



# Plan régional d'organisation des services

Département territorial de médecine familiale de Montréal

Montréal 2024-2028

POPULATION

**2 004 265**

Population montréalaise

IMMIGRATION

**652 730**

Personnes issues de l'immigration  
114 110 immigrants récents

65 ANS ET PLUS

**344 472**

Personnes de 65 ans et plus

CHSLD

**13 000**

ITINÉRANCE

**5 036**

Personnes en situation  
d'itinérance visible

# Table des matières

Introduction	2
Portraits synthétiques par priorité	9
Annexes - Portefeuilles de projets par priorité	20
Annexes populationnelles	30
Sources et dates d'actualisation	35

# 1. Plan régional d'organisation des services médicaux généraux

Mieux cibler les efforts, renforcer les services de proximité et faire des activités médicales particulières un levier d'équité territoriale.



*Le plan régional d'organisation des services médicaux généraux constitue un engagement collectif envers la population montréalaise. Il traduit notre capacité à lire les transformations de la ville, à reconnaître la diversité des besoins, à anticiper leur complexité croissante et à orienter nos leviers là où ils auront le plus d'impact. Dans un Montréal en mouvement, ce plan affirme une volonté claire : renforcer l'accès, soutenir les équipes, réduire les écarts, assurer la couverture médicale de l'ensemble des secteurs de soins ou les médecins de famille jouent un rôle central, et adapter les soins et services aux réalités des territoires.*

Le portrait de santé 2026 rappelle que la planification médicale montréalaise doit être à la fois équitable, accessible et ancrée dans les réalités de proximité. Ces données ne sont pas de simples indicateurs : elles révèlent les endroits où renforcer les trajectoires, ajuster les ressources et rendre les portes d'entrée plus claires pour la population. Elles nous invitent à passer du constat à l'action, avec une lecture commune des besoins et une volonté partagée d'agir là où l'impact sera le plus grand et bénéfique pour la population..

## 2. Faits Saillants

- **Une métropole de plus de 2 millions de personnes** : la planification médicale montréalaise doit conjuguer ampleur, proximité et adaptation fine aux réalités territoriales.
- **Une population hautement diversifiée** : l'immigration et les langues parlées à la maison imposent des trajectoires plus lisibles, culturellement adaptées et soutenues par l'interprétariat.
- **Une santé mentale, notamment en jeunesse sous pression** : la détresse psychologique élevée chez les élèves du secondaire confirme l'urgence de renforcer l'accès rapide, les liens école-communauté et le soutien interprofessionnel.
- **Un bassin de desserte élargi de Montréal**, qui augmente énormément la pression sur les services de santé de la région, ayant un afflux net massif (bilan migratoire de près de 400 000 non-résidents de Montréal qui sont inscrits à un MDF de Montréal).
- **Des vulnérabilités concentrées par territoire** : itinérance, faible revenu, enjeux de logement, isolement, ainsi que la présence accrue de demandeurs d'asile et de personnes réfugiées peuvent orienter une priorisation différenciée des RLS.
- **Un haut taux de citoyens non admissibles à la RAMQ qui doivent aussi être desservis par le réseau de santé** : entre 350 000 et 400 000 selon les évaluations et les sources de données disponibles.
- **Un vieillissement qui transforme la demande** : la croissance des 65 ans et plus, notamment des aînés vivant seuls, appelle un meilleur arrimage entre SAD, SIAD, soins palliatifs, gériatrie, CHSLD et réadaptation
- **La prévention comme levier stratégique** : vaccination, habitudes de vie, ITSS, climat et repérage précoce doivent permettre de réduire les épisodes évitables et de mieux cibler les ressources cliniques.
- **Un impératif commun** : utiliser les données pour orienter les bons leviers, au bon endroit, avec les bons partenaires.

### 3. Ce que le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux 2018-2022 nous apprend

Les travaux antérieurs avaient déjà mis en lumière plusieurs zones critiques : accès diagnostique, santé mentale, dépendance-itinérance, pédiatrie, TSA/DI, soins en CHSLD, réadaptation, SAD/SIAD et services aux demandeurs d'asile. La nouveauté n'est pas de repartir à zéro, mais de donner à ces chantiers une lecture plus populationnelle, plus lisible et plus mesurable.

Ce qui demeure structurant	Ce qui change en 2024-2028
L'accès aux services de proximité.	L'accès doit être différencié selon les réalités RLS/RTS.
Les trajectoires entre première ligne et spécialités.	La fluidité doit inclure le retour d'information et la pertinence des références.
Le soutien aux clientèles vulnérables.	La vulnérabilité est multidimensionnelle : revenu, logement, langue, santé mentale, âge.
La médecine familiale à domicile.	Le vieillissement rend le SAD/SIAD central, non périphérique.
Le pilotage par les données.	Les données doivent servir à arbitrer, pas seulement à documenter.

## 4. Portrait de santé montréalais et lecture RTS/RLS

Indicateur	Valeur	Lien - PROS
Population totale Montréal	2 004 265	Base populationnelle pour la planification régionale.
Population issue de l'immigration	652 730 personnes	Interprétariat, littératie et accès culturellement adapté.
Personnes âgées de 65 ans et plus	344 472 personnes	SAD, SIAD, gériatrie, CHSLD et soutien à domicile.
Itinérance visible (donc sous-estimation assurée)	5 036 personnes	Soins de proximité, équipes mobiles et accès sans barrière.

