

**PROPOSITION
MONTRÉALAISE**
pour un plan
d'organisation des
services intégrés de
santé et de services
sociaux

Travaux du comité de travail
« Une métropole en action »

16 octobre 2014

PROPOSITION MONTRÉALAISE pour un plan d'organisation des services intégrés de santé et de services sociaux

Travaux du comité de travail
« Une métropole en action »

16 octobre 2014

Ce document est le fruit des travaux du comité de travail « Une métropole en action » qui a été animé par monsieur Roger Paquet, chargé de projet, avec le soutien des personnes suivantes de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal :

Direction générale

Loraine Desjardins
Caroline Desmarais
Florence Mancel
Élaine Tremblay
Julie Wilson

Direction adjointe des ressources humaines internes et gestion de l'information

Jean Pierre Bluteau
Nancy Truchon

Louis Côté, consultant

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS ET SIGLES	4
ACRONYMES ÉTABLISSEMENTS.....	5
PRÉAMBULE	6
1. PRÉSENTATION INITIALE.....	7
1.1 MANDAT DU COMITÉ DE TRAVAIL « UNE MÉTROPOLE EN ACTION ».....	7
1.2 PARTICULARITÉS DE MONTRÉAL - MÉTROPOLE	8
1.2.1 Montréal-Métropole.....	8
1.2.2 Une région universitaire, un centre majeur d'enseignement et de recherche.....	10
1.2.3 Des réseaux locaux de services moins intégrés à Montréal que dans les autres régions du Québec.....	12
2. DÉMARCHÉ D'INTÉGRATION ET RECOMMANDATIONS	12
2.1 OBJECTIFS ET FINALITÉS DE L'EXERCICE.....	12
2.2 CRITÈRES POUR ÉLABORER LA PROPOSITION	13
2.3 RECOMMANDATIONS	13
2.3.1 Recommandation n° 1 : Création de cinq CISSS	15
2.3.2 Recommandation n° 2 : Proposition du comité de travail sur la configuration des cinq CISSS ..	15
2.3.3 Recommandation n° 3 : CHSLD publics.....	22
2.3.4 Les établissements spécialisés.....	22
2.3.4.1 Recommandation n° 4 : Dépendance	23
2.3.4.2 Recommandation n° 5 : Jeunes en difficulté	23
2.3.4.3 Recommandation n° 6 : Déficience intellectuelle – Troubles envahissants du développement (DI-TED).....	23
2.3.4.4 Recommandation n° 7 : Centre hospitalier de soins psychiatriques - Hôpital Rivière-des-Prairies.....	24
2.3.4.5 Recommandation n° 8 : Centre hospitalier de soins psychiatriques - Institut Philippe-Pinel de Montréal.....	24
2.3.4.6 Recommandation n° 9 : Institut universitaire en santé mentale de Montréal et Institut universitaire en santé mentale Douglas	24
2.3.4.7 Recommandation n° 10 : Déficience physique	25
2.3.4.8 Recommandation n° 11 : Établissements hors Montréal	25
2.3.4.9 Recommandation n° 12 : CHSLD – Gériatrie : Institut universitaire de gériatrie de Montréal	25
3. MESURES DE SOUTIEN À LA MISE EN OEUVRE	25
3.1 MESURE 1 : 1 ^{RE} LIGNE FORTE	26
3.2 MESURE 2 : DES SERVICES DE PROXIMITÉ	26
3.3 MESURE 3 : RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE EN TROIS TEMPS.....	26
3.4 MESURE 4 : CITOYENS ET PATIENTS-PARTENAIRES	26
3.5 MESURE 5 : ENTENTES ET CORRIDORS DE SERVICES	26
3.6 MESURE 6 : CLIENTÈLES VULNÉRABLES	27
3.7 MESURE 7 : MISSION UNIVERSITAIRE	27
3.8 MESURE 8 : ÉQUITÉ DES MOYENS.....	27
3.9 MESURE 9 : PLAN DE COMMUNICATION	27
3.10 MESURE 10 : GESTION DU CHANGEMENT	27
3.11 MESURE 11 : SYSTÈME D'INFORMATION ET DE SUIVI	27

4. CONCLUSION	28
5. ANNEXES	29
ANNEXE 1 – COMPOSITION DU COMITÉ DE TRAVAIL UNE MÉTROPOLE EN ACTION	30
ANNEXE 2 – LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS ET INDIQUÉS	31
ANNEXE 3 – DOCUMENTATION DU SCÉNARIO 5E – CARTE ET TABLEAU	33
ANNEXE 4 – INFORMATIONS SOMMAIRES CISSS	36
ANNEXE 5 - LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	37
ANNEXE 6 – COMMUNIQUÉS	38
ANNEXE 7 – COMPTES RENDUS DES SEPT RENCONTRES DE TRAVAIL DU COMITÉ ET COMPTE RENDU DE LA RENCONTRE DES CHA DU 30 SEPTEMBRE 2014.....	42

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

CA	Conseil d'administration
CAU	Centre affilié universitaire
CD	Courte durée
CGR	Comité de gestion du réseau
CGRM	Comité de gestion du réseau montréalais
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier affilié
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CR	Clinique-réseau
CRI	Clinique-réseau intégrée
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDPA	Centre de réadaptation en déficience physique auditive
CRDPM	Centre de réadaptation en déficience physique motrice
CRPD	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance
CRI	Clinique-réseau intégrée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
D	Désigné
DACMU	Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires
DARHIGI	Direction adjointe des ressources humaines internes et gestion de l'information
DCI	Dossier clinique informatisé
DG	Directeur général
DI	Déficience intellectuelle
DITED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DME	Dossier médical électronique
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier Santé Québec
EPC	Établissement privé conventionné
ETP	Équivalent temps plein
FSA	Fin de soins actifs
GMF	Groupe de médecine de famille
HEC	Hautes études commerciales
I	Indiqué
IMC	Indice de masse corporelle
LD	Longue durée
MTL	Montréal
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NB	Nombre
NDG	Notre-Dame-de-Grâce
OACIS	Open Architecture Clinical Information System
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEM	Plan des effectifs médicaux
PDG	Président-directeur général
PL	Projet de loi n ^o 10
PLOP	Première langue officielle parlée
POP	Population
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SRA	Service régional d'admission
UMF	Unité de médecine de famille
TED	Trouble envahissant du développement

ACRONYMES ÉTABLISSEMENTS

AGENCE DE MONTRÉAL	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
AMN	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
BCSL	CSSS de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent
CAV	CSSS Cavendish
CDI	CSSS du Cœur-de-l'Île
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CJM	Le Centre jeunesse de Montréal
CJFB	Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
CRCL	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
CRLB	La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
CRDM	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal
CROM	Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DLL	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
DLM	CSSS de la Montagne
HSA	Hôpital Sainte-Anne
HGJ	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HSCM	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
HRDP	Hôpital Rivière-des-Prairies
ICM	Institut de cardiologie de Montréal
INBL	Institut Nazareth et Louis-Braille
IPPM	Institut Philippe-Pinel de Montréal
IRD	Institut Raymond-Dewar
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
JM	CSSS Jeanne-Mance
LT	CSSS Lucille-Teasdale
ODI	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
PDI	CSSS de la Pointe-de-l'Île
SLSM	CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
SOV	CSSS du Sud-Ouest – Verdun

PRÉAMBULE

En mars 2014, dans la foulée des travaux entourant la planification stratégique régionale 2015-2020, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) s'est engagée dans des réflexions préliminaires afin de jeter les bases d'une meilleure configuration des services et des établissements dans la région. Ces réflexions se sont traduites par des principes directeurs qui ont été partagés par les directeurs généraux au cours de l'hiver 2014 et qui ont servi d'assises aux travaux du comité de travail « Une métropole en action ».

Ce comité a été constitué le 30 mai 2014 au terme d'une journée d'échanges et de consultation du réseau montréalais de la santé sur la planification stratégique régionale 2015-2020. Ce comité a débuté ses travaux le 11 juin 2014 et s'est imposé un rythme soutenu de travail jusqu'à la dernière rencontre, soit le 14 octobre 2014. Le comité de travail a ainsi pu cerner les enjeux de la métropole et faire émerger les meilleures propositions auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'organisation des services intégrés du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal.

Tout au long de cette démarche collective, plusieurs actions de communications ont permis au réseau montréalais de suivre l'avancement des travaux du comité de travail et d'exprimer ses commentaires et avis, de même que sa vision et positionnement en vue d'enrichir la proposition montréalaise qui prenait forme.

Le 25 septembre 2014 était déposé le projet de loi n° 10 : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Le 30 septembre 2014, le comité de travail se réunissait une sixième fois pour évaluer les écarts entre le projet de loi et la proposition montréalaise et pour convenir de la meilleure organisation de services intégrés compte tenu des orientations du projet de loi.

Le 14 octobre 2014, au terme de sept rencontres, le comité de travail « Une métropole en action » a déposé son rapport qui présente l'essence des discussions et des échanges qui ont mené aux 10 recommandations qui balisent le présent rapport.

1. PRÉSENTATION INITIALE

1.1 MANDAT DU COMITÉ DE TRAVAIL « UNE MÉTROPOLE EN ACTION »

Dans le cadre de la planification stratégique 2015-2020 et comme convenu lors de la journée de réflexion du réseau montréalais tenue le 30 mai 2014, l'Agence de Montréal a mis sur pied plusieurs comités de travail chargés de réfléchir collectivement et régionalement aux meilleures façons d'améliorer les services de santé et les services sociaux à Montréal au cours des cinq prochaines années.

Le comité de travail « Une métropole en action » s'est vu confier le mandat **de regarder les possibilités de regroupement de services, d'expertises ou d'établissements avec comme objectifs d'alléger, de simplifier et d'assurer une meilleure fluidité des parcours de soins et de services, en renforçant la 1^{re} ligne et en améliorant l'accès à la 2^e et à la 3^e ligne des services médicaux et de réadaptation, à l'intérieur de réseaux locaux organisés et hiérarchisés.**

Ce comité est composé de 26 membres, représentant les présidents de conseil d'administration et directeurs généraux de l'ensemble des missions d'établissements, les patients et les milieux médicaux et universitaires dont la liste est présentée à l'annexe 1.

Suite au dépôt le 25 septembre 2014 du projet de loi n° 10, le mandat du comité a fait l'objet de l'ajout suivant : **analyser et proposer la meilleure organisation de services intégrés à Montréal en tenant compte des travaux antérieurs du comité, des données cliniques et administratives disponibles et des dispositions du projet de loi n° 10.** Cinq personnes, dont la liste est présentée à l'annexe 1, se sont jointes au comité pour assurer la représentativité de tous les types d'établissements.

Dans le cadre de son mandat, le comité avait, dans le contexte des orientations gouvernementales, à prendre en considération les enjeux suivants :

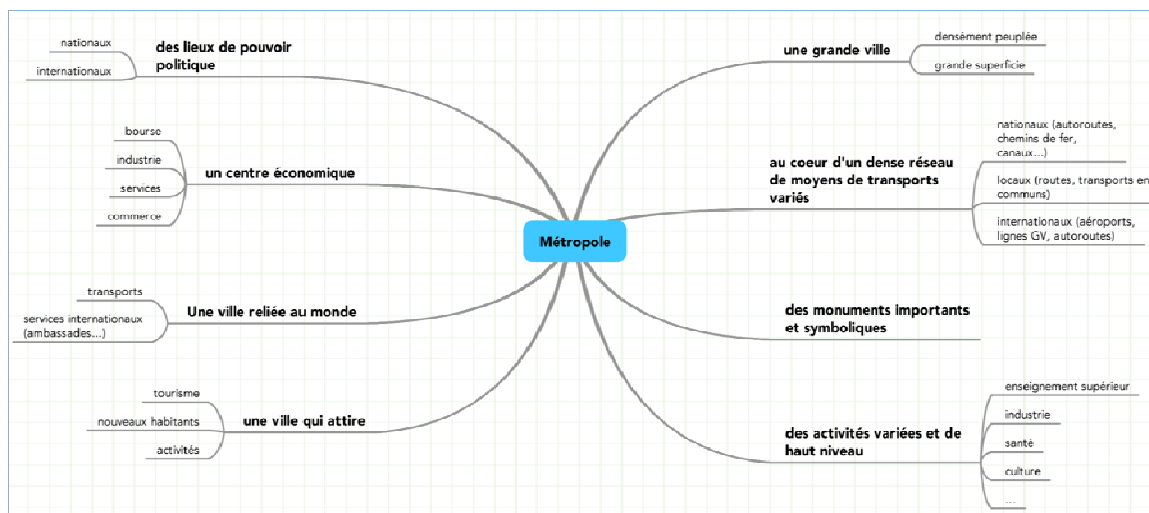
1. La création d'un projet novateur qui soit mobilisant pour tous les acteurs du réseau et inspirant pour les patients.
2. La promotion d'une approche patient-partenaire.
3. Le développement d'une 1^{re} ligne forte :
 - Avec des services continus, rapidement et facilement accessibles;
 - Comptant sur un rendez-vous à ne pas manquer entre les médecins de famille et les centres de santé et de services sociaux (CSSS).
4. Le déploiement des relais facilités entre les 1^{re} et 2^e lignes pour assurer plus de continuité dans les services.
5. La constitution de CSSS robustes, dotés des trois missions CLSC-CHSLD-CHSGS ayant les spécialités de base, afin d'améliorer l'offre de services à la population.
6. L'offre de services de proximité pour répondre aux besoins de la population.
7. La mise sur pied de regroupements d'établissements spécialisés et surspécialisés, notamment en réadaptation, arrimés à la 1^{re} ligne :
 - Pour simplifier l'accès;
 - Pour développer les connaissances et maximiser la participation sociale des usagers.
8. La mise en œuvre d'une approche populationnelle et de la hiérarchisation des services pour renforcer le lien entre les besoins de la population et les services offerts.
9. L'utilisation des affiliations et désignations universitaires pour reconnaître et mettre à contribution le savoir et l'expertise.
10. La reconnaissance des caractéristiques ethnoculturelles et linguistiques comme éléments de la réalité métropolitaine de Montréal.

11. L'ajustement des responsabilités de l'Agence de Montréal à la nouvelle réalité du système de santé.
12. L'identification des conditions facilitantes et des leviers requis pour mettre en application les recommandations.

1.2 PARTICULARITÉS DE MONTRÉAL - MÉTROPOLE

1.2.1 Montréal-Métropole

Montréal possède les caractéristiques d'une métropole :



Source : carte conceptuelle créée par C. Joneau, <http://www.mindmeister.com/fr/28708039/habiter>

Montréal présente un contexte de vie urbain qui la distingue des autres régions du Québec et dont les particularités peuvent influencer la santé et le bien-être de ses résidents ainsi que l'organisation des services sous plusieurs aspects. Le quart de la population québécoise, soit 1,9 million de personnes y habitent et des centaines de milliers de personnes y viennent chaque jour pour y travailler, y étudier, y obtenir des services ou se divertir. Vivre à Montréal c'est évoluer dans un environnement très dense, tant du point de vue démographique (4 000 habitants au km² à Montréal comparativement à 130 en Montérégie) que de celui des activités économiques, artistiques et culturelles. Cela amène une concentration des infrastructures, des bâtiments majeurs et des services spécialisés dans l'arrondissement Ville-Marie, au sud-est de Montréal, et la résidence dans des quartiers très peuplés où la vie sociale et communautaire est très active.

Une démographie unique

Montréal compte 49 % de francophones, 17 % d'anglophones et 34 % d'allophones. L'île de Montréal est un lieu d'accueil pour un grand nombre de personnes. 63 % des immigrants du Québec résident à Montréal. La proportion de la population immigrante a fait un bond important de 1986 à 2011, passant de 22 % à 33 % à Montréal et représente aujourd'hui 612 000 personnes.

La croissance de l'immigration se fait ressentir de façon encore plus importante en milieu scolaire. Sur les 409 écoles publiques étudiées par le Comité de gestion de la taxe

scolaire, 146 accueillent 50 % ou plus d'élèves issus de l'immigration. Dans 59 écoles, plus de 75 % des élèves sont dans cette situation. Enfin, Montréal exerce une forte attraction sur les jeunes adultes de 20 à 34 ans.

Une gamme complète de services de santé et de services sociaux est disponible en français et en anglais (annexe 2). Le système d'éducation aussi permet de compléter un parcours éducatif dans l'une ou l'autre des langues officielles, et ce, du niveau préscolaire au niveau universitaire.

Une plus grande concentration de personnes vulnérables et d'exclus

L'attractivité des grands centres urbains comme Montréal, conjuguée à un certain anonymat et à une offre de services diversifiée, accentue la concentration de certains groupes de personnes vivant dans une grande précarité ou dans la marginalité. Citons parmi celles-ci : les familles monoparentales, les personnes âgées seules, les personnes handicapées, les nouveaux immigrants, les autochtones, les personnes itinérantes ou aux prises avec des problèmes majeurs de dépendance ou de santé mentale.

Cette concentration de personnes vulnérables rend fondamentale l'importante contribution du milieu communautaire montréalais.

