier leurs sources de financement et voient des donateurs ou des fondations se retirer après plusieurs années de soutien. C'est notamment le cas des communautés religieuses et de Centraide qui, à lui seul, a annoncé la fin du financement à cinq organismes de la région (550 000 \$ par année).
- Les organismes communautaires, comme les entreprises d'économie sociale, connaissent un fort roulement de personnel ainsi que des problèmes de recrutement. Plusieurs font aussi face à des problèmes majeurs d'infrastructure.
- Plusieurs groupes communautaires et partenaires s'inquiètent du manque de ressources dédiées au soutien communautaire en logement social transitoire. ■■■

### 3.2 LES INVESTISSEMENTS EN IMMOBILISATIONS ET EN ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

Les investissements en immobilisations et équipements médicaux ont connu un boom majeur ces dernières années. Dans certains cas, les budgets ont doublé et même triplé.

#### **Maintien des actifs en immobilisations**

Depuis 2005-2006, le budget régional en maintien des actifs immobiliers a triplé, passant de 39,8 M\$ en 2005-2006 à 110,3 M\$ en 2010-2011, pour un total, depuis six ans, d'un peu plus d'un demi milliard de dollars. En 2009-2010, le MSSS a aussi consenti un budget spécial non-récurrent de 67,6 M\$ pour permettre la résorption du déficit d'entretien. L'Agence de Montréal a donné aux établissements une directive spécifiant les interventions prioritaires (toitures, maçonnerie et fenestration).

#### **Projets d'immobilisations**

Toutes catégories confondues, ce sont près de 100 projets de plus de 500 000 \$ qui sont autorisés par année, dont plusieurs sont des projets majeurs de moins de 5 M\$ gérés régionalement. En 2010-2011, le budget total des projets d'immobilisations a atteint 170,5 M\$ pour la région.

#### **Rénovation des centres d'hébergement**

Plusieurs centres d'hébergement de la région ont rénové ou pourront bientôt rénover une partie importante de leurs installations grâce à des investissements de près de 100 M\$ depuis quatre ans dans le cadre du programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Exemples de rénovations : élimination des chambres multiples, conditionnement de l'air, réaménagement des espaces communs, transformation des blocs sanitaires, des salles à manger, etc.

#### **Efficacité énergétique et développement durable**

120,7 M\$ ont été investis depuis six ans dans différents projets visant à améliorer l'efficacité énergétique, à corriger des problèmes de vétusté et à améliorer la fiabilité et la qualité des infrastructures dans une perspective de développement durable. Au total, 35 projets d'efficacité énergétique et 9 projets de modernisation des infrastructures autofinancés ont été autorisés pendant cette période. Les efforts portent fruit puisque les données de 2008-2009 révèlent que les établissements de Montréal ont dépassé les objectifs gouvernementaux un an plus tôt que prévu. Les efforts de l'Agence en ce domaine ont été soulignés en 2007-2008 par le Conseil régional de l'environnement de Montréal.

#### **Équipements médicaux – maintien des actifs et développement**

Les investissements en matière de maintien des actifs en équipements médicaux sont passés de 24,1 M\$ en 2005-2006 à 86 M\$ en 2010-2011, pour un total de 293,6 M\$. depuis six ans. Parmi les réalisations des dernières années :

- **en imagerie médicale** – contribution au déploiement et à l'implantation du système PACS (*Picture Archiving Computerised System*) qui permet l'accès à distance aux résultats des différents tests d'imagerie médicale; installation de 4 nouveaux appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), dont un à aimant ouvert pour patients obèses ou claustrophobes.
- **en radio-oncologie** – mise à niveau du plateau technique au CHUM – ajout de trois accélérateurs linéaires et remplacement d'un appareil de traitement au Cobalt à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- **projet SARDM** – achat d'équipements robotisés dédiés à la distribution unitaire des médicaments;
- **procréation assistée** – acquisition par les trois CHU de Montréal de 11 appareils d'échographie en 2010-2011;
- **cardiologie** : ajout d'une salle d'électrophysiologie cardiaque au CUSM;
- **équipements divers dans le cadre de projets d'immobilisations** : agrandissement du bloc opératoire à l'Institut de cardiologie de Montréal, aménagement de l'unité des soins coronariens et du secteur de l'hémodynamie à l'Hôpital du Sacré-Coeur. ■■■

### 3.3 L'INFORMATION À LA POPULATION

En plus des nombreuses campagnes de prévention et de promotion réalisées dans la région, plusieurs initiatives ont été déployées depuis 2005 afin de mieux diriger la population et de faciliter l'accès aux services.

#### **Brochure *Accès Santé dans votre quartier***

L'Agence de Montréal distribuera cet automne la 5<sup>e</sup> édition de la brochure *Accès Santé dans votre quartier* (distribuée en 2005, 2006, 2008 et 2010). Ce guide pratique, disponible en français et en anglais, permet aux familles de repérer facilement les ressources en santé et en services sociaux disponibles dans leur quartier. Les 920 000 foyers de l'île de Montréal reçoivent la brochure de leur CSSS. D'autres régions ont repris le concept.



#### **Portail Santé Montréal ([www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca))**

Le nouveau Portail Santé Montréal a été mis en ligne en juin 2011. On y trouve de l'information sur près de 3 000 ressources de la région (coordonnées, géolocalisation, horaires, etc.). Le portail permet aussi d'accéder aux nouveaux sites développés par l'Agence (site corporatif, Espace montréalais d'information sociosanitaire, site du Directeur de santé publique et site du Réseau des CSSS et hôpitaux promoteurs de santé) ainsi qu'aux sites des 12 CSSS de Montréal également développés sous la coordination de l'Agence. Au cours de son premier mois de mise en ligne, le portail a reçu 80 000 visites.



#### **Campagnes de santé**

En plus d'initier et de réaliser différentes activités spécifiques à son territoire (punaises de lit, chauffage au bois, chaleur accablante, etc.), l'Agence et sa Direction de santé publique participent aux diverses campagnes du MSSS (Famille sans fumée, ITSS, herbe à poux, programme Info-smog, toxicomanie, hygiène respiratoire, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, jeunes, monoxyde de carbone, santé mentale, jeu pathologique, etc.).

#### **Diffusion de données sur l'état de santé et de bien-être de la population**

L'Agence et sa Direction de santé publique diffusent sur le web et sur d'autres médias des portraits de santé de divers groupes de la population et des portraits des habitudes de vie des Montréalais (maturité scolaire des enfants, portrait des personnes âgées à Montréal, habitudes tabagiques des Montréalais, etc.).

### 3.4 LA RÉPONSE DE LA RÉGION AUX SITUATIONS D'URGENCE

L'Agence est un membre important de l'équipe des mesures d'urgence et de la sécurité civile de la région. Cette équipe est sollicitée lors de désastre ou de situation à risque de le devenir et lors de tous les grands événements de Montréal – le Tour de l'île de Montréal, le Grand Prix de Formule 1, la Fête nationale, les nombreux festivals et spectacles extérieurs, etc. Depuis 2006, cinq situations d'urgence ont particulièrement mobilisé l'équipe de l'Agence et l'ensemble du réseau montréalais.

#### **Été 2006 – Accueil des Canadiens rapatriés d'urgence du Liban**

Du 19 juillet au 18 août 2006, plus de 13 000 personnes ont été rapatriées d'urgence du Liban. L'Agence et les CSSS de Montréal ont rapidement formé des équipes responsables d'assurer l'accueil et le suivi psychosocial de ces personnes à l'aéroport. Près de 200 infirmières, travailleurs sociaux et autres professionnels ont été mobilisés au plus fort de la crise.

#### **13 septembre 2006 – Fusillade au Collège Dawson**

Dans les minutes suivant la fusillade, l'Agence a déployé son plan des mesures d'urgence et coordonné sur place les services de santé et les services psychosociaux offerts par les établissements, Urgences-santé et les autres partenaires. Les blessés et les jeunes en état de choc post-traumatique ont été transportés dans des hôpitaux montréalais. Le CSSS de la Montagne a offert des services psychosociaux aux personnes affectées par l'événement.