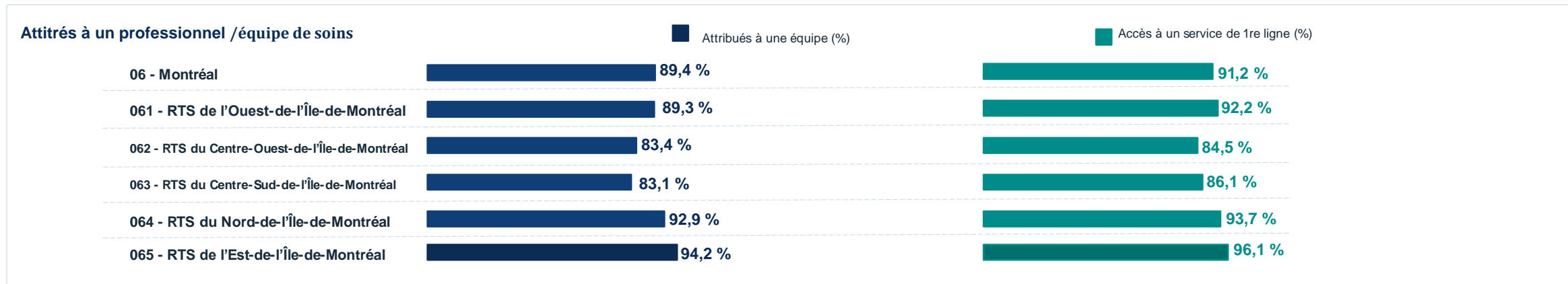
## 5. Portrait RTS - RLS

RTS	RLS	Source	Population	Immigration	Faible revenu	65+ seuls	Inscription MD	GAMF
RTS Centre-Sud	JM — Jeanne-Mance	FAU	168 542	24.9%	16.9%	55.0%	54.7%	36 275
RTS Centre-Sud	SOV — Sud-Ouest–Verdun	VER	173 520	25.9%	11.6%	43.5%	62.2%	32 485
RTS Est	LT — Hochelaga–Mercier Ouest–Rosemont	HOMA	192 808	22.9%	12.3%	48.7%	63.0%	37 309
RTS Est	PDI — Rivière-des-Prairies–Anjou–Montréal-Est	RDP	213 710	27.3%	6.9%	31.4%	67.5%	36 315
RTS Est	SLSM — Saint-Léonard–Saint-Michel	SLSM	141 077	46.8%	9.2%	31.8%	62.0%	21 496
RTS Nord	AMN — Ahuntsic–Montréal-Nord	AMN	176 010	34.6%	10.4%	40.4%	65.0%	26 126
RTS Nord	BCSL — Bordeaux–Cartierville–Saint-Laurent	NISL	164 750	51.7%	9.7%	30.0%	60.0%	26 529
RTS Nord	PPV — Petite-Patrie–Villeray	PPV	117 519	23.0%	11.2%	47.9%	68.1%	16 790
RTS Centre-Ouest	MON — Côte-Saint-Luc–NDG–Montréal-Ouest	CSL	134 257	37.3%	11.0%	37.4%	61.2%	20 099
RTS Centre-Ouest	CAV — Côte-des-Neiges–Métro–Parc-Extension	CDN	253 048	39.4%	18.2%	38.7%	54.4%	36 859
RTS Ouest	DLL — Dorval–Lachine–LaSalle	DLL	155 706	30.6%	9.3%	35.7%	69.1%	19 041
RTS Ouest	ODI — Ouest-de-l'Île	PLSL	230 442	34.8%	5.0%	23.1%	70.7%	27 302

## 6. Variabilité territoriale

Rang	Variable	Min RLS	Min %	Max RLS	Max %	Écart ( Points de pourcentage)	Lecture PROS
1	65+ vivant seul	PLSL	23,1	FAU	55,0	31,9	Écart marqué; isolement et vieillissement
2	Immigration	HOMA	22,9	NISL	51,7	28,8	Adaptation culturelle, littératie et interprétariat
3	Inscription MD famille	CDN	54,4	PLSL	70,7	16,3	Écart d'accès aux services médicaux de proximité
4	Tabagisme 15+	PLSL	8,0	FAU	22,7	14,7	Prévention et counseling ciblés
5	Faible revenu	PLSL	5,0	CDN	18,2	13,2	Vulnérabilité sociale à considérer

# Accès et prise en charge par région, RTS et RLS



RSS / RTS / RLS	Population admissible	Inscrits à un médecin de famille	Inscrits à un groupe de médecins	Inscrits à une IP SPL	Attribués à un professionnel / équipe de soins (%)	En attente au GAMF - Éligibles au GAP	Accès à un service de première ligne (%)
06 - Montréal	1 867 473	1 154 356	512 393	2 163	89,4 %	34 775	91,2 %
061 - RTS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	359 348	243 436	76 748	648	89,3 %	10 341	92,2 %
062 - RTS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	324 415	186 912	82 787	694	83,4 %	3 766	84,5 %
063 - RTS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	290 879	170 790	70 747	186	83,1 %	8 582	86,1 %
064 - RTS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	400 310	246 643	125 052	245	92,9 %	3 024	93,7 %
065 - RTS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	492 521	306 575	157 059	390	94,2 %	9 062	96,1 %

# Portrait synthétique – Priorité 1

1

Valoriser la pratique de la médecine familiale en rehaussant l'attractivité de ses champs de pratique diversifiés.

## Portrait exécutif

La médecine familiale est visible, reconnue et présentée comme une pratique polyvalente, évolutive et porteuse de sens.

## Projets régionaux

- Participation aux tables sectorielles
- Promotion des AMP mixtes et des pratiques polyvalentes
- Déploiement d'AMP du bloc C dans les milieux de 1re ligne
- Valorisation de la pratique et communication ciblée

## Résultat attendu

*Renforcer, promouvoir et soutenir les diverses pratiques en MF, afin de rehausser la satisfaction au travail des omnipraticiens et surtout la reconnaissance sociétale de leur apport dans le réseau de santé et ainsi à terme contribuer à ce que cette spécialité médicale redevienne attractive pour la relève.*

## Indicateurs de résultat recommandés

Nombre d'activités de valorisation; milieux promus; AMP mixtes ou profils polyvalents; postes ou secteurs couverts.

# Portrait synthétique – Priorité 2

2

Attirer et retenir toutes les générations de médecins de famille.

## Portrait exécutif

Le territoire attire, intègre et retient des médecins de famille à toutes les étapes de leur carrière, avec des conditions d'exercice plus soutenantes.

## Projets régionaux

- Clinique interprofessionnelle des soignants
- Réduction des irritants de pratique et simplification administrative
- Accompagnement des médecins en fin de carrière
- Soutien aux coordonnateurs médicaux locaux

### Résultat attendu

*Intégration plus fluide, rétention accrue et irritants mieux maîtrisés pour toutes les générations de médecins. S'assurer que les nouveaux facturants comprennent bien ce que représente l'entente AMP comme engagement versus toutes les autres activités possibles à pratiquer hors AMP.*

### Indicateurs de résultat recommandés

Médecins recrutés, mentorés ou accompagnés; taux de rétention; départs analysés; satisfaction des nouveaux facturants après une première année de pratique.  
Formations réalisées; médecins/coordonnateurs formés; rencontres de cogestion; décisions suivies; enjeux résolus.

# Portrait synthétique – Priorité 3

3

## Renforcer le rôle, la collaboration interprofessionnelle et le leadership médical des MDF dans l'ensemble des champs de pratique.

- 3.1 Redéfinir et promouvoir le rôle du MDF en partenariat avec les autres professionnels dans l'ensemble des champs de pratique.
- 3.2 Anticiper les défis d'aptitude en gestion des MDF par le renforcement des capacités des nouveaux facturants au leadership médical.

### Portrait exécutif

Le rôle du MDF est mieux intégré aux équipes, aux corridors et aux mécanismes de cogestion, avec une contribution claire au bon professionnel, au bon moment.

### Projets régionaux

- Clarification des rôles avec IPS, pharmaciens, spécialistes et autres professionnels
- Cogestion et leadership médical
- Responsabilisation du patient et coordination clinique
- Modèles de prise en charge adaptés à la réalité montréalaise

### Résultat attendu

*Faire lever sur la pratique interprofessionnelle et le développement des compétences de gestion des médecins pour optimiser la pertinence des soins et propulser une transformation durable des services.*

### Indicateurs de résultat recommandés

Corridors actifs; délais de retour ou de réponse; taux d'orientation vers un professionnel non MDF lors d'une demande de service en première ligne; références évitées; satisfaction des référents.

Secteurs avec cogestion médico-administrative.