Des écarts de pauvreté importants

La proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est nettement supérieure à Montréal (29 %) que pour l'ensemble du Québec (13 %). Lorsque l'on compare les grandes villes canadiennes entre elles, c'est à Montréal que cette proportion est la plus élevée.

Les inégalités sociales entraînent des problèmes sociaux et de santé lourds de conséquences à toutes les étapes de la vie. On observe un lien entre les zones de pauvreté des quartiers montréalais et une incidence plus élevée de mortalité infantile, de nouveau-nés de faible poids, de grossesses à l'adolescence, de détresse psychologique et de suicide. À Montréal, on observe un écart de 10,6 ans d'espérance de vie entre les quartiers les mieux nantis et les plus défavorisés.

Un réseau de services de santé et de services sociaux très complexes, adaptés aux plans linguistiques et culturels, offerts à l'échelle locale des quartiers et à celle de la région métropolitaine de Montréal

Le réseau montréalais, c'est actuellement :

- 83 établissements, dont 41 privés et 42 publics. Parmi ces derniers, on note :
 1. 12 centres de santé et des services sociaux (CSSS), 5 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et 6 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) non intégrés.
 2. 2 centres jeunesse (CJ), 5 centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) dont 1 privé conventionné, 3 centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED), 1 centre de réadaptation en dépendance, 2 centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSPSY) et 2 instituts universitaires en santé mentale (IUSM).
 3. 3 centres hospitaliers universitaires (CHU), 4 centres hospitaliers affiliés (CHA), 6 instituts universitaires, 4 centres affiliés universitaires (CAU) ainsi que

4 établissements à vocation suprarégionale. L'ensemble de ces établissements offre des services spécialisés et surspécialisés majoritairement à des résidents d'autres régions.

4. 20 établissements désignés dont l'ensemble des services sont offerts en anglais et en français et 3 établissements désignés pour offrir des services en français et dans une autre langue (italien, polonais, chinois). 22 établissements ont des services indiqués devant être offerts en français et en anglais.
5. Des services de CLSC offerts dans les quartiers, près des populations locales. Avant la mise sur pied des CSSS en 2004, il y avait 30 CLSC à Montréal, il y en a toujours 30 en 2014, soit un CLSC par 16 km² : 29 sont gérés par les 12 CSSS actuels et un est géré par la Clinique communautaire de Pointe St-Charles à titre d'établissement privé conventionné.
 - Un peu plus de 400 cliniques ou cabinets médicaux, dont 41 groupes de médecine de famille, 30 cliniques-réseau et 4 cliniques-réseau intégrées.
 - 96 252 personnes y travaillant : 3 488 médecins spécialistes, 2 428 omnipraticiens, 72 871 employés équivalents temps complets dont 4 243 cadres (5,8 % comparativement à 5,1 % dans le reste du Québec) et 12 118 employés de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (16,6 % comparativement à 14,6 % dans le reste du Québec). Le taux d'encadrement à Montréal est de 16,2 employés équivalents temps complet par cadre comparativement à 19,5 dans le reste du Québec.
 - 648 organismes communautaires subventionnés par l'Agence de Montréal.
 - Une enveloppe budgétaire de l'ordre de 6,4 G\$ en 2013-2014.
 - Une informatisation clinique misant sur le déploiement dans les établissements du dossier clinique informatisé (DCI) OACIS (Open Architecture Clinical Information System), des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et le partage d'information entre les pharmacies, les cliniques et les établissements grâce au Dossier Santé Québec (DSQ). Le DCI OACIS est aussi en déploiement dans les régions partenaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Laval, des Laurentides et de Lanaudière. La région de Montréal dispose de ressources informationnelles importantes qui n'étaient pas encore consolidées en 2013-2014 :
 - 70 centres de traitement informatique, soit près de 27 % de l'inventaire québécois¹;
 - 60 000 postes de travail, soit 35 % du parc québécois;
 - 6 600 serveurs, représentant 36 % des serveurs du réseau de la santé et des services sociaux;
 - Un technocentre régional, regroupant 173 spécialistes en ressources informationnelles.

1.2.2 Une région universitaire, un centre majeur d'enseignement et de recherche

Montréal compte quatre universités sur son territoire, l'Université de Montréal, l'Université du Québec à Montréal, l'Université McGill et l'Université Concordia. Deux des quatre facultés de médecine du Québec se trouvent à Montréal, aux universités de Montréal et McGill. Chacune de ces facultés est associée à un réseau universitaire intégré

¹ Ces données datent de 2012-2013 et une mise à jour de ces actifs sera disponible en 2014.

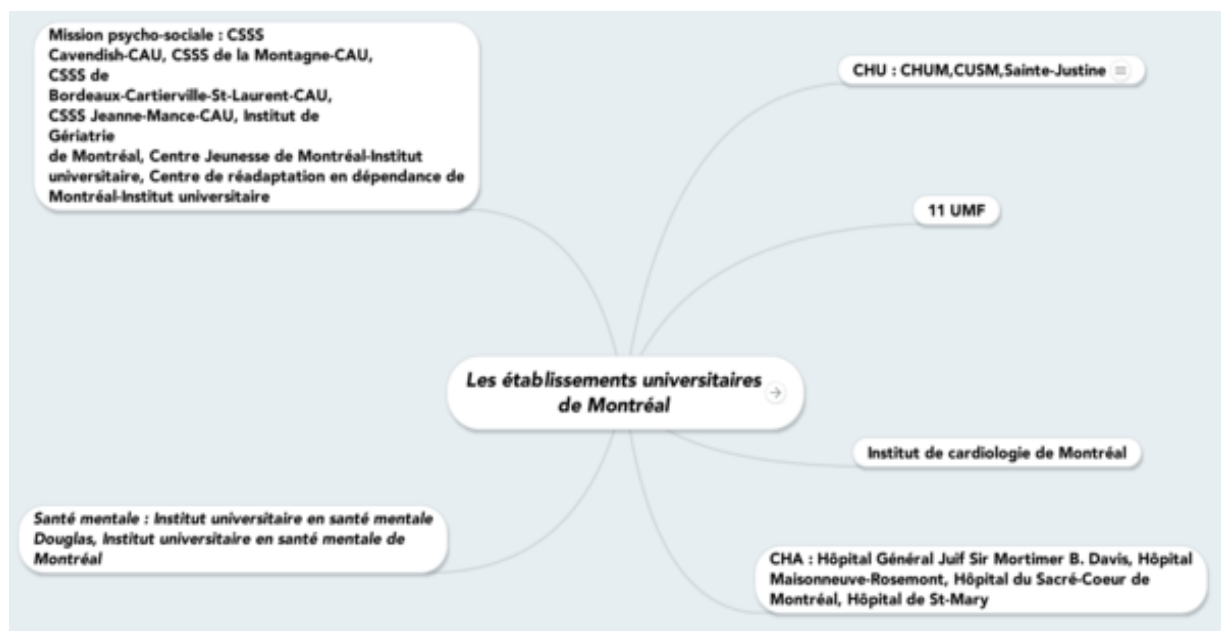
de santé, un RUIS, auquel le MSSS a confié le mandat de coordonner les soins de santé tertiaires, l'enseignement et la recherche offerts par chacune d'elle et leurs hôpitaux d'enseignement.

Le RUIS de l'Université de Montréal dessert 6 régions, 3 millions de Québécois, 39 centres hospitaliers et CSSS. Il forme 7 000 étudiants, qui effectuent annuellement 17 000 stages, et accueille 800 chercheurs. Enfin, il constitue le réseau universitaire offrant le plus grand nombre de programmes de formation en disciplines de la santé au Canada.

Le RUIS de l'Université McGill, pour sa part, couvre 7 régions, 1,7 million de personnes, 4 hôpitaux d'enseignement, tous associés à des centres de recherche, et un grand nombre de centres hospitaliers et de CSSS.

Le CHUM, le CUSM, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis font l'objet actuellement d'une modernisation majeure qui amènera les infrastructures de ces centres universitaires à la fine pointe de l'excellence.

Les établissements universitaires de Montréal



Source : <https://www.mindmeister.com/452062292#>

Enfin, il faut mentionner l'apport majeur des établissements de santé et de services sociaux de Montréal qui contribuent à la mission d'enseignement en offrant 200 000 jours de stages par année aux étudiants des différentes disciplines du domaine de la santé et des services sociaux.

Pour actualiser le plein potentiel du réseau montréalais, il faut compter sur une contribution efficace des établissements universitaires et sur une collaboration dynamique entre eux, les CSSS et les équipes multidisciplinaires de 1^{re} ligne. L'Agence de Montréal reconnaît les spécificités des milieux universitaires et leur indispensable contribution :

- À l'accessibilité et à la qualité des services;
- À la transformation des modalités de dispensation des services;

- À la formation des effectifs de demain;
- Au développement économique de Montréal;
- Au développement et au partage des connaissances en santé et en services sociaux.

Il faut faciliter l'accès des CSSS et des équipes multidisciplinaires de 1^{re} ligne à l'expertise des centres universitaires et assurer le plus possible le transfert de connaissances à tous les établissements qui accueillent des stagiaires.

En conclusion, l'accessibilité, la responsabilité populationnelle, la prise en charge, la continuité et la hiérarchisation des services constituent les assises des réseaux de services. La création du savoir et sa diffusion sont essentielles si l'on veut améliorer l'efficacité des services prodigués par le réseau montréalais.

1.2.3 Des réseaux locaux de services moins intégrés à Montréal que dans les autres régions du Québec.

- Comparativement aux CSSS des autres régions, ceux de Montréal n'ont pas intégré toutes les missions CLSC-CHSGS-CHSLD : en effet, 7 des 12 CSSS de Montréal n'ont pas encore intégré de CHSGS. 5 CHSGS et 6 CHSLD publics sont demeurés autonomes. Cependant tous ont été associés au fonctionnement en CSSS et ont contribué à l'exercice de la responsabilité populationnelle.
- Dans le cas des services spécialisés et surspécialisés, on retrouve dans la région de Montréal plus d'un dispensateur de services pour certaines missions régionales : 2 centres jeunesse, 6 centres de réadaptation en déficience physique, 3 centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement et 1 centre de réadaptation en dépendance.
- Les rapports entre les 12 CSSS et les nombreux centres spécialisés et surspécialisés présents à Montréal sont très complexes.

2. DÉMARCHE D'INTÉGRATION ET RECOMMANDATIONS

Le comité de travail « Une métropole en action » a saisi l'occasion offerte par le contexte entourant le projet de loi n° 10 pour fixer les objectifs et la finalité de l'exercice d'intégration qu'il entreprend et pour établir les critères convenus par tous afin d'élaborer la proposition montréalaise.

2.1 OBJECTIFS ET FINALITÉS DE L'EXERCICE

Dans le cadre de son mandat de regarder les possibilités de regroupement de services, d'expertises ou d'établissements, le comité a identifié les objectifs et les finalités prioritaires visés par un tel exercice :

1. Prise en charge par l'équipe de soins primaires (médecin de famille et équipe multidisciplinaire) sur le territoire.
2. Meilleure stabilité des personnes âgées en matière d'hébergement et de soins de longue durée par la réduction des transferts à l'intérieur du territoire.
3. Consolidation des masses critiques et de l'expertise du personnel.
4. Offre complète de services de base, incluant les services spécialisés et forte desserte de la population du territoire.
5. Augmentation de l'efficacité du réseau.

2.2 CRITÈRES POUR ÉLABORER LA PROPOSITION

Compte tenu de l'ampleur et de la complexité du réseau montréalais et du grand nombre de CSSS et d'établissements non intégrés, plusieurs scénarios de regroupement sont possibles au plan des territoires et plusieurs formes d'intégration des établissements spécialisés sont envisageables.

Pour arriver à formuler les meilleures recommandations permettant d'assurer l'atteinte des objectifs visés, le comité a identifié sur quels critères il s'appuierait pour prendre les meilleures décisions possibles afin d'améliorer l'efficacité du réseau montréalais :

- Approche populationnelle et affinité de population pour définir des services adaptés aux besoins de la population résidant sur le territoire du CSSS;
- Intégration des missions CHSGS-CLSC-CHSLD dans chacun des nouveaux CSSS pour en faire des établissements robustes;
- Des CSSS imputables et responsables avec les leviers nécessaires pour agir;
- Gamme complète de services de base à proximité;
- 1^{re} ligne forte avec accès facilité localement;
- Simplification de l'accès aux services et circulation plus facile entre les niveaux de services.
- Respect de la langue et de la culture de populations particulières avec des conditions qui favorisent le développement des communautés qui sont regroupées;
- Respect des désignations universitaires et en cohérence avec l'organisation universitaire;
- Des territoires de tailles comparables;
- Accessibilité accrue de la rétention pour les 1^{re} et 2^e lignes à l'intérieur du territoire du CSSS;
- Équilibre besoins-ressources;
- Contraintes cliniques et organisationnelles minimisées au sein des regroupements d'établissements en misant sur le respect des territoires actuellement définis;
- Si un établissement veut s'exclure, il aura à en démontrer la logique et les bénéfices pour la population.

2.3 RECOMMANDATIONS

Au cours des quatre mois de travaux du comité « Métropole en action », les membres ont bâti un argumentaire et des critères qui ont contribué au choix final de la région. Lors de la rencontre du 4 septembre 2014, deux scénarios, dont trois variantes d'un scénario de regroupement à cinq CSSS et un autre scénario à sept regroupements, ont été présentés.

Dans un premier temps et dans la logique du système de santé actuel, les membres ont fait ressortir leur préférence pour le scénario à 7 regroupements qui correspond davantage aux critères énoncés et convenus par l'ensemble des membres du comité. Ces critères font notamment référence à :

1. **Le respect des dimensions linguistiques et culturelles.**
2. **Des CSSS de tailles comparables incluant à la fois des services de santé et des services sociaux.**
3. **La proximité pour l'offre de services.**
4. **Le respect des désignations universitaires et en cohérence avec l'organisation universitaire.**

Des membres ont exprimé leur désaccord avec ce scénario à cause, notamment, de **la fragmentation de trois CSSS à l'échelle de CLSC et du rattachement à un autre territoire de CSSS**. Certains membres considèrent par contre qu'il s'agit là d'une opportunité permettant de corriger des erreurs de la première réorganisation en 2004 sur le plan des corridors de services et des affinités de la population.

Les membres ont évalué les arguments et en sont arrivés à la conclusion que le démantèlement des CSSS représentait des réorganisations majeures aux plans structurel, organisationnel, communautaire et clinique qui vont bien au-delà des bénéfices escomptés.

Le scénario à cinq regroupements

Fort des conclusions du scénario à sept regroupements, et à moins que des analyses plus poussées n'en démontrent les avantages pour la population, les scénarios qui divisent les CSSS ne sont pas retenus.

Dans la perspective où la révision des rôles et responsabilités des agences fait partie de l'équation, le scénario à cinq regroupements est soutenu par une grande partie des membres qui sont convaincus que ces grands ensembles d'établissements seraient mieux préparés à recevoir des responsabilités régionales, ce qui leur permettrait d'assurer leur pleine imputabilité en matière d'organisation de services.

Un milieu urbain comme celui de Montréal reçoit bien la nouvelle organisation structurelle à cinq CSSS qui est proposée et permet un découpage juste assez grand pour faire une différence avec l'organisation actuelle du réseau montréalais. Ce scénario prend tout son sens pour une métropole qui organise et gère la circulation et l'offre de services sur son territoire en tenant compte des populations intra et extra régionales.

Sur le plan de l'hébergement des personnes âgées, il a été mentionné que les établissements de grande taille favoriseraient une meilleure stabilité des personnes âgées en matière d'hébergement et de soins de longue durée par la réduction des transferts. Ces établissements offriraient une gamme élargie de services de proximité et un vaste choix d'hébergement.

Des membres ont toutefois exprimé leur désaccord avec une variante du scénario à cinq regroupements en raison de la division des RUIS. Le nouveau découpage du RUIS qui inscrit le CSSS du Sud-Ouest – Verdun (SOV) dans le périmètre du RUIS de l'Université de Montréal, en le fusionnant au CSSS Jeanne-Mance, a soulevé plusieurs questionnements. Des analyses plus détaillées sur la provenance des clientèles ont démontré que les corridors de services et le flux naturel des patients étaient majoritairement orientés vers l'ouest plutôt que vers l'est et que les activités cliniques du CSSS SOV se rattachent au réseau de l'Université McGill alors que les activités académiques le sont avec l'Université de Montréal. Ce scénario, présenté le 22 septembre 2014 aux directeurs généraux et aux présidents de conseil d'administration, représente la proposition de la région.

Projet de loi n° 10

Le projet de loi, déposé le 25 septembre dernier, présente des informations additionnelles qui viennent donner une nouvelle direction aux travaux du comité de travail. Ces nouvelles informations sont :

1. Une proposition territoriale différente qui rattache le CSSS du Cœur-de-l'Île au centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal, alors que le scénario de la région propose le rattachement de ce CSSS au CISSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Une demande d'ajustement à cet effet sera faite.

