



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

DOCUMENT DE TRAVAIL

DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET COORDINATION

**BILAN À MI-PARCOURS
DES MESURES RELATIVES
À L'ORGANISATION DES SERVICES
"LE DÉFI DE L'ACCÈS 1998-2002"**

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

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2001

TABLE DES MATIÈRES

1. Synthèse	3
--------------------------	----------

Secteurs services de santé mentale, services d'adaptation sociale, services aux personnes présentant une déficience intellectuelle, services de soutien aux organismes communautaires et aux ressources de types familial et intermédiaire

2. Services de santé mentale	15
3. Services en déficience intellectuelle	22
4. Services jeunesse	35
5. Services alcoolisme et toxicomanie.....	47
6. Itinérance.....	54
7. Violence faite aux femmes	58

Secteurs services multicientèles de courte durée physique, services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience physique

8. Déficience physique	67
9. Santé physique.....	71

Secteurs des services multicientèles de première ligne et services aux personnes âgées

10. Services de première ligne (soutien à domicile)	79
11. Personnes âgées	85
12. Sida	92

SYNTHÈSE

VOICI LES FAITS SAILLANTS DU BILAN À PARTIR DE LA DOCUMENTATION PRODUITE PAR CHACUN DES RESPONSABLES DE SECTEUR. LES DOCUMENTS DES RESPONSABLES DÉTAILLENT LES DIFFÉRENTS ASPECTS DEMANDÉS.

Secteur services de santé mentale, services d'adaptation sociale, services aux personnes présentant une déficience intellectuelle, services de soutien aux organismes communautaires et aux ressources de types familial et intermédiaire.

❖ Services de santé mentale

En termes de priorités, on propose :

- Le maintien des orientations énoncées en 1998;
- Des actions à entreprendre pour trois mesures :
 - 3.4.1 Améliorer l'intégration et la réinsertion sociale dans la communauté;
 - 3.4.2 Poursuivre le développement des services de base en santé mentale;
 - 3.4.3 Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique (en raison de l'application de la loi 107, le vieillissement, l'épuisement, la rémunération des médecins et l'absence de budget de transition.)
- La poursuite des mesures suivantes avec révision des échéances de réalisation :
 - 3.4.4 Mettre en place un plan régional de prévention du suicide;
 - 3.4.5 Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes;
 - 3.4.6 Augmenter l'information et la sensibilisation de la population.

❖ Services en déficience intellectuelle

Pour les actions à venir, il faut retenir :

- Le maintien des orientations énoncées en 1998;
- Un suivi serré concernant la planification des mesures :
 - 3.4.7 Éliminer la liste d'attente;
 - 3.4.8 Développer un réseau de services pour les personnes autistes.

Notamment en regard de l'effort de transformation requis pouvant augmenter (en raison de l'augmentation observée de la demande de services et des coûts de services à la hausse pour les cas souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement).

❖ Services jeunesse

- On propose ici, comme précédemment, le maintien des orientations énoncées en 1998;
- L'ajustement de certaines composantes du calendrier d'activités et de la planification (en raison de l'enquête ministérielle en cours aux Centres jeunesse de Montréal).

❖ Services alcoolisme et toxicomanie

- On maintient les orientations énoncées dans le plan 1998;
- La planification des échéanciers sera ajustée compte tenu des budgets de développement obtenus du MSSS;
- Des stratégies sont à développer et des représentations à faire au MSSS pour combler l'écart entre les ressources requises dans le plan de transformation 1998-2002 et les budgets obtenus à date.

❖ Itinérance

- On maintient les orientations énoncées en 1998;
- On poursuit l'intégration du dossier « jeunes de la rue » dans la planification des activités de ce continuum de services.

Notons que l'environnement du dossier de l'itinérance (i.e. préoccupations gouvernementales et disponibilités financières) est très différent de l'environnement 1998. Le dossier devrait être revu de la façon suivante : demande de développement à faire $\pm$ 5 M\$ pour développer des services d'urgences psychosociales, de prévention de l'itinérance, et des services communautaires et institutionnels.

❖ Violence faite aux femmes

- Maintien des orientations énoncées dans le plan 1998 sous réserve que les orientations encore à venir en matière d'agressions à caractère sexuel soient accompagnées des budgets de développement requis pour leur mise en œuvre.

Secteur services multicientèles de courte durée physique, services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience physique.

❖ **Déficience physique**

Suite au bilan :

- Il faudra faire reconnaître nos besoins auprès du MSSS en lien avec nos demandes budgétaires récentes (juin 1999 et juin 2000);
- Il faut échanger avec le secteur des services aux personnes âgées sur le bilan de la RFI, et par la suite, débiter les travaux avec les établissements concernés;
- Il est important que la Régie régionale défende les besoins de réadaptation pour la population en général et pour les personnes à risque de perdre une autonomie qui pourraient récupérer le maximum d'autonomie fonctionnelle et ainsi, demeurer dans la communauté plus longtemps donc utiliser des services moins lourds (hébergement, maintien à domicile) et avoir une meilleure qualité de vie..

❖ **Santé physique**

- Si nous voulons que les CHSGS remplissent pleinement leur mission de courte durée, incluant le désengorgement de leur salle d'urgence, il nous faut faire en sorte de mettre à contribution tous les autres réseaux pour que la priorité du désengorgement des salles d'urgence ne soit pas seulement la responsabilité des hôpitaux. Toutefois, les CHSGS doivent continuer d'améliorer leur performance en terme de gestion des épisodes de soins;
- Si le problème de l'urgence est systémique, on doit lui appliquer un traitement en conséquence. Il faut trouver les solutions pour les clientèles qui sont amenées à l'urgence et demeurent dans des lits de courte durée :
 - ✓ Traumatisés avec problèmes de comportement (Ex. : un cas est demeuré deux ans au MGH);
 - ✓ Personnes ayant une déficience intellectuelle;
 - ✓ Personnes ayant un problème de santé mentale qui auraient besoin de services dans la communauté ou de soins de long séjour en CH psychiatrique et pour lesquelles les services adaptés à leurs besoins ne sont pas disponibles;
 - ✓ Les patients nécessitant des soins subaigus;
 - ✓ Le débordement de personnes âgées nécessitant des soins de longue durée et pour lesquelles une demande d'admission en CHSLD est effectuée (150-200 patients);
 - ✓ Ramener à 10 % des lits de courte durée physique le nombre de lits de longue durée (300);
 - ✓ Les patients en soins palliatifs ne nécessitant pas le plateau technique de l'hôpital et qui pourraient recevoir des soins à domicile;

- ✓ l'attente pour :
 - ◇ les services de réadaptation;
 - ◇ des examens diagnostiques dans un autre établissement;
 - ◇ une chirurgie cardiaque ou une angioplastie;
 - ◇ etc.

Secteur des services multicientèles de première ligne et services aux personnes âgées.

❖ **Personnes âgées en perte d'autonomie : hébergement institutionnel**

- **Mesure 3.2.1** – Maintenir 14 017 lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée et augmenter à 60 % la proposition de places pouvant accueillir une clientèle requérant 2,5 heures-soins et plus par jour.

Le contexte demeure le même : croissance du nombre et de la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus et la proposition des demandes d'hébergement pour des personnes en lourde perte d'autonomie qui continue d'augmenter.

Les actions prioritaires à entreprendre sont :

- ✓ Maintenir notre demande de 18,4 M\$;
 - ✓ Documenter le besoin de lits en fonction de la croissance de la population afin d'appuyer nos représentations auprès du MSSS.
- **Mesure 3.2.3** – Améliorer le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées.

Compte tenu du manque de ressources pour faire face à l'alourdissement de la clientèle, nous n'avons obtenu que 9 M\$ sur un budget requis de 28,6 M\$. De plus, 3 M\$ ont dû être utilisés pour couvrir l'augmentation des coûts de fonctionnement dans les établissements rénovés. D'autre part, la mesure prévoyait un gain d'efficience en CHSLD qui permettrait de réallouer un montant de 19,2 M\$ vers les services. Pour des raisons liées aux difficultés d'appliquer les réallocations de budgets entre établissements, la précédente action n'a pas eu de suite.

Les actions prioritaires sont :

- ✓ Le maintien de nos demandes de budget additionnel auprès du MSSS.

Par ailleurs, différents travaux doivent être réalisés pour améliorer l'utilisation des ressources disponibles :

- ✓ Identifier une méthode simple de monitoring de l'efficience en CHSLD;
- ✓ Développer une programmation régionale d'unité spécifique et d'unité prothétique;
- ✓ Préparer un plan d'action régional pour la problématique de l'insuffisance respiratoire et celle de l'intraveinothérapie (avec ou sans antibiothérapie).

- **Mesure 3.2.5** – Maintenir 552 lits de transition de longue durée en CHSGS et réduire le délai d'attente des personnes qui attendent un hébergement institutionnel à l'hôpital.

La réduction du nombre de lits de longue durée dans les CHSGS, de 888 à 552, n'est pas avancée sauf à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (de 50 à 30 lits).

Par conséquent, il faut :

- ✓ Maintenir nos demandes de ressources additionnelles pour augmenter les services à domicile, et rehausser les critères d'admission en CHSLD;
- ✓ Obtenir des fonds du MSSS pour développer des ressources d'hébergement non institutionnelles.

❖ **Personnes âgées en perte d'autonomie : maintien à domicile**

Les mesures touchant le maintien à domicile des personnes âgées ont été significativement avancées.

- **Mesure 3.2.7** – Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie.

Il faut concentrer les efforts sur l'augmentation de l'intensité des services pour les personnes âgées. Pour atteindre l'objectif d'une heure-soins par semaine, un rehaussement de 77 429 403 \$ est requis (ceci exclut les montants à venir estimés à 7 024 784 \$ et les gains d'efficience anticipés, soit 2 790 607 \$).

❖ **Personnes âgées en perte d'autonomie : ressources d'hébergement non institutionnels**

- **Mesure 3.2.13** – Élargir la gamme des services disponibles pour la clientèle en développant 400 places de ressources d'hébergement non institutionnelles dont 40 pour les adultes de moins de 65 ans.

Aucune des 400 places prévues en ressources d'hébergement non institutionnelles n'a été réalisée : la stratégie de fermeture de lits en CHSLD n'a pu s'appliquer à cause de difficultés au plan des relations de travail.

Il faut modifier la stratégie initialement prévue et demander au MSSS un budget de développement. Pour un premier bloc de 100 places, un montant de 2 M\$ serait requis. Ce budget permettrait d'implanter cinq résidences de 20 places dispersées sur le territoire de la région.

❖ **Services de première ligne : soutien à domicile**

Clientèle posthospitalière

Mesure 3.1.14 - Amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers à domicile et consolidation des modalités d'articulation.

Pour la phase 2000-2002, il faut :

- Continuer de réclamer du MSSS les budgets nécessaires en y ajoutant les nouveaux dossiers :
 - ✓ Services à domicile posthospitaliers et postopératoires : 0,9 M\$;
 - ✓ Services en périnatalité : 2,5 M\$
 - ✓ Interruptions volontaires de grossesses :
 - . 954,000 \$ récurrents
 - . 470 000 \$ non récurrents.
- Préciser l'intervention du CLSC pour des clientèles spécifiques des services à domicile posthospitaliers :
 - ✓ Insuffisance pulmonaire;
 - ✓ Insuffisance cardiaque;
 - ✓ Soins palliatifs.
- Mettre à jour et promouvoir les modalités d'articulation CH-CLSC.
- Développer les services médicaux à domicile et les liens entre l'équipe des services à domicile et le médecin traitant.

Clientèle personnes âgées en perte d'autonomie

Mesure 3.2.7 – Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie.

Pour 2000-2002, il faut concentrer les efforts sur l'augmentation de l'intensité des services pour les personnes âgées. Le rehaussement requis, déjà indiqué précédemment, serait de l'ordre de 77 429 403 \$.

Déficiences physique

Mesure 3.3.4 – Allouer 5,6 M\$ sur 3 ans aux budgets POSILTPH (*programme d'organisation des services intensifs et à long terme pour les personnes handicapées*) des 29 CLSC afin d'éliminer la liste d'attente et accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique.

Pour 2000-2002, compte tenu des résultats obtenus jusqu'à présent et du fait que plus de la moitié des développements pour le programme POSILTPH sont à venir, soit 2,65 M\$, l'objectif de réduction des listes d'attente et d'accroissement de la clientèle doit être maintenu.

Soutien à la famille (déficiency physique et déficiency intellectuelle)

Mesure 3.3.5 – Allouer 1 M\$ pour le programme de subventions pour le soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique en CLSC.

Mesure 3.5.1 – Injecter un budget de 12 M\$ pour permettre de répondre en partie aux personnes en attente de services.

Pour 2000-2002, compte tenu des résultats obtenus et que plus de la moitié des développements demandés sont à venir, soit 1,8 M\$, l'objectif de réduction des listes d'attente et d'accroissement de la clientèle doit être maintenu.

Sida

Mesure 3.6.5.1 - Mettre en œuvre un plan régional en matière de VIH/sida et autres MTS en lien avec la Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase IV 1997-2002 à l'intérieur d'un continuum de services incluant des activités de prévention/promotion et de soins et services.

La mesure couvrait initialement plusieurs continuum de services (première ligne, santé physique, adaptation sociale) même si elle était présentée comme faisant partie du continuum des services en adaptation sociale; nous proposons de la considérer comme un continuum en soi.

Pour la phase 2000-2002, il faut:

- Maintenir le cap quant aux révisions des autres volets qui n'ont pas encore été touchés, notamment les services à domicile, et collaborer avec le CQCS dans le suivi de l'évolution des UHRESS;
- Assurer le monitoring et le suivi des mesures déjà implantées ou en voie de l'être

Info-Santé

Les services Info-Santé n'étaient pas explicitement présentés dans le Plan 1998-2002 mais il constitue un élément majeur de la couverture de services pour faciliter le maintien à domicile et diminuer la pression sur les salles d'urgence.

Pour 2000-2002, il faut poursuivre le monitoring des délais d'accès et définir un nouvel objectif régional. En 1998-1999, nous avons demandé aux CLSC de maintenir un délai d'accès de 3,5 min, maximum 5 min.