#### **Avril 2009 à janvier 2010 – Pandémie de grippe A (H1N1)**

Deux vagues de la pandémie de grippe A (H1N1) ont touché le Québec. La première, qui a eu lieu de la fin avril à la fin août, a particulièrement touché Montréal. Au moins 1 280 résidents ont été infectés par le virus (48 % des cas déclarés au Québec et 18 % des cas déclarés au Canada); 232 personnes hospitalisées, 38 admises aux soins intensifs et 12 décès. La deuxième vague, qui a eu lieu de la mi-octobre à la fin décembre, a moins affecté Montréal.

À chacune de ces vagues, l'Agence a coordonné l'action des établissements du réseau, incluant les salles d'urgence et les soins intensifs, l'approvisionnement et l'entreposage d'équipements et l'ouverture de 16 cliniques de grippe. L'Agence a également coordonné la mise en place et le bon fonctionnement des 19 centres de vaccination, dont un situé au Stade olympique. Jusqu'à 5 000 personnes par jour y ont travaillé et plus d'un million de personnes ont été vaccinées à Montréal.

#### **Janvier 2010 – Séisme en Haïti**

Moins d'un mois après la campagne de vaccination survenait le tremblement de terre en Haïti. En quelques heures, trois centres multiservices ont été mis en place sur les territoires des CSSS du Nord et de l'Est de l'île où la communauté montréalaise d'origine haïtienne est concentrée. Les intervenants d'Info-Santé et d'Info-référence de l'Agence ont été mobilisés pour répondre aux questions et diriger les personnes vers les bonnes ressources. À leur sortie de l'avion, les personnes rapatriées ont été amenées au centre de services mis sur pied à l'aéroport par les divers organismes et ministères du Québec. L'équipe de la mission santé était sur place en tout temps et les blessés transportés vers les hôpitaux montréalais. Les intervenants psychosociaux ont également accompagné les familles et leurs proches sur place et dans les CSSS.

#### **Juillet 2010 – Épisode de chaleur extrême**

Une vague de chaleur exceptionnelle s'est abattue sur Montréal en juillet 2010 : pendant 5 jours consécutifs, la moyenne des températures maximales a dépassé 33°C et pendant 9 jours, les températures minimales ont dépassé 20°C. Durant cette période, le réseau montréalais et ses partenaires se sont mobilisés pour déployer le plan régional de prévention/protection en cas de chaleur accablante. Parmi les mesures mises en place : ouverture de lieux climatisés, accès prolongé aux refuges et distribution d'eau aux itinérants, porte-à-porte, etc. À la demande du coroner, le Directeur de santé publique a procédé à l'étude des décès qui ont eu lieu durant cette période. Conclusion : 106 décès, dont 93 dans la communauté, étaient probablement ou possiblement en lien avec la chaleur. Des mesures supplémentaires ont donc été ajoutées au plan régional à l'intention, notamment, des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou cardiovasculaires. Ces mesures additionnelles ont été déployées en juillet 2011. ■

### 3.5 LA SITUATION FINANCIÈRE

Le budget de la région de Montréal (crédits, indexation, budgets de développement et autres revenus) est passé de 4,95 milliards \$ en 2005-2006 à 6 milliards \$ en 2009-2010 puis à 6,1 milliards \$ en 2010-2011. Les crédits additionnels (1,148 M\$) se répartissent comme suit

- conventions collectives, équité salariale, règlements et loi : 18,1 %
- coût de système et coût de système spécifique : 71,7 %
- ajustement des budgets de fonctionnement : 1,8 %
- développements – services et programmes : 6,2 %
- autres : 2,2 %

Au 31 mars 2011, la contribution de Montréal à l'équité régionale totalise 98 M\$. Au total depuis 2004-2005, la marge de manœuvre régionale a ainsi été réduite 380 000 M\$.

Depuis cinq ans, l'Agence a procédé à une réallocation des ressources régionales en fonction de ses priorités stratégiques :

- 7,6 M\$ ont été réalloués entre les centres hospitaliers de réadaptation et les CSSS pour une meilleure gestion des lits de soins posthospitaliers de convalescence et de réadaptation;
- 39,3 M\$ provenant de la fermeture de lits en centres d'hébergement (CHSLD) et en unité de soins de longue durée (USLD) ont été redirigés vers des ressources d'hébergement non institutionnelles, dont les ressources intermédiaires pour personnes en perte d'autonomie, et au rehaussement des heures travaillées dans les centres d'hébergement;
- 24,5 M\$ ont été alloués au développement des cliniques-réseau.

La région a atteint sa cible budgétaire de 2005-2006 à 2009-2010<sup>1</sup>. Lorsque c'était possible, une part des budgets de développement octroyés par le MSSS a été distribuée aux organismes communautaires œuvrant dans les secteurs d'activités ciblés.

En 2010-2011, pour la première fois depuis 8 ans, la cible régionale n'a pu être atteinte. Le déficit régional, qui totalise 17,2 M\$, est attribuable à deux établissements :

- Hôpital du Sacré-Cœur : dépassement de la cible de 13,1 M\$ (direction en supervision)
- CSSS de l'Ouest-de-l'Île : déficit de 10,5 M\$ (direction en évaluation)

L'Agence est intervenue afin que les mesures requises pour assurer le respect de la cible budgétaire soient mises en application dans les meilleurs délais. ■■■

<sup>1</sup> En raison des modifications apportées aux conventions comptables, la cible budgétaire n'a pu être atteinte 2008-2009 (dépassement du déficit autorisé de 4,2 M\$). Sans cela, le déficit régional attribuable aux établissements publics aurait été de l'ordre de 53,9 M\$, soit en deçà de la cible budgétaire.



#### 4.1 LE PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE – *GARDER NOTRE MONDE EN SANTÉ*

Le Plan régional de santé publique 2010-2015 (PRSP) – *Garder notre monde en santé* s'inscrit en continuité des actions déjà entreprises depuis quelques années à Montréal. Pour l'essentiel, il vise à bien circonscrire le champ d'action de la santé publique, axé sur la promotion de la santé, la prévention et la protection, en précisant les cibles d'action et les activités qui en découlent.

Par ce plan, le Directeur de santé publique de la région de Montréal convie ses nombreux partenaires de la santé et des services sociaux, ainsi que d'autres concernés par des actions de santé publique, tels que la Ville de Montréal, le milieu communautaire et le réseau de l'éducation, à agir de concert afin de mettre en place des conditions propices à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Les cibles, stratégies et activités prévues au PRSP s'inscrivent à l'intérieur de six orientations qui constituent également les assises des *Plans locaux de santé publique* relevant des 12 CSSS de Montréal. Ces orientations sont :

- des enfants qui naissent et se développent en santé;
- des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire;
- des milieux de travail exempts de risques pour la santé;
- une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques;
- un environnement urbain favorable à la santé;
- un système de santé qui sert aussi à prévenir.

Le PRSP 2010-2015 prévoit aussi soutenir activement deux grandes priorités régionales inscrites au Plan stratégique 2010-2015 de l'Agence de Montréal, soit :

- la prévention des maladies chroniques;
- la lutte aux inégalités sociales de santé.

Le PRSP 2010-2015 propose trois stratégies :

- influencer les politiques publiques favorables à la santé des Montréalais, par exemple, sur les conditions de logement et la maturité scolaire;
- soutenir l'action sectorielle et intersectorielle, par exemple, en participant au *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie*;
- soutenir le développement et le maintien des pratiques cliniques et de gestion afin qu'elles intègrent la promotion, prévention et protection, comme les pratiques cliniques préventives auprès des pharmaciens dans le cadre de la lutte contre le tabagisme.

Le PRSP 2010-2015 a fait l'objet d'un vaste exercice de consultation au cours des derniers mois. Il sera soumis au conseil d'administration de l'Agence à l'automne 2011. ■■■

## 4.2 LA TRANSFORMATION DES SERVICES MÉDICAUX DE 1<sup>RE</sup> LIGNE

Premier élément de la vision montréalaise, la transformation des services médicaux de 1<sup>re</sup> ligne évolue lentement mais sûrement vers le modèle recherché. Ce modèle, connu et reconnu pour améliorer l'accès et la continuité des soins, est basé sur le regroupement des médecins et de professionnels en équipes multidisciplinaires dans des milieux dotés de plateaux techniques de base et disposant de corridors de services établis vers les services spécialisés. La clientèle y est inscrite et a accès aux services médicaux généraux, avec ou sans rendez-vous, en soirée, la fin de semaine et même les jours fériés.