2. L'intégration de tous les établissements au sein des cinq CISSS, à l'exception des trois CHU et de l'Institut de cardiologie de Montréal, alors que les travaux du comité n'avaient pas atteint ce niveau d'intégration;
3. L'abolition des agences régionales, orientation qui n'avait pas été envisagée.

Aussi, compte tenu de la recherche d'harmonisation entre le projet de loi n° 10 et la proposition montréalaise, voici les recommandations du comité de travail « Une métropole en action » :

2.3.1 Recommandation n° 1 : Création de cinq CISSS

Le comité recommande de retenir le scénario de fusion en cinq CISSS pour sa capacité à intégrer l'ensemble des missions (CLSC, CHSGS et CHSLD) de manière à offrir une gamme complète de services coordonnés.

2.3.2 Recommandation n° 2 : Proposition du comité de travail sur la configuration des cinq CISSS

Le comité recommande de retenir la configuration proposée à la page suivante. Ce découpage se distingue de celui présenté dans le projet de loi n° 10 par le fait que le territoire du CSSS du Cœur-de-l'Île est maintenant rattaché au CISSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Cette décision repose sur des partenariats déjà existants entre le CSSS du Cœur-de-l'Île et les établissements du nord de l'île et sur l'analyse de la consommation des services par la population.

La proposition de découpage des territoires et de leur composition ci-après présentée ainsi qu'à l'annexe 3 est conforme au scénario développé par le comité de travail.

SCÉNARIOS DE FUSION DES CSSS À MONTRÉAL

Scénario	CSSS/CLSC	CH affilié	CHSLD	Pop.	Rét. CH	Rét. 1ère ligne	Budget	RH
1	PDI			499 070	77%	82%	887 202 047	13 016
	LT	HMR	Grace Dart					
	SLSM	Santa Cabrini	Polonais					
2	JM	Notre-Dame	Chinois	139 870	24%	54%	281 526 811	4 666
3	CDI	Jean-Talon		411 215	62%	71%	747 956 507	10 321
	AMN	Fleury						
	BCSL	Sacré-Coeur						
4	DLM	St-Mary	Mont-Sinaï	341 670	43%	59%	749 760 011	10 443
	CAV	Juif	Juif & Maimonides					
5	SOV	Verdun		494 650	84%	92%	558 639 293	8 123
	DLL	Lasalle						
	ODI	Lakeshore						

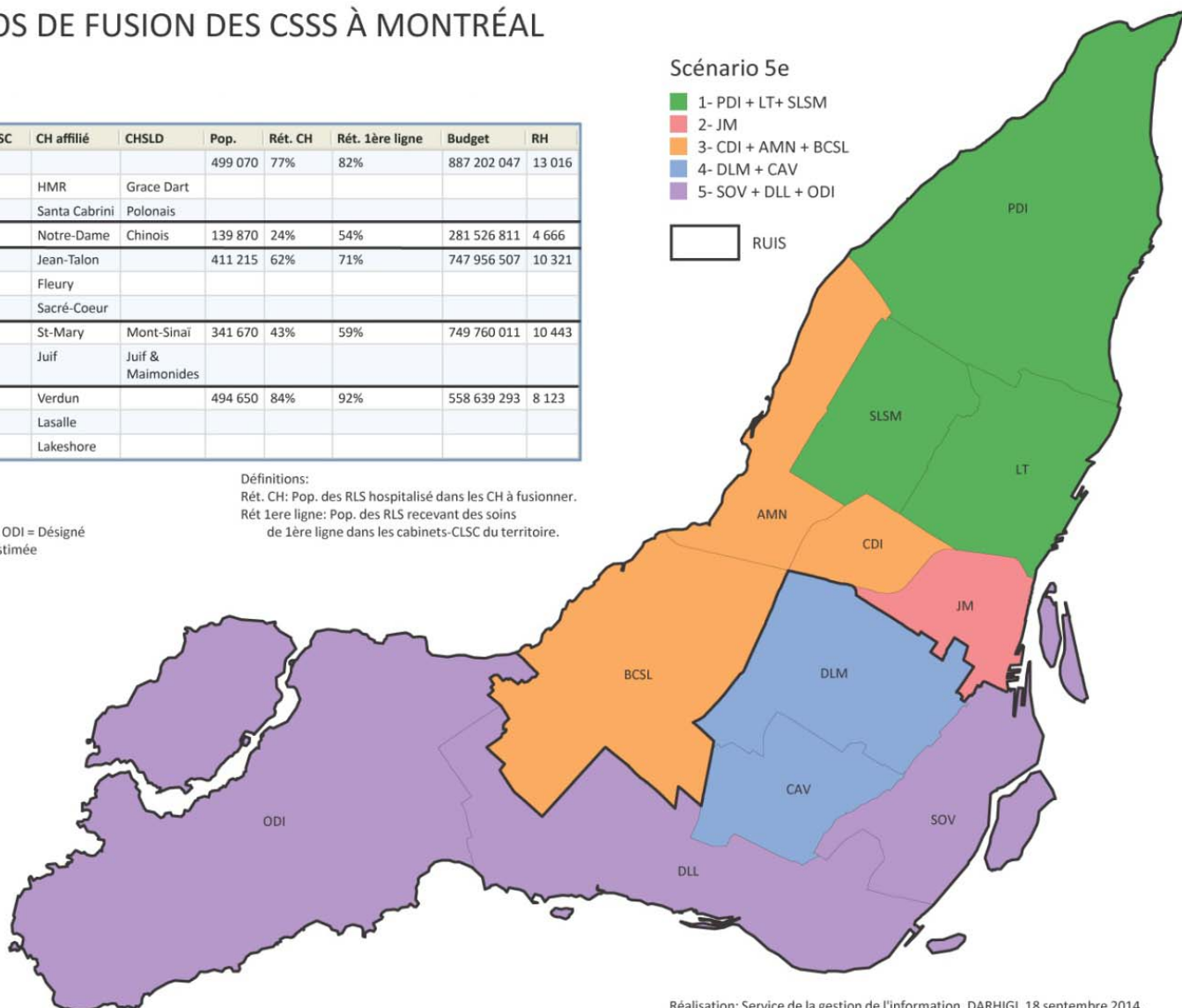
Notes:
Respecte les CSSS
Respecte les RUIS
SOV & DLL = Indiqué + ODI = Désigné
Notre-Dame: Valeur estimée
Budget: 100 M
RH: 1 800

Définitions:
Rét. CH: Pop. des RLS hospitalisé dans les CH à fusionner.
Rét 1ère ligne: Pop. des RLS recevant des soins
de 1ère ligne dans les cabinets-CLSC du territoire.

Scénario 5e

- 1- PDI + LT+ SLSM
- 2- JM
- 3- CDI + AMN + BCSL
- 4- DLM + CAV
- 5- SOV + DLL + ODI

RUIS



Réalisation: Service de la gestion de l'information, DARHIGI, 18 septembre 2014.

Projet de loi n° 10		Comité de travail « Une métropole en action »	
Région sociosanitaire : Montréal (06) - Établissement 1			
Établissements publics fusionnés :			
• Centre de santé et de services sociaux de l’Ouest-de-l’Île • Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle • Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest – Verdun • Institut universitaire en santé mentale Douglas • Centre de réadaptation de l’Ouest de Montréal • Centre de soins prolongés Grace Dart • Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw • Hôpital Sainte-Anne		• Centre de santé et de services sociaux de l’Ouest-de-l’Île • Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle • Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest – Verdun • Institut universitaire en santé mentale Douglas • Centre de réadaptation de l’Ouest de Montréal • Centre de soins prolongés Grace Dart • Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw • Hôpital Sainte-Anne	
Nom de l'établissement public issu de la fusion : CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL			
L'établissement a pour objet d'exploiter :			
• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins psychiatriques • Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation		• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins psychiatriques • Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation	
Le siège de l'établissement est situé à Pointe-Claire, dans le district judiciaire de Montréal.			
Territoire desservi :			
• Réseau local de services de Pierrefonds - Lac Saint-Louis • Réseau local de services de LaSalle - Vieux Lachine • Réseau local de services de Verdun/Côte Saint-Paul - Saint-Henri - Pointe-Saint-Charles			

Projet de loi n° 10		Comité de travail « Une métropole en action »	
Région sociosanitaire : Montréal (06) - Établissement 2			
Établissements publics fusionnés :			
• L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis • Centre hospitalier de St. Mary • Centre Miriam • CHSLD juif de Montréal • Hôpital Mont-Sinaï • Centre de santé et de services sociaux Cavendish • Centre de santé et de services sociaux de la Montagne • La Corporation du Centre hospitalier Gériatrique Maimonides • Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal • Centre de réadaptation Constance-Lethbridge		• L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (CAU) • Centre hospitalier de St. Mary (CAU) • Centre Miriam • CHSLD juif de Montréal • Hôpital Mont-Sinaï • Centre de santé et de services sociaux Cavendish (CAU) • Centre de santé et de services sociaux de la Montagne (CAU) • La Corporation du Centre hospitalier Gériatrique Maimonides — (Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal) • Centre de réadaptation Constance-Lethbridge + Centre de réadaptation MAB-Mackay (privé conventionné)	
Nom de l'établissement public issu de la fusion : CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL			
L'établissement a pour objet d'exploiter :			
• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique de type motrice		• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique de type motrice • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	
Le siège de l'établissement est situé à Montréal, dans le district judiciaire de Montréal			
Territoire desservi :			
• Réseau local de services de René-Cassin - NDG/Montréal-Ouest • Réseau local de services de Côte-des-Neiges - Métro - Parc-Extension			

Projet de loi n° 10	Comité de travail « Une métropole en action »
Région sociosanitaire : Montréal (06) - Établissement 3 Établissements publics fusionnés :	
• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal • Centre de santé et de services sociaux du Cœur-de-l'Île • Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance • La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau • Institut Raymond-Dewar • L'Hôpital Chinois de Montréal (1963) • Institut universitaire de gériatrie de Montréal • Centre de réadaptation en dépendance de Montréal	• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – (Centre de santé et de services sociaux du Cœur-de-l'Île) • Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance (CAU) • La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau • Institut Raymond-Dewar • L'Hôpital Chinois de Montréal (1963) • Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IU Santé) • Centre de réadaptation en dépendance de Montréal + Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal + Le Centre jeunesse de Montréal (IU Social) + Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal + Institut Philippe-Pinel de Montréal
Nom de l'établissement public issu de la fusion : CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SUD-EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	
L'établissement a pour objet d'exploiter :	
• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique de types auditive et motrice • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance	• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés + Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins psychiatriques • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique de types auditive et motrice • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance + Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement + Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation + Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation + Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
Le siège de l'établissement est situé à Montréal, dans le district judiciaire de Montréal. Territoire desservi :	
• Réseau local de services des Faubourgs–Plateau-Mont-Royal–Saint-Louis-du-Parc • Réseau local de services de la Petite-Patrie–Villeray	• Réseau local de services des Faubourgs–Plateau-Mont-Royal–Saint-Louis-du-Parc – (Réseau local de services de la Petite-Patrie–Villeray)

Projet de Loi n° 10	Comité de travail « Une métropole en action »
Région sociosanitaire : Montréal (06) - Établissement 4 Établissements publics fusionnés :	
• Centre de santé et de services sociaux d'Achuntsic et Montréal-Nord • Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent • Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal • Hôpital Rivière-des-Prairies • Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal	• Centre de santé et de services sociaux d'Achuntsic et Montréal-Nord • Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent (CAU) • Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CAU) – (Hôpital Rivière-des-Prairies) – (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal) + Centre de santé et de services sociaux du Cœur-de-l'Île
Nom de l'établissement public issu de la fusion : CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	
L'établissement a pour objet d'exploiter :	
• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins psychiatriques • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée – (Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins psychiatriques) – (Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement)
Le siège de l'établissement est situé à Montréal, dans le district judiciaire de Montréal. Territoire desservi :	
• Réseau local de services d'Achuntsic et Montréal-Nord • Réseau local de services du Nord de l'Île–Saint-Laurent	• Réseau local de services d'Achuntsic et Montréal-Nord • Réseau local de services du Nord de l'Île–Saint-Laurent + Réseau local de services de la Petite-Patrie–Villeray

Projet de Loi n° 10	Comité de travail « Une métropole en action »
Région sociosanitaire : Montréal (06) - Établissement 5 Établissements publics fusionnés :	
• Institut Philippe-Pinel de Montréal • Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île • Institut universitaire en santé mentale de Montréal • Hôpital Santa Cabrini • Hôpital Maisonneuve-Rosemont • Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel • Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale • Institut Canadien-Polonais du Bien-Être inc. • Le Centre jeunesse de Montréal	— (Institut Philippe-Pinel de Montréal) • Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île • Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IU Santé) • Hôpital Santa Cabrini • Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CAU) • Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel • Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale • Institut Canadien-Polonais du Bien-Être inc. — (Le Centre jeunesse de Montréal) + Hôpital Rivière-des-Prairies
Nom de l'établissement public issu de la fusion : CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'EST DE L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	
L'établissement a pour objet d'exploiter :	
• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins psychiatriques • Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation • Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation	• Un centre local de services communautaires • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés • Un centre hospitalier appartenant à la classe d'un centre hospitalier de soins psychiatriques • Un centre d'hébergement et de soins de longue durée — (Un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse) — (Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation) — (Un centre de réadaptation appartenant à la classe d'un centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation)
Le siège de l'établissement est situé à Montréal, dans le district judiciaire de Montréal. Territoire desservi :	
• Réseau local de services de Rivière-des-Prairies - Mercier-Est/Anjou - Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est • Réseau local de services de Saint-Léonard - Saint-Michel • Réseau local de services de Hochelaga-Maisonneuve - Olivier-Guimond - Rosemont	

2.3.3 Recommandation n° 3 : CHSLD publics

Le comité recommande l'intégration des CHSLD publics au CISSS de leur territoire de façon à compléter l'intégration des missions CHSGS, CLSC et CHSLD.

En 2004, plusieurs CHSLD publics n'ont pas été intégrés dans les CISSS notamment pour préserver leurs désignations linguistiques et culturelles. Le projet de loi n° 10 a inscrit des garanties à cet égard (voir articles 156 et 157 du projet de Loi à la page 25).

Intégration territoriale : les CHSLD publics à intégrer au CISSS de leur territoire sont :

- CHSLD juif de Montréal : CISSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal;
- La Corporation du Centre hospitalier Gériatrique Maimonides : CISSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal;
- Centre de soins prolongés Grace Dart : CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Hôpital Mont-Sinaï : CISSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal;
- L'Hôpital Chinois de Montréal (1963) : CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal;
- Institut Canadien-Polonais du Bien-Être inc : CISSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- L'Hôpital Sainte-Anne sera aussi intégré lorsque son transfert dans le réseau québécois sera finalisé. Le projet de loi a prévu d'intégrer cet établissement au CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

2.3.4 Les établissements spécialisés

En raison de la complexité de certains enjeux et des particularités de certains établissements spécialisés, des travaux d'analyse et de documentation ont été réalisés afin de s'assurer que ces établissements contribuent de la meilleure façon à l'offre régionale de services à Montréal.

Les caractéristiques de la population desservie au centre-ville constituent une base commune d'intervention pour des clientèles spécifiques et la mission sociale de plusieurs établissements spécialisés favorise la synergie des actions et des trajectoires de services.

Il y a 15 établissements publics spécialisés à positionner dans les 5 CISSS prévus à Montréal :

- Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM) – Institut universitaire;
- Le Centre jeunesse de Montréal (CJM) – Institut universitaire;
- Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (CJFB);
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal (CRDITED de Montréal);
- Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM);
- Centre Miriam;
- Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP);
- Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM);
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM);
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD);
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM);
- La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB);
- Institut Raymond-Dewar (IRD);
- Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRCL);
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM).

Il existe plusieurs formes possibles d'intégration pour ces établissements :

- **Intégration territoriale** selon l'adresse du siège social;
- **Intégration régionale ou horizontale** selon la mission;
- **Intégration clinique** par la création d'alliances et de trajectoires de services en fonction de la complémentarité des missions des établissements.

2.3.4.1 Recommandation n° 4 : Dépendance

Le comité recommande d'intégrer le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

- Présence d'une masse critique de clientèle en situation de dépendance au centre-ville;
- Existence de liens à faire avec les autres clientèles desservies au centre-ville, notamment en itinérance;
- **Intégration clinique** : partage de la mission services sociaux avec d'autres établissements au centre-ville de Montréal.

Les corridors de services devront assurer une desserte régionale en services spécialisés et la dimension métropolitaine devra être développée pour les services en langue anglaise offerts par le Centre de réadaptation en dépendance Foster situé en Montérégie.

2.3.4.2 Recommandation n° 5 : Jeunes en difficulté

Le comité recommande d'intégrer Le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal et Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw au CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

- **Intégration clinique** : l'intégration du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal consolidera la complémentarité avec les autres missions en services sociaux présentes et en favorisera le développement;
- Pour Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, son intégration au CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal permettra la création d'alliances cliniques avec la santé mentale et la déficience intellectuelle et favorisera le développement d'une offre de services enrichie et complète.