TABLEAU I - DÉVELOPPEMENTS REQUIS ET OBTENUS POUR LE PLAN 1998 - 2002

	Développements récurrents requis pour plan 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Développements récurrents obtenus 2000-2001	Total développements récurrents obtenus 1998-2001
Santé physique					
3.1.12 Fonds développement accès spécialisés et ultras spécialisés					
Programmes prioritaires					
A) Cardiologie tertiaire					
. Cathéters	6 500 000 \$				
. Tuteurs	2 880 000 \$	1 259 389 \$	-418 289 \$		841 100 \$
. Défibrillateurs	1 262 000 \$	638 000 \$	220 000 \$		858 000 \$
. Chirurgie cardiaque adulte	3 910 000 \$	1 983 561 \$	1 407 039 \$	8 750 000 \$	12 140 600 \$
. Chirurgie cardiaque pédiatrique	1 300 000 \$	240 000 \$	-240 000 \$		
B) Transplantation	2 223 000 \$				
C) Dialyse rénale	2 922 000 \$		2 700 000 \$		2 700 000 \$
D) Accessibilité générale à la chirurgie	3 500 000 \$		3 000 000 \$		3 000 000 \$
E) Neurochirurgie	1 977 000 \$	707 490 \$	67 554 \$	401 300 \$	1 176 344 \$
F) Ophtalmologie	1 000 000 \$	859 845 \$	71 155 \$	252 865 \$	1 183 865 \$
G) Orthopédie	1 800 000 \$	2 555 465 \$	-860 710 \$	676 835 \$	2 371 590 \$
H) Instrumentation endoscopique		1 000 000 \$	-1 000 000 \$		
I) Autres besoins	7 092 000 \$		422 324 \$		422 324 \$
. Autres				475 000 \$	475 000 \$
. Centre ambulatoire Lakeshore					
. Radiologie diagnostique et autres					
J) Radio-oncologie	6 000 000 \$		3 500 000 \$	1 320 000 \$	4 820 000 \$
K) Résonnance magnétique	1 200 000 \$		600 000 \$		600 000 \$
L) Consolidation du programme de traumatologie	2 000 000 \$		1 100 000 \$		1 100 000 \$
3.1.14 Amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers : services en CLSC	5 300 000 \$	1 767 816 \$	1 922 744 \$	686 584 \$	4 377 144 \$
IVG		371 560 \$			371 560 \$
Sous-total Santé physique	50 866 000 \$	11 383 126 \$	12 491 817 \$	12 562 584 \$	36 437 527 \$

	Développements récurrents requis pour plan 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Développements récurrents obtenus 2000-2001	Total développements récurrents obtenus 1998-2001
Personnes âgées					
3.2.1	Rehaussement de 2 326 lits en CHSLD à 2,5 h/s/j.	18 400 000 \$			
3.2.3	Augmentation du taux de réponse	28 600 000 \$		6 500 000 \$	6 500 000 \$
3.2.7	Augmentation des services à domicile en CLSC	22 500 000 \$	8 561 530 \$	5 117 511 \$	15 392 419 \$
	Info-Santé	1 000 000 \$	1 120 725 \$		1 120 725 \$
3.2.9	Mise en place d'un centre de jour				
3.2.10	Augmentation des services d'hébergement temporaire				
3.2.13	Ajout de 400 places d'hébergement non institutionnel				
	Sous-total Personnes âgées	70 500 000 \$	9 682 255 \$	5 117 511 \$	23 013 144 \$
Personnes ayant une déficience physique					
3.3.2	Services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile (Développement CLSC)	1 700 000 \$			
3.3.4	Augmentation 5,6 M\$ sur 3 ans aux budgets POSILTH des 29 CLSC	5 600 000 \$	2 260 472 \$	397 953 \$	2 945 853 \$
3.3.5	Augmentation 1 M\$ aux CLSC pour le programme de soutien aux familles	1 000 000 \$	1 000 000 \$		1 000 000 \$
3.3.7	Consolider la réadaptation axée sur l'intégration sociale	9 139 450 \$			
	Sous-total Déficience physique	17 439 450 \$	3 260 472 \$	397 953 \$	3 945 853 \$
Déficience intellectuelle					
3.5.1	Injecter 12 M\$				
A)	Résidentiel *	5 800 000 \$			
B)	Socioprofessionnel	3 000 000 \$		2 445 000 \$	2 445 000 \$
C)	Service d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches (CR)				
D)	Soutien à la famille (CLSC)	2 300 000 \$	332 063 \$	156 378 \$	81 374 \$
E)	Troubles envahissants du développement (autisme)	900 000 \$			900 000 \$
	Sous-total Déficience intellectuelle	12 000 000 \$	332 063 \$	156 378 \$	3 914 815 \$
Adaptation sociale					
3.6.3.1	Se donner un plan régional d'action intersectoriel en alcoolisme et toxico. Ile de Mtl.	3 673 500 \$		1 050 000 \$	1 050 000 \$
A)	Méthadone	1 300 000 \$		1 200 000 \$	1 200 000 \$
3.6.1.1	Projet jeunesse Montréalais		133 333 \$		133 333 \$
3.6.4.1	Défi de l'accès pour les jeunes de la rue		930 000 \$		930 000 \$
	Sous-total Adaptation sociale	4 973 500 \$	133 333 \$	3 180 000 \$	3 313 333 \$
	CLSC				
	. Autres		600 000 \$	399 715 \$	892 935 \$
	Sous-total CLSC		600 000 \$	399 715 \$	1 892 650 \$
	GRAND TOTAL	155 778 950 \$	25 391 249 \$	21 743 374 \$	72 517 322 \$

Le montant de 2 445 00 \$ inscrit dans la colonne «Développements récurrents obtenus 2000-2002» peut être réparti dans l'une ou l'autre des catégories A, B ou C.

TABLEAU II - RÉALLOCATIONS REQUISES ET RÉALISÉES DANS LE PLAN 1998-2002

	Réallocations requises pour le plan 1998-2002	Réallocations réalisées 1998-1999	Réallocations réalisées 1999-2000	Total des réallocations 1998-2000
Santé mentale	A	B	C	B+C
3.4.2 Intégration et réinsertion dans la communauté				
· Services et ressources dans la communauté	9 000 000 \$		534 000 \$	534 000 \$
· Places adaptées en CHSLD	1 200 000 \$		545 000 \$	545 000 \$
Service de base en santé mentale				
· Accès téléphonique 24/7	1 000 000 \$			
· Services de base en santé mentale en CLSC	3 300 000 \$			
Hospitalisation psychiatrique	1 200 000 \$			
· Rehaussement des lits de long séjour en CHSP	1 800 000 \$			
· Création de lits de long séjour régionaux (CHSP)				
Sous-total Santé mentale	17 500 000 \$		1 079 000 \$	1 079 000 \$
Déficiência intellectuelle				
3.5.2 Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels				
· Résidentiel	8 786 260 \$	2 700 000 \$	4 000 000 \$	6 700 000 \$
· Socioprofessionnel	920 865 \$	600 000 \$	100 000 \$	700 000 \$
· Service d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches	2 092 875 \$			
Sous-total Déficiencia intellectuelle	11 800 000 \$	3 300 000 \$	4 100 000 \$	7 400 000 \$
GRAND TOTAL	29 300 000 \$	3 300 000 \$	5 179 000 \$	8 479 000 \$

SANTÉ MENTALE

Continuum des services en santé mentale

➤ Rappel des mesures

- 3.4.1 Améliorer l'intégration et la réinsertion sociale dans la communauté.
- 3.4.2 Poursuivre le développement des services de base en santé mentale.
- 3.4.3 Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique.
- 3.4.4 Mettre en place un plan régional de prévention du suicide.
- 3.4.5 Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes.
- 3.4.6 Augmenter l'information et la sensibilisation de la population.

➤ Sommaire des priorités

- ◆ Maintien des orientations énoncées en 1998.
- ◆ Actions à entreprendre pour 3 mesures:
 - 3.4.1 Améliorer l'intégration et la réinsertion sociale dans la communauté.
 - 3.4.2 Poursuivre le développement des services de base en santé mentale.
 - 3.4.3 Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique.

en raison de:

- 1- L'application de la loi 107.
- 2- Le vieillissement, l'épuisement et la rémunération des médecins.
- 3- L'absence de budget de transition.

- ◆ Poursuivre nos actions pour les mesures:

- 3.4.4 Mettre en place un plan régional de prévention du suicide.
- 3.4.5 Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes.
- 3.4.6 Augmenter l'information et la sensibilisation de la population.

si ce n'est la révision des échéanciers de réalisation en raison de:

- 1- La priorisation de certains dossiers
- 2- Le vieillissement, l'épuisement et la rémunération des médecins.
- 3- Le temps nécessaire à l'établissement d'un climat de confiance et de collaboration avec les chefs des département de pédopsychiatrie.
- 4- Les étapes à franchir pour établir une intégration des services de première et deuxième lignes.

Continuum des services en santé mentale

Mesures à revoir

MESURES	RÉSULTATS 1 ^{ER} AOÛT 2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉS	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.4.1 Améliorer l'intégration et la réinsertion sociale dans la communauté	Transformation/fermeture de 350 lits de longue durée pour offrir des services à 390 patients dont : 210 en CHSLD 180 dans la communauté	Fermeture de lits et transferts complétés de 150 patients orientés en programme régulier en CHSLD.	Réaffirmer le maintien des orientations et de la volonté formelle d'atteindre les résultats attendus.	Régie régionale / CHSP / CHSGS / CHSLD / communauté	Repositionnement à confirmer et à officialiser.
	Fermeture de lits et transferts partiels (24/60) de patients orientés en programme adapté en CHSLD.	Identification des CHSLD disposés à développer un programme adapté.	Intégrer les composantes budgétaires de réallocation identifiées dans chacun des CHSP dans leur plan d'action lié à l'application de la loi 107.		Intégrer les composantes du plan 1998-2002 dans l'application de la loi 107.
	Mise en place partielle (69/180) des services de réadaptation / réinsertion dans la communauté: 33 places résidentielles actualisées - Développement de la programmation pour 36 places résidentielles et 60 places en centres de jour/réadaptation avec les partenaires CHSP, CHSGS, organismes communautaires des sous-régions Centre-Est et Nord	Suspension des engagements de réalisation en raison des compressions antérieures et surtout de la loi 107.	Préciser nos attentes aux établissements en regard de la réallocation.		
	Un modèle d'articulation / liaison et partage de soins est développé.	Rémunération des médecins non adaptée au mode d'articulation / liaison à implanter.	Obliger la reddition de compte: réf.: attentes formulées.		
Liaison psychiatres/omnipraticiens			Représentation de la Régie auprès des fédérations médicales et du MSSS pour ajuster la rémunération	Régie régionale / Fédérations des médecins / MSSS	Interventions pertinentes de la Régie régionale auprès des instances concernées.

Continuum des services en santé mentale

Mesures à revoir

MESURES	RÉSULTATS 1 ^{ER} AOÛT 2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉS	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.4.2: Poursuivre le développement des services de base en santé mentale	➤ Aucun résultat concret ➤ Début des discussions entre les CLSC et les CHSP	➤ Montants de réallocation des CHSP non disponibles en raison des compressions antérieures et de la loi 107. ➤ Résistance des CHSP à la mise en place de cette mesure.	➤ Cf. Mesure 3.4.1: intégrer les composantes budgétaires du plan régional dans les plans d'action des établissements, en application de la loi 107.	➤ Régie régionale / MSSS / CHSP / CLSC	➤ Mesure 3.4.1.
3.4.3 Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique:					
➤ Fermeture / transformation de 118 lits de courte durée en services ambulatoires	➤ Lits non fermés ➤ Travaux de pondération des besoins de la population ➤ Hypothèse de cible de fermeture entre les CH est à l'étude	➤ Complexité des travaux de pondération de population pour identifier les cibles de fermeture de lits et d'équité de services ambulatoires entre les sous-régions. ➤ Absence de budget de transition ➤ Pré-requis de développement des ressources ambulatoires avant de fermer des lits.	➤ Poursuivre les travaux ➤ Faire des représentations formelles auprès du MSSS quant aux budgets de transition, tel que prévu dans la "Plan d'action en santé mentale" du MSSS.	➤ Régie régionale / CHSP / CHSGS / communauté	➤ Convenir des cibles de fermeture par CH. ➤ Informer les établissements: CHSP / CHSCD ➤ Ajuster le plan 1998-2002 en fonction de la disponibilité ou non d'un budget de transition ➤ Faire le suivi des transformations

I. MESURES QUI SUIVENT LA PLANIFICATION PRÉVUE

- 3.4.4 Mettre en place un plan régional de prévention du suicide
- 3.4.5 Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes
- 3.4.6 Augmenter l'information et la sensibilisation de la population

3.4.4 Mettre en place un plan régional de prévention du suicide

- ☐ Réalisation du *Profil statistique du suicide dans la région de Montréal-Centre*;
- ☐ Plan d'action volet jeunes déposé au conseil d'administration;
- ☐ Actualisation du plan d'action volet jeunes selon l'échéancier prévu et en interface avec le plan d'action du Projet jeunesse montréalais;
- ☐ Obtention d'un budget de développement récurrent du MSSSS de 412 737 \$ pour l'année 2000-2001, dont 50% disponible en 1999-2000; (budget non planifié)
- ☐ Plan d'action volet adultes à déposer en octobre 2000 pour information au conseil d'administration.

3.4.5 Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes

- ☐ Réalisation de l'*État de situation des services de pédopsychiatrie dans la région de Montréal*;
- ☐ Modèle d'organisation des services de santé mentale et de pédopsychiatrie en cours d'élaboration;
- ☐ Amorce de scénarios d'organisation des services de pédopsychiatrie;
- ☐ Arrimage au Projet jeunesse montréalais;
- ☐ Réalisation des travaux à un rythme plus lent que souhaité; nécessité d'établir un climat de confiance et de collaboration avec les chefs de pédopsychiatrie;
- ☐ Attentes très élevées des partenaires du réseau envers la pédopsychiatrie et méconnaissance des champs et responsabilités de celle-ci en tant que services spécialisés de 2^{ème} ligne;
- ☐ L'absence de budget de développement et le manque de relève de pédopsychiatres inquiètent les chefs, surtout lorsqu'on aborde le développement des services des soins partagés 1^{ère} et 2^{ème} ligne ainsi que l'équité d'accès aux services selon leur territoire de desserte respectif. La réallocation de ressources fait très peur et on anticipe des problèmes d'application si l'on s'engage dans cette voie.

3.4.6 Augmenter l'information et la sensibilisation de la population

- ☐ Réalisation de l'enquête de l'impact de la transformation sur la santé et le bien-être des montréalais ainsi que les attentes quant à l'organisation des services de santé mentale dans la région par la direction de la santé publique. Résultats à diffuser à l'automne et révision du plan d'action en cours à la lumière de ces informations;
- ☐ La campagne de sensibilisation visera en priorité les jeunes 16-25 ans aux prises avec des troubles anxieux. Amorce de la campagne dès l'automne avec les intervenants et poursuite en 2001-2002 directement auprès des jeunes, leurs familles et proches;
- ☐ Arrimage avec le Projet jeunesse montréalais.

II. MESURES PROBLÉMATIQUES

- 3.4.1 Améliorer l'intégration et la réinsertion sociale dans la communauté
- 3.4.2 Poursuivre le développement des services de base en santé mentale
- 3.4.3 Optimiser l'utilisation des services d'hospitalisation psychiatrique

3.4.1 Améliorer l'intégration et la réinsertion sociale dans la communauté

□ Arrimage des CHSP au plan 1998-2002 en vue du développement de services d'intégration dans la communauté :

- Louis-H. Lafontaine : arrimage au plan avec changement de la cible prévue (2,3 M\$ au lieu de 2,5 M\$);
- Douglas : amorce de l'arrimage;
- Rivière-des-Prairies : amorce de l'arrimage mais complexification de la démarche suite au rapport du Curateur.
- Pour les 3 CHSP:
 - Difficultés de faire les réallocations en raison de la loi 107 (équilibre budgétaire);
 - Absence de budget de transition;
 - Complexité des travaux pour convenir d'indicateurs d'efficacité et d'efficience des services hospitaliers psychiatriques;
 - Profil du personnel à transférer VS le personnel attendu pour développer les nouveaux services

□ Réalisation et travaux en cours par CHSP :

Louis-H. Lafontaine :

- Réalisation de la planification des services résidentiels et d'activités de jour à mettre en place : un équivalent de 1 143 700 \$ dans les sous-régions les moins nanties (Nord et Centre);
- Planification et développement d'au moins 48 places exclusivement pour leur clientèle à même leurs ressources pour un équivalent de 940 000 \$;
- À planifier et développer : l'équivalent de 240 000 \$ pour le transfert de 12 places en CHSLD;
- Développement du suivi psychiatrique intensif dans le milieu;

Douglas :

- Au préalable, finaliser la démarche d'arrimage au plan 1998-2002;

Rivière-des-Prairies :

- Révision de la mission en cours, décision finale de la Régie à venir suite au dépôt du plan d'action de l'établissement et des travaux d'organisation des services SM-DI;
- Planification du transfert de plus de 400 personnes (55 étaient prévues pour 2002);
- Réalisation du transfert de 89 personnes sous la responsabilité de Rivière-des-Prairies vers des CHSLD et des CRPDI (un équivalent de transfert de ressources de 3M\$ récurrents en 1999-2000);

□ Auprès des 3 CHSP :

- Suivi du mouvement de la clientèle hospitalisée en 1998 pour connaître l'évolution de la situation, l'orientation des personnes et le développement de services (incluant le mouvement de la nouvelle clientèle en cours de réalisation du plan 1998-2002). Analyse en cours.