Il existe encore un écart important entre ce modèle et l'organisation actuelle des services à Montréal (la majorité des omnipraticiens pratiquent en solo ou en duo). Les efforts visant à regrouper les médecins commencent néanmoins à porter fruit.

Trois stratégies ont été déployées en parallèle ces dernières années pour atteindre cet objectif.

- **Soutenir la création de groupes de médecine familiale (GMF)**  
Les GMF regroupent au moins une dizaine de médecins qui s'engagent à assurer la prise en charge d'une clientèle inscrite et à être accessibles à cette clientèle pendant les heures dites défavorables. Les GMF ont accès à du personnel infirmier ainsi qu'à des services de soutien à l'informatisation. Les omnipraticiens de la région ont manifesté une grande résistance devant ce modèle proposé par le MSSS, d'où la décision de créer des cliniques-réseau à Montréal.
- **Développer des cliniques-réseau**  
Les cliniques-réseau regroupent aussi au moins une dizaine de médecins. Elles sont dotées d'un plateau technique sur place ou à proximité et s'engagent à être accessibles à toute clientèle, avec ou sans rendez-vous, 12 heures par jour en semaine et quelques heures par jour la fin de semaine et les jours fériés. Elles sont liées par contrat au CSSS de leur territoire et aident à la prise en charge des clientèles vulnérables qui n'ont pas de médecin de famille. Contrairement aux GMF, la clientèle des cliniques-réseau n'est pas inscrite.
- **Créer des cliniques-réseau intégrées (CRI)**  
Les cliniques-réseau intégrées sont des cliniques qui ont le double statut de GMF et de cliniques-réseau. Elles regroupent des médecins, des infirmières et d'autres professionnels qui travaillent en équipe multidisciplinaire. Ces équipes assurent la prise en charge complète de leur clientèle et sont aussi accessibles que les cliniques-réseau. Les CRI sont des milieux particulièrement adaptés à la prise en charge des malades chroniques.

### Résultats

- 69 % de la population montréalaise déclare avoir un médecin de famille (63 % en 2007)
- 26 GMF accrédités (11 en 2006)
- 28 cliniques-réseau accréditées (12 en 2006)
- 3 CRI fonctionnelles (aucune en 2006)
- 12 guichets d'accès fonctionnels pour les clientèles vulnérables sans médecin de famille (un sur chaque territoire de CSSS)
- 281 901 personnes inscrites dans les GMF de la région (62 426 en 2006)  
dont : 103 319 personnes vulnérables

### À terme

L'Agence entend poursuivre le développement des GMF, des cliniques-réseau et des cliniques-réseau intégrées. À ce jour, les grandes cliniques sont pratiquement toutes devenues GMF ou cliniques-réseau. Le principal défi consiste donc maintenant à amener les médecins qui travaillent solo ou en duo à se regrouper dans des milieux qui permettent la mise en place d'équipes multidisciplinaires. ■■■

### 4.3 LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

---

Depuis 2006, l'Agence a initié une importante démarche régionale afin de mieux prévenir les maladies chroniques et d'assurer la prise en charge des personnes qui en sont atteintes. Il s'agissait là d'un élément central de la vision que se sont donnée l'Agence et les CSSS il y a cinq ans. Les programmes développés dans le cadre de cette démarche prévoient la prise en charge en 1<sup>re</sup> ligne, par les CSSS, des personnes atteintes ou à risque ainsi que des services de soutien et d'éducation par une équipe interdisciplinaire.

#### Résultats

- L'Agence a déjà implanté ou implante actuellement 5 programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques dans les 12 CSSS de la région : diabète, hypertension artérielle, maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), dépression et maladies coronariennes athérosclérotiques.
- Les programmes les plus avancés dans leur implantation sont ceux portant sur le diabète et l'hypertension artérielle :
  - 91,7 % de la population montréalaise diabétique de plus de 20 ans a aujourd'hui accès à un programme de prise en charge par une équipe interdisciplinaire en 1<sup>re</sup> ligne (cible : 100 % d'ici mars 2012);
  - 55,3 % de la population montréalaise hypertendue de plus de 20 ans a aujourd'hui accès à un programme de prise en charge par une équipe interdisciplinaire en 1<sup>re</sup> ligne (cible : 100 % d'ici mars 2013).
- À l'automne 2011, un programme sur la gestion de la douleur chronique sera implanté dans la région, une première au Québec dans son volet prise en charge en 1<sup>re</sup> ligne.
- Diverses stratégies ont été déployées pour favoriser l'autonomisation (*empowerment*) des patients, dont le développement d'outils d'enseignement et de ressources favorisant l'autogestion de la maladie (exemple : fiches d'enseignement sur le diabète en collaboration avec Diabète Québec). Dans le même esprit, l'Agence travaille à la mise en place d'un programme de soutien à l'autogestion des soins (*Vivre en santé avec une maladie chronique*) selon le modèle de Stanford.
- L'Agence complètera cet hiver le déploiement d'un registre de maladies chroniques qui permettra le suivi clinique de tous les patients inscrits à un programme dans les CSSS. Ce registre permettra aussi de surveiller le respect des indicateurs cliniques définis par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), par exemple, la proportion de diabétiques dont la glycémie est contrôlée.

#### À terme

Ces programmes auront des effets bénéfiques pour la population et pour le système de santé. Il est en effet reconnu qu'une prise en charge efficace réduit les complications et les visites à l'urgence, en plus de favoriser une meilleure qualité de vie et une plus grande satisfaction des personnes atteintes et de leurs proches à l'égard du système de santé. À plus long terme, il est aussi à prévoir que la population sera en meilleure santé et que les personnes atteintes seront en mesure de mieux gérer leur maladie et qu'elles conserveront leur autonomie plus longtemps. ■

#### **4.4 LA RÉORGANISATION DES SERVICES POSTHOSPITALIERS DE CONVALESCENCE ET DE RÉADAPTATION**

La réorganisation des services post-hospitaliers de convalescence et de réadaptation visait 11 établissements de la région, soit les centres hospitaliers de réadaptation (CHR) et les autres établissements ayant une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Avant la réorganisation, la région disposait de 864 lits dans ces milieux, dont 136 dédiés à la clientèle des d'autres régions.

La réorganisation a débuté en 2007 avec pour objectifs :

- d'améliorer l'accès et la performance du réseau de réadaptation;
- de renforcer le rôle des CSSS en matière d'orientation et de coordination des services dispensés par les CHR et les URFI;
- de contribuer au désengorgement des salles d'urgence.

##### **Mesures déployées**

- Mise en place d'un mécanisme de collecte de données quotidienne et hebdomadaire pour une meilleure gestion des listes d'attente, des lits disponibles, des réadmissions, des congés et des admissions.
- Fermeture de 59 lits de réadaptation en arthroplastie de la hanche (PTH) et du genou (PTG) et récupération du financement pour le rehaussement des lits et pour le développement des services ambulatoires et à domicile.
- Injection de 4,5 M\$ pour les services ambulatoires de réadaptation.
- Plans d'action interrégionaux visant à rapatrier la clientèle des régions voisines et à récupérer les lits pour la clientèle de Montréal.

##### **Résultats**

- Confirmation du rôle des CSSS pour l'orientation des clientèles de leur territoire : une seule demande par usager, un délai de 48 heures pour la réponse.
- Meilleure efficacité des établissements de réadaptation :
  - baisse de la durée moyenne de séjour : de 40,3 jours à 38,9 jours;
  - hausse du taux d'occupation : de 88,1 % à 94,3 %;
  - hausse de 36,5 % du nombre d'usagers desservis : de 5 385 à 7 353.
- Développement de services ambulatoires.
- Grande satisfaction des usagers selon une étude réalisée en 2008.
- Nette amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie de nombreux citoyens.
- Réduction du nombre de lits utilisés par la clientèle des autres régions (de 136 à 98 en 2010-2011). Ces lits seront récupérés au bénéfice de la population de Montréal dès que les services requis seront disponibles dans les régions de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de la Montérégie.