Les deux CISSS devront assurer une couverture régionale.

2.3.4.3 Recommandation n° 6 : Déficience intellectuelle – Troubles envahissants du développement (DI-TED)

Le comité recommande :

- **L'intégration du CRDITED de Montréal au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal;**
- **Le maintien du CROM au CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;**
- **Le maintien du Centre Miriam au CISSS du Centre.**
- **Intégration clinique** : L'intégration de ces centres de réadaptation dans leur CISSS respectif consolidera la complémentarité avec les autres missions en

services sociaux et en santé mentale et favorisera le développement d'alliances.

Les trois CISSS concernés devront assurer une couverture régionale de leurs services.

2.3.4.4 **Recommandation n° 7 : Centre hospitalier de soins psychiatriques - Hôpital Rivière-des-Prairies**

Le comité recommande d'intégrer l'Hôpital Rivière-des-Prairies au CISSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

- Cette intégration au CISSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal assurera une couverture de services en pédopsychiatrie sur le territoire;
- **Intégration clinique** : elle permettra d'assurer la complémentarité entre les services spécialisés en santé mentale en considérant la transition de l'adolescence à la vie adulte;
- Elle favorisera la consolidation des ententes de services entre la pédopsychiatrie et la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement chez l'adulte.

2.3.4.5 **Recommandation n° 8 : Centre hospitalier de soins psychiatriques - Institut Philippe-Pinel de Montréal**

Le comité recommande d'intégrer l'Institut Philippe-Pinel de Montréal au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

- **Intégration clinique** : cet établissement à vocation unique a des liens à consolider avec d'autres services régionaux qui seront dispensés par le CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal comme le Programme d'accompagnement-justice-santé mentale et Urgence psychosociale-justice;
- Cette intégration est cohérente avec la mise en application du rapport Tourigny qui recommande la hiérarchisation des soins en psychiatrie légale.

Le CISSS devra assurer une couverture régionale et suprarégionale.

2.3.4.6 **Recommandation n° 9 : Institut universitaire en santé mentale de Montréal et Institut universitaire en santé mentale Douglas**

Le comité recommande :

- **Le maintien de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal dans le CISSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;**
- **Le maintien de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas dans le CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.**

- Le comité a souligné sa préoccupation à l'effet de protéger les clientèles vulnérables en santé mentale et d'assurer le maintien des activités académiques et suprarégionales.
- **Intégration clinique et territoriale** : elle permettra d'assurer la complémentarité entre les services spécialisés en santé mentale en considérant la transition de l'adolescence à la vie adulte.

Les deux (2) CISSS devront assurer une couverture régionale et suprarégionale en santé mentale.

2.3.4.7 Recommandation n° 10 : Déficience physique

Intégration horizontale : le comité a discuté d'un regroupement horizontal unique en déficience physique, tous âges, tous handicaps dans une perspective à long terme.

Le comité recommande :

- L'intégration des 3 centres qui avaient initié une démarche de fusion, soit l'IRGLM, le CRLB et l'IRD au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal;
 - L'intégration du CRCL au CISSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal;
 - L'intégration du Centre de réadaptation (privé conventionné) MAB-Mackay au CISSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal, sans présumer des modalités d'intégration.
- La dimension métropolitaine devra être considérée pour les services en déficience visuelle offerts par l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) situé en Montérégie;
 - Il faudra assurer une accessibilité pour les patients des autres CISSS aux lits de l'IRGLM;
 - Des corridors de services spécialisés et surspécialisés intra et inter CISSS en déficience physique devront être développés.

2.3.4.8 Recommandation n° 11 : Établissements hors Montréal

Le comité recommande que des mesures soient prises pour garantir les services en déficience visuelle dispensés par l'Institut Nazareth et Louis-Braille ainsi que les services en dépendance dispensés par le Centre de réadaptation en dépendance Foster (Pavillon Foster) à la population montréalaise et que leur coordination soit facilitée.

2.3.4.9 Recommandation n° 12 : CHSLD – Gériatrie : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Le comité recommande le maintien de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) dans le CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

- Il est proposé de faire des aménagements particuliers pour préserver la désignation universitaire et le centre de recherche de l'IUGM appartenant au RUIS de l'Université de Montréal;
- **Intégration clinique** : la collaboration avec les autres centres spécialisés présents dans le CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal, notamment en réadaptation en déficience physique et en dépendance, permettra de développer des synergies importantes pour certaines clientèles.
- Son mandat régional lui permettra de rayonner sur toute la région.

La liste des recommandations se trouve à l'annexe 5.

3. MESURES DE SOUTIEN À LA MISE EN OEUVRE

La démarche actuelle d'intégration des établissements crée un contexte favorable pour améliorer l'accès, la fluidité et l'efficacité. Son impact sera amélioré si des stratégies et leviers additionnels viennent s'y greffer. Dans cette perspective, les membres du comité de travail « Métropole en action »

recommandent 11 mesures prioritaires de mise en œuvre favorisant l'atteinte de ces objectifs prioritaires.

3.1 MESURE 1 : 1^{RE} LIGNE FORTE

Établir comme priorité obligatoire, pour tous les CISSS, l'organisation d'une 1^{re} ligne forte permettant l'accès aux soins primaires et, plus précisément, l'accès à un médecin de famille et à une équipe multidisciplinaire répondant à la grande majorité des besoins des Montréalais.

3.2 MESURE 2 : DES SERVICES DE PROXIMITÉ

Organiser les services sociaux et de santé généraux ou s'adressant à des clientèles spécifiques de manière à assurer leur proximité géographique. Il devrait ainsi être possible, pour les Montréalais, de consulter un médecin, une infirmière, un pharmacien, un intervenant social ou d'autres professionnels dans des lieux à distance raisonnable de leur domicile. Il en irait de même pour l'accès aux services diagnostiques et aux consultations dans les spécialités de base.

3.3 MESURE 3 : RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE EN TROIS TEMPS

Implanter dans les neuf (9) établissements de Montréal, les normes de l'OMS associées au statut d'établissement promoteur de santé. Cela signifie, entre autres choses, d'intégrer des informations et des interventions en promotion de la santé dans toutes les trajectoires de services et de collaborer de façon continue avec les autres établissements pour améliorer la santé de la communauté où ils se trouvent.

Développer sur chacun des territoires des CISSS une offre de services adaptée aux caractéristiques et besoins de la population du territoire.

Mettre en place et développer des mécanismes de concertation et de collaboration avec les partenaires du milieu.

3.4 MESURE 4 : CITOYENS ET PATIENTS-PARTENAIRES

Prendre les mesures nécessaires pour assurer la participation active des usagers et des citoyens afin d'implanter une culture de soins axée sur les patients. Chaque Montréalais occupe ainsi le premier rôle en ce qui a trait à ses habitudes de vie et devient un partenaire de premier plan dans la prestation des soins et services dont il a besoin. Il devient également un partenaire essentiel aux réflexions et décisions des dirigeants en matière d'organisation des soins et services et d'évolution du système de santé et de services sociaux.

3.5 MESURE 5 : ENTENTES ET CORRIDORS DE SERVICES

Mettre en place une fonction de coordination à l'intérieur de chaque établissement. Cette fonction s'avère nécessaire en raison de la présence de neuf (9) établissements à Montréal et du fait que certains des services, qui composent les continuums, sont concentrés dans certains établissements ou dans des établissements non intégrés. Ceci suppose des mécanismes formels et fonctionnels (ententes et corridors de services) pour bien desservir les Montréalais. À titre d'exemple : les cinq (5) CISSS et les quatre (4) établissements suprarégionaux devront convenir de corridors de services pour les aller-retour des patients nécessitant des services du CHUM, du CUSM, de l'ICM ou du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; des établissements spécialisés comme le Centre jeunesse de Montréal, le CRDITED de Montréal, le Centre Marie-Enfant du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal conserveront des mandats de desserte régionale.

Étant donné le rôle joué par la région de Montréal en matière d'accès aux services surspécialisés pour les citoyens des autres régions du Québec, des ententes et corridors de services devront être établis avec celles-ci.

3.6 MESURE 6 : CLIENTÈLES VULNÉRABLES

Les membres du comité de travail « Une métropole en action » souhaitent rappeler l'importance des services sociaux dans notre système de santé. Dans cette perspective, il est essentiel de prendre en considération les clientèles vulnérables en santé mentale, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, déficience physique, et jeunes en difficulté dans la gouverne stratégique et, plus précisément, dans le choix des dirigeants, et ce, afin d'assurer leur protection dans le cadre de la réorganisation actuelle.

3.7 MESURE 7 : MISSION UNIVERSITAIRE

Protéger et développer les missions universitaires et les expertises de pointe des nouvelles installations contenues dans un CISSS, et ce, au bénéfice des objectifs de qualité et de pertinence au meilleur coût qui sous-tendent la réorganisation du réseau. Plus particulièrement : nommer des représentants du milieu universitaire au sein des conseils d'administration des CISSS; prévoir un encadrement spécifique de l'enseignement et de la recherche pour les nouvelles installations concernées; préciser les rôles et responsabilités dévolus aux établissements ou installations à vocation universitaire; et officialiser les corridors de services.

3.8 MESURE 8 : ÉQUITÉ DES MOYENS

Dans le respect des ressources disponibles, assurer une répartition équitable des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles entre les CISSS et les établissements suprarégionaux pour permettre à ces nouveaux établissements d'assumer leurs responsabilités au regard des Montréalais et des autres régions.

3.9 MESURE 9 : PLAN DE COMMUNICATION

Soutenir la mise en œuvre de la réorganisation par un plan de communication destiné à la population et aux personnes qui utilisent les services afin de les informer par divers moyens du nouvel environnement dans lequel évolue le réseau montréalais de la santé et des services sociaux. Le personnel du réseau et les partenaires seront également ciblés par des actions visant la mobilisation et la mise en place de la nouvelle offre de services.

3.10 MESURE 10 : GESTION DU CHANGEMENT

Doter les neuf (9) établissements de la région d'un plan de gestion du changement destiné aux gestionnaires, au personnel et aux médecins afin qu'ils s'approprient rapidement la démarche, qu'ils en dégagent les bénéfices pour la clientèle, eux-mêmes et leur organisation et qu'ils puissent s'engager pleinement et apporter leur contribution.

3.11 MESURE 11 : SYSTÈME D'INFORMATION ET DE SUIVI

Mettre en place rapidement les systèmes d'information cliniques et administratifs permettant de soutenir les services aux clients. On réfère ici à tous les dossiers cliniques informatisés en implantation dans le réseau (ex. : DCI, DMÉ, SIPAD, DSQ, etc.).

Documenter les indicateurs qui permettront de mesurer les résultats de la démarche de transformation qui s'amorce et en rendre compte aux citoyens.

4. CONCLUSION

Les recommandations de ce rapport se sont imposées en raison de la lucidité et de la justesse des constats observés du réseau actuel et de l'organisation montréalaise des services de santé et de services sociaux, de la maturité des échanges entre les membres représentant l'ensemble des missions d'établissements et des représentants des milieux concernés et de la profondeur de la réflexion sur des thématiques spécifiques liées à l'objectif central *d'alléger, de simplifier et d'assurer une meilleure fluidité des parcours de soins et de services, en renforçant la 1^{re} ligne et en améliorant l'accès à la 2^e et à la 3^e ligne des services médicaux et de réadaptation, à l'intérieur de réseaux locaux organisés et hiérarchisés.*

Le comité de travail « Une métropole en action » a eu l'occasion de se pencher sur les multiples dimensions du plan d'organisation des services intégrés de santé et de services sociaux pour la région de Montréal et il a fait de cette démarche le point de départ de changements majeurs qui sont souhaités par le réseau montréalais de la santé. Il est maintenant temps de passer aux défis de l'avenir!

5. ANNEXES

ANNEXE 1 – COMPOSITION DU COMITÉ DE TRAVAIL UNE MÉTROPOLE EN ACTION

Nom	Titre - Établissement	Mission
Mary Anne Levasseur	Patiente	
Emanuelle Simony	Patiente	
Jean-Claude Deschênes	Président, Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Centre hospitalier universitaire
Geneviève Hotte	Présidente, CSSS de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent	CSSS
Luc Malo	Président, Institut Raymond-Dewar	Déficiences physiques
Louis A. Rail	Président, Institut universitaire de gériatrie de Montréal	CHSLD/Institut
Denis Sirois	Président, CSSS de la Montagne	CSSS
Gary Whittaker	Président, Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal	Déficiences intellectuelles
Manon Boily	Directrice générale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont	CHSGS
Monique Corbeil	Directrice générale, CSSS du Cœur-de-l'Île	CSSS
Jacques Couillard	Directeur général, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal	Déficiences physiques
Ralph Dadoun	Directeur général, Centre hospitalier de St. Mary	CHSGS
Jean-François Foisy	Directeur général, Hôpital Santa Cabrini	CHSGS
Yves Masse	Directeur général, CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	CSSS
Lynne McVey	Directrice générale, Institut universitaire en santé mentale Douglas	Santé mentale
Pierre Paul Milette	Directeur général, La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	Déficiences physiques
Benoît Morin	Directeur général, CSSS de l'Ouest-de-l'Île	CSSS
Jean-Marc Potvin	Directeur général, Le Centre jeunesse de Montréal	Centre jeunesse
Sylvie Simard	Directrice générale, CSSS Jeanne-Mance	CSSS
Vincent Tam	Directeur général, L'Hôpital Chinois de Montréal (1963)	CHSLD
Lise Denis	Représentante, Centre universitaire de santé McGill	Centre hospitalier universitaire
D ^r Marie-Pierre Laflamme	Département régional de médecine générale	
D ^r Daniel St-Laurent	Table régionale en médecine spécialisée	
D ^r Sam Benaroya	Faculté de médecine de l'Université McGill	
D ^r Pierre Bourgouin	Faculté de médecine de l'Université de Montréal	
Marie-Hélène Croteau	Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	
Roger Paquet	Chargé de projet	
Lorraine Desjardins	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	
Vincent Lehouillier	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	
D ^r Jacques Ricard	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	
Patrick Murphy-Lavallée	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	

ANNEXE 2 – LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS ET INDIQUÉS

Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Liste des établissements désignés

« Un établissement *désigné* est un établissement que le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus. Il s'agit d'un établissement tenu de rendre accessible en langue anglaise aux personnes d'expression anglaise les services de santé et les services sociaux qu'il offre. »

Les établissements désignés	
Type	Nom
Centres de santé et de services sociaux (CSSS)	CSSS Cavendish CSSS de la Montagne CSSS de l'Ouest-de-l'Île
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)	Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
Centres hospitaliers (CH)	Centre hospitalier de St. Mary Centre universitaire de santé McGill Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut Institut universitaire en santé mentale Douglas Hôpital Mont-Sinaï Hôpital Shriners pour enfants (Québec) inc. L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	C.H.S.L.D. Bayview inc. Centre d'accueil Héritage CHSLD Bussey (Québec) inc. CHSLD du Château-sur-le-Lac-de-Ste-Geneviève inc. Centre de soins prolongés Grace Dart CHSLD Juif de Montréal La Corporation du Centre hospitalier Gériatrique Maimonides 88980 Canada inc. (Manoir Beaconsfield)
Centres de réadaptation (CR)	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal Centre de réadaptation MAB-Mackay Centre Miriam Havre-Jeunesse Maison Elizabeth

Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Liste des établissements indiqués

« Un établissement *indiqué* est celui qui est identifié dans un programme d'accès comme devant offrir au moins un service ou un programme-service en langue anglaise. »

Les établissements indiqués	
Type	Nom
Centres hospitaliers (CH)	Centre hospitalier de l'Université de Montréal Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine Hôpital Maisonneuve-Rosemont Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	Château Westmount inc. Vigi Santé Ltée
Centre local de services communautaires (CLSC)	Clinique communautaire de Pointe St-Charles
Centres de réadaptation (CR)	Centre d'accueil le Programme de Portage inc. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal Le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal Villa Medica
Centres de santé et de services sociaux (CSSS)	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle CSSS du Sud-Ouest – Verdun CSSS de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent CSSS d'Achetsic et Montréal-Nord CSSS du Cœur-de-l'Île CSSS Jeanne-Mance CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel CSSS Lucille-Teasdale CSSS de la Pointe-de-l'Île

ANNEXE 3 – DOCUMENTATION DU SCÉNARIO 5E – CARTE ET TABLEAU

SCÉNARIOS DE FUSION DES CSSS À MONTRÉAL

Scénario	CSSS/CLSC	CH affilié	CHSLD	Pop.	Rét. CH	Rét. 1ère ligne	Budget	RH
1	PDI			499 070	77%	82%	887 202 047	13 016
	LT	HMR	Grace Dart					
	SLSM	Santa Cabrini	Polonais					
2	JM	Notre-Dame	Chinois	139 870	24%	54%	281 526 811	4 666
3	CDI	Jean-Talon		411 215	62%	71%	747 956 507	10 321
	AMN	Fleury						
	BCSL	Sacré-Coeur						
4	DLM	St-Mary	Mont-Sinaï	341 670	43%	59%	749 760 011	10 443
	CAV	Juif	Juif & Maimonides					
5	SOV	Verdun		494 650	84%	92%	558 639 293	8 123
	DLL	Lasalle						
	ODI	Lakeshore						