# Portrait synthétique – Priorité 4

4

**Moderniser l'enseignement, la supervision et les pratiques médicales afin de mieux répondre aux réalités des milieux et des clientèles.**

- 4.1 Diversifier et moderniser les modèles de supervision de stages d'enseignement en s'adaptant aux clientèles particulières et aux réalités des milieux.
- 4.2 Diversifier et moderniser certaines pratiques médicales comme celles retrouvées en CHSLD ou en réadaptation.

## Portrait exécutif

L'enseignement, la supervision et les pratiques en milieux particuliers gagnent en attractivité, en modernité et en capacité de réponse.

## Projets régionaux

- Exposition accrue aux milieux moins attractifs et développement des stages
- Milieux d'enseignement comme leviers d'attractivité
- Modernisation des pratiques en CHSLD et réadaptation
- Vigie de couverture médicale et pratique de groupe

## Résultat attendu

*Rehausser le nombre de milieux cliniques qui reçoivent les étudiants ou résidents en médecine familiale, afin de favoriser une exposition élargie aux différents types de pratique, et de générer de l'intérêt pour celles-ci une fois la résidence complétée.*

## Indicateurs de résultat recommandés

Nombre total de milieux de stage actifs; nombre de milieux de stage différents (diversité des milieux); % de milieux de première ligne offrant des stages; nombre de cliniques non GMF-U accueillant des stagiaires; évolution du nombre de milieux de stage (année / année)

# Portrait synthétique – Priorité 5

5

Prévoir un plan d'action réaliste afin de prévenir les effets de la baisse prévisible des effectifs en médecine de famille et de favoriser une répartition équitable des ressources.

## Portrait exécutif

Les décisions touchant les effectifs médicaux reposent sur une lecture fine des besoins et soutiennent une répartition plus équitable des ressources.

## Projets régionaux

- Amélioration de la répartition des PREM
- Recensement et suivi des effectifs médicaux
- Suivi des engagements AMP et des nominations
- Trajectoires de pertinence et rapatriement hors région

### Résultat attendu

*Viser une répartition des médecins de famille la plus équitable et prévisible possible, afin de réduire les risques ou l'avènement de bris de service. Mettre en lumière l'ampleur des besoins en effectifs médicaux et professionnels des citoyens de l'île de Montréal, afin de réduire les perceptions liées au nombre important de médecins déjà en pratique.*

### Indicateurs de résultat recommandés

Écarts besoins/effectifs; AMP suivies; PREM/PTEM; nominations; bris de service évités; capacité d'inscription; recensement des besoins avérés de couverture.

# Portrait synthétique – Priorité 6

6

**Valoriser, encourager, soutenir et développer la médecine familiale à domicile via SAD, SIAD et soins palliatifs, en lien avec les trajectoires de proximité.**

## Portrait exécutif

La médecine familiale à domicile devient plus accessible, mieux soutenue et mieux arrimée aux trajectoires de proximité.

## Projets régionaux

- Déploiement du SIAD
- Paramédecine de régulation et communautaire
- Communauté de pratique et soutien aux médecins terrain
- Arrimage SAD, SIAD et soins palliatifs

## Résultat attendu

*Aider à développer des services médicaux visant le maintien à domicile le plus longtemps possible, avec une réponse plus rapide aux besoins complexes ou palliatifs et recours à des hospitalisations ou à des hébergements en institution réduits.*

## Indicateurs de résultat recommandés

Usagers suivis à domicile/SIAD; délais d'accès; hospitalisations/transferts évités; médecins impliqués; satisfaction.

# Portrait synthétique – Priorité 7

7

**Développer, encourager et soutenir une offre de services médicaux dans tous les secteurs, particulièrement dans les déserts médicaux, selon les réalités démographiques, l'accès adapté et le triage lié à la pertinence.**

## Portrait exécutif

L'offre de service se déploie plus équitablement dans les secteurs prioritaires, avec des portes d'entrée plus lisibles et une meilleure couverture.

## Projets régionaux

- Cartographie des milieux de soins et des besoins
- Outils de triage, pertinence et accès adapté
- Leviers de couverture des déserts médicaux
- Décloisonnement des plages médicales
- Analyse besoins-effectifs

## Résultat attendu

*Nombre de milieux de stage créés Nombre d'apprenants accueillis (par type) Taux d'installation post-stage Nombre de sites couverts % de sites avec outils cliniques implantés Nombre de projets de modernisation actifs*

## Indicateurs de résultat recommandés

Couverture médicale dans les secteurs prioritaires; cliniques utilisant des outils de triage ou d'accès adapté; écart besoins-effectifs.

# Portrait synthétique – Priorité 8

8

**Promouvoir et implanter des pratiques misant sur l'efficiace et l'efficacite des équipes professionnelles et techniques, incluant les MDF, dans l'ensemble des champs de pratique.**

## Portrait exécutif

Les équipes médicales, professionnelles et techniques travaillent selon des modèles plus fluides, plus pertinents et plus efficaces.

## Projets régionaux

- Partage d'initiatives et apprentissage entre pairs
- Analyse continue de la qualité
- Optimisation des processus cliniques et administratifs
- Pratiques collaboratives et fluidité informationnelle

## Résultat attendu

*Favoriser une adhésion des médecins de famille et des milieux cliniques aux meilleures pratiques, autant au niveau de l'utilisation des ressources du réseau que dans l'organisation de leur offre de services à la population.*

## Indicateurs de résultat recommandés

Nombre d'ordonnances collectives actives; interventions interprofessionnelles; délais; « no-show »; tâches administratives réduites; satisfaction.

# Portrait synthétique – Priorité 9

9

**Favoriser l'accès au secteur public avant le secteur privé afin de limiter l'émergence accrue de deux classes d'utilisateurs.**

## Portrait exécutif

Le réseau public demeure la porte d'entrée privilégiée, avec des leviers qui limitent le transfert évitable vers le secteur privé.

## Projets régionaux

- Valorisation de la pratique publique/RAMQ
- Mesures favorisant le maintien ou le retour au réseau public
- Consolidation de l'offre publique de proximité

### Résultat attendu

*Risque réduit de glissement vers des trajectoires privées pour l'accès aux soins.*

## Indicateurs de résultat recommandés

Médecins RAMQ maintenus/réintégrés; plages publiques; utilisateurs orientés vers le public; initiatives de valorisation RAMQ.

# Portrait synthétique – Priorité 10

**10** Se doter d'outils de mesure et d'indicateurs, avec la DRASMP et le MSSS, afin de démontrer le travail accompli, analyser les situations complexes et soutenir l'innovation.

## Portrait exécutif

Le PROS s'appuie sur des outils de mesure partagés pour piloter l'action, suivre les écarts et démontrer les résultats.

## Projets régionaux

- Tableaux de bord complémentaires
- Analyse de la desserte et des écarts territoriaux
- Suivi de performance et lecture régionale
- Mesure des résultats et soutien à l'innovation

### Résultat attendu

*Pilotage plus transparent, décisions mieux informées et reddition de comptes renforcée.*

## Indicateurs de résultat recommandés

Tableaux de bord actifs; indicateurs suivis; fréquence de mise à jour; décisions prises à partir des données; bilan annuel.