La réorganisation a aussi mené à la création de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal à la suite de la fusion de l'Institut de réadaptation de Montréal et de l'Hôpital de réadaptation Lindsay en 2008. ■■■

#### 4.5 LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE – LA FORCE DES LIENS

Le Plan d'action en santé mentale – *La force des liens* a été publié par le MSSS en 2005. Pour l'essentiel, ce plan prévoit :

- la création d'équipes de 1<sup>re</sup> ligne et la mise en place, dans les CSSS, d'un guichet d'accès pour les services aux adultes et pour les services aux enfants et aux jeunes;
- la mise en place du modèle de soins partagés (omnipraticiens et psychiatres répondants);
- la mise en place de corridors d'accès aux services spécialisés;
- le développement de services de suivi dans la communauté;
- le développement de services d'urgence et de crise;
- l'adaptation des services résidentiels;
- le développement d'autres services spécialisés, entre autres à l'intention des jeunes hébergés (centres jeunesse et centres de réadaptation), des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale et en psychiatrie légale;
- des services de soutien à l'intégration sociale.

##### **La stratégie de déploiement à Montréal**

En raison de la complexité du réseau montréalais (12 CSSS, 3 hôpitaux psychiatriques, 9 hôpitaux ayant un département de psychiatrie, dont 2 pédiatriques, nombreux organismes communautaires actifs en santé mentale, etc.), l'Agence a adopté une stratégie de déploiement en trois phases basée sur le concept de zones de partenariat.

##### **Les zones de partenariat**

Les zones de partenariat identifient l'hôpital psychiatrique ou l'hôpital ayant un département de psychiatrie rattaché à chacun des 12 CSSS de la région. Ces zones de partenariat peuvent différer pour la clientèle adulte et pour la clientèle enfant et jeune. Ainsi, à chaque CSSS correspond un département psychiatrique et un département de pédopsychiatrie.

Les zones de partenariat définissent :

- les corridors de services à mettre en place entre les services de 1<sup>re</sup> ligne et les services spécialisés;
- la provenance des ressources humaines ou financières devant être transférées vers les CSSS pour soutenir l'offre de service en 1<sup>re</sup> ligne.

##### **Les phases de déploiement**

###### **Phase 1**

- Formation des équipes de 1<sup>re</sup> ligne (à partir d'un transfert de ressources ou par l'ajout de budget de développement) et mise en place de guichets d'accès dans les CSSS
- Définition des corridors de services
- Développement des soins partagés (omnipraticiens et psychiatres répondants)

###### **Phase 2**

- Développement des services de suivi intensif et d'intensité variable dans la communauté
- Développement des services d'urgence et de crise, entre autres pour la prévention du suicide
- Adaptation des ressources résidentielles

###### **Phase 3**

- Développement/adaptation des services spécialisés à l'intention des jeunes hébergés et des personnes âgées
- Développement/adaptation des services de longue durée
- Développement/adaptation des services de psychiatrie légale
- Développement des services ou programmes d'intégration (études, travail, etc.)

##### **Résultats – Services de 1<sup>re</sup> ligne**

###### **Clientèle adulte**

- Équipe de 1<sup>re</sup> ligne en place et guichet d'accès fonctionnel dans les 12 CSSS
- Déploiement de professionnels dans les groupes de médecine familiale (GMF) et cliniques-réseau par trois CSSS

###### **Clientèle jeunes et enfants**

- Équipe de 1<sup>re</sup> ligne en place dans les 12 CSSS
- Guichet d'accès fonctionnel dans dix CSSS

**Total : près de 16 000 patients vus en 1<sup>re</sup> ligne en 2010-2011 (8 100 en 2008-2009)**

#### **Transfert de ressources humaines ou financières**

- 187 postes équivalents temps complet (52 % des transferts prévus)
- 28 postes équivalents temps complet prévus en 2011-2012
- Transferts complétés : CHU Sainte-Justine et Hôpital général Juif
- Transferts prévus complétés en 2011-2012 : CHUM, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Hôpital Rivière-des-Prairies
- Injection de 6 M\$ permanent du budget régional et 3 M\$ en budget de transition

#### **Résultats – Développement des soins partagés (omni et psychiatres répondants)**

- Ententes conclues dans presque tous les CSSS avec leur établissement partenaire de 2<sup>e</sup> ligne.

#### **Résultats – Suivi intensif et d'intensité variable dans la communauté**

- Services assurés par 6 établissements et 8 organismes communautaires
- 9 des 12 territoires de CSSS desservis
- 594 places en suivi intensif (36 % de la cible)
- 1 732 places en suivi d'intensité variable (30 % de la cible)
- Financement : 1,2 M\$

#### **Résultats – Services d'urgence et de crise / Prévention du suicide**

- 7 centres de crise dans la région offrent des services d'intervention téléphonique, un service mobile d'intervention de crise (jour et soir), des places d'hébergement temporaire et des services de suivi court terme. Au besoin, les intervenants des centres de crise réfèrent et accompagnent les usagers à une salle d'urgence psychiatrique.
- 2 sont financés pour intervenir la nuit sur les lieux d'une crise et admettre les personnes en hébergement sept jours sur sept, 24 heures sur 24.

#### **Résultats – Services résidentiels**

Le nombre d'établissements gestionnaires de ressources résidentielles a été réduit de 5 à 2 afin de faciliter un accès équitable à ces ressources dans l'ensemble de la région, d'en assurer la qualité et de voir à ce que le parc de ressources répondent adéquatement aux besoins de la clientèle.

#### **Priorités**

- Transfert des ressources résidentielles vers les deux établissements gestionnaires, soit l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Institut universitaire de santé mentale Douglas (une centaine de ressources hébergeant quelque 3 000 personnes).
- Mise en place d'un guichet d'accès unique.
- Transformation d'une partie des ressources actuelles en appartements supervisés et en logements avec soutien.
- Développement de ressources pour les clientèles présentant des problèmes de santé mentale associés à d'autres problématiques (toxicomanie, par exemple).

#### **Résultats – Services aux jeunes hébergés**

- Les intervenants ont reçu la formation requise et des équipes spécialisées ont été mises en place pour intervenir auprès des jeunes hébergés en centres jeunesse et présentant des problèmes de santé mentale.
- Un protocole de suivi par les CSSS des jeunes hébergés en ressources non institutionnelles et présentant des problèmes de santé mentale est en préparation.

#### **En préparation**

- Développement des services aux personnes âgées avec problèmes de santé mentale

#### **Conclusion**

Après un démarrage relativement lent, la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale avance à un rythme satisfaisant dans le contexte montréalais. Il reste néanmoins d'importants défis à surmonter pour en assurer la réussite. La mobilisation/participation des omnipraticiens et des psychiatres, le maintien des services spécialisés à l'Institut Douglas et à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et la disponibilité du financement requis pour répondre aux besoins (suivi dans la communauté, services de crise, services à la clientèle de santé mentale avec problèmes de toxicomanie, troubles de comportement et/ou problèmes liés au vieillissement (itinérance), hébergement de longue durée, etc.) comptent parmi les principaux défis des prochaines années. ■■■

## 4.6 LE PLAN D'ACTION MONTRÉALAIS POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉES AU VIEILLISSEMENT (PPALV)

### Principaux éléments du plan

Le *Plan d'action montréalais pour l'amélioration des services aux personnes âgées* reprend les orientations et les objectifs du plan ministériel *Un défi de solidarité* produit en 2005. Pour l'essentiel, ce plan vise à offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie des services de soutien à domicile et des milieux d'hébergement de qualité, répondant à leurs attentes et adaptés à leurs besoins.