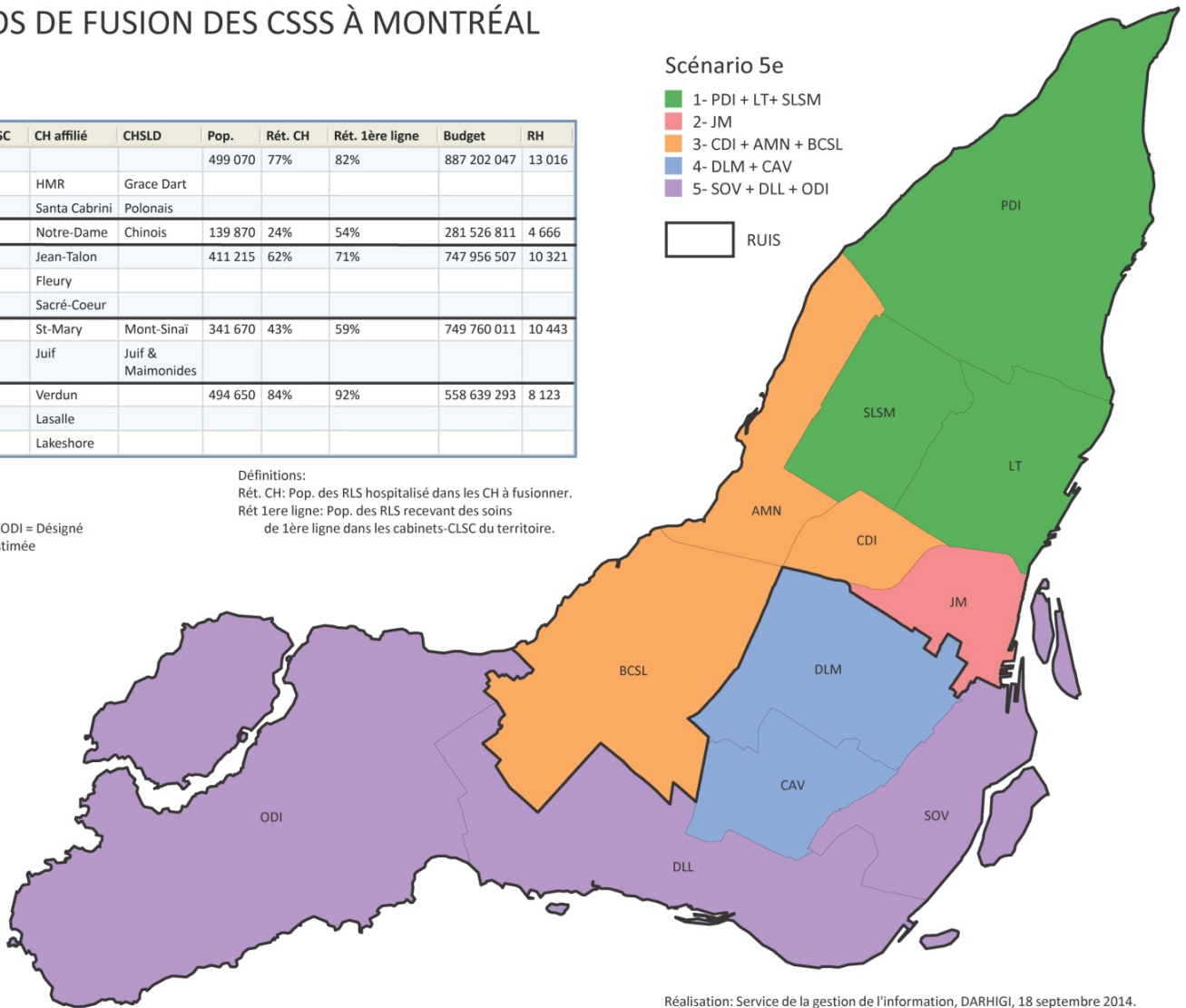
Notes:
Respecte les CSSS
Respecte les RUIS
SOV & DLL = Indiqué + ODI = Désigné
Notre-Dame: Valeur estimée
Budget: 100 M
RH: 1 800

Définitions:
Rét. CH: Pop. des RLS hospitalisé dans les CH à fusionner.
Rét 1ère ligne: Pop. des RLS recevant des soins
de 1ère ligne dans les cabinets-CLSC du territoire.

Scénario 5e

- 1- PDI + LT+ SLSM
- 2- JM
- 3- CDI + AMN + BCSL
- 4- DLM + CAV
- 5- SOV + DLL + ODI

RUIS



Réalisation: Service de la gestion de l'information, DARHIGI, 18 septembre 2014.

Scénario 5e	AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL					vivre une île en santé
	1- PDI + LT + SLSM	2- JM	3- CDI + AMN + BCSL	4- DLM + CAV	5- SOV + DLL + ODI	
AdministrationSources: Référentiel établissement, AS-471, AS-478, SRA.						
CH principal I: Indiqué D: Désigné	HMR (I)	Notre-Dame (I)	Sacré-Coeur (I)	Julf (D)	Verdun (I) Lasalle (I) Lakeshore (D)	
CH affilié I: Indiqué D: Désigné	Santa Cabrini (I)		Fleury (I) Jean-Talon (I)	St-Mary (D)		
Total installations	28	16	24	17	24	
CHSGS	2	1	3	2	3	
CLSC	9	8	7	9	8	
Lits LD (réel en 2013)	CHSLD: 3508 RNI: 516	CHSLD: 1100 RNI: 85	CHSLD: 2687 RNI: 557	CHSLD: 2369 RNI: 290	CHSLD: 2445 RNI: 574	
Projection lits LD (besoin en 2020)	CHSLD: 3210 RNI: 917	CHSLD: 1050 RNI: 300	CHSLD: 2665 RNI: 761	CHSLD: 2104 RNI: 601	CHSLD: 2683 RNI: 767	
Nb salle d'opération	19	14	28	26	17	
Population du RLSSources: Recensement & ENM, 2011, Statistique Canada, Med-Écho, Fichiers des naissances vivantes, MSSS.						
Proportion de la pop / pop Mtl (% du total MTL)	26%	7%	22%	18%	26%	
Nb accouchements	6 158	1 426	5 720	3 906	5 128	
Nb naissances	6 372	1 532	6 035	4 188	5 398	
0 à 4 ans (%)	6%	4%	6%	6%	5%	
5 à 11 ans (%)	7%	4%	7%	7%	7%	
12 à 18 ans (%)	7%	4%	7%	7%	9%	
19 à 44 ans (%)	36%	53%	39%	40%	35%	
45 à 64 ans (%)	27%	24%	25%	24%	29%	
65 à 74 ans (%)	8%	6%	7%	8%	8%	
Monoparentale (%)	37%	40%	33%	29%	30%	
65 ans et plus vivant seul (%)	35%	54%	36%	37%	31%	
Mesure de faible revenu après impôt (%)	24%	28%	27%	29%	19%	
Sans diplôme études secondaires (DES) (%)	25%	12%	21%	12%	17%	
Immigrant (%)	29%	24%	38%	44%	29%	
PLOP: Anglais (%)	12%	20%	16%	50%	44%	
PLOP: Français (%)	79%	74%	71%	36%	46%	
PLOP: Anglais et français (%)	7%	5%	10%	11%	8%	
PLOP: Ni l'anglais ni le français (%)	2%	2%	3%	3%	2%	
Population de 75 ans et plusSources: Recensement 2011, Statistique Canada, ISQ.						
75 ans + (%)	8%	5%	9%	8%	7%	
Proportion 75 ans + / pop. Mtl (% du total MTL)	28%	4%	24%	19%	24%	
Projection 75 ans + en 2020 (%)	9%	6%	9%	9%	8%	
Projection 75 ans et + en 2020 / pop. Mtl (% du total MTL)	28%	5%	22%	19%	26%	
Utilisation des servicesSources: Iclsc, J56, Med-Écho, AS-478.						
Visites CLSC (% du total MTL)	26%	8%	23%	20%	24%	
Visites à l'urgence (% du total MTL)	21%	8%	26%	22%	22%	
Lits CD par niveau de soins						
Lits CD consommés NIVEAU 1 (% usg. MTL)	787 (29%)	184 (7%)	666 (25%)	434 (16%)	645 (24%)	
Lits CD consommés NIVEAU 2 (% usg. MTL)	283 (29%)	74 (7%)	217 (22%)	173 (17%)	245 (25%)	
Lits CD consommés NIVEAU 1 & 2 (% usg. MTL)	1070 (29%)	258 (7%)	882 (24%)	607 (16%)	889 (24%)	
Lits CD consommés NIVEAU 3 (% usg. MTL)	128 (31%)	25 (6%)	92 (23%)	71 (17%)	92 (22%)	
Lits CD produits NIVEAU 1 (% MTL)	564 (24%)	233 (10%)	615 (26%)	556 (23%)	421 (18%)	
Lits CD produits NIVEAU 2 (% MTL)	237 (27%)	106 (12%)	198 (23%)	214 (24%)	124 (14%)	
Lits CD produits NIVEAU 1 & 2 (% MTL)	801 (24%)	339 (10%)	813 (25%)	770 (24%)	545 (17%)	
Lits CD produits NIVEAU 3 (% MTL)	85 (27%)	74 (23%)	68 (22%)	88 (28%)	2 (1%)	
Lits exc./déf. soins de base + régionaux	-119	129	-130	258	-138	
Lits CD par domaine						
Lits CD 75 ans et plus consommés (% du total MTL)	532 (30%)	83 (5%)	417 (24%)	310 (18%)	406 (23%)	
Lits CD en médecine consommés (% du total MTL)	852 (29%)	207 (7%)	718 (24%)	474 (16%)	680 (23%)	
Lits CD en chirurgie consommés (% du total MTL)	346 (29%)	77 (6%)	257 (22%)	203 (17%)	301 (25%)	
Lits CD en SM consommés (% du total MTL)	70 (19%)	42 (11%)	118 (32%)	81 (22%)	62 (17%)	
Lits CD en obstétrique consommés (% du total MTL)	54 (28%)	12 (6%)	49 (26%)	33 (17%)	41 (22%)	
Lits CD 75 ans et plus produits (% du total MTL)	414 (28%)	107 (7%)	374 (25%)	341 (23%)	261 (17%)	
Lits CD en médecine produits (% du total MTL)	623 (25%)	255 (10%)	618 (25%)	582 (23%)	407 (16%)	
Lits CD en chirurgie produits (% du total MTL)	263 (24%)	158 (14%)	264 (24%)	276 (25%)	140 (13%)	
Lits CD en SM produits (% du total MTL)	45 (13%)	57 (16%)	142 (40%)	81 (23%)	28 (8%)	
Lits dressés soins natalité (%MTL)	26	17	30	90	51	

Scénario 5e	AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL 				
	1- PDI + LT + SLSM	2- JM	3- CDI + AMN + BCSL	4- DLM + CAV	5- SOV + DLL + ODI
Continuum					
% rétention continuum cancer	74%	19%	60%	40%	87%
% rétention continuum cardiovasculaire	81%	21%	73%	41%	98%
% rétention continuum neurovasculaire	86%	21%	76%	64%	97%
% rétention continuum troubles respiratoires	84%	32%	75%	60%	98%
% rétention continuum troubles musculo-squelettiques	76%	21%	57%	44%	82%
% rétention continuum mère-enfant	76%	0%	77%	36%	77%
Rétention					
1er établissement consulté, soins de niveau de base + régionaux	HMR (27%)	SAINT-LUC DU CHUM (24%)	SACRÉ-COEUR (18%)	GÉNÉRAL JUIF (28%)	LAKESHORE (17%)
2e établissement consulté, soins de niveau de base + régionaux	SANTA CABRINI (13%)	NOTRE-DAME DU CHUM (23%)	FLEURY (9%)	ST-MARY (23%)	VERDUN (16%)
1er établissement consulté, soins de niveau ultraspécialisé	HMR (23%)	HOTEL-DIEU DU CHUM (30%)	CHU SAINTE-JUSTINE (12%)	GÉNÉRAL JUIF (27%)	CUSM ROYAL VICTORIA (23%)
2e établissement consulté, soins de niveau ultraspécialisé	ICM (23%)	NOTRE-DAME DU CHUM (20%)	ICM (12%)	CUSM ROYAL VICTORIA (16%)	CUSM CHILDREN'S (15%)
Lits CD selon la provenance					
Lits CD (% du total MTL) pour la clientèle du territoire proposé	606 (32%)	89 (5%)	424 (23%)	364 (19%)	446 (23%)
Lits CD (% du total MTL) pour la clientèle montréalaise hors-territoire	149 (16%)	196 (22%)	155 (16%)	342 (36%)	33 (4%)
Lits CD (% du total MTL) pour la clientèle 450	114 (16%)	112 (16%)	281 (40%)	138 (19%)	63 (9%)
Effectifs médicaux					Source: CONSOM.
ETP omni/pop	0,412	0,308	0,326	0,316	0,349
ETP omni/exc. ou déf.	-8,7	15,0	-5,9	43,7	-44,1
ETP spécialité de base/pop	0,191	0,199	0,129	0,428	0,204
ETP spécialité de base/exc. ou déf.	-100,8	61,2	-98,1	265,5	-127,8
* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25%, interpréter avec prudence					Source: TOPO 2012
Maladies chroniques					
Diabète, 15 ans et plus (%)	7,8	4,8	6,6	5,2	6,7
Obésité (IMC>=30), 18 ans + (%)	18,4	9,5	16,5	10,6	17,4
Fumeurs de 15 ans et plus (%)	20,6	25,5	19,3	14,3	18,2
Au moins une maladie chronique, 15 ans et + (%)	36,3	30,7	34,1	31,9	36,6
Diagnostic de 2 maladies chroniques ou plus, 15 ans et + (%)	13,6	12,3	11,9	9,2	12,9
Diagnostic de 3 maladies chroniques ou plus, 15 ans et + (%)	3,9	5*	3,8	2,1*	3,3
Réalisation: Service de la gestion de l'information, DARHIGI; Collaboration: Mylène Drouin, DSP.					

ANNEXE 4 – INFORMATIONS SOMMAIRES CISSS

CISSS	Installations	Total des points de services	Population	Rétention CHSGS	Rétention ^{re} 1 ^{re} ligne	Budget	RH
1 Ouest-de-l'Île-de-Montréal	3 CISSS (avec CHSGS) 1 CHSPSY 2 CHSLD 1 CPEJ 1 CRDITED	63	494 650	84 %	92 %	817 500 098 \$	11 242
2 Centre-de-l'Île-de-Montréal	2 CISSS (Sans CHSGS) 2 CHSGS 3 CHSLD 2 CRDPM 1 CRDITED	25	341 670	43 %	59 %	801 677 431 \$	11 294
3 Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal	1 CISSS (avec Notre-Dame) 1 CHSPSY 2 CHSLD 1 Agence 1 CPEJ 1 CRDITED 1 CRDPA 1 CRDM 1 CRPD	100	139 870	24 % ²	54 %	893 353 676 \$	13 123
4 Nord-de-l'Île-de-Montréal	2 CISSS (Avec CHSGS) 1 CISSS (Sans CHSGS) 1 CHSGS	24	411 215	62 %	71 %	747 956 507 \$	10 321
5 Est-de-l'Île-de-Montréal	3 CISSS (Sans CHSGS) 2 CHSGS 2 CHSPSY 1 CHSLD	46	499 070	77 %	82 %	1 071 214 372 \$	15 404

² Cette donnée ne tient pas compte de la rétention exercée par le CHUM sur la population du territoire de CISSS du Sud-Est.

ANNEXE 5 - LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION N^o 1 : Le comité recommande de retenir le scénario de fusion en cinq CISSS pour sa capacité à intégrer l'ensemble des missions (CLSC, CHSGS et CHSLD) de manière à offrir une gamme complète de services coordonnés.

RECOMMANDATION N^o 2 : Le comité recommande de retenir la configuration proposée. Ce découpage se distingue de celui présenté dans le projet de loi n^o 10 par le fait que le territoire du CISSS du Cœur-de-l'Île est maintenant rattaché au CISSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

RECOMMANDATION N^o 3 : Le comité recommande l'intégration des CHSLD publics au CISSS de leur territoire de façon à compléter l'intégration des missions CHSGS, CLSC et CHSLD.

RECOMMANDATION N^o 4 : Le comité recommande d'intégrer le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

RECOMMANDATION N^o 5 : Le comité recommande d'intégrer Le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal et Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw au CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

RECOMMANDATION N^o 6 : Le comité recommande l'intégration du CRDITED de Montréal au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal, le maintien du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal au CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et le maintien du Centre Miriam au CISSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal.