# Annexes

---

**Portefeuille de projets**

**Annexe populationnelle**

Itinérance, substances et santé mentale

**Source de données**

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 1

Valoriser la pratique de la médecine familiale en rehaussant l'attractivité de ses champs de pratique diversifiés.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser les normes de couverture médicale (Projet de redistribution des usagers) afin de valoriser la pratique de la médecine familiale en milieu hospitalier (Lasalle) (i.e. Fluidité de la clientèle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des corridors de services avec les cliniques de gériatrie</li> <li>• Explorer des outils technologiques en vue de développer les soins virtuels (volet innovation technologique)</li> <li>• Promouvoir l'utilisation de la télésanté comme moyen d'intervention efficace en réadaptation</li> <li>• Clinique médicale et dentaire Azraeli spécialisée pour la clientèle neuro divergente (DP-DI-TSA) adulte au CLSC René-Cassin</li> <li>• Accueils cliniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la capacité d'accueil hors GMFU pour les stagiaires en médecine familiale</li> <li>• Mettre en place la clinique de Santé autochtone à SOV</li> <li>• Ouverture de l'unité familiale de naissance à HND; recrutement médecins</li> <li>• Consolider les activités cliniques (Aire ouverte) à Jeanne-Mance et mettre en place à SOV</li> <li>• Promouvoir l'offre de service spécialisé en toxicomanie - services régionaux et locaux</li> <li>• Promouvoir offre de services en soins à domicile avant-gardiste; encourager l'innovation</li> <li>• Communiquer les lieux diversifiés en recherche de médecins sur notre territoire aux jeunes candidats pour les PREM; Valoriser la polyvalence</li> <li>• Développer un plan d'action pour la relève afin d'acquiescer et maintenir le nombre de GMF sur les territoires en santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmoniser la gestion des AMP selon les besoins prioritaires entre les 3 RLS</li> <li>• Permettre la polyvalence en offrant des champs de pratique diversifiés (Ex.: Médecine carcérale, toxicomanie - pratique en milieu hospitalier – SIAD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer, accompagner et former en santé mentale, en périnatalité et en pédiatrie incluant la formation aux nouveaux facturants</li> <li>• Favoriser la formation professorale</li> <li>• Projet valorisation en 3 axes : interdisciplinarité, communication et recrutement</li> </ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 2

Attirer et retenir toutes les générations de médecins de famille.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration de nouveaux GMF-U (Hôpital Lakeshore, Hôpital Lasalle, Mednam Lachine) - Collaboration avec les universités (couverture CLSC, CHSLD)</li> <li>• Unité de soins virtuels (Lakeshore)</li> <li>• Mentorat des nouveaux médecins</li> <li>• Visite des sites et optimisation des espaces de travail et accès technologiques, réseau cellulaire, stationnement</li> <li>• Formations spécifiques en longue durée</li> <li>• Réunions régulières avec les médecins / en médecine familiale</li> <li>• Recrutement de médecins étrangers (international - France)</li> <li>• Clinique DHCEU (Diplomés hors Canada et E-U) (Hôpital Ste-Mary's)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser les trajectoires de services dans la communauté des grands utilisateurs de services en s'appuyant sur le modèle UPI et la création d'un C4 satellite dédié en SM</li> <li>• Consultations asynchrones en douleur chronique ( E-Consult)</li> <li>• Escouades de lutte contre la grippe - SAD - Cible à domicile - Télé consultation MD - IPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un réseau local de médecins mentors</li> <li>• Implanter la transformation numérique au CIUSSS avec la mise en place de cliniques numériques</li> <li>• Accompagner médecins en fin de carrière par les CML/DRMG afin de rester actif en réduisant « caseload » et en restant présent sur le territoire</li> <li>• Accompagner médecins en changement de pratique afin qu'ils restent actifs sur le territoire</li> <li>• Bien adapter les AMP pour répondre aux besoins locaux</li> <li>• Reconnaître que les jeunes médecins veulent avoir une pratique mixte (établissement et GMF)</li> <li>• Promouvoir la santé des équipes médicales (auto-compassion)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déployer le DSN en CLSC et GMF-U</li> <li>• Faire la promotion de nos milieux de pratique et rehausser les activités de recrutement</li> <li>• Monitorer la situation des effectifs médicaux en temps réel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité de recrutement: Salons de recrutement médical, speed dating, 5 à 7h</li> <li>• Considérer des profils alternatifs de pratique aux md vieillissants: Suivre, adapter et appliquer les travaux conduits par le CMQ sur l'implantation de pratiques à profil alternatif offerte aux omnipraticiens qui devraient s'inspirer de l'adaptation de modalités de fin de carrières des spécialistes</li> <li>• Travail d'évaluation et d'analyse des départs des médecins (rétention)</li> </ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 3

Renforcer le rôle, la collaboration interprofessionnelle et le leadership médical des MDF dans l'ensemble des champs de pratique.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet d'intégration des IPS dans différents secteurs (SAD, jeunesse, CHSLD, première ligne)</li> <li>• Clinique Services transitoires 1e ligne du GAP</li> <li>• Consolider les accueils cliniques avec bonification de l'offre de services (Lasalle, Lakeshore) et développer l'accueil clinique de Ste-Mary's</li> <li>• Implanter la Clinique RAC (Clinique accès rapide) Lakeshore</li> <li>• Maintenir et développer l'offre de services en médecine de jour (Ste-Mary's)</li> <li>• Projet pilote MSQ (collaboration étroite avec cliniques privées en physiothérapie)</li> <li>• CLSC Dorval-Lachine - travail inter avec IPS_développement d'une salle de procédures</li> <li>• Projet télémédecine en CHSLD</li> <li>• Co-gestion médicale au centre de commandement (Ste-Mary's et Lakeshore)</li> <li>• Co-gestion des différents services du département de médecine générale (CLSC, CHSLD, GMF-U, hospitalisation, réadaptation, périnatalité, etc.)</li> <li>• Co-gestion au GAMF-GAP avec CML</li> <li>• Rencontres régulières de cogestion - médecin responsable de CHSLD avec le gestionnaire de site respectif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet des services interdisciplinaires de proximité, transitoires et intégrés (SIPTI) - Volet Clinique IPS-PL</li> <li>• Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) - Services psychosociaux généraux</li> <li>• Clinique de proximité en première ligne pour douleur chronique</li> <li>• Améliorer l'accès en temps opportun aux soins et services en dépendance et en itinérance par le déploiement des patrouilles mixtes et de la liaison à l'urgence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximiser l'utilisation des OC tout en les maintenant à jour</li> <li>• Rehausser l'offre de services - Centre de maladies chroniques</li> <li>• Revoir la ré pondance et le support en psychiatrie pour les MDF de Verdun</li> <li>• S'assurer que les champs de pratiques sont pleinement occupés</li> <li>• 3. B Anticiper les défis d'aptitude en gestion des MDF par le renforcement des capacités des nouveaux facturants au leadership médical</li> <li>• Encourager les formations en leadership-Essentiel du MBA pour médecins; coaching etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir le programme « Relève leadership » de l'UdM (<a href="https://cpass.umontreal.ca/formation/formations-offertes+curriculum-releve-leadership+">https://cpass.umontreal.ca/formation/formations-offertes+curriculum-releve-leadership+</a>)</li> <li>• Promouvoir le programme de développement des Leaders médicaux offert par le CIUSSS NIM aux chefs de service et de département</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de révision des pratiques interdisciplinaires en GMF, notamment type de pratique et volumétrie afin de baliser attentes minimales de la prestation de services professionnels</li> <li>• Promouvoir l'élargissement des pratiques auprès des MD de famille du territoire, par une communication formelle et soutenue</li> <li>• Promouvoir la participation aux formations existantes via notre topo PL et encourager le développement de compétence par l'UdM et via les opportunités en développement par la FMOQ</li> <li>• Offrir du mentorat entre les pairs à l'interne/externe</li> </ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 4