□ Contrôle de qualité dans les ressources privées :

- Les consultations auprès de plusieurs groupes d'experts sont finalisées. Nous avons mis en place un comité régional conseil à la Régie quant au développement d'un modèle de service de contrôle de qualité dans les ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère accueillant une clientèle ayant des problèmes de santé mentale.

□ Rapport sur les niveaux de soins et la fonctionnalité de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels :

- Rapport qui soulève la nécessité de développer à court terme des services résidentiels et des activités de jour pour au moins 300 personnes alors que la cible était de 180 sans compter la clientèle qui émerge chaque année de la communauté;
- Augmentation significative de la demande pour les services dispensés par les organismes communautaires en santé mentale en plus de l'ajout d'une nouvelle clientèle vivant déjà dans la communauté et présentant de plus en plus de comorbidité et refusant les services du réseau public.

3.4.2 Poursuivre le développement des services de base en santé mentale

- Début de planification et de collaboration entre les partenaires concernés :
 - Rencontre individuelle avec les directions des CHSP Douglas et Louis-H. Lafontaine;
 - Rencontre avec ces 2 CHSP et les 3 répondants des CLSC;
- Aucun nouveau développement d'équipe de base en santé mentale dans les CLSC nonobstant l'initiative du CLSC Parc Extension;
- Aucun développement du service d'information santé mentale;
- Travaux de révision du modèle d'accès téléphonique 24/7 à des services d'information et de références en santé mentale prévus pour 2000-2001.

3.4.3 Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique

- Finalisation de la méthode de pondération des besoins de la population et validation de celle-ci;
- Finalisation et diffusion des résultats d'évaluation Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels;
- À l'automne, développement de 25 places dans le cadre du programme régional de long séjour, les 10 places supplémentaires sont à confirmer pour Douglas. Dates effectives non fixées. Mécanisme d'accès en début de planification;
- Finalisation du modèle d'organisation de services intégrés Santé mentale–Toxicomanie et planification d'implantation actuellement en cours;
- Diminution de 4% des dépenses en hospitalisation entre 1995-96 et 1997-98;
- Durée moyenne de séjour en CD : en diminution constante depuis 1995;
- Avancement des travaux de planification régionale par le biais de différents comités : urgences psychiatriques, organisation des soins partagés 1^{ère} et 2^{ème} ligne (services médicaux), mandats des CH, transformation des services ambulatoires, transformation des services hospitaliers de courte durée, transformation des services hospitaliers de long séjour/longue durée;
- Mise en place de sous-comités pour des clientèles particulières: santé mentale et déficience intellectuelle, santé mentale et itinérance, santé mentale et justice.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Continuum des services en déficience intellectuelle

➤ Rappel des mesures

L'ensemble des mesures du continuum des services en déficience intellectuelle du plan 1998-2002 visait:

- L'élimination de la liste d'attente chronique des personnes en attente de services.
- L'implantation d'un réseau de services intégrés pour les personnes autistes et souffrant de troubles envahissants du développement.
- L'amélioration de l'accessibilité des services à la population anglaise.
- L'amélioration de l'accessibilité aux services aux clientèles présentant des problèmes particuliers.

➤ Moyens privilégiés

- Injection de 12 M \$ de développements;
- Transformation du réseau de services en déficience intellectuelle (services résidentiels et socioprofessionnels) pour l'équivalent de 12 M \$.

➤ Sommaire des priorités

- Maintien des orientations énoncées en 1998;
- Suivi serré concernant la planification, notamment en regard de l'effort de transformation en raison de:
 - Constat récent de l'augmentation de la demande de services;
 - Coûts de services à la hausse pour les cas souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement.

Continuum des services en déficience intellectuelle

Mesures à revoir

MESURES	RÉSULTATS 1 ^{ER} AOÛT 2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉS	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
➤ Éliminer la liste d'attente ➤ Développer un réseau de services pour les personnes autistes	➤ Transformation déjà actualisé pour l'équivalent de 7,4 M \$ ➤ Budget de développement déjà versé en 2000-2001 de 2,5 M \$ annualisé à 3,3 M \$ ➤ Diminution de 33 % de la liste d'attente des personnes requérant un premier service ■ 622 en 1998 ■ 406 en août 2000 ➤ Augmentation de la desserte de services des CRPDI passant de 3 987 personnes à 4 425 personnes en 2 ans (+ 400 personnes) ➤ Modèle, développé et approuvé, de réseaux de services intégrés pour les personnes autistes et celles ayant des troubles envahissants du développement.	➤ Récent constat de l'augmentation de la demande de services (augmentation de 2 %/an) ➤ Augmentation du coût de certains services, notamment pour les personnes autistes et celles ayant des troubles envahissants du développement	➤ Revoir le niveau d'effort de transformation attendu des CRPDI si nécessaire	➤ Régie régionale & CRPDI	➤ Officialiser notre repositionnement ➤ Ventiler l'effort supplémentaire de transformation entre les établissements si nécessaire ➤ Encadrer la démarche de transformation auprès des établissements.

Objectif prioritaire du plan de transformation **"Le défi de l'accès 1998-2002"**

Desservir d'ici 2002 toutes les personnes en attente de services résidentiels, socioprofessionnels, de soutien à la personne, à la famille et à la communauté.

Mesures :

- 3.5.1 Injecter un budget de 12 M\$ pour permettre de répondre aux personnes en attente de services.
- 3.5.2 Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels.
- 3.5.3 Implanter un réseau intégré de services pour les personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement (TED).
- 3.5.4 Développer des ententes entre les centres de réadaptation en déficience intellectuelle pour assurer l'accessibilité aux services pour la population d'expression anglaise.
- 3.5.5 Élaborer des ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité des services des clientèles présentant des besoins particuliers.

ÉTAT DE SITUATION

- Poursuivre nos actions compte tenu du versement du budget de développement par le MSSS.
- Effort de transformation de 7,4M\$ réalisé par les CRPDI au cours des deux dernières années.
- Augmentation de 438 personnes desservies par les CRPDI (1998 à 2000), passant de 3 987 à 4 425 personnes. Diminution importante du nombre de personnes en attente, sans aucun service, passant de 622 personnes en 1998 à 406 personnes en 2000.
- Augmentation de la desserte personnes/services de 1998 à 2000:
 - 100 personnes de plus dans le programme résidentiel (+5%)
 - 163 personnes de plus dans le programme socioprofessionnel (+6%)
 - environ 200 personnes de plus dans le programme de soutien (+6%)
- Diminution importante de la liste d'attente depuis 1998 malgré une augmentation de 2% par année de la demande de personne/services. En plus du budget de développement de 9,7 M\$ et de la transformation de 7,4 M\$ déjà effectuée, un effort supplémentaire de transformation de l'ordre de 9,3 M\$ pourrait être requis des centres de réadaptation d'ici 2002 afin d'atteindre l'objectif du plan de transformation «Le défi de l'accès 1998-2002» si les données confirment les constats quant à l'augmentation de la demande et des coûts de services pour la problématique de l'autisme.
- Réduction importante du coût moyen personne/services de l'ordre de 1 547\$ sur 2 ans, passant de 13 824\$ en 1998 à 12 277 \$ en 2000.
- Difficulté d'obtenir des données comparables de la part des CRPDI sur le Programme de soutien pour les années 1998 à 2000.

3.5.1 Injecter un budget de 12 M\$ pour permettre de répondre aux personnes en attente de services

- ✧ Un budget récurrent de 700 000 \$ a été alloué pour le programme soutien à la famille des CLSC en 1998-1999.
- ✧ Un budget de 3,3 M\$ récurrent a été alloué en 2000-2001 pour les services offerts en CRPDI.
- ✧ Le délai de plus de deux ans, entre le début du plan et l'arrivée du financement 2000-2001, a possiblement freiné le potentiel de la transformation des services des CRPDI au cours de la période 1998-2000, celle-ci devant être soutenue par des budgets de développement.
- ✧ Les CRPDI ont effectué une transformation de 7,4 M\$ de 1998 à 2000. Bien que tous les établissements aient atteint la cible fixée dans le plan d'allocation pour le 31 mars 2001, deux établissements ont effectué la majeure partie de cette transformation.
- ✧ Le coût personne/services a diminué de plus de 10% depuis 2 ans, permettant ainsi de desservir plus de personnes sans budget de développement. Cette tendance est à surveiller au cours des deux prochaines années afin de s'assurer que la qualité et l'intensité des services soient conformes aux besoins des usagers.

3.5.2 Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels

Résultats obtenus par programme

➤ Programme résidentiel:

Les centres de réadaptation ont amorcé la transformation attendue de leurs services. À mi-parcours, les objectifs de réduction du nombre de places sont atteints à 52% pour l'internat, à 73% pour les foyers de groupe, à 70% pour les résidences communautaires et l'objectif d'augmentation de places en RI-RTF à 58%. De plus, cent (100) personnes supplémentaires ont pu être desservies, mais on observe seulement une diminution totale de huit personnes en liste d'attente étant donné l'augmentation de la demande de services.

➤ Programme socioprofessionnel:

Sur 2 ans, 163 personnes supplémentaires ont été inscrites dans ce programme, mais on observe seulement une diminution totale de 23 personnes en liste d'attente étant donné l'augmentation de la demande de services.

➤ Programme de Soutien à la personne, à la famille et à la communauté

Environ 200 personnes supplémentaires ont été desservies sur une période de 2 ans. On observe une croissance de la demande de services. Toutefois, les méthodes variables utilisées par les établissements pour comptabiliser le nombre de personnes dans ce programme rendent difficile l'analyse des tendances. Le système d'information clientèle en déficience intellectuelle (SIC-DI) devrait corriger cette situation.

➤ **La transformation des services:**

La transformation des services a permis de dégager près de 7,4 M\$ en mars 2000, soit 76% de l'objectif retenu de 9,7 M\$ dans le plan d'allocation. Notons que dans «Le défi de l'accès 1998-2002», il est proposé de procéder à une transformation plus importante et de dégager 11,8 M\$. La somme dégagée de la transformation au 31 mars 2000 serait alors de 62% de l'objectif visé. (Voir tableau 1)

➤ **Le transfert de la clientèle**

Le plan de transformation «Le défi de l'accès 1998-2002» prévoyait transférer 103 personnes dans les CHSLD. À même la clientèle des 5 centres de réadaptation, seules 32 personnes ont été transférées vers le CHSLD Champlain Verdun, soit 31% de notre objectif. Cet objectif, basé sur une projection, ne pourra probablement pas être atteint. L'évaluation de ce projet pilote a permis de développer des conditions de référence et des critères d'orientation pour les prochains transferts vers le réseau des CHSLD.

➤ **Projection de la demande de services**

- Le tableau 2 présente l'évolution de la prestation de services et une projection de la demande.
- Pour la période 1998-2002, la demande de services augmenterait significativement, soit environ 2% par année.
- Entre 1998 et 2000, l'absence de méthode standardisée des CRPDI pour comptabiliser les personnes/services influence la fidélité des données. Il faut donc traiter ces données avec prudence.
- La liste d'attente des personnes/services demeure sensiblement au même niveau pour les années 1998 et 2000, malgré le fait que les établissements offrent plus de services à plus d'usagers (438 usagers de plus qu'en 1998). Une augmentation de la demande et/ou de l'intensité des services aux personnes déjà inscrites peuvent expliquer ces tendances.

3.5.3 Implanter un réseau intégré de services pour les personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement (TED)

- . Le modèle de réseau intégré de services, autisme et troubles envahissants du développement, ainsi que le plan d'action s'y rattachant, ont été adoptés par le conseil d'administration.
- L'implantation des services de réadaptation se situe à un niveau embryonnaire.
- Plusieurs projets pilotes des composantes de ce modèle ont été expérimentés afin d'en faciliter l'implantation. Les résultats obtenus démontrent, entre autre, la nécessité d'augmenter l'estimation initiale des coûts d'implantation.
- Des démarches se poursuivent afin d'assurer le suivi de l'implantation. Le budget de 900 000 \$ prévu au plan de transformation «Le défi de l'accès 1998-2002» est alloué aux CRPDI pour développer leur service de réadaptation spécialisé d'intervention comportementale intensive.

3.5.4 Développer des ententes pour assurer l'accessibilité aux services pour la population d'expression anglaise

- Les CRPDI ont assumé la responsabilité des personnes d'expression anglaise de leur territoire et, au besoin, ont développé des services ou ont établi des ententes de services avec leurs partenaires.

TABLEAU 1

État de situation Transformation au 31 mars 2000

Programmes/services	31/03/98 Nombre de places	31/03/2000 Nombre de places	Cible 2002 Nombre de places	% d'atteinte de l'objectif	À réaliser
Programme résidentiel :					
♦ Internat	172*	123	78	52%	- 45
♦ Foyer de groupe	30*	8	0	73%	- 8
♦ Résidence communautaire	699*	614	578	70%	- 36
♦ Transfert en CHSLD		32	103	31%	+ 71
♦ RI-RTF	1008	1264	1453	58%	+ 190
Budget – transformation					
♦ Plan d'allocation		7 368 570 \$	9 700 000 \$	76%	
♦ Défi de l'accès		7 368 570 \$	11 800 000 \$	62%	

* donnée validée différente du Défi de l'accès
 * donnée validée différente du Défi de l'accès
 * donnée validée différente du Défi de l'accès

TABLEAU 2

Évolution de la situation et projection de la demande des services

	PLAN DÉFI DE L'ACCÈS 1998-2002			ÉTAT DE SITUATION			PROJECTION		
	Desservies 03-1998	Attente 03-1998	Total demande 03-1998	Desservies 03-2000	Attente 03-2000	Total demande 03-2000	Prévision d'augmentation 2000-2002	Attente 2000 Prévision de la demande	Total Demande 2002
Résidentiel	1 909	247	2 156	2 009	211	2 220	64	275	2 284
Socioprofessionnel	2 532	461	2 993	2 695	436	3 131	138	574	3 269
Soutien – CRPDI	3 175 ¹	559	3 734	3 871 ²	526	4 397	174	700	4 571
Total Personnes / services	7 616	1 267	8 883	8 575 ³	1 173	9 748	376	1 549 ⁴	10 124
Total – nombre de personnes différentes	3 987	622 ⁵	4 609	4 425 ⁶	406	4 831	198	604	5 039

¹ En 1998, la méthode d'inscription des usagers favorisait l'enregistrement d'un nombre moins élevé d'usagers qu'en 2000.