RECOMMANDATION N^o 7 : Le comité recommande d'intégrer l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) au CISSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

RECOMMANDATION N^o 8 : Le comité recommande d'intégrer l'Institut Philippe-Pinel de Montréal au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

RECOMMANDATION N^o 9 : Le comité recommande le maintien de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal dans le CISSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et le maintien de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas dans le CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

RECOMMANDATION N^o 10 : Le comité recommande l'intégration des trois centres qui avaient initié une démarche de fusion, soit Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal, La corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et Institut Raymond-Dewar, au CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal, l'intégration du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge au CISSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal et l'intégration du Centre de réadaptation (privé conventionné) MAB-Mackay au CISSS du Centre-de-l'Île-de-Montréal, sans présumer des modalités d'intégration.

RECOMMANDATION N^o 11 : Le comité recommande que des mesures soient prises pour garantir les services en déficience visuelle dispensés par l'Institut Nazareth et Louis-Braille ainsi que les services en dépendance dispensés par le Centre de réadaptation en dépendance Foster (Pavillon Foster) à la population montréalaise et que leur coordination soit facilitée.

RECOMMANDATION N^o 12 : Le comité recommande le maintien de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) dans le CISSS du Sud-Est-de-l'Île-de-Montréal.

ANNEXE 6 – COMMUNIQUÉS

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal



PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 11 juillet 2014

À l'attention de :

**Directrices générales et directeurs généraux, présidentes et présidents des conseils
d'administration des établissements publics du réseau montréalais
Doyenne et doyen de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et de l'Université
McGill**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la planification stratégique 2015-2020 et tel que nous l'avons convenu lors de la journée de réflexion du réseau montréalais tenue le 30 mai dernier, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) a mis sur pied plusieurs comités de travail chargés de réfléchir collectivement et régionalement aux meilleures façons d'améliorer les services de santé et les services sociaux à Montréal et d'en examiner l'évolution depuis les 10 dernières années.

À ce jour, le comité de travail « *Une métropole en action* », dont le mandat est de regarder les possibilités de regroupement de services, d'expertises ou d'établissements, s'est réuni à quatre reprises. Ce comité est composé de représentants (présidents et directeurs généraux) de l'ensemble des missions d'établissements, de patients et de représentants des milieux médical et universitaire.

L'objectif poursuivi est clair : « Alléger, simplifier et assurer une meilleure fluidité des parcours de soins et services des clientèles, en renforçant la 1^{re} ligne et en améliorant l'accès à la 2^e ligne (services médicaux et de réadaptation) et à la 3^e ligne, à l'intérieur de réseaux locaux organisés et hiérarchisés ».

Les échanges entre les participants sont fructueux et riches des expériences et expertises diverses. Bien que sensibles, les sujets discutés sont nécessaires et sont abordés dans le seul intérêt de poursuivre l'amélioration des services à la population. Nous sommes confiants que la majorité des enjeux à considérer ont été discutés, notamment :

1. Une volonté de créer un projet novateur qui soit mobilisant pour tous les acteurs du réseau et inspirant pour les patients;
2. La promotion d'une approche patient-partenaire;
3. Une 1^{re} ligne forte :
 - avec des services continus rapidement et facilement accessibles;
 - un rendez-vous à ne pas manquer : médecins de famille et CSSS;

... 2

Tél. : 514 286-6520 Téléc. : 514 286-5597
patricia_gauthier@sss.gouv.qc.ca

vivre
une île
en santé

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
Téléphone : 514 286-6500
www.santemontreal.qc.ca

-2-

Le 11 juillet 2014

4. Des relais facilités entre les 1^{re} et 2^e lignes pour plus de continuité;
5. Des CSSS robustes, dotés des missions CLSC-CHSGS-CHSLD avec des spécialités de base pour améliorer l'offre de services à la population;
6. Des services de proximité pour répondre aux besoins de la population;
7. Des regroupements d'établissements spécialisés (ex : réadaptation) arrimés à la 1^{re} ligne :
 - pour simplifier l'accès;
 - pour développer les connaissances et maximiser la participation sociale des usagers;
8. Une approche populationnelle et la hiérarchisation des services pour renforcer le lien entre les besoins de la population et les services;
9. Des affiliations et désignations universitaires pour reconnaître et mettre à contribution le savoir et l'expertise;
10. Les caractères ethnoculturel et linguistique comme éléments d'une réalité métropolitaine;
11. Les responsabilités de l'Agence ajustées à la nouvelle réalité du système de santé;
12. Une révision des leviers pour soutenir les principes énoncés.

La quatrième rencontre du 9 juillet 2014 a servi à valider les discussions, ce qui permettra la rédaction d'une proposition d'orientation au cours de l'été. Ce document sera ensuite soumis pour adoption au comité et à l'ensemble des directeurs généraux afin d'être transmis aux autorités ministérielles au début de l'automne.

Nous sommes assurés que cette démarche contribuera à améliorer les services de santé et les services sociaux offerts par notre réseau et permettra d'offrir une expérience améliorée à l'ensemble de nos usagers.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les plus cordiales.

La présidente-directrice générale,



Patricia Gauthier

PG/LD/et

- c. c. Membres du conseil d'administration de l'Agence
 Membres du comité de travail *Une Métropole en action*
 Membres du comité de pilotage de la planification stratégique

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 16 septembre 2014

À L'ATTENTION DES PRÉSIDENTES ET PRÉSIDENTS DES CONSEILS D'ADMINISTRATION AINSI QUE DES
DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU RÉSEAU MONTRÉALAIS

**Objet : Le point sur la planification stratégique 2015-2020 du réseau de la santé et des
services sociaux**

Madame, Monsieur,

Les membres du comité *Une métropole en action* se sont réunis au cours des dernières semaines dans le but de discuter des scénarios que l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) leur a soumis et qui répondent aux orientations stratégiques sur lesquelles ils s'étaient préalablement entendus et dont nous vous avons fait part dans un récent écrit (lettre du 11 juillet 2014).

Les échanges ont été fructueux et le chargé de projet, M. Roger Paquet, prépare actuellement ce qui pourrait devenir la proposition finale du comité.

Il est important de rappeler que l'objectif que poursuit et que s'est donné ce comité est d'« alléger, simplifier et assurer une meilleure fluidité des parcours de soins et services des clientèles, en renforçant la 1^{re} ligne et en améliorant l'accès à la 2^e ligne et à la 3^e ligne, à l'intérieur de réseaux locaux organisés et hiérarchisés ».

Le comité *Une métropole en action* prévoit se réunir de nouveau cet automne dans le but d'arrimer ses conclusions avec les orientations ministérielles, qui devraient être dévoilées dans les prochaines semaines. Entre-temps, soyez assurés que l'Agence maintient des liens sur l'avancée des travaux du comité avec l'équipe ministérielle pour l'informer et recueillir

... 2

Tél. : 514 286-6520 Téléc. : 514 286-5597
patricia_gauthier@ssss.gouv.qc.ca

**vivre
une île
en santé**

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
Téléphone : 514 286-6500
www.santemontreal.qc.ca

ses commentaires. Ainsi, l'Agence a confiance que les travaux du comité *Une métropole en action* seront pris en compte dans les orientations gouvernementales.

L'Agence vous convoquera sous peu, et avant toute diffusion officielle d'information, pour vous présenter les orientations montréalaises et les recommandations du comité *Une métropole en action*.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les plus cordiales.

La présidente-directrice générale,

A handwritten signature in blue ink, reading "P. Gauthier".

Patricia Gauthier

PG/EC/cd

c. c. Membres de comité de pilotage de la planification stratégique

ANNEXE 7 – COMPTES RENDUS DES SEPT RENCONTRES DE TRAVAIL DU COMITÉ ET COMPTE RENDU DE LA RENCONTRE DES CHA DU 30 SEPTEMBRE 2014

Suivi du comité de travail « Une métropole en action » Le 11 juin 2014, 12 h à 17 h, salle 107

Sujet	Actions à prendre
1. Introduction	
1.1 Mot de bienvenue et présentation des membres	Roger Paquet, chargé de projet, débute la rencontre en décrivant brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le comité. Il souhaite la bienvenue et invite les participants à se présenter. 20 des 25 personnes du comité sont présentes.
1.2 Attentes des participants	Les attentes des participants sont exprimées. Tous souhaitent se mettre en mouvement et considèrent la démarche comme étant une nécessité qui s'impose d'elle-même.
1.3 Communications	Roger Paquet passe en revue l'ordre du jour et les objectifs poursuivis : 1. S'organiser et avoir une bonne compréhension du processus; 2. Compréhension fine des éléments et de l'information qui sont présentés. Il précise quelques règles de communication pour le bon fonctionnement du comité que les membres se sont collectivement engagés à respecter, notamment le caractère privé des échanges et des contenus discutés.
2. Revue de la documentation	
2.1 et 2.2 Historique de la démarche et mandat du comité	Roger Paquet débute la présentation avec l'historique de la démarche qui a amené la mise sur pied du comité de travail. Il explique le mandat du comité en lien avec l'objectif poursuivi : <i>Alléger, simplifier et assurer une meilleure fluidité des parcours de soins et services des clientèles, en renforçant la 1^{re} ligne et en améliorant l'accès à la 2^e et 3^e ligne, à l'intérieur de réseaux locaux organisés et hiérarchisés.</i> Des commentaires sont à l'effet que l'objectif contient en soi l'essence du message. Des précisions devront être apportées au libellé du mandat afin de clarifier le sens à donner aux termes <i>RLS</i> et <i>hiérarchisés</i> .
Et principes directeurs	La présentation se poursuit avec les principes directeurs qui font l'objet de plusieurs commentaires. Toutes les suggestions sont recevables et seront examinées à l'extérieur de ce comité afin de bonifier la proposition. Fondamentalement, les contenus demeurent les mêmes. Il s'agit essentiellement d'expliquer certains termes, de revoir l'ordonnement des principes et de trouver un équilibre entre les « 11 considérant » et les « 5 principes directeurs ».
2.3 Données sur les établissements	Les données sur les établissements, les sommaires qui présentent un portrait synthétique des principales variables des établissements ainsi que la matrice de rétention des clientèles par CSSS sont expliqués aux membres qui demandent certaines modifications et ajustements.
3. Plan de travail	
3.1 Démarche et règles du comité	Roger Paquet livre les grandes lignes de la démarche du comité qui s'appuie sur trois rencontres de cinq heures chacune. Une quatrième rencontre pourrait être nécessaire à la fin du processus. La deuxième rencontre portera sur l'application des principes, leur scénarisation et l'évaluation des moyens pour atteindre nos objectifs. La troisième rencontre servira à visualiser le tout et à raffiner la proposition. Celle-ci prendra la forme, au cours de l'été, d'un document d'orientation condensé qui mettra l'accent sur les scénarios dans une logique d'organisation de services à la population.
4. Objectifs visés	

Sujet	Actions à prendre
	- La discussion s'engage sur les objectifs qui sont visés par la démarche de réorganisation dont les assises sont l'accessibilité et la continuité. D'autres sujets sont abordés en lien avec les objectifs souhaités qui font référence à des réseaux de proximité offrant une gamme de services complets. Les éléments suivants se dégagent des échanges : 1. un panier de services standard; 2. distribution équitable des moyens; 3. s'appuyer sur les meilleures pratiques; 4. approche de patient-partenaire; 5. au meilleur coût. Les participants émettent les commentaires suivants : - L'importance pour les patients de circuler dans des réseaux de services de proximité qui fonctionnent et qui assurent un cheminement fluide entre la 1^{re}, 2^e et 3^e ligne est soulignée; - Une logique de services basée sur les patients partenaires et non pas sur les structures; - Des soins primaires à proximité avec des ponts entre les médecins et le CSSS; - Avoir des zones de responsabilité populationnelle pour les spécialités.
5. Enjeux, éléments de contexte et leviers	Enjeux : - Une 1^{re} ligne forte avec des services robustes, rapidement et facilement accessibles. - Des CSSS robustes (CLSC-CHGS-CHSLD) avec un plancher de spécialités. - Regroupement par spécialisation (mission). - Amélioration de la performance (services administratifs et de support). Éléments de contexte : Ethnoculturels : dimension linguistique et culturelle, existence d'un tandem anglais-français. Organisationnels : orientations du 450, la démarche doit se faire latéralement, intégrer l'approche populationnelle à l'approche médicale. Académiques : caractère académique de la métropole. Leviers : Informatiques : un réseau d'information clinique performant. Politiques : une démarche cohérente avec l'univers politique ministériel et municipal, essentiel pour réduire les obstacles. De gouvernance : Délégation de pouvoir et d'autorité du régional au local. Organisationnels : arrimage avec les médecins, PEM et PREVI sur les territoires; relations entre le communautaire et l'Agence pour améliorer l'action des CSSS. Questionnement : La réalité des petits établissements à Montréal a-t-elle un avenir? Commentaire : les petits établissements sont plus novateurs. Crainte à l'effet que la taille (plus gros) ne soit un frein à l'innovation et à la qualité. Il faudra examiner les masses critiques.
6. Retour sur la journée	Les participants examinent la nécessité d'avoir toute l'information, administrative, clinique, populationnelle et organisationnelle pour examiner les options du modèle proposé. Les regroupements peuvent prendre d'autres formes que des fusions; les mises en communs de services et le partage d'expertise peuvent être envisagés.
7. Prochaine rencontre	Vendredi 20 juin 2014, de 12 h à 16 h. Roger Paquet termine la journée en mentionnant le menu de la prochaine rencontre : les réseaux à bâtir, la taille, les services, l'articulation des spécialités, ce qui est priorisé et ce à quoi on renonce à partir de scénarios discutés.

Direction générale

Suivi du comité de travail « Une métropole en action »

Page 2 sur 2

Suivi du Comité de travail « Une métropole en action »

Le 20 juin 2014, 12 h à 16 h, salle 141

Sujet	Actions à prendre
1. Introduction	
1.1 Adoption du projet d'ordre du jour et du compte rendu de la rencontre du 11 juin	L'ordre du jour et le compte rendu sont adoptés tels quels. 22 personnes sur 25 sont présentes à la rencontre.
1.2 Forum d'échange pour les membres	Présentation des fonctionnalités de cet outil et invitation aux membres à l'utiliser et à le fréquenter.
1.3 Sommaire des discussions (<i>one pager</i>)	Il est proposé de ne faire qu'un seul autre sommaire des discussions le 26 juin prochain.
2. Revue de la documentation	
2.1 Corrections aux données	Lorraine Desjardins explique la provenance des données et la façon de les corriger au besoin.
2.2 Documentation remise séance tenante	Roger Paquet présente les documents qui ont été préparés pour cette rencontre et qui serviront aux discussions.
2.3 AJOUT: Communication	D'entrée de jeu, les membres soulèvent l'enjeu des communications et souhaitent, de l'Agence, un plan de match pour gérer les messages à transmettre à leurs collègues à la fin des travaux du comité. On convient de transmettre aux membres, à la fin de la semaine, un communiqué orienté sur l'objectif et les paramètres de la démarche en cours.
3. Plan de travail	
3.1 Rappel de l'objectif	Alléger, simplifier et assurer une meilleure fluidité des parcours de soins et services des clientèles, en renforçant la 1^{re} ligne et en améliorant l'accès à la 2^e et 3^e ligne, à l'intérieur de réseaux locaux organisés et hiérarchisés
3.2 Six thèmes de discussion	Six sujets de discussion qui constituent les constats des échanges de la première réunion.
Thème n° 1 : Une première ligne forte	Comment faire en sorte de se donner une 1 ^{re} ligne forte qui favorise un accès rapide aux services? - Consolider le réseau actuel et avoir un modèle de mise en commun des médecins capable de prendre le relais et couvrir les heures défavorables. Organiser une garde en 1^{re} ligne sur le territoire de RLS. - Convenir d'une entente de service obligatoire entre médecins et CSSS, coordonnée par le CSSS, moyennant la participation des médecins à un réseau d'accès élargi. - Éléments facilitant la mise en place d'une 1^{re} ligne forte et souhaitée : - des communications à la population claires et pertinentes; - une réponse rapide offerte par des professionnels de la santé ou par des médecins, selon les cas; - des heures d'ouverture élargie et des cliniques ouvertes 24 heures par jour; - une communauté de médecins connectés entre eux et dans leur RLS; - l'accès à des médecins spécialistes de même qu'à un plateau technique complet; - une approche étape, débiter avec quelques antennes e: poursuivre par la suite; - le CSSS dispose des leviers nécessaires pour coordonner une réponse sur place, au moment opportun, en dehors de l'urgence, 24/7.
Thème n° 2 : Des CSSS robustes	La question est posée sur la taille et les caractéristiques idéales des CSSS. Les commentateurs font ressortir les points suivants : - Il faut viser la plus petite taille possible pour attendre une desserte de services hospitaliers complète et conserver un ancrage communautaire; - Considérer les habitudes de consommation de la population et aller vers une complémentarité de services; - Regrouper des services de nature administrative pour desservir plusieurs établissements;