Moderniser l'enseignement, la supervision et les pratiques médicales afin de mieux répondre aux réalités des milieux et des clientèles.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les GMF-U (développer des AMP reliées aux fonctions d'enseignement)</li> <li>• Enseignement de résidents en médecine familiale en CHSLD</li> <li>• Enseignement de IPS en CHSLD</li> <li>• Organisation de formations ciblées en « soins de longue durée »</li> <li>• Moderniser la pratique en CHSLD (ex.: Guide d'orientation de la pratique médicale en CHSLD, exposition des médecins résidents en CHSLD, mentorat avec les nouveaux médecins, télémédecine, Projet OPUS, etc.)</li> <li>• Projet OPUS-AP-PEPS (optimisation de l'utilisation des antipsychotiques chez les résidents en longue durée et meilleures pratiques en CHSLD)</li> <li>• Projet télésanté (unité d'hébergement de l'hôpital Lasalle)</li> <li>• Comité de travail MSSS- allègement de travail en CHSLD</li> <li>• Guide d'orientation pour nouveau médecin</li> <li>• Dossier d'admission CHSLD</li> <li>• Télésanté projet pilote</li> <li>• Valorisation de la pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidence en psychiatrie au CRCL sous Dr Tinawi</li> <li>• Établir des corridors de service pour réduire les transferts (HK SAPA Hébergement Thématiques 1,2,3,7 et 10)</li> <li>• Mettre en œuvre constat de décès (HK SAPA Hébergement Thématiques 3)</li> <li>• Régulation hospitalière</li> <li>• Gap à l'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la capacité d'accueil hors GMFU pour les stagiaires</li> <li>• Développer des outils cliniques (fiche d'appel pour les infirmières) pour aider la pertinence de l'appel et l'utilisation de TEAMS pour la téléconsultation</li> <li>• Informatiser les CHSLD et les centres de réadaptation ; transformation numérique en centre sans papier</li> <li>• Développer des trajectoires afin d'éviter des transferts à l'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer de nouveaux milieux de stage intra et hors établissement (stage en GMF-AU, externat en hébergement, stage en médecine carcérale et en SIAD à l'intention des résidents)</li> <li>• Implanter un GMF-U à Montréal-Nord afin de répondre aux besoins d'une population vulnérable - sous un même toit la MDF, l'optométrie et la dentisterie</li> <li>• Implanter la télésanté en CHSLD</li> <li>• Revoir les modèles de prise en charge et de garde en hébergement (ex.: garde en disponibilité, couverture médicale par un GMF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unité de formation clinique interprofessionnelles (UFCI) en milieu d'hébergement - Reprise des activités.</li> <li>• Diversifier et moderniser l'offre de stage pour les résidents, entre autre en favorisant l'accès médical de proximité.</li> <li>• Expliciter le travail d'accueil des médecins qui entrent en pratique ou révision des manières de travailler</li> <li>• Faire une gestion serrée des Activités médicales particulières (AMP) en hébergement</li> </ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 5

Prévoir un plan d'action réaliste afin de prévenir les effets de la baisse prévisible des effectifs en médecine de famille et de favoriser une répartition équitable des ressources.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"><li>• Réviser les pratiques dédiées aux médecins de famille pour redistribuer équitablement avec les spécialités la charge de travail</li><li>• Recruter davantage les IPS pour répartir le travail avec les médecins de famille</li><li>• Participer à l'enseignement</li><li>• Réviser l'offre de services et les mandats pour le travail en médecine de famille en CLSC (revoir le modèle de pratique)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prise en charge par les pharmaciens des patients des maladies chroniques</li><li>• Développement des ordonnances collectives</li><li>• Ajout d'un physiothérapeute à l'urgence</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mettre en place le plan directeur - développement des services de santé, médicaux généraux et sociaux de proximité en 1re ligne</li><li>• Mettre en place le comité consultatif de la DSGPU</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Développer la pratique interdisciplinaire en intégrant les professionnels en soins: IPS, pharmaciens et autres</li><li>• Redéfinir le partage des responsabilités entre la médecine familiale et la médecine spécialisée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ajuster l'offre médicale en fonction des ressources disponibles, en contexte d'attrition des ressources humaines, tout en assumant notre responsabilité populationnelle</li><li>• S'assurer de la distribution équitable des effectifs médicaux associés au portrait du territoire (départ, retraite, rétention et historique)</li></ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 6

Valoriser, encourager, soutenir et développer la médecine familiale à domicile via SAD, SIAD et soins palliatifs, en lien avec les trajectoires de proximité.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter les AMP pour développer le SiAD (en attente de développement en soins infirmiers, des professionnels et agents administratifs pour supporter)</li> <li>• Mettre sur pied une garde médicale pour le SiAD et soins palliatifs (en vue du nouveau développement de la Maison de soins palliatifs Sault-Saint-Louis) avec mentorat par des médecins experts</li> <li>• Arrimer les soins à domicile avec l'unité de soins virtuels à domicile d'un point de vue médical et paramédical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implanter le SIAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir une agilité afin de répondre à la croissance de la population dans nos RLS par les équipes médicales</li> <li>• Maintenir notre leadership - développer des trajectoires pour éviter les transferts à l'urgence: accueil clinique, médecine de jour, radiologie</li> <li>• Faire rayonner notre expertise en soins à domicile aigu médical</li> <li>• Mettre en place (Champlain) et développer (Armand Lavergne) des évaluations gériatriques ambulatoires sur les deux territoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implanter le SIAD sur l'ensemble du territoire</li> <li>• Améliorer l'accès aux soins palliatifs de 2e ligne à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir, communiquer et partager la vision et le modèle de la pratique de la médecine familiale à domicile au CEMTL qui s'appuie d'abord sur une approche interdisciplinaire</li> </ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 7