² L'augmentation observée du nombre de personnes desservies dans le programme de Soutien est principalement due à une méthode différente de comptabiliser les usagers en 2000 par rapport à 1998. L'augmentation réelle du nombre serait de l'ordre de 200 personnes desservies de plus qu'en 1998.

³ L'augmentation observée est due à la méthode de l'inscription.

⁴ Le total de personne/services inclut aussi les personnes déjà desservies, mais en attente pour un deuxième ou troisième service.

⁵ Ce nombre comprend seulement les personnes en attente d'un premier service. 470 autres personnes attendaient un deuxième service.

⁶ Les 59 personnes transférées de RDP aux CRPDI sont exclues de ce total.

3.5.5 Elaborer des ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité des clientèles présentant des besoins particuliers

➤ **Personnes ayant des déficiences multiples**

Un comité de travail est à se mettre en place. Il sera appelé à faire des recommandations quant aux critères permettant d'orienter la clientèle ayant une déficience physique et intellectuelle en besoin de ressources résidentielles d'hébergement, vers l'un ou l'autre de ces réseaux. Il établira, s'il y a lieu, des mécanismes de concertation interréseaux.

➤ **Personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale**

Un comité d'experts a été formé, dont l'objet est de donner un avis sur le modèle d'organisation de services psychiatriques surspécialisés (3e ligne), incluant la description des rôles et responsabilités des partenaires concernés. Le plan d'action est adopté.

➤ **Personnes aux prises avec des problèmes d'adaptation sociale**

Une entente concernant un processus conjoint d'accès et de planification de services a été conclue entre les Centres jeunesse de Montréal et le Centre de réadaptation Gabrielle Major. La généralisation de ce modèle aux autres CRPDI est envisagée, de même qu'avec le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw. Il est présentement à l'étude dans le territoire Centre.

➤ **Personnes aux prises avec des problèmes de justice**

Des travaux à l'échelle nationale, visant à établir un modèle de concertation entre les différents partenaires (justice, sécurité publique, éducation, communautaire, santé et services sociaux), sont en voie d'être terminés. Au niveau des services en CRPDI pour les personnes judiciairisées, le Centre de réadaptation Gabrielle Major et l'Institut Louis-P. Pinel sont à développer des modalités d'accès.

PERSPECTIVES

Cette section présente les éléments prioritaires dans la réalisation de l'objectif majeur du plan de transformation «Le défi de l'accès 1998-2002», soit une liste d'attente 0 en mars 2002.

Poursuite des efforts de transformation :

Le tableau 3 présente en résumé les conditions nécessaires pour la réalisation de l'objectif de l'attente 0 en 2002.

Les CRPDI devraient procéder à une transformation considérable de leurs services résidentiels pour atteindre cet objectif. En projetant l'augmentation de la demande de services, une somme supplémentaire de 9,3 M\$ devrait être dégagée d'ici 2 ans. Cet objectif sera difficile à atteindre sans l'orientation de 71 personnes vers les CHSLD, prévu dans le plan de transformation, et ce, sans transfert de budget vers le réseau de services de la longue durée.

Monitoring de la qualité des services et de l'accès

- ◆ Assurer que le contrôle de la qualité soit effectué rigoureusement durant le processus de la transformation des ressources résidentielles;
- ◆ Procéder au monitoring de l'accès aux services afin d'assurer l'inscription de plus de personnes, tout en maintenant l'équilibre de l'intensité de services pour les usagers recevant des services.

Travaux prioritaires à réaliser:

- ◆ Entreprendre une étude des milieux de vie - internat régional, transfert CHSLD (unité spécifique), coûts et nature des services ;
- ◆ Évaluer l'impact du vieillissement de la clientèle, l'adéquation des services résidentiels et des activités de jour (programme socioprofessionnel) ;
- ◆ Préciser le niveau régional de besoins de services des clientèles personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement (TED) ;
- ◆ Assurer auprès des CRPDI et des centres hospitaliers désignés, le suivi de l'implantation du modèle «réseau intégré autisme et troubles envahissants du développement».

TABLEAU 3
PERSPECTIVES 2000 - 2001

Demande totale 2002	10 188 personnes / services
Personnes / Services rendus 2000	8 575 personnes / services
Personnes / Services à financer	1 613
Coût	19,8 M \$
Budget de développement	9,7 M \$
Effort de transformation requis (2000-2002)	2,3 M \$ (période 2000-2002)

JEUNESSE

Continuum des services en adaptation sociale

Volet Jeunesse

➤ Rappel des mesures

L'essentiel du continuum des services en adaptation sociale, volet jeunesse, vise la mise en place, d'ici 2002, d'un réseau de services aux jeunes, "le Projet jeunesse montréalais" caractérisé de la façon suivante:

- ◆ Une offre de services régionale qui vise la diminution de l'incidence de la négligence, de la violence et de la marginalisation des 0-25 ans.
- ◆ Une offre de services où les partenaires sectoriels et intersectoriels intègrent leur plan d'intervention et œuvrent davantage sur une base locale de territoire de CLSC.
- ◆ Une offre de services qui intensifie l'intervention en amont.

➤ Sommaire des priorités

- Maintien des orientations énoncées en 1998.
- Ajustement de certaines composantes du calendrier d'activités et de la planification en raison de l'enquête ministérielle en cours au Centres jeunesse de Montréal

CONTINUUM ADAPTATION SOCIALE - VOLET JEUNESSE

mesures	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.6.1.1 Développer à Montréal, d'ici l'an 2002, un Projet jeunesse partagé et mobilisateur à l'intention des jeunes et de leurs parents. 3.6.1.2 Développer, dans le cadre du Projet jeunesse et des orientations s'y rapportant, quatre programmes spécifiques d'intervention dans le but de lutter plus efficacement contre la négligence parentale, la violence familiale à l'endroit des enfants, la violence à l'adolescence, l'exclusion et la marginalisation.	Sept. 1999 : Diffusion de l'État de situation régional « Grandir sur l'île » par la RRSSSMC. Mars 2000 : Dépôt des états de situation locaux par 28 des 29 CLSC. Juin 2000 : Entente avec les partenaires pour initier les plans d'action locaux.	Report des échéanciers. Report des échéanciers.	Entente avec les partenaires concernés. Échanges et discussions avec les partenaires.	• Membres du Comité de coordination régional (COCO) • Regroupement des CLSC • Porteurs de dossier • Idem	Finalisation de la synthèse régionale des états de situation; 15 septembre 2000. Dépôt par les équipes locales des priorités d'action; 31-10-00. Traduction des priorités en plans d'action locaux; 31-12-00. Finalisation des plans d'action locaux et de la stratégie d'implantation; 31-03-01. Avoir implanté les plans d'action; 31-03-02.

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
	Élaboration par la RRSMMC d'une partie du Plan d'action régional : évolution de divers dossiers régionaux décrits aux mesures : 3.6.1.4, 3.6.1.5 et 3.6.1.6 : - entre CJ-CLSC - avec le milieu scolaire - avec les Centres de la Petite enfance - avec la police de la CUM - avec la Ville de Montréal - avec le MEQ et dans les dossiers : - santé mentale - déficience intellectuelle - jeunes de la rue - violence et agressions sexuelles chez les jeunes et auprès jeunes - périnatalité - organismes communautaires (SOC)				Poursuite de l'élaboration des divers dossiers régionaux et finalisation du Plan d'action régional au 31 mars 2001.

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
	Évaluation du Projet Jeunesse : • Subvention par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) d'une somme de 204 000 \$ pour l'évaluation du Projet Jeunesse montréalais. • Élaboration du cadre théorique d'analyse des retombées du PJM : identification des variables. • Analyse effectuée sur les résultats de la consultation sur les indicateurs d'atteinte des objectifs. • Mise sur pied du comité de suivi de l'évaluation du PJM.				Étapes à venir : <u>2000-2001 :</u> Validation de la liste des ressources jeunesse dans chacun des territoires des CLSC. Passation d'une première analyse de réseaux. Entrevue auprès des 29 porteurs de dossier sur l'implantation, l'organisation et les visées du PJM dans chacun des territoires. Production d'un premier tableau de suivi des indicateurs et des résultats ultimes. <u>2001-2002 :</u> Analyse des plans d'action déposés par les territoires. Sélection de territoires pour des études en profondeur (10). Recrutement des 10 territoires. Production d'un 2^e tableau de suivi des indicateurs de résultats ultimes. Deuxième cueillette de données sur l'articulation de l'entente CLSC/CJ. Développement d'un site WEB sur le projet d'évaluation. <u>2002-2003 :</u> Entrevues en profondeur auprès d'intervenants, de décideurs et de clientèle dans les 10 territoires sélectionnés. Production et analyse de bilans locaux d'implantation.

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.6.1.1	• Volet articulation CJ-CLSC : ➤ 1^{re} des 3 cueillette de données complétées auprès de 42 professionnels des CJ-CLSC.				<u>2002-2003 (suite) :</u> Production d'un 3^e tableau de suivi des indicateurs de résultats ultimes. Troisième cueillette de données sur l'articulation de l'entente CLSC/CJ. Passation de la 2^e analyse de réseaux. Planification et organisation d'une série de séminaires itinérants sur les résultats l'évaluation. Rédaction des rapports <u>2003-2004 :</u> Passation d'une 3^e analyse de réseaux. Rapport prévu : 15 septembre 2000. Janvier 2001 : 2^e cueillette auprès des mêmes professionnels. Automne 2001 : cueillette auprès des directeurs généraux de CLSC. Janvier 2002 : 3^e cueillette de données auprès de 42 professionnels CJ-CLSC. Décembre 2002 : Rapport final

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.6.1.1	Mise en place de mesures de soutien élaborées par RRSSMC (Ressources humaines, Santé publique, Programmation, Services à la communauté) : • Production de « Grandir sur l'île » • Soutien apporté par le Comité de suivi opérationnel (permanence de la Régie) dans la planification et la gestion du projet. • Rencontres de soutien tenues auprès des porteurs de dossier entre avril 1999 et juin 2000. • Élaboration et distribution d'outils de travail auprès des équipes locales. • Soutien (DRH) à l'animation de séances visant l'appropriation de l'entente C-J-CLSC dans deux territoires. • Élaboration d'un programme de formation sur la Protection de la jeunesse auprès de l'ensemble des partenaires impliqués auprès des jeunes.				Continu Poursuite des activités - septembre 2000. Poursuite en 2001. Réalisation – automne et année 2001.

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.6.1.3 Accentuer, au cours de la période 1998-2002 et en cohérence avec le Projet jeunesse priorisé, le renforcement des interventions de prévention/promotion ou de toutes formes d'intervention réalisées « en amont ».	Priorisation de la « prévention/promotion » dans les orientations de services diffusées par la RRSSSMC. Identification des ressources requises dans la région de Montréal pour développer des services en amont dans l'ensemble des CLSC : avril 2000. Élaboration d'un plan d'action par la RRSSSMC en vue de mettre à contribution une partie des ressources humaines des Centres jeunesse de Montréal et Centres jeunesse Batshaw afin de les dédier à l'intervention en amont en collaboration avec les CLSC : juin 2000. Ce plan vise à assurer aux centres jeunesse les ressources requises pour assurer leur mission.	Les Centres jeunesse de Montréal font l'objet d'une inspection ministérielle depuis juillet.	La RRSSSMC s'entend avec l'inspecteur nommé pour effectuer ses travaux en collaboration avec ceux de ce dernier. L'échéancier du 31-08-00 sera ajusté. La RRSSSMC procédera à une estimation théorique des ressources humaines des deux centres jeunesse susceptibles d'être dédiées à l'intervention en amont.	Comité ministériel et RRSSSMC. Services de 1 ^{re} ligne Service des études et de l'évaluation Services d'adaptation sociale.	Soutenir les équipes locales afin que dans les plans d'action locaux s'inscrivent des actions de type NEGS et des plans d'action intersectoriels visant le développement global des jeunes en continuité avec les priorités régionales 1995-1998. Intégration à la RRSSSMC des divers programmes subvention de projets accordant un financement majoritaire à des programmes de prévention/promotion auprès des 0-25 ans. Identifier, dans le cadre de travaux conjoints Régie – Comité ministériel le nombre de ressources humaines des CJM et CJB appelées à être dédiées à l'intervention en amont au cours des trois prochaines années. Échéance : 30 septembre 2001

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.6.1.4 Assurer, dans chacun des territoires de CLSC et au plan régional, une meilleure accessibilité des services. 3.6.1.5 Mettre en place, dans chacun des territoires de CLSC et au niveau régional, des mécanismes de coordination et de concertation visant le renforcement de l'unité d'action des acteurs sectoriels et intersectoriels. 3.6.1.6 Consolider et assurer dans le cadre de la mise en place du Projet jeunesse, une meilleure intégration des services spécialisés, en appui à l'intervention conduite près des milieux naturels de vie.	Élaboration de travaux régionaux, de mécanismes d'accès et d'articulation régionale dans les divers services : 1. Mise en place du Comité régional de coordination du Projet jeunesse Montréalais (COCO). 2. <u>Adaptation sociale et multiculturelle de 1^{re} ligne</u> Entente centres jeunesse – CLSC (cf. rapport multiculturelle de 1^{re} ligne) <u>Adaptation sociale (jeunesse)</u> Entente avec SPCUM quant à l'arrimage entre les plans d'action jeunesse de chacun. Entente avec Ville de Montréal quant à l'arrimage entre les plans d'action jeunesse de chacun. Entente MSSS-MEQ. Services destinés aux jeunes d'âge scolaire handicapés ou en difficulté d'adaptation sociale – mai 2000. <u>Adaptation sociale (violence et agressions sexuelles chez les jeunes</u> Cf. Rapport sur volet « Violence faite aux femmes » Mesures : 3.6.2.1 3.6.2.2 3.6.2.3 3.6.2.10				Élaboration de l'entente et application dans les projets locaux et régionaux. Identification des pistes de travail conjointes en vue des plans d'action locaux et régionaux. Mise à jour de l'entente chaque année au 31 mai pour l'année scolaire qui suit.