Sujet	Actions à prendre
	• Prévoir les habitudes futures de consommation et ne pas uniquement baser les travaux sur les données actuelles; • Se donner des critères majeurs comme la présence d'un hôpital dans le regroupement, mais le CSSS doit pouvoir gérer l'entrant et le sortant; • Ajouter des responsabilités aux CSSS regroupés qui proviennent de l'Agence : SRA, DSP, autres? Commentaires sur la dimension universitaire : - Trouver une façon de faire migrer les bonnes pratiques dans les regroupements; - Les désignations universitaires existantes devront suivre les regroupements futurs, à la fin de l'exercice, tous les CSSS existants auront une affiliation universitaire; - Les désignations représentent des acquis à la démarche mais vont à l'encontre d'une démarche réseau; - Envisager des affiliations universitaires mixtes? - Désignation universitaire médicale et sociale. On retient les éléments constitutifs suivants : 1) Approche populationnelle et hiérarchisation des services ; 2) Moins de 12 CSSS; 3) Capacité de desserte qui sera confiée au CSSS; 4) Obligation de services de base; 5) Intégration obligatoire de la mission hospitalière; 6) Ajout de la composante promotion-prévention sur le territoire de R.S; 7) Capacité de complémentarité interne et donne l'opportunité de faciliter l'accès aux services de 2^e ligne; 8) Disposer d'une fourchette de taille de CSSS regroupés; 9) Avoir un niveau de ressources cohérent avec la taille et la mission. On débute avec la réadaptation. Comment s'assurer que l'accès est cohérent et fluide? La position de fusion de l'ensemble des établissements de réadaptation est expliquée. Elle tient compte des différences de statut linguistique, vise un établissement tous âges et toutes déficiences et préserve le fleuron au niveau de l'enseignement et de la recherche. Commentaires : - des regroupements-fusions par mission sont-ils souhaitables? - la clientèle serait gagnante avec une meilleure offre de services sinon c'est l'éparpillement. - rapprochement avec différents types de déficiences DHD dans d'autres régions? Un des enjeux serait le démantèlement d'activités au profit du nouveau regroupement. - des regroupements Est-Ouest seraient intéressants plutôt que de tout regrouper; - les ressources de réadaptation privées conventionnées devraient-elles faire partie du panier de service? Les participants conviennent de la nécessité de réfléchir plus longtemps sur ce thème. Le sujet de la réadaptation et les enjeux qui en ressortent seront reconduits en début de rencontre le 26 juin prochain.
4. Prochaine rencontre	26 juin 2014, de 8 h à 13 h

Suivi du comité de travail «Une métropole en action» Le 26 juin 2014, 8 h à 13 h, salle 107

Sujet	Actions à prendre
1. Introduction	
1.1 Adoption du projet d'ordre du jour et du compte rendu de la rencontre du 20 juin	Roger Paquet rappelle le mandat de ce comité et résume les grands thèmes de discussion. Le projet d'ordre du jour est adopté de même que le compte-rendu de la rencontre du 20 juin 2014. 22 des 25 personnes sont présentes.
2. Revue de la documentation	
2.1 Documentation remise séance tenante	Jacques Ricard présente les cartes et le document sur les services généraux dans la région de Montréal. Des commentaires sont émis sur l'absence de leviers dans les CSSS pour intégrer les cliniques médicales dans l'offre de services, sur l'accès à la psychothérapie et sur la précision et la définition des termes utilisés.
3. Plan de travail	
3.1 Retour sur la rencontre du 20 juin 2014	Abordé au point 1.1
3.2 Poursuite des thèmes de discussion	
Thème no 3 : Accès aux services spécialisés et surspécialisés	Réadaptation : avons-nous la volonté d'évoluer vers un seul centre en déficience physique pour tous les âges et toutes les personnes? Globalement, les membres sont favorables avec la proposition suivante : La région choisit d'atteindre l'objectif d'intégration en réadaptation des centres en déficience physique (DP) tous âges et tous handicaps physiques, avec le respect des statuts linguistiques, un modèle d'affiliation universitaire double et un mode de fonctionnement convenu et conventionné avec les partenaires métropolitains. Points à retenir : Innovation, dimension linguistique, affiliation universitaire et institut, coordination des services, modèle adapté à la réalité montréalaise.
Services en déficience intellectuelle (DI)	Les échanges font ressortir les points suivants : - La logique, pour les centres en DI, serait différente de celle en DP. Les problèmes identifiés sont de nature organisationnelle (fonctionnement) et non structurelle. Cette réalité pourrait s'incarner dans deux centres géographiques : est et ouest en étroite collaboration avec les CSSS; - Les centres en DI doivent se centrer et préserver l'offre de services spécialisés en étroite concertation avec la première ligne en CSSS. La prise en charge se ferait à partir des CSSS; - Les membres du comité déplorent que les clientèles en 3^e ligne qui ont des handicaps intellectuels multiples et complexes, soient moins bien servies en raison d'une offre de services souvent déficiente; - Les réseaux institutionnels peuvent intégrer et mettre à profit l'expertise du milieu communautaire qui a développé les maisons de transition notamment; - Il faudrait viser un meilleur fonctionnement et favoriser la réflexion sur le sujet de l'accès simplifié aux services de 1^{re}, 2^e et 3^e ligne avec les CRD) et leurs partenaires. En résumé : des problèmes de fonctionnement qui revêtent un caractère d'urgence doivent être abordés afin d'identifier des gains pour la clientèle. Un groupe de travail issu de la planification stratégique 2015-2020 est proposé afin de réfléchir sur les liens avec le milieu communautaire, la trajectoire des enfants en DI-TED, la responsabilité de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, et ce, dans deux pôles de services est et ouest en lien avec les CSSS.

Impacts sur les centres jeunesse	Comment faire évoluer les centres jeunesse ? - Il faut que les deux pôles en DI-TED s'articulent et se parlent entre eux et avec les centres jeunesse et développent de nuove les façons de travailler ensemble; - Arrimage à faire avec d'autres partenaires pour éviter le bris de services après 18 ans. En résumé: il ne semble pas y avoir d'enjeu structurel avec les centres jeunesse mais plutôt les enjeux d'évolution suivants : approche plus holistique (famille, réseau), amélioration du passage vers l'âge adulte avec un support bien dosé et plus grande concertation avec les établissements spécialisés.
Impacts sur les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHPSY)	Même si les quatre CHPSY ne sont pas à l'étude dans le présent mandat, la question « faut-il changer des choses actuellement ? » se pose. Les Instituts en santé mentale et les CSSS doivent travailler ensemble dans un mode de fonctionnement en réseau et bâtir et consolider des liens entre eux pour actualiser une 1^{re} ligne forte en santé mentale et des relais avec la 2^e et 3^e ligne. En résumé : les services de santé mentale doivent être accessibles localement et dirigés par les CSSS qui ont les leviers pour le faire et évoluant dans une approche de réseau de services. La psychiatrie fait partie de l'offre de services de base. Les médecins de famille, soutenus par des infirmières et autres professionnels, peuvent renforcer une première ligne en santé mentale. L'enjeu des leviers doit être examiné. La situation des CHPSY ne nécessite pas de changement structurel mais requiert un ré-enlèvement et un maillage plus solide.
Médecine spécialisée	Comment les services spécialisés peuvent-ils être accessibles à une population locale ? Il y a 7 gros joueurs à Montréal : CHUM, CUSM, CHU Sainte-Justine, Hôpital, HSCM, HMR et ICM. Encore aujourd'hui, les corridors de services sont flous et souvent établis sur une base de contact professionnel et non pas sur un mode organisationnel. Les médecins spécialistes devraient sortir des hôpitaux universitaires et se rapprocher du niveau local, CSSS et médecins de famille. Pour ce faire, des ajustements à la rémunération des médecins en fonction du lieu de pratique seraient requis. L'Agence et les RUIS sont dans l'organisation des services : Il faut clarifier l'organisation des services surspécialisés et identifier les leviers pour y parvenir ? En résumé : - On conviendrait de la nécessité d'avoir un plan d'organisation des services; - Comme pour les CSSS, il apparaît pertinent de définir un territoire et une population de référence pour les services surspécialisés; - Il est essentiel que les services spécialisés aient une responsabilité claire pour soutenir le patient dans son cheminement de services; - On retient que les grands centres desservent un territoire qui exige de retenir une approche métropolitaine; - Il est possible et souhaitable d'établir une collaboration entre les deux RUIS. 1. Un communiqué destiné au réseau sera transmis, vers la fin de la semaine prochaine, à un groupe de 5 lecteurs afin de valider l'information avant la diffusion. Les lecteurs sont : Dr Pierre Bourgoin, Dr Samuel Benaroya, Emmanuelle Simony, Benoît Morin, Luc Malo et Pierre-Paul Millette. 2. Les sujets suivants seront abordés lors de la rencontre du 9 juillet 2014 : les établissements de petite taille, la mise en commun, l'Agence et les scénarios d'évolution de l'organisation montréalaise des services. 5. Prochaine rencontre Mercredi 9 juillet 2014, de 8 h à 13 h, salle 107 de l'Agence de Montréal.

Suivi du Comité de travail «Une métropole en action»

Le 9 juillet 2014, 8 h à 13 h, salle 107

Sujet	Actions à prendre
1. Introduction	23 participants sur 25 sont présents.
1.1 Adoption du projet d'ordre du jour et du compte rendu de la rencontre du 26 juin	L'ordre du jour est adopté tel que présenté et le compte-rendu est adopté avec l'ajout suivant au point 3.2, Impacts sur les services hospitaliers de soins psychiatriques... « et évoluant dans une approche de réseau de services ».
2. Plan de travail	Un document rédigé par l'Institut Canadien- Polonais du Bien-Être est déposé sur le site du forum de discussion.
2.1 Retour sur la rencontre du 26 juin 2014	Le communiqué est distribué aux participants qui pourront le commenter à la pause pour des ajustements mineurs.
2.2 Communiqué sur les travaux du comité	
2.3 Poursuite des thèmes de discussion :	
Thème no 4 : Les établissements de petite taille	Roger Paquet introduit le sujet et mentionne qu'il faudra trouver une voie possible et cohérente pour les petits établissements qui sont notamment les CHSLD publics non intégrés. - L'intégration de ces établissements avec des CSSS est en lien avec l'orientation générale qui place le secteur de l'hébergement sous la coordination des CSSS dans une offre de services de base. - En vertu de cette logique, les EPC évolueraient dans un rapport contractuel avec le CSSS local en bonifiant l'offre en hébergement. - Les CHSLD qui desservent des communautés ethnoculturelles doivent conserver leur milieu de vie en établissant des clauses de protection par le biais d'une entente avec le CSSS. Cela pourrait prendre la forme d'un mandat: suprarégional, ou encore d'un service ou d'une installation à cet effet. - Importance d'en arriver à garantir une certaine stabilité des personnes âgées au plan de l'hébergement et éviter les nombreux transferts. Cette orientation est plus facile à réaliser avec des établissements de bonne taille qui offrent une gamme élargie de services et un vaste choix au plan de l'hébergement. - Deux autres établissements de petite taille, soit l'UGM et le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (Dollard-Cormier) sont l'objet de discussions qui font émerger deux options pour l'UGM : 1) constituer un noyau d'expertise gériatrique de niveau tertiaire avec les 2 réseaux universitaires et rapprochement avec HSA; 2) intégration dans un CSSS, de UGM et HSA, avec mandat particulier pour la protection de la mission universitaire. Dans ce cas, il est important que le volet universitaire puisse se développer à l'intérieur du regroupement. Par contre, cette option ne cadre pas avec l'approche réseau de McGill. - Pour le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, il pourrait s'intégrer naturellement avec le CSSS local (Jeanne-Mance) avec l'obligation de concevoir le tout dans un ensemble réseauté en mettant le milieu communautaire à contribution. - Roger Paquet suspend la discussion devant l'impossibilité de convenir d'une orientation partagée. Des travaux se feront à l'Agence au cours de l'été afin de documenter les deux options qui seront présentées à une prochaine rencontre du comité. - La question des leviers est discutée et révèle des préoccupations quant à la coordination et la performance. Thèmes non abordés
Thèmes Mise en commun et Agence	
3. Scénarios d'évolution de l'organisation montréalaise des services	Roger Paquet revient sur les paramètres convenus par le comité lors des dernières rencontres : Connecté sur les besoins de la population : approche populationnelle et affinité de populations;

Sujet	Actions à prendre
	- Offrant une 1^{re} ligne forte avec un accès facilité localement; - Des CSSS robustes (CLSC-CHSLD-CHSJS) avec des spécialités de base et option d'avoir des pointes d'excellence; - Capable de respecter la dimension multiculturelle et linguistique de populations particulières; - Offrant une gamme complète de services sur le territoire local et en équilibrer les ressources; - En cohérence avec les milieux universitaires; - Dégageant un espace pour travailler une zone métropolitaine : ouvrir les frontières; - Des CSSS se situant dans une fourchette de taille allant de 200 000 à 300 000 personnes; - Ajouter la notion de l'imputabilité et de leviers qui doivent être associés à la discussion; - Si un établissement veut s'exclure, il aura à démontrer la logique et les bénéfices pour la population. Commentaires : - Ajouter la notion d'imputabilité et de leviers qui doit être associée à la discussion; - Les représentants des deux RUIS mettent sur la table le fruit de leurs réflexions et proposent des scénarios variés. Pour le réseau McGill uniquement, on propose de garder intact les territoires des RUIS et ceux des CSSS et on réduit le nombre de CSSS de 5 à 4. Pour le réseau de l'Université de Montréal, deux scénarios, un à cinq CSSS et l'autre à sept regroupements centrés autour des hôpitaux, touchant les territoires des 2 RUIS, sont présentés; - Les changements doivent représenter une valeur ajoutée pour la population, les patients et le réseau; - Les principes sont plus importants que la géographie. Des CSSS pourraient être fractionnés (CLSC); - Il semble difficile d'aller plus bas que cinq et plus haut que sept CSSS regroupés; - Si l'objectif des travaux est de se donner un réseau qui soit fonctionnel et de proximité, la logique de la réflexion est de partir de la population qui a des besoins et regarder les meilleures compatibilités des populations. Le comité mandata Roger Paquet afin de travailler sur des scénarios de regroupements de 5 et 8 CSSS. Il se fera accompagner par l'Agence pour réaliser ce mandat. Les membres peuvent y contribuer également en lui envoyant des scénarios avant le 31 juillet 2014 et des suggestions de leviers pour le 15 août 2014. Une prochaine rencontre sera organisée à la fin de l'été. Il est souhaité d'avoir un plan de communication régional pour la prochaine rencontre. Patricia Gauthier se joint au groupe pour remercier les participants de leur contribution aux travaux du comité et les félicite pour leur implication et leur participation exemplaire. Sujet non abordé
4. Varia	
5. Prochaine rencontre	
EPC : établissement privé conventionné HSA : Hôpital Ste-Anne-de-Bellevue	

Suivi du Comité de travail « Une métropole en action »

Le 4 septembre 2014, 16 h à 18 h, salle 107

Sujet	Actions à prendre
1. Introduction	25 participants sur 25 sont présents. <i>Le 3 septembre 2014, soit la veille de la rencontre d'aujourd'hui, les membres ont été convoqués de 16 h à 18 h pour assister à un « briefing technique » au cours duquel les scénarios, de même que les analyses et les données correspondantes, leur ont été expliqués. M. Denis Sirois exprime sa préoccupation concernant l'absence de critères sociaux dans les analyses présentées.</i>
1.1. Mo: de bienvenue et échanges avec la présidente-directrice générale, M ^{me} Patricia Gauthier	Patricia Gauthier souhaite la bienvenue aux membres et les remercie pour leur courage, leur contribution et leur disponibilité. Elle souhaite que le résultat des travaux du comité rallie majoritairement les membres. Elle propose aux membres de se réunir une dernière fois lorsque les orientations du MSSS seront connues afin de travailler sur l'arrimage entre la proposition de Montréal et celle du MSSS. Les PDG seront informés, lors du CGR, des scénarios du MSSS. Pour les DG, une conférence téléphonique sur le processus et les prochaines étapes est à l'étude. Commentaires : - des membres appuient l'initiative d'informer rapidement les DG et les présidents des travaux du comité ; - le scénario montréalais est connu du MSSS en raison des arrimages effectués entre le MSSS et l'Agence ; - la réalité de Montréal doit être bien campée dans le document qui sera produit.
2. Plan de travail	
2.1. Adoption du projet d'ordre du jour et du compte-rendu de la rencontre du 9 juillet 2014.	Roger Paquet veut s'assurer que le comité souhaite poursuivre ses travaux suite à la proposition de la PDG de tenir une autre rencontre en septembre pour harmoniser la proposition de la région de Montréal avec celle du ministre lorsqu'elle sera connue. Il y a accord du groupe pour poursuivre. Le compte-rendu est accepté avec les corrections suivantes : - la fourchette des scénarios à documenter était de 5 à 8 CSSS et non 5 à 7 - au 5^e pictet du thème n° 4, indiquer que pour l'UGM, plusieurs options sont possibles.
2.2. Rappel des objectifs, des critères et des enjeux	Objectifs : Roger Paquet énumère les objectifs de la démarche à partir des documents distribués et mentionne qu'ils ont été retenus en raison de l'amélioration des services à la population qu'ils permettent d'atteindre. Critères à prendre en considération pour choisir les scénarios : - on demande qu'une harmonisation de la liste de critères présentée soit faite avec ceux du dernier compte rendu afin de s'assurer que le tout est complet. Un membre fait remarquer que les critères sont des éléments à considérer dans la prise de décision mais qu'ils ne sont pas tous systématiquement appliqués lors de la prise de décision. - dans l'application des critères, on fait remarquer qu'il faut en évaluer les efforts et la complexité en lien avec le rendement escompté. Enjeux : la désignation des installations, pour l'accès aux services en langue anglaise, notamment dans le cas des centres de réadaptation en déficience physique.
2.3. Les leviers	Chacun des leviers identifiés est passé en revue afin d'en préciser le sens et améliorer la compréhension. Des ajustements sont apportés au contenu final.
2.4. Conditions facilitantes	Il en est de même pour les conditions facilitantes auxquelles on ajoute, pour compléter la liste, l'établissement d'un échéancier et des étapes de réalisation de même que des mécanismes de suivi.