### Les objectifs

1. Intensifier les services de soutien à domicile et dans la communauté :
  - desservir plus de personnes à domicile;
  - soutenir les proches aidants et les organismes communautaires œuvrant auprès des aînés et des proches aidants.
2. Diversifier l'offre de services d'hébergement afin de mieux répondre à l'ensemble des besoins
  - développer des ressources d'hébergement dans la communauté (non institutionnelles) à l'intention des personnes en perte d'autonomie.
3. Améliorer la qualité de vie des personnes en lourde perte d'autonomie.
  - rehausser l'intensité des soins en centre d'hébergement (heures travaillées);
  - moderniser les installations;
  - éliminer progressivement les lits des unités de soins de longue durée (USLD) dans les hôpitaux de soins de courte durée.

### La stratégie d'implantation

- En raison de leur responsabilité populationnelle, accroître le rôle des CSSS dans l'évaluation des besoins des personnes résidant sur leur territoire, dans l'orientation de ces personnes vers les ressources et les services appropriés et dans la prestation de services professionnels.
- Maintenir l'accès aux services et aux ressources pendant la transformation :
  - en donnant priorité au développement de l'offre de services à domicile et en ressources non institutionnelles ainsi qu'au rehaussement des heures-soins;
  - en procédant par la suite à la fermeture de lits en CHSLD et des USLD.

### Mesures et séquence de réalisation prévues

Au départ, la séquence de réalisation des mesures prévues par l'Agence visait à assurer la capacité du réseau à répondre aux besoins de la clientèle à domicile et dans les hôpitaux.

La réalisation du plan d'action prévoyait :

- le développement de l'offre de service à domicile;
- la transformation (adaptation) de l'offre de service en hébergement :
  - le développement de ressources non institutionnelles (RNI) pour la clientèle nécessitant moins de 3 heures-soins par jour (65 ans et plus et moins de 65 ans);
  - le rehaussement des heures travaillées en CHSLD pour la clientèle nécessitant 3 heures-soins et plus par jour et pour celle ayant des besoins spécifiques;
  - la majoration des soins et services pour atteindre 3 heures-soins par jour;
  - l'arrêt des admissions en CHSLD pour la clientèle de moins de 3 heures-soins et l'orientation de cette clientèle vers les services réguliers ou intensifs de soutien à domicile ou vers les RNI;
  - la fermeture de lits en CHSLD pour la clientèle de moins de 65 ans.
- l'amélioration de la qualité des services :
  - la réduction des chambres à lits multiples dans les CHSLD;
  - la rénovation des unités de vie;
  - la fermeture de lits en unité de soins de longue durée (USLD) dans les hôpitaux;
  - la fermeture de CHSLD vétustes.

### Financement

Au départ, le financement de ces différentes mesures devait provenir de :

- la récupération budgétaire lors de l'arrêt ou de la transformation de certaines activités (fermeture de lits de longue durée pour raison de vétusté, rapatriement des clientèles provenant d'autres régions, etc.);
- des budgets de développement.

Un financement de transition était aussi nécessaire pour développer les RNI et assurer le rehaussement des heures travaillées dans les CHSLD avant que l'Agence puisse procéder aux récupérations budgétaires prévues à terme.

## Les résultats

Cette section présente le résultat des mesures déployées dans la région dans le cadre du plan montréalais. On notera que, pour diverses raisons, la séquence de réalisation de ces mesures s'est avérée différente de celle prévue, ce qui a affecté l'accès aux services et modifié les prévisions au regard du financement.

### Le soutien à domicile (voir Fiche 1.1 – Les services de soutien à domicile)

Entre 2005-2006 et 2010-2011, le nombre de personnes âgées desservies à domicile est passé de 43 000 à près de 50 000 et le nombre moyen d'interventions de 30,63 à 36,5. Près de 600 nouvelles places en services intensifs de soutien à domicile (SISAD) sont aussi accessibles depuis 2007, principalement pour permettre le retour à domicile après une hospitalisation.

À cela s'ajoutent diverses mesures pour venir en aide aux proches aidants ainsi que le financement additionnel accordé aux organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées et des proches aidants

**À noter :** L'Agence a débuté l'amélioration des services de soutien à domicile en 2005-2006 suite à l'octroi de budgets de développement par le MSSS. Les derniers budgets de développement ont été accordés par le MSSS en 2008-2009. Depuis 2009-2010, tout développement des services à domicile est financé par l'Agence et les délais d'accès augmentent pour ces services dans l'ensemble de la région.

### Le développement de ressources non institutionnelles (RNI)

Le plan montréalais prévoyait le développement, dans chacun des douze territoires de CSSS<sup>1</sup>, de places en RNI à l'intention des personnes en perte d'autonomie. Au départ, l'objectif<sup>2</sup> était de développer :

- 1 325 places pour les personnes âgées de 65 ans et plus
- 315 places pour les personnes âgées de moins de 65 ans

Pour atteindre cet objectif, l'Agence a choisi de privilégier le développement de ressources intermédiaires (RI) sur l'ensemble de son territoire. Quelques autres places en RNI ont aussi été développées dans le cadre de l'article 108 de la LSSS.

**À ce jour** (voir annexe 2 – Liste des projets RNI réalisés et autorisés pour les 65 ans et plus)

- pour les personnes de 65 ans et plus : 1 278 places opérationnelles ou en préparation
  - 874 places opérationnelles
  - 418 places autorisées et en préparation
  - 33 places restent à planifier
- pour les personnes de moins de 65 ans : 172 places opérationnelles ou en préparation
  - 117 places sont opérationnelles depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010
  - 55 places sont autorisées et en préparation
  - 43 places restent à planifier

**À noter :** Le développement des RNI a débuté vers la fin 2006-2007 et les premières ressources ont ouvert leur porte en avril 2008. Les délais de réalisation sont plus longs que prévu du fait que le développement de ces ressources à Montréal implique souvent de nouvelles constructions ou des rénovations majeures pour adapter des immeubles existants.

### Le rehaussement<sup>3</sup> des heures-soins et la majoration<sup>4</sup> des soins et services en CHSLD

Le rehaussement des heures-soins et la majoration des soins et services en CHSLD sont deux mesures visant à permettre aux centres d'hébergement de répondre adéquatement aux besoins des personnes hébergées.

#### À ce jour

3 471 lits rehaussés et/ou majorés - investissement de plus de 23 M\$

**À noter :** Le MSSS a demandé que les admissions en CHSLD de la clientèle de moins de 3 heures-soins soient arrêtées à partir du 30 octobre 2007, soit avant que des ressources intermédiaires soient disponibles. Depuis ce temps, la clientèle de moins de 3 heures-soins est admise en transition en CHSLD; l'occupation des lits par cette clientèle fait en sorte que le rehaussement des heures-soins en CHSLD est ralenti.

<sup>1</sup> Voir annexe 1 – Rôle et responsabilités respectives de l'Agence et des CSSS relativement au développement des ressources intermédiaires.

<sup>2</sup> Objectif établi en fonction des données du Recensement de 2001.

<sup>3</sup> Rehaussement : vise à augmenter les heures travaillées en centre d'hébergement.

<sup>4</sup> Majoration : vise à bonifier l'offre de services globale (soins infirmiers et d'assistance, services sociaux, services de réadaptation, etc.)

### **L'amélioration de la qualité des installations**

Les CHSLD de la région n'étaient pas tous en mesure d'offrir un milieu de vie adéquat aux personnes âgées en lourde perte d'autonomie. Pour remédier à ces situations, de nombreux projets de rénovation ont été préparés, réalisés ou autorisés pour la presque totalité des centres d'hébergement de la région.

### **La fermeture de lits en centres d'hébergement**

Depuis le début du plan montréalais, 586 lits ont été fermés dans les centres d'hébergement pour raison de vétusté, de déménagement ou dans le cadre de rénovations fonctionnelles. Pendant la même période, 43 nouveaux lits ont été ouverts. (voir annexe 3 – Fermeture/Ajout de lits en centres d'hébergement)

**À noter :** Ces fermetures ont entraîné une réduction de l'accès avant que le rehaussement des heures-soins puisse s'étendre à plusieurs centres d'hébergement. En outre, le déménagement du CHSLD Champlain-Villeray n'a pas été accompagné d'une récupération budgétaire ou d'un financement en contrepartie. Au contraire, le budget a été transféré vers la Montérégie où le Groupe Champlain a relocalisé les lits. On notera aussi que, pour diverses raisons, plusieurs résidences privées, CHSLD privés et ressources non institutionnelles (Résidence Griffith-McConnell, Monaco, etc.) ont fermé dans la région depuis 2009-2010.