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.6.1.4 3.6.1.5 3.6.1.6	<u>Adaptation sociale (itinérance chez les jeunes)</u> Mise en place d'une équipe multidisciplinaire au CLSC des Faubourgs afin d'offrir des services de santé et psychosociaux adaptés aux jeunes de la rue. Cf. : Rapport sur volet « Itinérance », mesure 3.6.4.1 <u>Adaptation sociale (alcoolisme et toxicomanie chez les jeunes)</u> Cf : Rapport sur volet « Alcoolisme, toxicomanie » Mesures : 3.6.3.1 3.6.3.2 3.6.3.3 3.6.3.5 <u>3. Services multientendues de 1^{re} ligne</u> ➤ Ententes avec le milieu scolaire ➤ Mécanisme en périnatalité ➤ Entente Santé publique et CLSC ➤ Travaux avec les Centres à la petite enfance, CLSC, centres jeunesse. Cf : Rapport « Services multientendues de 1^{re} ligne »				

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIES ADOPTÉES	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.6.1.4 3.6.1.5 3.6.1.6 3.6.1.7 Améliorer nos stratégies intersectorielles en procédant à une radiographie permettant d'analyser et de comparer les investissements, les besoins et les résultats à une échelle locale.	4. <u>Services de santé mentale et déficience intellectuelle</u> ➤ Services en pédopsychiatrie. ➤ Prévention du suicide chez les jeunes Cf. : Rapport Services de santé mentale et déficience intellectuelle Mesures : 3.4.4 et 3.4.5 ➤ Services auprès des personnes (0-18 ans) aux prises avec des problèmes d'adaptation sociale (en déficience intellectuelle). Cf. : Rapport Services de santé mentale et déficience intellectuelle Mesure : 3.5.5 Radiographie des services en jeunesse. Cf. : Rapport produit par le Service des études et de l'évaluation				

DÉVELOPPEMENT REQUIS		DÉVELOPPEMENTS OBTENUS				
		1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2000	2002-2003
Mesure 3.6.1.1 Développer à Montréal, d'ici l'an 2002, un Projet jeunesse partagé et mobilisateur à l'intention des jeunes et de leurs parents.	Projet jeunesse montréalais global :	100 000 \$	133 000 \$	Idem + index.	Idem +index.	Idem + index.
	Développement de services intégrés : du MSSS	75 000 \$(non récurrent)	75 000 \$ (n.r.)			
	Évaluation du Projet jeunesse montréalais :	399 000 \$				
	♦ FCRSSS 204 000 \$ ♦ FRSQ 75 000 \$ ♦ Régie 60 000 \$ - Programmation 60 000 \$ - Santé publique		8 685 \$ 25 000 \$ 10 000 \$ 10 000 \$	554 663 \$ 25 000 \$ 20 000 \$ 20 000 \$	82 867 \$ 25 000 \$ 20 000 \$ 20 000 \$	57 783 \$ 10 00C 10 000 \$
	récurrent					
Total :		574 000 \$dont				
		100 000 \$				

ALCOOLISME & TOXICOMANIE

Continuum des services en adaptation sociale

Volet alcoolisme et toxicomanie

➤ Rappel des mesures

L'essentiel des mesures du plan 1998 visaient l'amélioration de l'accessibilité au traitement à la méthadone, l'intensification des actions de promotion de la santé, la prévention de la toxicomanie et le dépistage.

Le plan priorisait la clientèle de jeunes, de personnes au prise avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Enfin, on visait à améliorer l'accessibilité à la population anglophone.

➤ Sommaire des priorités

- ◆ Maintien des orientations énoncées dans le plan de transformation 1998-2002.
- ◆ Ajustement de la planification compte tenu des budgets de développement obtenus du MSSS, en alcoolisme et toxicomanie.
- ◆ Stratégies à développer et représentations à faire au MSSS pour combler l'écart du 3 M \$ entre les besoins identifiés au plan de transformation 1998-2002, tel que réévalués en 2000 et les budgets obtenus à date.

CONTINUUM ADAPTATION SOCIALE - VOILET ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Mesures	Résultat 01-08-2000	Difficultés rencontrées	Stratégies adoptées	Partenaires	Actions prioritaires 2000-2002
3.6.3.1 La Régie régionale propose un budget de développement de 1,3 M\$ assumé par le réseau de la santé et des services sociaux pour assurer l'accès à des services de traitement à la méthadone pour les héroïnomanes (2 500) sur l'ensemble du territoire de Montréal.	Consolidation des trois programmes de traitement à la méthadone. Développement d'un nouveau programme. Ouverture d'un centre de jour pour les personnes en traitement. En 1997-1998 : 658 (RAMQ) toxicomanes de Montréal-Centre recevaient des traitements à la méthadone En 1998-1999 : 867 (RAMQ) En 1999-2000 : 1127 (environ)	Le recrutement des médecins prescripteurs de la communauté qui pourraient prendre en charge les clients stabilisés et ainsi augmenter l'accès aux traitements pour de nouveaux patients.	Susciter l'intérêt des médecins de la communauté à s'impliquer dans le programme.	CH Juif CH St-Luc Relais méthadone Méta d'Âme CRAN Collège des médecins Effectifs médicaux (régie régionale) Comité régional d'implantation des services de traitement à la méthadone.	Mise en opération du service de soutien aux médecins : septembre 2000 Préparation de la campagne de recrutement : octobre 2000 Poursuite des sessions de formation des médecins : octobre 2000 Mise en place d'un service de soutien aux médecins : septembre 2000 Campagne de recrutement des médecins 2001 Évaluation des besoins d'information des programmes et de la Régie régionale. Développement d'un logiciel de saisi des données Saisi des données
Développement d'indicateurs de suivi du programme à partir des données de la RAMQ.			Poursuivre la saisie et le traitement des données de la RAMQ. Évaluer la contribution de chacun des programmes à l'atteinte des objectifs.	Hôpital St-Luc CRAN Hôpital Général Juif Relais Méthadone Service des études et de l'évaluation et Services de l'informatique de la Régie régionale	

Mesures	Résultat 01-08-2000	Difficultés rencontrées	Stratégies adoptées	Partenaires	Actions prioritaires 2000-2002
3.6.3.2 Étendre à toute l'île de Montréal l'application du Programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies.	Le programme régional actuel couvre 16 territoires de CLSC. Le développement d'autres programmes en prévention secondaire tels « alcochoix » et le « travail de rue » sont devenus une priorité à Montréal.	Cette mesure nécessiterait l'ajout d'un financement récurrent de 423 305 \$ qui n'a pas été obtenu du MSSS.	Poursuivre les démarches auprès du MSSS pour ce financement.	Direction de la santé publique (DSP) Services de 1 ^{re} ligne CLSC	En faire une mesure prioritaire dans nos demandes au MSSS.
3.6.3.3 Améliorer le dépistage et l'intervention précoce et augmenter l'accessibilité aux services offerts en CLSC aux alcooliques et toxicomanes. (Deux clientèles : Les jeunes marginaux et les jeunes mères toxicomanes)	Pour les jeunes marginaux : Le développement financier obtenu pour les jeunes de la rue a permis de consolider les organismes communautaires qui interviennent auprès des jeunes de la rue et de mettre en place une équipe dédiée à ces jeunes au CLSC des Faubourgs.			DSP Services de 1 ^{re} ligne CLSC RAPSIM Organismes communautaires CLSC DSP	Mise en place comité clinique et poursuite des travaux comité d suivi pour les jeunes de la rue. Recherche de financement pour le projet Solidarité Partage. Évaluation des résultats du plan d'action de la DSP pour l'amélioration de l'accès aux services pour les jeunes marginaux et les UDI. Travaux conjoints avec la D.S.P. et Service multilingue de 1 ^{re} ligne pour améliorer l'accès aux services dans 7 CLSC priorités dans le cadre du programme de prévention du VIH pour les UDI. Poursuite du même programme auprès de 8 autres CLSC priorités. Total de 15 CLSC.

Mesures	Résultat 01-08-2000	Difficultés rencontrées	Stratégies adoptées	Partenaires	Actions prioritaires 2000-2002
3.6.3.3 (suite)	Pour les jeunes mères toxicomanes : Élaboration de pistes de travail dans deux CLSC.	Les projets destinés au suivi des jeunes femmes enceintes dans les CLSC n'ont pas obtenu le financement requis du MSSS.	Élaborer des scénarios avec le Ctre de PsychoÉducation. (re : application à Montréal du budget de 22 M\$ annoncé par le Ministre Baril, en juin 2000.	DSP CLSC Services de 1 ^{re} ligne Centre de PsychoÉducation	Choix des territoires ciblés. Faire le lien avec l'annonce du programme ministériel pour les jeunes mères toxicomanes. (Ministre Baril, juin 2000).
3.6.3.4 Développer des services complémentaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme/toxicomanie et de santé mentale	Financement par le MSSS du programme en troubles sévères de la personnalité et toxicomanie de Portage et d'un service élaboré conjointement par l'Hôpital L.H. Lafontaine et le CR Dollard-Cormier.	La mise sur pied du service de troisième ligne nécessite des fonds additionnels de 500 000 \$ récurrents provenant de la fermeture de lits en psychiatrie.		CR Dollard-Cormier L. H. Lafontaine Services de santé mentale	Approbation formelle du programme conjoint la Régie régionale. Établir l'échéancier du financement. Entente avec les promoteurs sur le développement progressif du projet.
3.6.3.5 Améliorer l'accessibilité de la clientèle anglophone aux services en alcoolisme et toxicomanie.	1. Financement par la Régie régionale d'un projet qui vise à desservir la clientèle anglophone à l'urgence du CR Dollard-Cormier. 2. Élaboration d'un projet de 24 places résidentielles pour les jeunes anglophones toxicomanes en collaboration avec le Centre Portage et les Centres jeunesse Batshaw (à la demande du MSSS). 3. Le MSSS accorde un financement de 450 000 \$.	Financement requis : 963 000 \$. Financement acquis : 450 000 \$.	Le projet nécessite un financement additionnel partagé entre le MSSS, la Fondation Portage et les CJ Batshaw.	CR Dollard-Cormier Pavillon Foster Direction finances et immobilisation CJ Batshaw Centre Portage MSSS	S'assurer de la mise en place et du fonctionnement des services d'urgence pour la population visée. S'assurer de la disponibilité financière du CJ Batshaw, d'un complément de financement du MSSS et du Centre Portage (513 000 \$). S'assurer de la disponibilité d'un édifice pour le programme résidentiel de 24 places. Présenter le projet au MSSS avec scénario de financement au 15/09/00.

Mesures	Résultat 01-08-2000	Difficultés rencontrées	Stratégies adoptées	Partenaires	Actions prioritaires 2000-2002
3.6.3.6 Développer des services en toxicomanie pour les personnes détenues dans les établissements provinciaux de Montréal.	Une mesure d'accès au traitement à la méthadone vise la clientèle détenue. (3.6.3.1).	Le financement de nouveaux services en milieu carcéral n'est pas acquis.	Mener des actions conjointement avec la Direction de la santé publique dans ce dossier. (Plan d'action auprès des détenus par la Santé publique). Supporter le CLSC Ahuntsic.	DSP Services correctionnels Services de 1 ^{re} ligne CQC Sida CRAN	Participation à la Table montréalaise santé publique / milieu carcéral. Bonifier le financement du CLSC Ahuntsic pour ses interventions dans les prisons. S'assurer du fonctionnement de ce programme de traitement en milieu carcéral en lien avec la mesure sur l'accès à la méthadone (3.6.3.1). Harmoniser les actions en lien avec le ministère de la Sécurité publique (Services correctionnels).
3.6.3.7 1. Développer les initiatives communautaires et le 2. contrôle de la qualité des services offerts dans le secteur privé.	1. Certains organismes communautaires en toxicomanie ont bénéficié d'une légère amélioration de leur financement. 2. Le MSSS s'apprête à proposer des normes relatives au contrôle de la qualité des services dans les centres privés.	Insuffisance du nombre (10) d'organismes communautaires en toxicomanie reconnus par le SOC à Montréal. Un seul de ces organismes offre de l'hébergement. Les services de désintoxication offerts par les organismes privés ne sont pas conformes aux exigences d'encadrement professionnel et médical	Supporter les organismes communautaires en toxicomanie qui veulent s'inscrire au SOC. Poursuivre l'amélioration du financement des organismes. Développer des ressources adéquates pour la désintoxication.	MSSS (SOC) Organismes communautaires	Évaluer le besoin de ressources en désintoxication. Procéder à l'application des normes d'accréditation du MSSS lorsqu'elles seront adoptées par le MSSS.

DÉVELOPPEMENTS REQUIS ET OBTENUS POUR LE PLAN 1998-2002 **ALCOOLISME ET TOXICOMANIE**

Mesures	Développements requis 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Total développements récurrents obtenus 1998-2000
3.6.3.1 Méthadone	1 300 000 \$		1 200 000 \$	1 200 000 \$
3.6.3.2 Prévention	423 305 \$			
3.6.3.3 Intervention 1 ^{re} ligne	1 500 000 \$			
3.6.3.4 Santé mentale toxicomanie	500 000 \$		600 000 \$	600 000 \$
3.6.3.5 Services aux anglophones	450 000 \$ [•]		450 000 \$	450 000 \$
3.6.3.6 Services aux détenus	200 000 \$			
3.6.3.7 Organismes communautaires	600 000 \$			
TOTAUX	4 973 305 \$		2 250 000 \$	2 250 000 \$

• L'estimation en juin 2000 s'élève à 963 000 \$ pour le projet relié aux 24 places pour les jeunes anglophones toxicomanes.

ITINÉRANCE

Continuum des services en adaptation sociale

Volet itinérance

➤ Rappel des mesures

L'essentiel des mesures visaient l'amélioration de l'accessibilité des services (santé physique, santé mentale, alcoolisme et toxicomanie) aux personnes itinérantes.

➤ Sommaire des priorités

- ◆ **Maintien** des orientations énoncées dans le plan 1998 en regard de l'amélioration de l'accessibilité aux services du réseau pour les personnes itinérantes
- ◆ **Intégration** du dossier "jeunes de la rue".
- ◆ Par ailleurs, compte tenu que l'environnement du dossier de l'itinérance (i.e.: préoccupations gouvernementales, disponibilités financières) est très différent de l'environnement de 1998, il nous apparaît opportun de revoir le dossier de la façon suivante:
 - ↳ Demande de développement à faire de l'ordre du $\pm$ 5 M \$ pour développer dans les secteurs suivants:
 - Urgences psychosociales
 - Prévention de l'itinérance
 - Services communautaires et institutionnels suivants:
 - ✓ Hébergement
 - ✓ Intégration au travail
 - ✓ Centres de jour
 - ✓ Services médicaux et psychosociaux
 - ✓ Formation des intervenants

CONTINUUM ADAPTATION SOCIALE – VOLET ITINÉRANCE

MESURES	RÉSULTAT 01-08-2000	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	STRATÉGIE ADOPTÉE	PARTENAIRES	ACTIONS PRIORITAIRES 2000-2002
3.6.4.1 Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes dans les continuum de services : santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, sida et assurer l'accès aux services.	Relance du comité de liaison en itinérance composé en partenariat avec la Ville et le RAPSIM. Application des recommandations du « Défi de l'accès pour les jeunes de la rue ».	Le rôle de la Ville de Montréal dans le domaine des problèmes sociaux est nouveau et n'est pas défini. Défi de la concertation entre le réseau et le communautaire.	Faire une mise à jour du portrait des clientèles, des services et des problématiques pour déterminer les priorités et les rôles de chacun.	- UQAM - RAPSIM - VILLE - DSP - Santé mentale - CLSC - Organismes communautaires - Ville de Montréal - DSP + Org. comm. + CLSC	Préciser avec la Ville son rôle en matière de dossiers sociaux. Faire état de situation afin de dégager les priorités de la région de Montréal en itinérance : confier le contrat à l'UQAM (collectif de recherche sur l'itinérance). Poursuite des travaux du comité de suivi du programme Jeunes de la rue. Implantation d'un plan d'action commun pour les interventions auprès des jeunes de la rue entre les partenaires impliqués. Constituer un comité clinique pour le développement des corridors de services. Former les intervenants. Création de liens entre les ressources sida et itinérance.

DÉVELOPPEMENTS REQUIS ET OBTENUS POUR LE PLAN 1998-2002 **ALCOOLISME ET TOXICOMANIE**

Mesure	Développements requis 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Total développements récurrents obtenus 1998-2000
3.6.4.1 Défi de l'accès pour les jeunes de la rue ➤ Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes dans les continuum de services : • santé mentale, • déf. intellectuelle, • alcoolisme et toxico • sida ➤ et assurer l'accès aux services			930 000 \$	930 000 \$

VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Continuum des services en adaptation sociale

Volet violence faite aux femmes

➤ Rappel des mesures

L'essentiel des mesures prévoyait la diminution de l'incidence de la violence faite aux femmes.