Développer, encourager et soutenir une offre de services médicaux dans tous les secteurs, particulièrement dans les déserts médicaux, selon les réalités démographiques, l'accès adapté et le triage lié à la pertinence.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer un GMFU à Lasalle</li> <li>• Redéfinir le positionnement de la médecine en CLSC afin d'intégrer dans l'ensemble des structures de soins et services</li> <li>• Développer la densité clinique dans certains secteurs (ex: Mednam Lasalle, et autres) avec des GMF-AR</li> <li>• Considérer les enjeux de couverture de la clientèle pédiatrique (DLL) (clinique partenaire de la clinique Monk seulement...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinique « diagnostic et thérapie » (ambulatoire)</li> <li>• Alternatives à l'hospitalisation - Élargissement des heures d'ouverture</li> <li>• Développement de la pratique médicale au demandeur d'asile et faire de PRAIDA une pratique de pointe</li> <li>• Centre Réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay (LLM), développement de l'offre en psychiatrie</li> <li>• « Voyce service » instantané d'interprétation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place le comité consultatif du la DSGPU: encourager le développement médicaux dans le RLS SOV (Griffintown, Petite Bourgogne) et RLS Jeanne-Mance (partie sud-est)</li> <li>• Transférer les usagers vers leur territoire pour soins particuliers en médecine familiale (ex.: toxico, VIH, ITSS, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les GMF actuels du territoire de Montréal-Nord et favoriser l'installation de nouveaux GMF (ex.: GMF-U Montréal-Nord)</li> <li>• Utiliser tous les leviers administratifs disponibles afin de favoriser l'installation de nouveaux médecins dans les déserts médicaux (ex.: AMP 500 patients)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir et reconnaître la présence de co-gestionnaire MD intra établissement dans l'ensemble du CEMTL</li> <li>• Continuer le développement du GAP pertinence pour l'ensemble de la population (inscrite ou non)</li> <li>• Définir et déployer l'axe MD dans le chantier proximité</li> <li>• 1 Actions spécifiques pour adresser les difficultés en GMF-A-R dans des secteurs précis comme Pointe de l'Île - Exemples d'actions spécifiques : répartir soutien offert à tous les AR en difficulté sur ce territoire, laisser des professionnels supplémentaires malgré la perte de niveau GMF, etc.</li> <li>• 2 Investir via l'ajout de services en CLSC (ajout infirmières, ajout IPS ) et développer des équipes médicales en CLSC</li> <li>• 3 Travailler en continuité sur les AMP PEC pour diriger le « trafic » (AMP - 500 patients)</li> </ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 8

Promouvoir et implanter des pratiques misant sur l'efficacité et l'efficacité des équipes professionnelles et techniques, incluant les MDF, dans l'ensemble des champs de pratique.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recruter en santé mentale jeunesse (défis au niveau des services jeunesse 12-14 - travailler les trajectoires avec l'Hôpital de Montréal pour enfants)</li> <li>• Implanter les technologies virtuelles de support (ex. : HoloLens) dans certains secteurs pour supporter le développement des nouveaux intervenants</li> <li>• Implanter le DME à travers le CIUSSS</li> <li>• Maintenir la contribution au Centre de commandement pour se servir des indicateurs pour améliorer la prise en charge en première ligne</li> <li>• Développer des indicateurs et des tableaux de bord pour la prise en charge efficiente en première ligne</li> <li>• Développer et mettre en place une meilleure fluidité via l'études des transferts (meilleure pratique et dossier fluidité des soins)</li> <li>• Corridor d'accès aux spécialistes pour clientèle de CHSLD</li> <li>• Consultations sur place de gériatrie</li> <li>• Accès prioritaire en radiologie</li> <li>• Accès à la clinique ambulatoire de l'hôpital Sainte-Anne (pour tous nos CHSLD)</li> <li>• Accès à RAC-LGH clinique d'accès rapide de l'hôpital Lakeshore</li> <li>• Accès à l'accueil clinique Hôpital Lasalle</li> <li>• Maintenir et supporter les constats de décès par infirmière</li> <li>• Assurer la présence de pharmaciens à chaque CHSLD</li> <li>• Renforcer l'utilisation des ordonnances collectives en CHSLD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre la mise en œuvre du programme OPUS - PEPS (HK SAPA Hébergement: Thématiques 3, 7, et 10)</li> <li>• Mise en œuvre d'HoloLens dans tous les sites du CHSLD (HK SAPA Hébergement : Thématiques 2, 3, 5, 7, et 10)</li> <li>• Téléadaptation pulmonaire Mont Sinai</li> <li>• Harmoniser les pratiques dans les activités de réadaptation (équipes SARCA MSK)</li> <li>• Poursuivre le développement de projets d'amélioration et d'efficacité au GASMA avec l'incubateur d'innovation OROT pour réduire les listes d'attentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer avec le MSSS afin d'optimiser et réduire le nombre de formulaires à remplir</li> <li>• Implanter la transformation numérique (mise en place OACIS dans toutes les installations cliniques et le DME dans tous les services ambulatoires)</li> <li>• Optimiser le transfert d'information vers la première ligne - rapports de consultation, résumés d'hospitalisation, résumés de visites à l'urgence</li> <li>• Consolider la clinique de transition en médecine familiale à l'IRGLM (pour patients sur le GAMF qui sont en réadaptation)</li> <li>• Implanter le transfert des feuilles sommaires/aide rdv au congé des usagers - projet pilote CHUM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accès au plateau technique et à l'investigation ambulatoire</li> <li>• Améliorer le partage d'information clinique (rapport de consultation: radiologie, sommaire d'hospitalisation, visite à l'urgence)</li> <li>• Promouvoir les trajectoires déjà existantes: programme de petite enfance stimulation précoce, dépistage 18 mois partout, aire ouverte, clinique avortement, clinique de Pap test, ITSS</li> <li>• Développer des trajectoires spécifiques selon les principaux besoins (ex.: MPOC, trouble psychotique, programme cancérologie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication du MD en hébergement comme partenaire de la démarche PII</li> <li>• Impliquer le MD de famille dans les suivis de la direction jeunesse et santé mentale pouvant être faite en première ligne en collaboration avec les médecins spécialistes</li> </ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 9

Favoriser l'accès au secteur public avant le secteur privé afin de limiter l'émergence accrue de deux classes d'utilisateurs.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la salle de procédures en CLSC Dorval-Lachine</li> <li>• Développer le bonheur à l'emploi - (Pairs-Aidants, Développement durable, PAE, Activités de reconnaissance, etc.)</li> <li>• Négocier plus de PREM pour RLS pour réduire les demandes sur les mêmes médecins pour inscrire plus de clients, ajouter des clients de la salle d'urgence et de GAP...</li> <li>• Ajouter plus de services en santé mentale (travailleurs sociaux, psychologues)</li> <li>• Mettre à jour les services IT ex DME, wifi, technologie pour dictation des notes cliniques</li> <li>• Ajouter des ressources en agents admin pour assister les médecins avec des tâches administratives</li> <li>• Ajouter des ressources pour douleur chronique ex physiothérapeutes pour cliniques ambulatoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé publique Mise en oeuvre du Plan d'action régional intégré (PARI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place points de services Wellington et Berri - vaccination et prélèvements</li> <li>• GMF-U de Verdun - PDI; relocalisation et aggrandissement</li> <li>• GMF-U des Faubourgs PDI - consolidation des activités médicales</li> <li>• Cliniques IPS - optimisation et relocalisation</li> <li>• Améliorer et consolider l'offre de services en services courants</li> <li>• Développer et consolider l'offre de service du GAP/reorientation de l'urgence/services populationnels/CDP</li> <li>• Supporter cliniques spécialisées en toxicomanie avec ressources matérielles et humaines pour maintenir l'offre communautaire</li> <li>• CLSC St-Louis-du-Parc PDI - relocalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un accès adéquat à la population en collaboration avec les GMF du territoire (plages d'accès disponibles)</li> <li>• Supporter les GMF en appliquant l'intégralité de cadre GMF</li> <li>• Développer de nouveaux services professionnels en GMF afin d'offrir un meilleur accès à la population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun projet explicitement rattaché à cette priorité dans la source —</li> </ul>

# Portefeuille de projets CIUSSS – Priorité 10

Se doter d'outils de mesure et d'indicateurs, avec la DRASMP et le MSSS, afin de démontrer le travail accompli, analyser les situations complexes et soutenir l'innovation.