### **La fermeture de lits en unité de soins de longue durée (USLD) dans les hôpitaux**

Le MSSS a demandé que les lits en USLD soient fermés à partir de 2008-2009 et les premières fermetures ont débuté en janvier 2009. Au moment de la fermeture d'une USLD, les personnes qui y sont hébergées sont orientées vers le centre d'hébergement de leur choix. En parallèle, le Programme d'hébergement pour évaluation (PHPE) est déployé dans l'établissement afin d'éviter que des lits de soins de courte durée soient occupés par une personne dont les soins actifs sont terminés. Le PHPE prévoit :

- la prise en charge, par les CSSS, des personnes hospitalisées provenant de leur territoire et déclarées en fin de soins actifs;
- l'orientation de ces personnes vers des lits réservés au PHPE, où leurs besoins sont évalués en fonction de leur niveau d'autonomie;
- à la fin de ce séjour, les personnes sont dirigées vers la ressource appropriée, soit à domicile avec services réguliers ou intensifs, en RI ou en centre d'hébergement; lorsque la convalescence doit se poursuivre avant un éventuel retour à domicile, la personne est orientée vers une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle ou d'hébergement.

### **À ce jour**

Les USLD ont été fermées au Centre hospitalier St. Mary, au CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital St-Luc, Hôpital Hôtel-Dieu), à l'Hôpital général Juif, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à l'Hôpital Lachine du CUSM, à l'Hôpital de Verdun (CSSS Sud-Ouest-Verdun) et à l'Hôpital Fleury (CSSS d'Ahuntsic-Montréal-Nord) pour un total de 554 lits. En parallèle, 268 lits d'hébergement régulier ont été transformés en lits d'évaluation réservés au PHPE

**À noter :** Pour répondre à la directive du MSSS tout en assurant le désengorgement des urgences, l'Agence doit donner priorité, pour les admissions en CHSLD, à la clientèle des USLD ainsi qu'à toute nouvelle clientèle hospitalisée dont le retour à domicile est compromis. L'accès à l'hébergement pour les autres clientèles se trouve ainsi réduit. Par ailleurs, la fermeture des USLD a souligné l'importance des besoins particuliers de la clientèle présentant des troubles de comportement et de la clientèle vieillissante avec des problèmes de santé mentale. Pour y répondre, l'Agence a dû transformer des lits d'hébergement régulier en lits d'unités spécifiques et en lits pour la clientèle avec problèmes de santé mentale.

### **En conclusion**

La mise en œuvre du plan d'action sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie pose des défis de tous ordres à Montréal, principalement en raison du grand nombre de personnes très âgées (85 ans et plus) dans la région, des conditions de vie précaires de ces aînés et de l'ampleur des investissements requis à Montréal pour répondre aux besoins qui sont à la fois importants et complexes. L'Agence devra donc poursuivre ses efforts et mobiliser l'ensemble de ses partenaires afin d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles et mettre en place les solutions qui permettront de répondre aux besoins actuels et futurs. ■

**Annexe I**  
**Rôle et responsabilités respectives de l'Agence et des CSSS relativement au développement des ressources intermédiaires**

**Agence**

- Lance un appel de projets auprès des CSSS en indiquant :
  - Le profil de la clientèle visée (65 ans et plus, moins de 65 ans, entre 1.5 et 3.0 heures-soins)
  - Le nombre de places à développer
  - Le respect des éléments du Guide de mise en place d'une RI
  - L'échéancier pour le dépôt à l'Agence de propositions par les CSSS
  - Les documents à présenter

**CSSS**

- Lance un appel de projets dans la communauté.
- Reçoit les propositions des promoteurs.
- Évalue les propositions, à partir des critères définis par l'Agence (Guide de mise en place).
- Prend une décision sur leur choix (CA doit approuver le dépôt du projet à l'Agence).
- Dépose à l'Agence leur choix, avec les documents demandés.

**Agence**

- Évalue les projets présentés par les CSSS. Un comité interdirections est constitué depuis 2007 (gestion de projets, immobilisations, gestion réseaux, services de soutien aux réseaux, RI/RTF, aspects financiers).
- Si le sujet répond aux critères et que toutes les conditions (documents et critères) sont respectées, l'Agence informe le CSSS, par écrit, de son accord que le CSSS peut poursuivre les démarches avec le promoteur pour réaliser le projet (sinon, on indique les éléments à préciser).
- Un comité de suivi Agence/CSSS (chaque CSSS) assure le suivi de tous les projets du CSSS et leur avancement jusqu'à trois mois après l'arrivée du dernier résident.

**CSSS**

- Suit les démarches de mise en place de la RI avec le promoteur afin de s'assurer que l'environnement physique respecte les critères définis.
- Détermine le budget requis selon la structure de postes précis :
  - Services professionnels (soins infirmiers, nutrition, ergo, physio)
  - Archives, approvisionnement, administration, transport, fournitures
- Présente le budget proposé par le promoteur (services d'hygiène et d'aide, loisirs, services alimentaires, etc.).
- Présente la demande de financement à l'Agence pour approbation.
- Constitue avec le service régional d'admission (SRA) de l'Agence une liste d'attente pour la ressource.

**Agence**

- Analyse le budget demandé et donne sa décision par écrit.
- Procède à la visite d'approbation finale (équipe interdirections).
- Donne son évaluation, par écrit, au CSSS sur la visite d'approbation finale, avec indication des éléments à corriger ou à mettre en place avant l'arrivée du premier résident et après.
- Demande au CSSS de préparer le contrat et les autres documents avant l'ouverture avec résolution du CA.
- Sur réception et approbation de ces documents, confirme par écrit l'autorisation de procéder avec l'arrivée des résidents.
- Suit avec le CSSS l'ouverture et le fonctionnement de la RI jusqu'à trois mois après l'arrivée du dernier résident.
- Conseille le CSSS sur les démarches à suivre s'il y a des problèmes sur les engagements du promoteur ou le respect du contrat.

**Annexe II**  
**Développement de ressources non institutionnelles (RNI)**  
**Liste des projets réalisés et autorisés – 65 ans et plus**

Territoire de CSSS	Nom de la ressource	Promoteur	Nombre de places / RI*	RI ouvertes	Total des places RI / CSSS
01 - CSSS de l'Ouest-de-l'Île	RI Maison Valeo Pierrefonds	Groupe Valeo inc.	30	X	73
	RI St-Raphaël	Jean-Luc Tobelaim	43	X	
02 - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	RI Florales LaSalle	<i>Manuel Folla</i>	27	X	174
	RI Florales Lachine	<i>Manuel Folla</i>	25	X	
	RI Villa Sainte-Anne	<i>Anne N'Guyen</i>	40	X	
	RI Les Pavillons LaSalle	<i>Arik Azoulay</i>	82	X	
03 - CSSS du Sud-Ouest-Verdun	RI Florales Saint-Paul	<i>Résidence Florales Saint-Paul inc.</i>	69	à venir	69
04 - CSSS Cavendish	RI Les Pavillons LaSalle-Cavendish	<i>Arik Azoulay</i>	58	X	58
05 - CSSS de la Montagne	RI Manoir Renaissance	<i>D. Shimansky</i>	20	X	116
	RI de la Montagne	<i>Bonneville</i>	96	à venir	
06 - CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	RI Tournesol	<i>Cogir</i>	40	X	156
	RI Pavillon Grenet	<i>Paul Lefebvre</i>	38	X	
	RI Les Cèdres-L'Acadie	<i>Maison l'Acadie inc.</i>	32	X	
	RI Notre-Dame-des-Anges	<i>Paul Lefebvre</i>	14	à venir	
	RI Nouveau-Bordeaux	<i>Maison l'Acadie inc.</i>	32	X	
07 - CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord	RI Harmonie Nature	<i>Sœurs de la Charité</i>	16	X	94
	RI d'Achuntsic	<i>Gestion Manoir St-Joseph inc.</i>	78	X	
08 - CSSS du Cœur-de-l'Île	RI Parc Jarry	<i>Groupe Immobilier Global/ A. Falvo</i>	34	X	127
	RI Rousselot-Perrin	<i>Centre La Traversée, OSBL</i>	28	X	
	RI du Jasmin	<i>Centre La Traversée, OSBL</i>	21	X	
	RI Garnier	<i>Jardin de la Patrie inc.</i>	44	à venir	
09 - CSSS Jeanne-Mance	RI Résidence des Boulevards, Campus Rachel	<i>Résidence des Boulevards</i>	44	X	44
10 - CSSS de Saint-Léonard et St-Michel	RI Lacordaire	<i>Groupe Immobilier Global/ A. Falvo</i>	90	à venir	90
11 - CSSS Lucille- Teasdale	RI Jardin Botanique	<i>Cogir</i>	40	X	145
	RI Le Symbiose	<i>Maxera</i>	62	X	
	RI Îlot Saint-Clément	<i>Répit-Ressourc</i>	43	à venir	
12 - CSSS de la Pointe-de-l'Île	RI Claudette Barré	<i>C. C. Labelle</i>	29	X	132
	RI Limoges	<i>Maxera</i>	16	X	
	RI Les Pléiades	<i>Société Emmanuel-Grégoire</i>	39	X	
	RI Ste-Germaine-Cousin	<i>Corporation Mainbourg</i>	48	à venir	
<b>GRAND TOTAL</b>			1278		<b>1278</b>