L'intensification de la coordination régionale sectorielle et intersectorielle de même que l'accentuation des actions de prévention étaient privilégiées comme moyens pour atteindre les objectifs visés.

➤ Sommaire des priorités

- ◆ **Maintien** des orientations énoncées dans le plan 1998 **sous réserve** que les orientations, encore à venir, en matière d'agressions à caractère sexuel soient accompagnées des budgets de développement requis pour leur mise en œuvre.

**PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2000
DOSSIER : VIOLENCE FAITE AUX FEMMES**

Ressources financières affectées au dossier « Violence faite aux femmes »

➤ Prévention / promotion : 690 000 \$
➤ Programme de soutien aux organismes communautaires « Catégorie Femmes » : 8 500 000 \$

Mesures	Résultats obtenus à ce jour	Difficultés rencontrées	Actions prioritaires 2000 - 2001 - 2002
3.6.2.1 Assurer la coordination de la mise en œuvre des politiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale	- Conseillère (ETC) à la réalisation du mandat « Violence » - Participation à la table provinciale des coordonnatrices régionales du dossier « Violence » - Soutien financier et/ou technique aux quatre tables de concertation en matière de violence faite aux femmes et aux enfants (1998-2000)⁷ - Mise sur pied d'un comité interdirections	Report de la sortie des orientations interministérielles en matière d'agression à caractère sexuel	Poursuite des activités déjà amorcées Exploration des stratégies permettant d'assurer le suivi des engagements de la politique en violence conjugale et des mesures du <i>Défi à l'accès 1998-2002</i>. Évaluation et mise en œuvre des moyens les plus appropriés pour la diffusion de l'information aux divers partenaires Possibilité de participation à l'Association de recherche université-communauté sur la violence faite aux femmes (ARUC) État de situation régional en matière d'agression à caractère sexuel (promotion/prévention, services) en collaboration avec les deux tables de concertation intersectorielle Sensibilisation des intervenants de tous les secteurs à la problématique agressions sexuelles Support à la mise en œuvre des orientations en matière d'agression sexuelle (lors de la sortie de ces orientations)

7. Les tables de concertation régionales en matière de violence faite aux femmes et aux enfants sont : 1) Table de concertation en matière de violence conjugale de la Communauté urbaine de Montréal; 2) Table de concertation en matière d'agressions à caractère sexuel (région de Montréal); 3) Comité d'action femmes et sécurité urbaine (CAFSU); 4) Groupe d'action et de concertation en abus sexuels et mauvais traitements physiques envers les enfants et adolescents de Montréal

Mesures	Résultats obtenus à ce jour	Difficultés rencontrées	Actions prioritaires 2000 – 2001 - 2002
3.6.2.2 Réduire la tolérance sociale face à la violence faite aux femmes	Coordination régionale de la campagne nationale (1998-2000) ▪ Mise sur pied d'un comité intersectoriel ▪ Diffusion de matériel promotionnel (plus de 550 000 tabloïds, 1000 affiches et 500 vidéos) ▪ Activités médiatiques et de relations publiques Sondage auprès de 600 jeunes du secondaire sur leur perception des relations égalitaires entre les sexes et leur vécu à ce sujet Adaptation des messages de la campagne nationale auprès des adultes ou des jeunes de quatre communautés : arabe, haïtienne, italienne, latino-américaine (16 000 personnes rejointes)	Possibilité que le MSSS mette fin à la campagne nationale en 2001	Poursuite de campagne nationale s'il y a lieu ou mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation au plan régional en s'appuyant sur les mécanismes existants de partenariat intersectoriel Diffusion des résultats du sondage Consolidation de l'adaptation des messages de prévention de la violence aux communautés ethnoculturelles Élargissement de la diffusion de ces messages à d'autres communautés ethnoculturelles
3.6.2.3 Prévenir la violence chez les jeunes	Formation à l'approche préventive VIRAJ (Violence dans les relations amoureuses chez les jeunes) de 180 intervenants jeunesse (écoles, CLSC, organismes communautaires, ligne d'écoute) Évaluation de ces formations (1999-2000) Réalisation et diffusion d'un répertoire des programmes et outils en matière de prévention de la violence dans les relations amoureuses (1999-2000) Soutien à la réalisation ou à la consolidation de projets régionaux	Difficultés d'arrimage entre les divers projets de sensibilisation/formation et la campagne nationale.	Élaboration d'un plan d'action qui favorise un meilleur arrimage entre les projets de sensibilisation/formation et la campagne nationale. Forum avec les intervenants formés pour échanger sur les pratiques auprès des jeunes (automne 2000) et développement d'outils Création et diffusion d'un bottin de ressources pour jeunes aux prises avec la violence dans les relations amoureuses (2000) Poursuite du soutien aux projets régionaux

Mesures	Résultats obtenus à ce jour	Difficultés rencontrées	Actions prioritaires 2000 - 2001 - 2002
3.6.2.4 Contre l'isolement et accroître le sentiment de sécurité chez les femmes	Recension des écrits sur la peur du crime en milieu urbain Soutien aux projets intersectoriels dans trois territoires désignés : ➤ Montréal-Nord ➤ Petite Patrie ➤ Plateau Mont-Royal Types de projets : ▪ Avis sur l'aménagement sécuritaire de l'environnement (stations de métro, parcs, etc.) ▪ Offre de cours d'autodéfense ▪ Marches exploratoires dans les quartiers, etc. Soutien technique et financier au CAFSU pour le développement à l'action intersectorielle : 1. Mobilisation des partenaires 2. Journée d'étude sur la sécurité urbaine des femmes (juin 1999) Inventaire et évaluation des programmes d'autodéfense Financement des cours d'autodéfense pour les femmes démunies	Questionnements sur les effets de tels projets sur la prévention de la violence faite aux femmes	Poursuite de la réflexion avec les partenaires des divers secteurs sur les impacts de ces projets sur la prévention de la violence faite aux femmes et poursuite des projets locaux dans les trois territoires désignés Poursuite du développement à l'action intersectorielle Séminaire sur la sécurité urbaine (2000) Diffusion du rapport sur l'évaluation des cours d'autodéfense (2000) Poursuite du financement des cours d'autodéfense pour les femmes démunies
3.6.2.5 Accroître la sensibilisation des intervenants et assurer la formation et le soutien requis	Sessions de sensibilisation et de formation à 1300 intervenants de 13 CHCD (Infirmières, travailleuses sociales, psychologues, etc.) Deux formations à 40 omnipraticiens	Difficulté au niveau du transfert des apprentissages due en grande partie à l'absence d'un programme intégré de formation prenant en compte le suivi à la formation, certains facteurs reliés à l'environnement de travail, etc.) Faible proportion d'omnipraticiens rejoints par la formation	Poursuite des formations aux intervenants clés Projet pilote pour l'implantation d'un programme intégré de dépistage en violence conjugale dans un CHCD de Montréal et évaluation des résultats en vue de recommandations répondant davantage aux besoins de ces milieux. Évaluation des stratégies d'implantation pour la formation aux médecins des cliniques privées et urgences (dépôt du rapport : été 2000) Élaboration et mise en œuvre de stratégies de formation pour les médecins de cliniques privées et urgences

Mesures	Résultats obtenus à ce jour	Difficultés rencontrées	Actions prioritaires 2000 - 2001 – 2002
3.6.2.5 (suite)	Formation au dépistage systématique à la violence conjugale de 2 500 intervenants de 27 CLSC de la région de Montréal Consolidation de cette formation par des activités de supervision clinique et organisationnelle dans 12 CLSC de Montréal Conception d'un atelier de sensibilisation en matière de violence conjugale chez les femmes handicapées Soutien aux 3 tables de concertation en violence faite aux femmes pour un projet de formation intersectorielle Bilan des besoins de formation chez les intervenants des divers secteurs (1998-1999) – 2 séminaires Formation à l'intervention en violence faite aux femmes dans un contexte interculturel. Production d'un répertoire des formations et outils en matière de violence faite aux femmes	Problèmes éthique pour l'application du protocole de dépistage systématique en CLSC Retard dans l'élaboration de sessions de formation sur les enfants témoins et les conjoints violents et ce, compte tenu des investissements importants pour la formation au dépistage systématique en violence Difficultés reliées : ◆ à l'ampleur de ce projet novateur (trois problématiques cibles, soit violence conjugale, agression sexuelle et sécurité urbaine; plusieurs clientèles-cibles; approche interculturelle). ◆ à la concertation et complexité du contexte organisationnel de chacune des 3 tables	Suivi de l'application du protocole dans les CLSC Poursuite de la consolidation des formations au dépistage systématique en matière de violence conjugale dans d'autres CLSC de Montréal En accord avec les CLSC, report des formations pour conjoints violents et enfants témoins. Poursuite de l'élaboration de la formation concernant les femmes handicapées et diffusion du contenu de l'atelier (2001-2002) Exploration avec les partenaires du projet de pistes de solutions pour favoriser l'action intersectorielle autour d'activités de formation Séminaire en agression sexuelle (automne 2000) Diffusion de la formation à l'approche interculturelle aux intervenants de tous les secteurs Diffusion du répertoire des formations Élaboration et diffusion d'une formation en matière de sécurité urbaine

Mesures	Résultats obtenus à ce jour	Difficultés rencontrées	Actions prioritaires 2000 - 2001 - 2002
3.6.2.6 Prévenir la récidive de la violence faite aux femmes	Soutien à l'action intersectorielle pour femmes violentées provenant des communautés ethnoculturelles ◆ Production et première diffusion de dépliant et d'affiches en huit langues Soutien financier et technique à l'action intersectorielle concernant les enfants témoins de violence conjugale et leurs parents ◆ Élaboration d'un cadre de référence pour l'intervention auprès des enfants témoins et leurs parents ◆ Réalisation d'un projet pilote : Intervention psychosociale de groupe auprès des enfants témoins dans divers territoires de Montréal réalisés en partenariat. 7 CLSC, 2 centres jeunesse et 6 maisons d'hébergement ont réalisé 5 groupes rejoignant près de 40 enfants et au moins un de leurs parents ◆ Journée d'étude et colloque (300 intervenants rejoints) ◆ Soutien aux organismes communautaires Évaluation et soutien financier du service sociojudiciaire pour les victimes de violence conjugale à la cour municipale et à la Cour du Québec du CLSC Plateau Mont-Royal	Retard dans la réalisation des activités prévues pour les membres des communautés ethnoculturelles Demande accrue de la part des différents partenaires concernés pour participer à ce projet pilote	Soutien accru aux actions de la Table pour la réalisation de projets pour les communautés culturelles Diffusion plus large des dépliant et affiches en huit langues Production et diffusion d'affiches en français et en anglais Production et diffusion d'un répertoire de ressources pour les intervenants aux prises avec la violence conjugale dans les communautés ethnoculturelles Consolidation de l'intervention de groupe en intersectorialité Évaluation de ces expériences de groupe Soutien à l'organisation d'une 2^e journée d'étude sur l'action intersectorielle Tenue d'un colloque international sur les enfants Reconstitution du soutien financier aux organismes communautaires pour femmes victimes, enfants témoins et conjoints violents Développement des activités du service d'aide sociojudiciaire pour les victimes de violence conjugale

Mesures	Résultats obtenus à ce jour	Difficultés rencontrées	Actions prioritaires 2000 - 2001 - 2002
3.6.2.7 Offrir des services de dépistage et d'intervention précoce afin d'être en mesure d'agir contre la violence conjugale N.B. : Cette mesure concerne tout particulièrement les CLSC	Femmes victimes : Référence au point « <i>Formation et consolidation de la formation au dépistage systématique en matière de violence conjugale</i> » (point 5) Enfants témoins : Voir la participation des CLSC aux travaux de la table de concertation en matière de violence conjugale pour les enfants témoins (point 6) Conjoints violents : NIL Clientèles particulières : Soutien à l'élaboration d'une formation sur la violence conjugale et les femmes handicapées (réf. 5)	Retard dans l'élaboration de sessions de formation sur les enfants témoins et les conjoints violents compte tenu des investissements importants des CLSC pour la formation au dépistage systématique en violence conjugale	Soutien au développement de mécanismes de dépistage et consolidation de l'intervention précoce pour les femmes victimes En accord avec les CLSC, report des formations sur les enfants témoins En accord avec les CLSC, report des formations sur les conjoints violents Réalisation d'un état de situation en CLSC sur le dépistage, l'intervention précoce et les collaborations avec les organismes communautaires pour les conjoints violents Soutien à l'établissement d'ententes pour l'intervention auprès des conjoints violents Réf. Au point 5 / Stratégies de diffusion de cette formation (rencontres des partenaires, production et diffusion des documents, soutien à ces formations, etc.) Exploration et priorisation des clientèles particulières à desservir en CLSC
3.6.2.8 Favoriser une plus grande continuité de services entre les lignes d'aide téléphonique existantes	Rencontres multisectorielles en vue de l'élaboration de paramètres concernant : - l'établissement d'une ligne régionale pour conjoints violents - l'établissement de collaborations entre les divers partenaires (SOS violence conjugale, Info-Santé, etc.)	Les travaux pour la création d'une ligne nationale pour conjoints violents sont suspendus par le MSSS (1999)	À déterminer en fonction des décisions ministérielles

Mesures	Résultats obtenus à ce jour	Difficultés rencontrées	Actions prioritaires 2000 - 2001 - 2002
3.6.2.9 Limiter les répercussions de la violence conjugale auprès des enfants victimes ou témoins de cette violence ♦ Rejoignant la mesure 10, ce point n'a pas été traité dans le document <i>Le Défi à l'Accès 1998-2002 - Continuum de services en adaptation sociale</i>			
3.6.2.10 Établir des protocoles de collaboration entre les CLSC, les centres jeunesse et les autres partenaires et mieux coordonner les interventions auprès des victimes et des enfants témoins	Soutien à l'application des protocoles régionaux déjà existants Implantation d'un protocole de référence pour les femmes victimes et les enfants témoins de violence conjugale liant le service d'aide psychosociosociale pour les victimes de violence conjugale à la cour municipale et à la Cour du Québec du CLSC Plateau Mont-Royal et les 29 CLSC de la région Implantation de protocoles d'entente locaux entre la Table de concertation en violence conjugale, certains CLSC, les deux centres jeunesse et certaines maisons d'hébergement pour la réalisation d'intervention de groupe pour les enfants témoins de violence conjugale (point 6)	Délai dans l'établissement d'un protocole intersectoriel régional relativement au cheminement de la clientèle à travers les divers réseaux et aux champs d'intervention des organisations Enjeux autour de la notion de confidentialité	Évaluation et bonification de ces protocoles et leur utilisation d'un protocole régional intersectoriel Évaluation de la pertinence de la faisabilité d'un tel type de protocole/arimage avec le Projet jeunesse montréalais Prise en compte de la sortie du rapport interministériel sur la confidentialité Développement d'un protocole intersectoriel dans le cadre du projet pilote sur le dépistage systématique de la violence conjugale dans un CHCD de Montréal

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Continuum en déficience physique

Mesure 3.3.1

Maintenir dans l'immédiat l'accessibilité à 731 lits de réadaptation fonctionnelle intensive en améliorant l'efficacité des programmes des 5 URFI en CHSLD et en optimisant l'utilisation des hôpitaux de jour.

Cette approche requerrait d'analyser, à l'aide d'instruments appropriés, le profil des clientèles des URFI en CHSLD et des CHR afin d'évaluer les besoins et de fixer des objectifs de résultats et d'efficacité aux 5 URFI en CHSLD ainsi que, de procéder à un bilan exhaustif de l'utilisation des hôpitaux de jour.