COMTL	CCOMTL	CCSMTL	CNMTL	CEMTL
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise en place du Centre de commandement (Lakeshore, Douglas, St-Mary's, Lasalle, CHSLD )</li><li>• Mise en place centre de commandement pour la première ligne</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DSC: Accès à la chronologie du patient</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Développer des indicateurs et un tableau de bord de suivi spécifique</li></ul>	<p>— Aucun projet explicitement rattaché à cette priorité dans la source —</p>	<p>— Aucun projet explicitement rattaché à cette priorité dans la source —</p>

# Annexe populationnelle – itinérance, substances et santé mentale

## Implication PROS

- Renforcer l'accès de proximité pour les personnes sans trajectoire stable.
- Arrimer santé mentale, dépendance, itinérance et première ligne.
- Soutenir les équipes qui répondent aux besoins complexes.
- Utiliser les données par RLS/RTS pour prioriser les leviers AMP et corridors.

**5 036**

**Itinérance visible**

Montréal 2025; hausse d'environ 7 % depuis 2022.

**20 %**

**Surdoses et PSI**

Part minimale des décès par intoxication suspectée qui concernent des PSI.

**42,4 %**

**Détresse élevée**

Élèves du secondaire avec niveau élevé de détresse psychologique.

**724 100**

**15 ans et plus**

Personnes déclarant un niveau élevé de détresse psychologique en 2020-2021.

**349 000**

**Cannabis**

15 ans et plus ayant consommé du cannabis dans les 12 derniers mois.

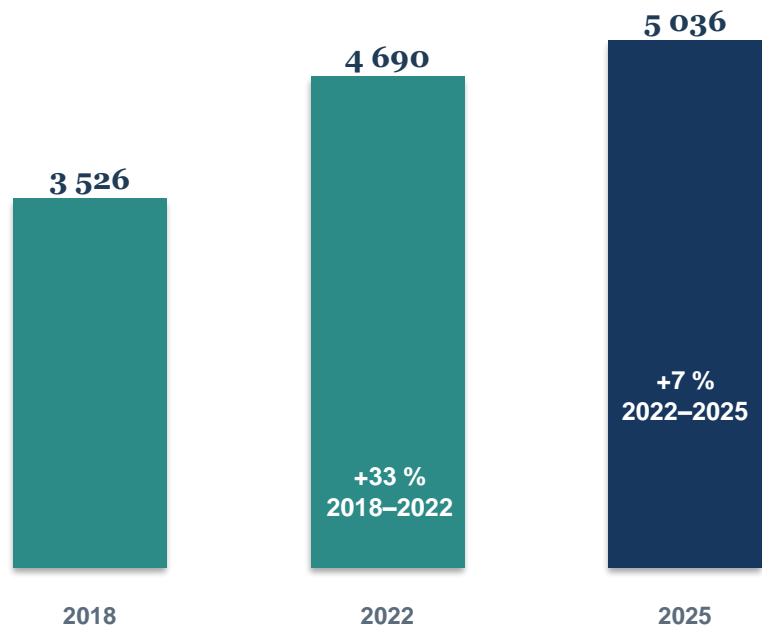
**59 %**

**Santé mentale**

Personnes en situation d'itinérance visible rapportant un enjeu de santé mentale.

# Itinérance visible – un enjeu d'accès sans barrière

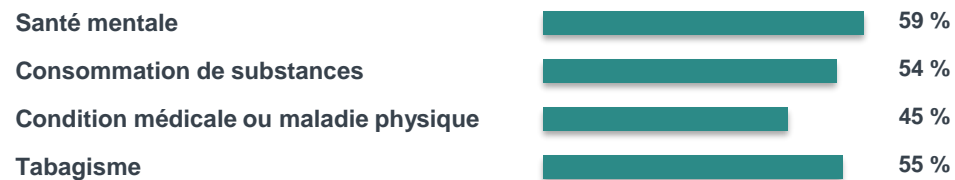
## Personnes en situation d'itinérance visible