Mise à jour : 1<sup>er</sup> juin 2011

Disponible en ligne au [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)

**Annexe III**  
**FERMETURE / AJOUT DE LITS EN CHSLD DEPUIS 2006**

<b>Fermeture de lits depuis 2006</b>		
<b>CHSLD</b>	<b>Raison de la fermeture de lits</b>	<b>Nombre de lits</b>
Jacques Viger	Vétusté	174
Gilman	Vétusté	59
Dorion	Vétusté	102
Champlain	Déménagement	28
Berthiaume Du Tremblay	-	23
Camille-Lefebvre	Fermeture temporaire	9
Lachine	Rénovation	20
Bussey	Rénovation	7
des Seigneurs	Rénovation	10
Maimonides	-	3
Notre-Dame-de-la-Merci	-	1
Angelica	Rénovation	3
Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal	Rénovation	9
Armand Lavergne	Rénovation	2
Emilie Gamelin	Rénovation	1
J.-Henri-Charbonneau	Rénovation	18
Maisonneuve	Rénovation	16
Bourget	-	26
Cardinal	Rénovation	14
<b>Total - fermeture de lits</b>		<b>525</b>

<b>Ajout de lits</b>		
<b>CHSLD</b>		<b>Nombre de lits</b>
Jeanne-Leber		1
Rousselot		14
Ma Maison Saint-Joseph		16
CHSLD Saint-Laurent / Les Cèdres		7
Manoir Cartierville		5
<b>Total - ajout de lits</b>		<b>43</b>
<b>GRAND TOTAL</b>		<b>-482</b>

Mise à jour : août 2011

#### 4.7 LE PLAN D'ACTION SUR LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Le début des années 2000 a été marqué par des difficultés de recrutement dans certaines catégories d'emploi (infirmières, pharmaciens, psychologues, ergothérapeutes, etc.). En plus de ces difficultés qui perdurent, le réseau montréalais est confronté au départ à la retraite de plus de 10 % de sa main-d'œuvre entre 2009 et 2012. Des départs encore plus importants sont aussi à prévoir d'ici cinq à huit ans.

Pour faire face à cette situation et assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre compétente et motivée, l'Agence a produit un plan d'action sur cinq ans avec les établissements et les partenaires régionaux, dont le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) et Emploi Québec. Ce plan, actuellement en déploiement, vise à la fois le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre, l'organisation du travail et le développement de milieux de travail sains et stimulants.

Des efforts importants ont également été déployés au cours des dernières années dans la formation et la mise en place de mesures visant à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire.

##### Réalisations

- Déploiement de 14 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en 1<sup>re</sup> ligne, dont 7 en cliniques-réseau intégrées, 5 en CLSC-CSSS, 1 en GMF et 1 en unité de médecine familiale.
- Introduction des infirmières auxiliaires dans les blocs opératoires.
- Diminution de la main-d'œuvre indépendante (MOI) : baisse importante des heures travaillées par la MOI infirmière de 11 % (173 115 heures) entre les années 2009-2010 et 2010-2011.
- Baisse du ratio de l'assurance salaire, qui est passé de 5,05 % à 4,89 % entre 2009-2010 et 2010-2011, une meilleure performance que celle attendue qui était de 5 % et significativement en dessous du résultat national.
- Investissement d'environ 1 M\$ par année en formation pour le développement des compétences.
- Amélioration de l'organisation du travail des pharmaciens par la délégation d'activités aux assistants techniques en pharmacie.
- Refonte du site de recrutement de l'Agence (section Emploi sur le Portail) et déploiement de stratégies sur les médias sociaux.
- Nombreuses activités de promotion et de recrutement dans les cégeps et les universités et participation aux différents salons de l'Emploi afin de promouvoir les métiers et professions du réseau.
- Réalisation d'activités visant à assurer la relève dans le réseau : *Programme Valorisation Jeunesse* en collaboration avec le MICC (étés 2010 et 2011 : 60 jeunes dans 14 établissements); *Jeunes explorateurs d'un jour* (2009-2010-2011 : plus de 700 jeunes accueillis dans les établissements de la région).
- Soutien aux établissements dans l'implantation de stratégies *Employeurs de choix* (*Planetree*, *Entreprise en Santé*, Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé) – 23 établissements déjà engagés à Montréal; publication et diffusion d'un guide sur la promotion des milieux de travail sains. ■■■

## 4.8 L'INFORMATISATION

L'accès à l'information clinique et une meilleure utilisation des ressources informationnelles ont guidé les actions de la région en matière d'informatisation. Les objectifs sont :

- de faciliter le suivi des clientèles vulnérables;
- d'augmenter la fiabilité des données;
- d'améliorer l'efficacité des interventions cliniques.

De 2005 à 2010, 95 M\$ ont été investis dans la gestion et la mise en œuvre des projets d'informatisation de la région. Ce montant inclut les dépenses de fonctionnement des installations du Technocentre (38,7 M\$), les dépenses liées au déploiement du dossier clinique informatisé (DCI) OACIS (31,7 M\$), les projets d'infrastructures (14,9 M\$), les projets du Dossier Santé Québec (4,5 M\$) ainsi que les projets liés aux systèmes d'information (4,7 M\$)

### La principale réalisation : le DCI OACIS

En 2003, à la suite d'un appel d'offres public conjoint, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ont choisi d'implanter le DCI OACIS dans leurs installations. En 2006, l'Agence de Montréal a négocié la réplique, d'ici 2014, du DCI OACIS dans l'ensemble des établissements de la région ainsi que dans les groupes de médecine familiale (GMF), cliniques-réseau et les cliniques-réseau intégrées appartenant à des établissements publics.

### À ce jour :

- le CHUM, le CUSM, le CSSS de la Montagne et le CSSS de la Pointe-de-l'Île utilisent déjà le DCI OACIS à divers degrés – au CHUM et au CUSM seulement, 2 000 cliniciens l'utilisent chaque jour;
- 5 hôpitaux (Hôpital général juif, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital de Verdun, Institut de cardiologie de Montréal, Centre hospitalier de St. Mary) sont en phase de test et un projet-pilote à l'Hôpital général juif permet à 60 médecins d'utiliser OACIS sur des iPhone ou iPad;
- 7 établissements sont très avancés dans leurs travaux d'implantation : CHU Sainte-Justine, Hôpital Santa Cabrini, CSSS Cavendish, CSSS Ahuntsic– Montréal-Nord, CSSS du Cœur-de-l'Île et Institut de gériatrie de Montréal;
- les régions du Saguenay et de Lanaudière ont choisi d'implanter le DCI OACIS dans les établissements de leur territoire;
- des travaux sont en cours :
  - pour intégrer OACIS à plusieurs systèmes d'information satellites qui complètent l'information clinique disponible à l'écran (laboratoires, médicaments, imageries, télésanté, réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA), etc.);
  - pour préparer l'arrimage du DCI OACIS avec le Dossier Santé Québec (DSQ).