La Régie régionale a donc, procédé à l'élaboration d'un bilan des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) offerts par les CHR, les URFI et les hôpitaux de jour, qui sera finalisé en septembre 2000. Parallèlement à l'élaboration du bilan, la Régie régionale a également préparé un plan de travail en RFI dont les objectifs ont été confirmés par les constats du bilan. Des travaux supplémentaires seront amorcés d'après les pistes de réflexion du bilan à l'automne 2000. Les travaux concernant l'analyse du profil des clientèles en URFI et en CHR tels, le projet d'implantation de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) et l'expérimentation d'un outil d'évaluation des troubles cognitifs dans trois sites pilotes, sont en cours présentement et se poursuivront à l'automne 2000.

Mesure 3.3.2

Allouer un budget de développement de 1,7 M\$ aux CLSC de la région afin d'offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile, et ce, pour une clientèle pouvant bénéficier de cette approche.

Cette mesure était destinée principalement à la clientèle présentant une problématique orthopédique, telle que les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et dont la condition clinique et psychosociale permet une telle approche. Il est important de souligner que ces sommes n'ont pas encore été reçues du MSSS à mi-parcours du plan d'amélioration 1998-2002. Un des constats du bilan en RFI porte sur le taux d'hospitalisation élevé pour cette clientèle et la pertinence de diriger systématiquement ce type de clientèle vers des établissements de réadaptation sur une base interne. Cette mesure répond donc, aux constats du bilan et devrait être maintenue comme une des priorités régionales.

Mesure 3.3.3

Optimiser l'articulation des interventions des CHR et des URFI en CHSLD avec les établissements en amont et en aval de leurs interventions.

Parmi les objectifs du plan de travail en RFI, la Régie régionale mentionne de consolider l'organisation régionale des services de RFI offerts à l'interne en CHR ou en URFI en CHSLD et faire une planification régionale de services externes de RFI. Pour rencontrer la présente mesure, il est donc, important de répondre au préalable à ces deux objectifs. Par la suite, il sera possible d'optimiser l'articulation des interventions des CHR et des URFI en CHSLD avec les établissements en amont et en aval de leurs interventions. Les travaux concernant la réorganisation des services internes de RFI et l'organisation des services externes de RFI débuteront parallèlement à l'automne 2000.

Mesure 3.3.4

Allouer 5,6 millions \$ sur trois ans aux budgets POSILTH des 29 CLSC afin d'éliminer la liste d'attente et accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique.

Le suivi de cette mesure sera donné par les services de première ligne.

Mesure 3.3.5

Allouer 1 million \$ pour le programme de soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique en CLSC afin d'éliminer la liste d'attente, d'assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles à desservir à chaque année et de permettre un rehaussement des subventions.

Le suivi de cette mesure sera donné par les services de première ligne.

Mesure 3.3.6

Placer sous une seule responsabilité de gestion les enveloppes budgétaires destinées au prêt et à l'octroi des équipements requis pour le retour ou le maintien à domicile de la clientèle et donc, de transférer le fonds de 400 000 \$ destiné au prêt d'équipements spécialisés à la Régie régionale.

Cette mesure a été réalisée en octobre 1998, soit au même moment que le transfert du programme de l'OPHQ finançant des aides techniques vers le réseau. Cependant, une somme de 65 000 \$ sur le budget de 400 000 \$ à transférer a été maintenu au centre de réadaptation pour le prêt de fauteuils roulants requis pour le retour à domicile de la clientèle.

Mesure 3.3.7

Mieux connaître certaines problématiques pour orienter nos actions pour l'avenir.

Procéder à un bilan des services d'adaptation/réadaptation dispensés pour la clientèle :

- pédiatrique ayant une déficience motrice;
- présentant une déficience sensorielle (de tout âge);
- présentant des troubles du langage et de la parole (de tout âge);

A cet égard, le Service d'intégration sociale pour les personnes présentant une déficience physique en collaboration avec le Service des études et de l'évaluation a réalisé plusieurs bilans de services d'adaptation/réadaptation :

- ◆ Bilan des programmes de réadaptation en déficience motrice adulte (octobre 98)
- ◆ Bilan des programmes de réadaptation en déficience motrice pédiatrique (octobre 98)
- ◆ Bilan des programmes de réadaptation en déficience en déficience auditive (juin 99)
- ◆ Bilan des programmes de réadaptation en déficience en déficience visuelle (juin 99)
- ◆ État de situation des ressources résidentielles et d'hébergement en déficience physique (octobre 99)
- ◆ Bilan des programmes de réadaptation pour la clientèle ayant des troubles du langage (mars 2000)

De ces bilans, différentes mesures furent adoptées par le conseil d'administration de la régie pour chacune des déficiences :

Déficience motrice RAIS :	1 942 000 \$
Déficience auditive :	1 406 050 \$
Déficience visuelle :	1 150 000 \$
Déficience du langage et de la parole :	1 150 000 \$
Ressources résidentielles et d'hébergement :	3 534 200 \$
Total :	9 182 250 \$

Nous n'avons reçu aucune somme de développement en regard de ces demandes budgétaires qui ont été acheminées au MSSS pour une intégration au plan.

Mesure 3.3.7.1

Inventorier les différents types de services de soutien actuellement disponibles pour les familles vivant avec une personne ayant une déficience physique pour adapter la gamme de services offerts aux besoins diversifiés des familles en visant une efficience maximale.

Un état de situation concernant non seulement les ressources de répit/dépannage, mais également les ressources offrant un milieu de vie substitut à long terme, a été réalisé et diffusé en décembre 1999. Cet état de situation a permis de documenter les problématiques d'accessibilité à ces ressources. À cet effet, une demande de développement budgétaire de 3 534 200 \$ a été adressée au MSSS en juin 2000 et est maintenant considérée comme faisant partie intégrante du plan 1998-2002. L'état de situation réalisé a également démontré la pertinence de transférer la responsabilité de gestion des RTF et RI, qui n'avait pas été prévu initialement au plan.

Mesure 3.3.7.2

Mettre en place des ressources d'hébergement non-institutionnelles pour les personnes présentant une déficience physique dont le profil de besoins correspond à la clientèle habituellement orientée en CHSLD et ce, en transformant des lits de longue durée en CHSLD.

Cette mesure n'a pas été réalisée à ce jour compte tenu que les objectifs prévus à cet effet au niveau du continuum de services aux personnes âgées n'ont pu être actualisés. En l'absence d'argent neuf, il nous faut revoir comment nous pourrions implanter cette mesure par transformation.

Mesure 3.3.8

Allouer un développement budgétaire au «Centre de distribution des aides techniques» (C.D.A.T) de 75 000 \$ afin de diversifier et d'augmenter son offre de services.

Depuis 1999, un budget de 75 000 \$ a été alloué de façon récurrente au CDAT.

Mesure 3.3.9

Offrir des séances de sensibilisation et de formation si nécessaire aux CHSGS et aux CLSC en collaboration avec l'équipe vouée à cette clientèle.

Un plan de travail a été élaboré pour donner suite à cette mesure. Compte tenu que cet organisme est le maître d'œuvre dans la démarche de sensibilisation et de formation, nous attendons les disponibilités du CDAT pour actualiser le plan.

Priorités en déficience physique

Compte tenu que nos demandes budgétaires sont récentes par rapport aux autres continuums, il nous faut faire connaître nos besoins en mettant l'accent :

- ◆ sur les services aux enfants, principalement en orthophonie;
- ◆ sur le développement de ressources non-institutionnelles;
- ◆ sur le développement de services de 2^e ligne et de ressources pour prendre en charge les personnes ayant une déficience physique et qui présentent des troubles graves de comportement;
- ◆ continuer de faire pression au niveau national pour obtenir un programme d'implants cochléaires à Montréal.

Suivi des travaux

Un dernier bilan sera livré en septembre 2000 soit celui de la RFI (réadaptation fonctionnelle intensive).

Des travaux suivront en collaboration avec les services d'hébergement et de soins de longue durée.

Positionnement régional des services de réadaptation

Il est important, comme Régie régionale, que l'on défende les besoins de réadaptation pour la population en général et pour les personnes à risques de perdre une autonomie qui pourrait retrouver le maximum d'autonomie fonctionnelle.

Le manque d'accessibilité pour les services jugés non prioritaires (ex. : tendinite, arthrose) ou le manque dans le niveau de ressources nécessaire pour compléter un épisode de soins (ex : AVC) et parfois l'absence de certains services (ex : orthophonie) ont des impacts importants pour la qualité de vie de la personne, sa productivité au niveau professionnel ou social et le niveau de services que le système de santé devra lui fournir parce que la personne n'a pas eu le bon service au bon moment.

SANTÉ PHYSIQUE

Continuum des services en santé physique

Services pédiatriques

Programmes conjoints :

- chirurgie cardiaque
- cardiologie tertiaire
- neurochirurgie
- transplantations d'organes

Au printemps, les deux centres hospitaliers pédiatrique avaient convenu de former deux comités conjoints en neurochirurgie et en chirurgie cardiaque.

Après un délai, les deux établissements nous ont transmis le nom de leur représentant. Entre temps, un problème de couverture de services en hémato-oncologie à l'hôpital de Montréal pour Enfants a relancé la difficulté de collaboration de ces deux établissements; le problème de couverture n'est pas réglé. Il faudra trouver une solution avant de penser à mettre en place les deux comités prévus.

Mesure 3.1.5

Amélioration de l'accès aux soins et services sur une base ambulatoire dans chaque centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

- ♦ Poursuivre nos efforts pour rendre à terme les deux centres ambulatoires de Sacré-Cœur et Maisonneuve-Rosemont.
- ♦ Mettre en place des mécanismes de suivi pour centre ambulatoire du Lakeshore :
 1. comité conjoint pour suivre l'avancement du projet avec le MSSS et obtenir le développement budgétaire requis;
 2. comité de programmation MSSS – RR – CLSC – cabinets privés – établissements.

Mesure 3.1.6

Régler de façon permanente l'engorgement des salles d'urgence

Plusieurs éléments pouvant contribuer à éviter le recours inapproprié à la salle d'urgence font actuellement l'objet de travaux.

- ♦ accessibilité aux services médicaux dans la communauté
- ♦ suivi continu pour malades pulmonaires
- ♦ suivi continu pour insuffisants cardiaques
- ♦ articulation CH-CLSC
- ♦ accessibilité rapide aux laboratoires et à la radiologie ainsi que des consultations en spécialité pour médecins en cabinets privés afin de permettre un suivi de leur clientèle
- ♦ transmission de l'information clinique au médecin traitant
- ♦ accessibilité pour le CLSC à un médecin ou une personne désignée pour les patients en post-hospitalisation.

D'autres mesures devraient supporter la prise en charge en dehors de l'urgence lors de l'implantation du DRMG

- ♦ garde sous régionale pour CHSLD (avec déplacement du médecin sur place pour éviter d'amener le patient à l'urgence;
- ♦ développement de la médecine de famille

Mesures d'efficience en centre hospitalier

- ♦ Suivi et diffusion des résultats aux CHSGS – re : DMS, chirurgie d'un jour et admission la même journée pour une chirurgie élective.

Mesure 3.1.8

Mise en place d'un système d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours

Implantation d'un outil de pertinence prévu pour l'automne 2000.

Suivi de la prise en charge efficace de la personne âgée.

- ♦ % de débordement 1999-2000
- ♦ selon les résultats, planifier une stratégie d'intervention auprès des CHSGS ayant un % supérieur à la moyenne régionale.

Mesures régionales

Mesure 3.1.13

Amélioration de l'accessibilité aux examens de radiologie diagnostique

Afin de diminuer le recours à l'urgence, un premier état de situation est complété.

Suivi : Trouver des pistes de solutions en termes

- ♦ d'amélioration de l'accessibilité pour la population et les médecins dans la communauté;
- ♦ de développement d'un système d'information fiable pour suivre la situation (liste d'attente);
- ♦ examiner et voir avec les instances concernées les contraintes d'accessibilité reliée à la rémunération des médecins.

Mesure 3.1.14

Amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers à domicile et consolidation des modalités d'articulation

- ♦ Amélioration et consolidation de l'articulation CH-CLSC-médecin traitant
- ♦ Révision de la répartition des transports ambulanciers en septembre 2000.
- ♦ Éliminer le débordement des patients LD/CD
- ♦ Ramener à 10% les lits de longue durée au permis.

Concernant les patients de longue durée en courte durée

Il nous faut développer une nouvelle approche pour mieux utiliser les ressources disponibles notamment en développant des ressources non institutionnelles.

Moyens concernant les services de réadaptation et les soins subaigus:

- ♦ Utiliser l'enveloppe mesures de l'hiver dédiée à l'achat de places;
- ♦ Éliminer les délais pour les services de réadaptation suite aux bilans (qui sera disponible en septembre 2000) poursuivre les travaux en RFI avec les CHR – URFI – CHSLD afin d'éliminer les délais d'attente pour la réadaptation.
- ♦ Ouverture sur une base annuelle d'un nombre de lits subaigus avec un rehaussement durant l'hiver et l'été au besoin.

Compte tenu que le besoin est réel, il nous faut surveiller les opportunités pour obtenir les budgets nécessaires pour le faire.

Mesure 3.1.15

Amélioration des soins palliatifs

Un état de situation régionale est complété.

Le développement de ressources intermédiaires dans la communauté et le suivi plus systématique des clientèles à domicile par une équipe spécialisée multidisciplinaire CH-CLSC permettrait une meilleure utilisation des lits de courte durée.

Pour ce faire des argents sont nécessaires. De plus, des travaux sont en cours au niveau national et des orientations en ce sens sont attendues sous peu.

En conclusion

Pour réussir à diminuer l'engorgement dans les salles d'urgence, nous ne pouvons ignorer aucune des mesures avant le centre hospitalier et suivi après la sortie qui peuvent y contribuer.

Priorités

Si nous voulons que les CHSGS remplissent pleinement leur mission de courte durée, incluant le désengorgement de leur salle d'urgence, il nous faut faire en sorte de mettre à contribution tous les autres réseaux pour que la priorité du désengorgement des salles d'urgence ne soit pas seulement la responsabilité des hôpitaux. Toutefois, les CHSGS doivent continuer d'améliorer leur performance en terme de gestion des épisodes de soins;

- ▶ Si le problème d'engorgement de l'urgence est systémique on doit lui appliquer un traitement en conséquence;
- ▶ Trouver les solutions pour les clientèles qui sont amenées à l'urgence et demeurent dans des lits de courte durée :
 - ▶ traumatisés avec problèmes de comportement (ex : un cas est demeuré 2 ans au MGH);
 - ▶ personnes ayant une déficience intellectuelle;
 - ▶ personnes ayant un problème de santé mentale qui auraient besoin de services dans la communauté ou de soins de long séjour en CH psychiatrique et pour lesquelles les services adaptés à leurs besoins ne sont pas disponibles;
 - ▶ les patients nécessitant des soins subaigus, etc.;
 - ▶ le débordement de personnes âgées nécessitant des soins de longue durée et pour lesquelles une demande d'admission CHSLD est effectuée (150 patients);
 - ▶ ramener à 10% des lits de courte durée physique le nombre de lits de longue durée (300);
 - ▶ les patients en soins palliatifs ne nécessitant pas le plateau technique de l'hôpital et qui pourraient recevoir des soins à domicile;
 - ▶ l'attente :
 - ▶ pour les services de réadaptation;
 - ▶ pour des examens diagnostiques dans un autre établissement;
 - ▶ pour une chirurgie cardiaque ou une angioplastie;
 - ▶ etc.