Sujet	Actions à prendre
3. Scénarios d'évolution de l'organisation montréalaise des services	
3.1. Scénarios touchant les CSSS et les CHSJS	Roger Paquet demande aux membres de s'exprimer quant au scénario qui serait, à leurs yeux, le plus approprié pour le réseau montréalais. Des membres font ressortir leurs arguments pour chacun des scénarios : Scénario à sept (7) regroupements : ▪ Dans un premier temps, les membres ont fait ressortir leur préférence pour ce scénario qui correspond davantage à des critères énoncés et acceptés par l'ensemble des membres. Ces critères sont notamment référence à : 1. Respect des corridors naturels de services, 2. Le respect des dimensions linguistiques et culturelles, 3. Des CSSS de tailles comparables et 4. La proximité pour l'offre de services. ▪ Des membres ont toutefois exprimé leur désaccord avec ce scénario pour deux raisons : la division de trois territoires de CSSS et le fait que sept regroupements n'est pas très différent de la situation actuelle à 12 CSSS. Scénario à cinq (5) regroupements : ▪ Les scénarios à cinq regroupements représentent le choix de ceux qui croient fortement que ce genre de regroupements est possible en milieu urbain et que ces grands établissements seraient mieux préparés à se voir confier des responsabilités régionales, ce qui leur permettrait d'assurer leur pleine imputabilité en matière d'organisation de services. Au cours de la discussion, le scénario 5b se distingue des deux autres en raison du maintien des frontières actuelles des CSSS, et ce malgré la division des RUIS. ▪ Ce scénario implique toutefois le transfert du CSSS SOV vers le RUIS de l'Université de Montréal. Il a été convenu de ne pas considérer d'autres scénarios et que les regroupements à 5 ou à 7 sont pertinents pour l'exercice en cours. Les membres ont l'occasion de s'exprimer sur les avantages et les inconvénients de chacun des scénarios. À la fin, Roger Paquet résume les discussions : 1. Dans la logique actuelle, le scénario à 7 regroupements est reconnu comme confortable mais comporte un défi de taille de fractionnement de CSSS. 2. Il est souhaitable que l'instance locale soit de grande taille et plus robuste, donc le scénario à 5 regroupements, pour qu'elle soit capable de mettre en place la surspécialisation, la déconcentration des responsabilités régionales et relever les défis de proximité. Il faudra regarder de plus près la zone du CSSS SOV et les solutions acceptables qui pourraient être appliquées. 3. Des analyses complémentaires sur la consommation de services sont nécessaires afin de bien comprendre la situation entourant le CSSS SOV et le CLSC Montréal-Nord, ainsi que la situation des CHA regroupés par rapport aux CHU.
3.2. Scénarios touchant les autres établissements	Roger Paquet aborde les scénarios touchant les autres établissements non intégrés aux CSSS. Les membres se prononcent sur chacun des scénarios par mission d'établissements. ▪ L'intégration locale, basée sur le regroupement des missions CLSC-CHSJS et CHSLD, à l'exception des CHU est acceptée par le comité. ▪ L'intégration régionale de tous les centres de réadaptation en déficience physique en un seul établissement fait ressortir la problématique entourant les établissements désignés avec des indicateurs et l'importance d'avoir une solution adaptée aux particularités montréalaises. La solution de pouvoir désigner des installations en vertu du programme d'accès aux services en

Sujet	Actions à prendre
	langue anglaise est souhaitée par le comité et pourrait être applicable à d'autres situations. Il est mentionné, de plus, l'importance des liens avec le réseau pour le nouvel établissement. ▪ L'intégration territoriale dans le cas des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, il y a de l'ouverture mais des situations difficiles devront trouver une issue. ▪ Le maintien des établissements solo suscite plusieurs commentaires : - Les centres jeunesse sont l'objet de questionnements. Tout comme les instances en santé mentale, il est souhaité qu'ils s'arriment plus étroitement avec les autres établissements et ainsi éviter la mise en place de structures parallèles. - Des travaux complémentaires sont nécessaires dans le cas de certains établissements pour lesquels aucun positionnement clair n'a permis de statuer sur leur situation. Il s'agit des établissements suivants : Hôpital Rivière-des-Prairies sur l'organisation des services; Institut universitaire de gériatrie de Montréal pour le développement du volet universitaire dans l'environnement actuel, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal pour clarifier son positionnement régional. D'autres sujets à documenter davantage sont proposés : articulation des services des établissements privés conventionnés avec les autres établissements, articulation des services des organismes communautaires avec les établissements, la question des missions universitaires CHU-CHA. Ce sujet a été discuté au point 3.1.
3.3. Impacts sur l'Agence	
4. Évaluation de la démarche	En raison de la tenue d'une sixième rencontre, le formulaire d'évaluation pourra être rempli à la fin des travaux du comité.
5. Prochaines étapes	Prochaines étapes : ▪ Organisation d'une dernière rencontre du comité via un <i>Doodle</i> afin d'harmoniser les orientations régionales avec celles du MSSS lorsqu'elles seront connues ; ▪ Finalisation du rapport ; ▪ Lecture du rapport par les membres du comité et délai de 48 heures pour réagir.

Sommaire de la rencontre du 30 septembre 2014

7 h 30, salle 107 de l'Agence de Montréal

Sujet	Actions à prendre
Présences	M ^{me} Manon Boily, DG, et M ^{me} Pageau-Goyette, présidente de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, D ^r Pierre Gfeller, DG, et M. Groulx président de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, D ^r Lawrence Rosenberg, DG de l'Hôpital général juif, D ^r Ralph Dadoun, DG du Centre hospitalier de St. Mary, D ^r Sam Benaroya, Université McGill, D ^r Pierre Bourgoin, Université de Montréal, D ^r Jacques Ricard et Loraine Desjardins, Agence de Montréal, et Roger Paquet, chargé de projet.
Objectif	Roger Paquet précise l'objectif de travailler à préserver les désignations universitaires et à y adjoindre d'autres mesures si nécessaires de manière à reconnaître le caractère spécifique des missions universitaires CHA.
Commentaires	- Des corridors de services cliniques spécialisés existent depuis longtemps avec la couronne Nord. Il faut continuer à soutenir le développement de services secondaires dans les régions. La responsabilité populationnelle pour les services plus spécialisés s'applique pour les patients hors Montréal. Crainte de voir la mission tertiaire se perdre dans la fusion; - La mission académique tertiaire est dans tous les CHA pour l'enseignement et la recherche qu'il faut préserver et protéger. Il y a un vide dans le Projet de Loi 10 (PL) sur l'encadrement de la recherche et de l'enseignement. Craintes à l'égard de perdre la mission tertiaire et les centres de recherche; - Comment s'assurer que les investissements en recherche, les fonds pour l'enseignement soient préservés dans des enveloppes distinctes?; - Le PL est muet sur les contrats d'affiliation, les nominations professorales et sur la représentation au CA de l'établissement de représentant des universités. Proposition de mieux définir le volet mission académique tertiaire qui dépasse les frontières du CISSS; - Académisme se fait en 1^{er} et 2^e ligne et mission tertiaire devrait être déclinée et bonifiée; - Il serait intéressant de connaître la réflexion du CHU de Québec et du CHU de Sherbrooke; - Ne pas perdre de vue l'importance de mieux armer les services tertiaires avec les soins primaires et viser une meilleure intégration du CH avec la première ligne; - Les RUIS ont la responsabilité de développer des ententes de services au-delà de Montréal. Le PL pourrait concrétiser ces ententes et faire participer les RUIS en support à l'organisation des services spécialisés; - Comment officialiser les désignations en surspécialités?
Messages et Recommandations	Trois messages : 1) Une mission académique acquise et reconnue qui doit se développer dans un nouvel environnement. 2) L'intégration sur le territoire, une responsabilité propre au CISSS. 3) Surspécialisation à faire rayonner, au meilleur coût. Trois recommandations : 1) Présence de représentants du milieu universitaire au sein du CA des CISSS qui ont une désignation universitaire en santé physique, en santé mentale et en services sociaux. 2) Prévoir un encadrement spécifique pour les établissements concernés au sein du CISSS pour la mission académique, soit l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'organisation. 3) Compléter la cartographie des services spécialisés et surspécialisés avec l'appui des RUIS et des partenaires associés, afin de préciser les responsabilités dévolues à chacun des établissements à désignation universitaire et d'officialiser les corridors de services en s'assurant du respect des standards de qualité et de pertinence, et ce, au meilleur coût.

Suivi du Comité de travail « Une métropole en action »

Le 30 septembre 2014, 13 h à 18 h, salle 107

Sujet		Actions à prendre
1. Introduction		28 participants sur 31 sont présents.
1.1	Adoption du projet d'ordre du jour et du compte-rendu de la rencontre du 4 septembre 2014	L'ordre du jour est adopté. Il est proposé de reporter l'adoption du procès-verbal à la fin de la rencontre afin de permettre aux membres de le lire.
1.2	Dépôt des avis et commentaires transmis à Patricia Gauthier le 26 septembre 2014	Le contenu des documents est passé en revue. L'ensemble des avis transmis à la PDG sur les travaux du comité est déposé.
2.	Mot de bienvenue et présentation des nouveaux membres	Roger Paquet présente les cinq nouveaux membres qui se joignent au comité en raison de leur expertise et de leur contribution attendue aux échanges de la journée. - Roger Paquet mentionne qu'avec le dépôt du projet de loi 10, on observe des concordances et des divergences entre les travaux et le projet de loi et constate également 1) que les travaux du comité ont eu une influence et 2) qu'il y a un espace d'influence pour franchir la dernière étape. - Deux scénarios étaient sur la table : un regroupement à 7 CISSS et un autre à 5 CISSS. Maintenant que le projet de loi fait disparaître le palier régional, avons-nous un autre scénario? - Il reste du travail à faire : compléter la proposition à 5 regroupements et finaliser le positionnement des établissements spécialisés dans une logique d'intégration. La discussion sur le scénario 5E et l'intégration des établissements spécialisés est ouverte. Commentaires : - Le projet de regroupement des établissements en réadaptation physique serait sous la gouvernance d'un seul CISSS et non pas scindé en cinq. Il faudra, de plus, développer des ententes avec la Montérégie pour les services en déficience visuelle; - Certains craignent la perte ou la diminution des services spécialisés en anglais et proposent de se regrouper autour de la communauté dans une optique territoriale Est-Ouest; - Les services en dépendance du pavillon Foster (Montérégie) et du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (Dollard-Corrier) devraient être intégrés pour avoir une offre complète de services regroupés dans un seul CISSS; - Les centres jeunesse souhaitent préserver leur expertise et considèrent difficile de le faire au sein d'une gouvernance multi programmes : idéalement, demeurer autonome et 2^e choix, serait l'intégration dans un CISSS avec d'autres vocations sociales; - Une préoccupation est soulevée concernant l'éparpillement des instituts avec mission sociale; - Les missions universitaires et l'académisme, de la 1^{re} à la 4^e ligne doivent être préservés; - On mentionne l'article 131 du projet de loi comme moyen pour protéger ces missions; - On fait remarquer que tous les CISSS devraient dispenser les mêmes services et éviter de faire des CISSS dispensateurs et des CISSS clients; - Il faut composer avec plusieurs réalités, politiques, linguistiques et géographiques, et trouver une proposition qui intègre ces réalités pour le mieux. Il est impossible de tout faire d'un seul coup.
3.	Mise en contexte et objectif de la journée Convenir de la meilleure organisation de services intégrés à Montréal	

	- Certains membres soutiennent une approche par étapes et qu'il faut garder les établissements proches des clientèles. Il faut se rebrancher sur les critères de base convenus; - D'autres estiment qu'il faut trouver un équilibre dans le regroupement populationnel et la concentration. En résumé : 1) Il faut conserver et consolider les expertises. Le fractionnement en petites parties est refusé. 2) On ne parle pas de l'obligation de couverture régionale. 3) Volonté ferme de compléter l'offre de services spécialisés à Montréal et profiter de l'opportunité offerte. 4) Peu d'information sur comment créer la synergie 1^{re} et 2^e lignes. 5) Les multiples désignations dans plusieurs CISSS constituent un levier majeur de développement. - Roger Paquet rappelle que le comité est en présence de deux scénarios à 5, soit le 5A qui est dans le projet de loi n° 10 et le 5E. Il est plus logique de travailler avec le 5E à la suite des analyses réalisées. - Avant de faire des scénarios d'intégration, un membre mentionne le principe de responsabilité de desserte supra régionale pour des instituts universitaires et souhaite faire reconnaître l'obligation de service supra régional. - Roger Paquet rappelle que plusieurs scénarios peuvent être proposés pour intégrer des établissements spécialisés dans les CISSS. 1) Intégration territoriale en fonction de l'adresse du siège social, 2) Intégration horizontale par mission et intégration clinique par la création d'alliances et de trajectoires en fonction de la complémentarité des missions d'établissements. - Les scénarios d'intégration sont abordés sous l'angle des missions et chacun d'eux examinés et discutés pour trouver la meilleure proposition. Il s'agit des missions d'établissements suivantes : dépendance, jeunes en difficulté, DI-TED, services généraux et services psychiatriques, gériatrie, déficience physique. - En conclusion : au terme de l'exercice, le scénario 5E est retenu et, outre les 4 établissements suprarégionaux, tous les autres établissements sont intégrés dans les cinq CISSS. - Des préoccupations particulières sont soulevées et auraient intérêt à être mentionnées dans le rapport. Il s'agit de 1) la protection des missions universitaires qui pourraient faire l'objet d'un comité consultatif tel que l'article 131. l'évoque, 2) les vulnérabilités de certaines clientèles montréalaises plus démunies et moins outillées et 3) les établissements privés conventionnés qui seraient en entente de service avec le CISSS de leur territoire.
4. Discussion et échanges Le scénario à 5 regroupements pour Montréal dans le projet de loi n° 10	Roger Paquet indique que le projet de loi 10 amène une autre dimension, soit l'abolition des agences régionales et demande aux membres si cette orientation modifie les recommandations du comité et pose la question de savoir si un scénario allégé comportant moins de CISSS devrait être envisagé. De façon majoritaire, les membres considèrent que le travail accompli à ce jour tient bien la route et témoigne d'une démarche très rigoureuse avec une série de critères acceptés par tous. Un scénario proposant 2-3 CISSS comporte trop d'enjeux et nous éloigne de nos objectifs. Le comité considère que, à ce moment-ci de l'évolution du réseau, le scénario à cinq CISSS est le plus adapté.
5. Scénario en lien avec l'intégration de l'Agence	

6. Échanges avec les CHA	Roger Paquet fait part aux membres des trois recommandations issues de la rencontre avec les quatre centres hospitaliers affiliés (CHA) tenue ce matin et dont le compte-rendu est déposé séance tenante. Ces recommandations soutiennent 1) la représentation au CA des CISSS de représentants du milieu universitaire, 2) la création d'une fonction spécifique d'encadrement pour protéger la mission universitaire et 3) une cartographie des services spécialisés et surspécialisés de la région. • Certains font remarquer que l'article 131 peut être évoqué pour demander que soient respectées ces recommandations au sein des CISSS; • Il faudra aussi se pencher sur l'inter CISSS et l'inter régional. • 3 octobre 2014 : Il y aura un CGRM spécial vendredi 3 octobre en après-midi pour présenter les recommandations du comité de travail et répondre aux questions des directeurs généraux. • 14 octobre 2014 : Dernière rencontre du comité de travail pour formuler des commentaires suite à la lecture du rapport. • Octobre 2014 : Une rencontre avec les présidents et les DG est à organiser pour faire connaître les recommandations et clore les travaux initiés dans le cadre de la planification stratégique régionale 2015-2020.
7. Prochaines étapes	
8. Prochaine rencontre	14 octobre 2014, de 8 h à 13 h