## Profil des personnes en situation d'itinérance visible



## Vulnérabilités rapportées

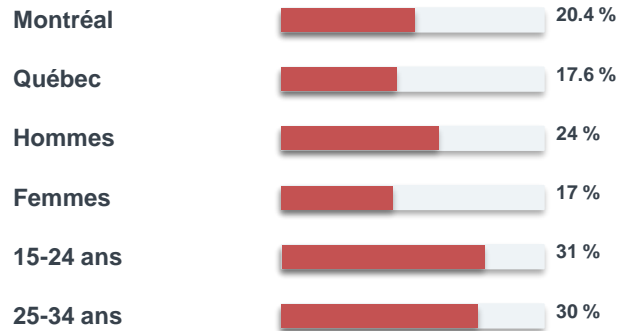


# Utilisation des substances – cannabis, alcool et cigarette électronique

## Cannabis – 15 ans et plus

**349 000** personnes ont consommé du cannabis dans les 12 derniers mois.

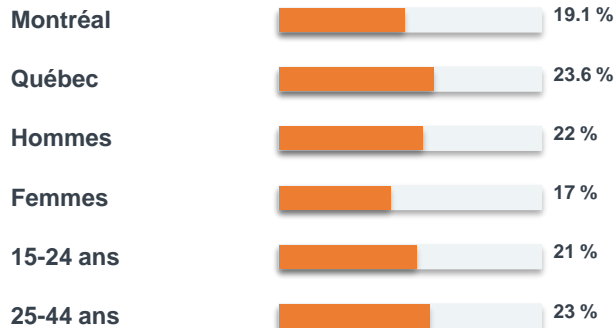
### Proportions clés



## Alcool excessif – 15 ans et plus

**328 100** personnes ont eu une consommation excessive d'alcool dans les 12 derniers mois.

### Proportions clés



## Cigarette électronique

**17 %**

**15-24 ans**

Usage dans les 30 derniers jours

**40 %**

**15-24 ans**

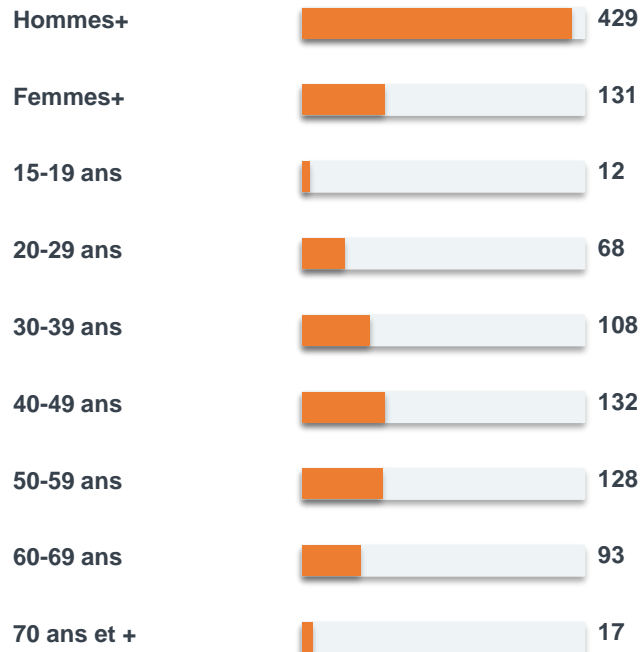
Déjà essayé

- La prévention et le counseling ciblé demeurent pertinents, surtout chez les jeunes adultes.
- Les écarts RLS pour cannabis et alcool orientent des actions différenciées.
- À arrimer avec santé publique, GMF/CLSC et partenaires communautaires.

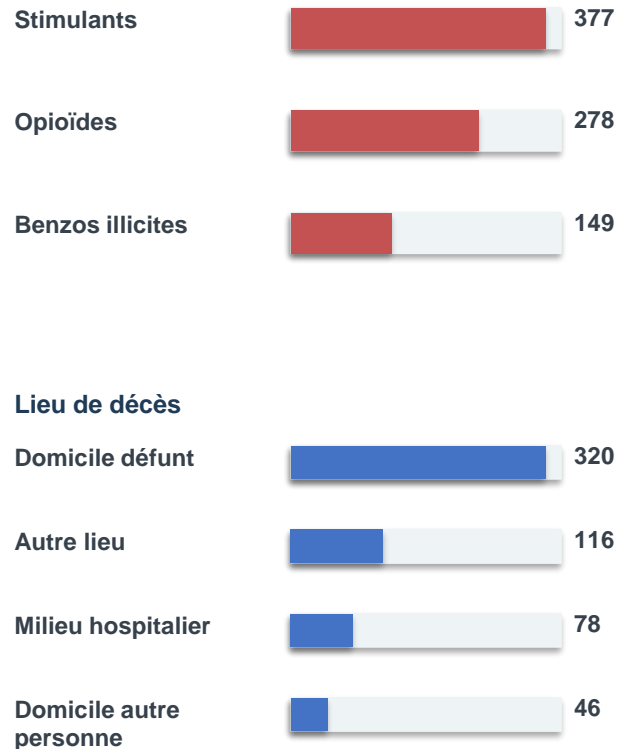
# Surdoses et intoxications suspectées

Décès par intoxication suspectée, Montréal, janvier 2023 à septembre 2025

## Décès par genre et âge



## Substances détectées



- Les décès touchent surtout les hommes et les 30–59 ans.

- Les stimulants et les opioïdes ressortent comme classes détectées importantes.

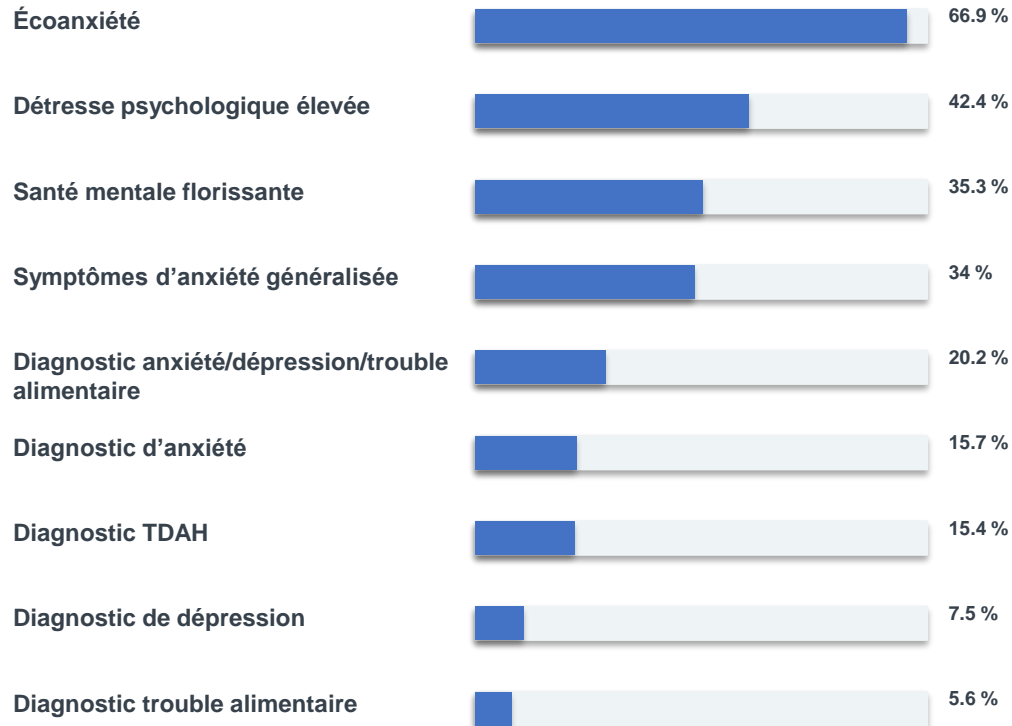
- La majorité des décès ont lieu au domicile du défunt.

- Au moins 20 % des décès par intoxication concernent des personnes en situation d'itinérance.

**Implication PROS: renforcer les corridors dépendance–itinérance–santé mentale–première ligne et les mécanismes d'accès sans barrière.**

# Santé mentale – détresse élevée et besoins de trajectoires plus lisibles

## Élèves du secondaire – 2022-2023



## Population 15 ans et plus

**724 100**

Personnes déclarent un niveau élevé de détresse psychologique en 2020-2021.

## Détresse psychologique selon l'âge et le genre



**Implication PROS : soutenir une lecture élargie de la santé mentale, notamment en jeunesse, et renforcer les trajectoires rapides, interprofessionnelles et de proximité.**

# Sources et dates d'actualisation

<b>Itinérance visible</b>	MSSS, Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible. Données 2018, 2022 et 2025.
<b>Profil des personnes en situation d'itinérance</b>	MSSS, données de dénombrement 2022 présentées dans le Portrait de santé Montréal 2026.
<b>Utilisation des substances</b>	ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2020-2021.
<b>Surdoses / intoxications suspectées</b>	Bureau du coroner. Décès par intoxication suspectée, Montréal, janvier 2023 à septembre 2025. Données extraites le 2025-10-08.
<b>Santé mentale – élèves du secondaire</b>	ISQ, Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2022-2023.
<b>Document de référence</b>	Portrait de santé de la population montréalaise 2026, Direction régionale de santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
<b>Accès et prise en charge – première ligne</b>	Source de données: TB PBI MSSS Dernière actualisation 02-06-2026