### Autres réalisations

- La migration du réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM) est pratiquement complétée. En date d'avril 2011, 358 des 362 sites étaient complétés.
- Le déploiement d'E-SMAF a été fait dans les 12 CSSS de la région en 2008.
- Le remplacement des technologies de film par des solutions numériques (imageries *Picture Archiving and Computerised System* (PACS)) est complété.
- Une infrastructure régionale a été mise en place pour héberger l'Intranet local des 12 CSSS.
- Une plateforme régionale d'intégration de tous les projets d'informatisation (DSQ, DCI, etc.) a été acquise en mai 2011.

### À venir

- Préparer le déploiement du DSQ dans la région ainsi que son arrimage avec le DCI OACIS.
- Compléter l'informatisation des soins et services à domicile permettant le suivi des interventions et la télésurveillance;
- Planifier et mettre en œuvre les projets d'optimisation : regrouper les salles de traitement informatique, téléphonie IP, téléphonie cellulaire, gestion des postes de travail, visioconférence et courrier électronique.
- Informatisation des cabinets médicaux selon des modalités à déterminer. ■■■

#### 4.9 L'OPTIMISATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

En 2009, l'Agence de Montréal a été appelée à identifier et à réaliser des projets régionaux qui permettraient de réaliser des économies récurrentes ou des gains de productivité<sup>5</sup> ou d'efficacité<sup>6</sup>, afin d'améliorer l'accès et la qualité des services. Dans ce contexte, l'optimisation des services et des activités a été définie comme suit :

- Une démarche intra-établissement et inter-établissements (démarche régionale) visant à assurer une utilisation efficace, efficiente et économique<sup>7</sup> des ressources disponibles dans la prestation des services ou la réalisation des activités opérationnelles des établissements. Cette démarche vise à générer des bénéfices tangibles pour la clientèle, en termes d'accès et de qualité des services, ainsi que des bénéfices récupérables pour les établissements et la région quant aux coûts de fonctionnement.

Plusieurs projets d'optimisation sont actuellement à l'étude, en préparation ou à la veille d'être déployés dans la région. À ce jour, le projet d'optimisation le plus avancé porte sur les services de soutien à domicile et les premiers résultats obtenus dans certains CSSS sont encourageants.

##### L'optimisation des services de soutien à domicile

L'état de situation produit au début de la démarche d'optimisation des services de soutien à domicile dans les CSSS a montré que :

- des ressources humaines et financières très importantes sont consacrées à ce secteur d'activité (budget régional : plus de 210 M\$ ; effectifs : 3 130 ETC);
- une part importante des heures travaillées dans ce secteur était effectuée par la main-d'œuvre indépendante (MOI), et en temps supplémentaire ;
- un taux relativement faible des heures travaillées par les divers intervenants étaient effectuées en présence des usagers.

##### Effectifs en services de soutien à domicile

Personnel	Équivalent temps complet (ETC)
Soins infirmiers	650
Auxiliaires familiales	1 644
Services psychosociaux	300
Nutrition	20
Ergothérapie	129
Physiothérapie	84
Soutien	152
Gestion	151

Source : Données 2008-2009 Rapport du groupe de travail sur la productivité CLSC-SAD

##### Heures travaillées, incluant par la main-d'œuvre indépendante et en temps supplémentaire (CSSS)

Année	Heures travaillées régulières	Main d'œuvre indépendante	Temps supplémentaire
2008-2009	2,8 M (72,5 M\$)	1,8 M (44,4 M\$)	14 440 (581 000 \$)
2009-2010	2,9 M (75,2 M\$)	1,7 M (45,3 M\$)	19 425 (730 283 \$)

##### Heures travaillées, incluant par la main-d'œuvre indépendante et en temps supplémentaire Clinique Pointe-Saint-Charles

Année	Heures travaillées régulières	Main d'œuvre indépendante
2008-2009	32 830 (709 K\$)	4 357 (157 K\$)
2009-2010	31 795 (708 K\$)	3 014 (106 K\$)

##### Nombre d'interventions et d'usagers

Année	Nombre d'interventions	Nombre d'usagers
2008-2009	2,3 M	59 013
2009-2010	2,3 M	58 272

Source : Rapport du groupe de travail sur la productivité CLSC-SAD

<sup>5</sup> Productivité : quantité de services produits par rapport à la quantité de ressources utilisées.

<sup>6</sup> Efficacité : quantité de ressources utilisées dans la production, tout en assurant le bon fonctionnement du service ou la qualité des services ; est liée à la productivité.

<sup>7</sup> Économique : utilisation rationnelle des ressources.

### Pourcentage des heures travaillées en présence de l'utilisateur

Personnel	%
Soins infirmiers	31,2
Services psychosociaux	15,3
Ergothérapie	17,8
Aide à domicile	81,7
Nutrition	22,3
Physiothérapie	36

Source : Données 2008-2009 Rapport du groupe de travail sur la productivité CLSC-SAD

#### Les objectifs

À partir de ces constats, les objectifs de la démarche d'optimisation ont été définis comme suit :

- dégager du « temps personnes » afin d'améliorer l'accès et la qualité des services et ainsi, de mieux répondre aux besoins croissants de la clientèle;
- optimiser l'utilisation des technologies de l'information;
- réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante (transformer les heures travaillées en MOI en heures régulières);
- augmenter le pourcentage d'heures travaillées en présence des usagers.

#### Les résultats – août 2011

Certains CSSS ont entrepris des démarches d'optimisation avant le démarrage du projet régional. C'est le cas, notamment, du CSSS de la Pointe-de-l'Île, du CSSS Jeanne-Mance, du CSSS Sud-Ouest-Verdun et du CSSS d'Ahuntsic-Montréal-Nord. Bien que les projets ne soient pas encore terminés, ils ont tous présenté des bénéfices intéressants dans l'un ou l'autre des volets suivants :

- un meilleur accès aux services;
- une amélioration de la continuité de services intra et inter CSSS;
- une amélioration de la qualité des services;
- des économies dans l'utilisation des ressources.

Ainsi, en 2010-2011, ces quatre CSSS ont tous diminué, de 50 % à 90 %, le recours à la MOI en soins infirmiers ou en services d'aide à domicile. En soins infirmiers, une réduction de 90 % peut représenter une économie allant jusqu'à 224 000 \$ par année. Cette diminution a aussi eu pour effet de stabiliser les équipes et, par conséquent, d'améliorer la continuité et la qualité des services.

Des gains ont également été observés en termes d'accès et de qualité des services en raison d'une meilleure utilisation des ressources découlant du développement des compétences cliniques et de l'adoption des meilleures pratiques. Ainsi, l'intégration des infirmières auxiliaires et la révision des rôles et responsabilités du personnel en soins infirmiers ont permis d'augmenter le nombre de visites effectuées d'environ deux visites par jour par intervenant (de 5,1 à 6,8 visites par jour).

En plus de réduire le recours à la MOI, un projet majeur de réorganisation du travail a aussi permis au CSSS de la Pointe-de-l'Île d'enregistrer un gain de productivité de 39 % pour l'ensemble des services de soins à domicile, d'éliminer un déficit de 1,4 M\$ associé à ces services et de rembourser les coûts du projet en cinq mois.

Toujours au CSSS de la Pointe-de-l'Île, l'intégration des télésoins pour le maintien à domicile des malades chroniques a permis à plus de personnes de bénéficier des services de suivi par une infirmière et de réduire le recours aux urgences. Le nombre d'usagers suivis par une infirmière est ainsi passé de 20 (suivi régulier à domicile) à 80 personnes (suivi à distance avec les télésoins).

#### À venir

Depuis janvier 2011, les autres CSSS de Montréal ainsi que la Clinique Communautaire de Pointe St-Charles se sont engagés dans une démarche d'optimisation. Les résultats de ces démarches, coordonnées par l'Agence, sont attendus au cours de la prochaine année.

Le programme de Télésoins réalisé en CSSS de la Pointe-de-l'Île sera également déployé dans les autres CSSS de la région au cours des prochains mois. ■■■