Mesure 3.1.9

Amélioration de l'utilisation des ressources en chirurgie et plans d'action spécifiques en neurochirurgie, orthopédie et ophtalmologie

Données sur l'évaluation des activités au bloc opératoire :

Année	Heures présence usagers	Usagers
1996-1997	274 000	195 000
1997-1998	264 372	184 098
1998-1999	260 511	179 156
Écart	13 499	15 844

Depuis l'année 1996-1997, nos activités au niveau des blocs opératoires de la région ont diminuées malgré les investissements pour les clientèles ciblées en neurochirurgie, orthopédie, ophtalmologie et chirurgie cardiaque.

Quant à la mise en place d'un système fonctionnel de gestion des listes d'attente par intervention ciblée et diffusion à la population, un projet national est en cours. L'application de mesures plus spécifiques pour augmenter l'accessibilité et le suivi des résultats nous semble plus appropriés à ce moment-ci compte tenu de l'évolution de la demande.

Mesure 3.1.10

Amélioration de l'accessibilité à la radio-oncologie

Des travaux au niveau national ont permis d'identifier des priorités de développement, ainsi pour notre région :

1. Annonce juin 1999 : 3 accélérateurs à haute énergie dont 2 seront en fonction pour l'automne 2000 et le 3^e prévu pour 2001. Des budgets de fonctionnement ont été identifiés; il nous faut s'assurer qu'ils seront disponibles à temps pour la mise en place des services.
2. D'autres annonces au printemps 2000 pour consolider les services (à suivre);
3. Des travaux se poursuivent notamment pour la phase II – CHUM, consolidation Maisonneuve-Rosemont et développement d'un centre dans le nord (Sacré-Cœur) (à suivre).

N.B. : Ces développements pourront nous permettre de traiter la clientèle dans les délais requis

Mesure 3.1.11

Amélioration de l'accessibilité aux services de cardiologie tertiaire et de chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique

Chirurgie cardiaque

- ♦ La liste d'attente entre mars 1998 (377) et avril 2000 (647) s'est allongée de façon catastrophique malgré l'augmentation du nombre d'interventions.
- ♦ En janvier 2000 annonce de la ministre pour 120 cas et plus à l'Institut de cardiologie de Montréal.
- ♦ En avril 2000, annonce de la ministre pour 650 cas de plus annuellement dans la région.

Dès l'automne, nous devrions voir une amélioration significative du nombre de patients en liste d'attente. Au printemps 2001, le délai d'attente devait être autour d'un mois.

L'implantation d'un système d'information :

- ♦ réalisé dans la région;
- ♦ travaux en cours au niveau national.

Plan d'action en cardiologie tertiaire

Des travaux ont été réalisés et des budgets supplémentaires ont été octroyés au CHUM et à l'Institut de cardiologie de Montréal pour effectuer plus d'interventions en angioplastie.

Des travaux se poursuivent à l'automne 2000 pour l'électrophysiologie.

De plus, la ministre a donné son accord à la formation d'une structure provinciale pour suivre l'évolution des services et s'assurer de l'accessibilité et de la qualité.

Cette structure serait comparable «mais plus modeste», au réseau en cardiologie tertiaire de l'Ontario et se nommerait «Réseau québécois de soins en cardiologie tertiaire» (RQCT).

Mesure 3.1.12

Mise en place d'un fonds de développement de l'accès aux services spécialisés et ultraspecialisés.

Voir tableau des crédits obtenus.

Dialyse rénale – état de situation en cours sur le manque à gagner 2000-2001.

Cardiologie – selon suivi des travaux

Centre ambulatoire Lakeshore : voir centre ambulatoire Lakeshore.

Laboratoires

Mesure 3.1.16

Amélioration de l'accessibilité et de l'efficience du réseau de laboratoires

Mesure 3.1.16.2

Offrir des services de prélèvements sans rendez-vous dans tous les CLSC de la région

- ♦ Travaux effectués pour valider les coûts et impacts sur les autres services;
- ♦ Portrait déposé au regroupement des CLSC.

Mesure 3.1.16.3

Intégrer les activités de laboratoires CHSLD, CHSP et CHR à un laboratoire de CHSGS

Actuellement, seulement 2 des 9 établissements visés effectuent des activités de laboratoire, ce sont Louis-H. Lafontaine et l'Institut de réadaptation de Montréal.

Mesure 3.1.16.4

Assurer la complémentarité et l'efficience du réseau de laboratoires

Cytologie

Trois établissements ne répondent pas aux normes du comité provincial, un suivi doit être effectué à l'automne 2000.

Viser une distribution efficiente des analyses spécialisées

Des travaux sont en cours au niveau provincial. Dès que les paramètres d'efficience seront connus nous examinerons la situation dans la région et ferons le suivi en conséquence.

TABLEAU I - DÉVELOPPEMENTS REQUIS POUR LE PLAN 1998 - 2002

Description	Développements récurrents requis plan 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Développements récurrents obtenus 2000-2001	Total Développements récurrents obtenus 1998-2001
Santé physique					
3.1.12 Fonds de développement accès spécialisés et ultraspécialisés					
Programmes prioritaires					
A) Cardiologie tertiaire					
. Cathéters	6 500 000 \$				
. Tuteurs	2 880 000 \$	1 259 389 \$	418 289 \$		841 100 \$
. Défibrillateurs	1 262 000 \$	638 000 \$	220 000 \$		858 000 \$
. Chirurgie cardiaque adulte	3 910 000 \$	1 983 561 \$	1 407 039 \$	8 750 000 \$	12 140 600 \$
. Chirurgie cardiaque pédiatrique	1 300 000 \$	240 000 \$	240 000 \$		
B) Transplantation	2 223 000 \$				
C) Dialyse rénale	2 922 000 \$		2 700 000 \$		2 700 000 \$
D) Accessibilité générale à la chirurgie (Pavillon Lasalle)	3 500 000 \$		3 000 000 \$		3 000 000 \$
E) Neurochirurgie	1 977 000 \$	707 490 \$	67 554 \$	401 300 \$	1 176 344 \$
F) Ophtalmologie	1 000 000 \$	859 845 \$	71 155 \$	252 865 \$	1 183 865 \$
G) Orthopédie	1 800 000 \$	2 555 465 \$	860 710 \$	676 835 \$	2 371 590 \$
H) Instrumentation endoscopique		1 000 000 \$	1 000 000 \$		
I) Autres besoins (cancer du sein - CRID)	7 092 000 \$		422 324 \$		422 324 \$
Autres				475 000 \$	475 000 \$
. Centre ambulatorio Lakeshore					
. Radiologie diagnostique et autres					
J) Radio-oncologie	6 000 000 \$		3 500 000 \$	1 320 000 \$	4 820 000 \$
K) Résonnance magnétique	1 200 000 \$		600 000 \$		600 000 \$
L) Consolidation du programme de traumatologie	2 000 000 \$		1 100 000 \$		1 100 000 \$
3.1.15 Amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers : services en CLSC					
Sous-total : santé physique	45 566 000 \$	9 243 750 \$	10 569 073 \$	11 876 000 \$	31 688 823 \$

Description	Développements récurrents requis plan 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Développements récurrents obtenus 2000-2001	Total Développements récurrents obtenus 1998-2001
Personnes ayant une déficience physique					
3.1 Financement du programme de stimulation précoce	150 000				
3.2 Rehaussement de services pour faciliter les apprentis- sages scolaire	400 000				
3.3 Rehaussement du niveau de services pour favoriser l'intégration sociale	600 000				
4.1 Diminuer les délais d'attente	200 000				
4.2 Rehausser le niveau de services en audiologie en CR	225 000				
4.3 Rehausser le budget d'accompagnement pour les personnes ayant une surdi-cécité	50 000				
4.4 Rehausser le niveau de service pour soutenir l'intégration sociale	100 000				
4.5 Accès à la communication des personnes sourdes gestuelles	50 000				
4.6 Programme d'implant cochléaire à 10 enfants	393 800				
4.7 Augmenter le nombre d'implantation à 20 personnes (+ 5 enfants + 5 adultes)	387 250				
5.1 Ressources en orthophonie en CHSGS pour réduire les délais d'attente	250 000				
5.3 Rehausser le niveau de services en orthophonie en CR	250 000				
5.4 Ressources en soutien psychosocial pour les enfants ayant une déficience du langage	150 000				
5.6 Investir des ressources en orthophonie en CHSGS pour adultes	150 000				
5.7 Offrir des services en orthophonie à l'externe	200 000				
5.8 Allouer des ressources pour l'intégration sociale des personnes ayant un trouble du langage	150 000				
6.2 Améliorer l'accessibilité aux RTF et RI pour la clientèle anglophone pédiatrique	462 300				
6.3 Assurer aux usagers résidant en RTF et RI le suivi psychosocial	105 300				
6.4 Transformation de places RTF en RI (ressources non- institutionnelles pour enfants)	203 000				
6.4.1 Développer de nouvelles places	304 200				
6.5 Transformation de places RTF en RI (ressources non- institutionnelles pour adultes)	197 700				
6.5.1 Développer de nouvelles places	1 268 000				
6.6 Développer des ressources pour clientèle présentant des troubles graves du comportement					
♦ Développement de place en RI	295 000				
♦ Création d'une unité de transition	200 000				
6.7 Accroître l'accessibilité aux services de répit/dépannage pour les familles	497 900				
♦ Réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS)	1 900 000				
Sous-total : déficience physique	9 139 450 \$			550 000	

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Services de première ligne : Soutien à domicile

A. CONTINUUM DES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE : SERVICES POSTHOSPITALIERS À DOMICILE

3.1.14	Amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers à domicile et consolidation des modalités d'articulation
--------	---

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

- En 1998-1999 et 2000-2001, nous avons pu, grâce au budget de développement accordé par le MSSS, allouer 4,4 M \$ aux services à domicile posthospitaliers et postopératoires. Cela représente 83 % du budget demandé dans notre Plan 1998-2002.

Au cours des hivers 1998-1999 et 1999-2000 de même qu'à l'été 2000-2001, des ressources financières ont été ajoutées pour augmenter momentanément les services à domicile pour faire face à la crise saisonnière des salles d'urgence. Le bilan de ces actions démontre :

- l'ajout de financement n'entraîne pas d'augmentation de clientèle;
 - les modalités d'articulation CH-CLSC sont mal connues et demandent à être révisées;
 - les difficultés d'articulation avec les médecins demeurent un écueil important.
- En ce qui a trait aux services et soins en périnatalité, un cadre de référence en matière de rôle et modalités d'articulation CHA/CLSC/médecin traitant a été élaboré et soumis à la consultation. Deux projets-pilotes sont en cours :
 - utilisation des formulaires de référence interétablissements (FRIE);
 - transmission des avis de naissance entre les CH accoucheurs, les CLSC et la Direction de la santé publique.

L'implantation du cadre de référence exige des ressources financières additionnelles : 2,5 M \$ (dont 0,8 M \$ pour l'allaitement maternel).

- Le dossier des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) ne faisait pas partie du Plan 1998-2002, mais il a pris une place importante dans les travaux :
 - implantation d'un centre de coordination régional au CLSC des Faubourgs;
 - augmentation des services avec l'aide d'un budget de développement accordé par la Régie régionale (372 000 \$) en 1998-1999.

Les fonds demeurent insuffisants. Une demande de financement additionnel a été acheminée au MSSS en décembre 1999 : 954 000 \$ récurrents et 420 000 \$ non récurrents.

Priorités 2000-2002

1. Continuer de réclamer du MSSS, les budgets nécessaires en y ajoutant les nouveaux dossiers :
 - ◆ services à domicile posthospitaliers et postopératoires : 900 000 \$;
 - ◆ services en périnatalité : 2 500 000 \$
 - ◆ interruptions volontaires de grossesse : 954 000 \$ récurrents
470 000 \$ non récurrents
2. Préciser l'intervention du CLSC pour des clientèles spécifiques des services à domicile posthospitaliers :
 - ◆ troubles pulmonaires
 - ◆ troubles cardiaques
 - ◆ cancer
3. Réviser et promouvoir les modalités d'articulation CH-CLSC-médecin traitant.
4. Développer les services médicaux à domicile et les liens entre l'équipe des services à domicile du CLSC et le médecin traitant.

B. CONTINUUM DES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

3.2.7 Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

Voir « Positionnement de mi-parcours : Services aux personnes âgées »

Priorités 2000-2002 : (rappel)

Considérant,

pour l'ensemble des services :

- l'augmentation de 18,3 % du volume de desserte pour l'ensemble des services;
- l'atteinte des gains d'efficience qui s'élèvent à 2 816 557 \$ pour les deux premières années du plan.

pour les personnes âgées :

- l'augmentation du taux de desserte qui a atteint 56,6 % sur une période de deux ans alors que l'objectif était de 65 % sur quatre ans;
- l'intensité des services qui n'est que de 36,3 heures an/usager.

Nous estimons qu'il faut concentrer nos efforts sur l'augmentation de l'intensité des services pour les personnes âgées. Chaque usager devrait avoir accès à au moins une heure-soins par semaine comparativement aux 42 minutes de soins dispensés actuellement.

Le rehaussement requis pour atteindre cet objectif est de 77 429 403 \$. Ceci exclut les montants à venir estimés à 7 024 784 \$ et les gains d'efficacité anticipés, soit 2 790 607 \$.

Ce budget additionnel permettrait de rehausser les services tout en permettant à 100 % de la clientèle cible d'y avoir accès.

C. CONTINUUM DES SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE

3.3.4 Allouer 5,6 M \$ sur trois ans aux budgets POSILTPH des 29 CLSC afin d'éliminer la liste d'attente et accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

- Au 31 mars 2000, le développement accordé pour le programme POSILTPH a été de 2,95 M \$ sur les 5,6 M \$, soit un peu plus de 52 % du montant prévu dans le Plan 1998-2002.
- La clientèle du programme a augmenté de 10 % (80 usagers) et la liste d'attente pour l'obtention d'un premier service a diminué : au 31 mars 2000, 23 usagers étaient en attente d'un premier service.
- Toutefois, le nombre d'usagers qui attendent d'obtenir un rehaussement de services tend à augmenter. Au 31 mars 1998, 36 usagers étaient dans cette situation, alors qu'au 31 mars 2000, on en retrouve 45.
- Le montant versé par usager a augmenté de 8 %, passant de 10 881 \$ à 11 724 \$.

Priorités 2000-2002

Compte tenu des résultats obtenus jusqu'à présent et que près de la moitié des développements pour le programme POSILTPH sont à venir, soit 2,65 M \$, l'objectif de réduction des listes d'attente et d'accroissement de la clientèle doit être maintenu.

D. SOUTIEN À LA FAMILLE (déficience physique et déficience intellectuelle)

3.3.5 Allouer 1 M \$ pour le programme de subventions pour le soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique en CLSC afin d'éliminer la liste d'attente, d'assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles à desservir à chaque année et de permettre un rehaussement des subventions

et

3.5.1 Injecter un budget de 12 M \$* pour permettre de répondre en partie aux personnes en attente de services

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

- Au 31 mars 2000, le budget de développement prévu pour le programme soutien à la famille a été accordé à 47,6 %, soit 1,57 M \$ sur 3,3 M \$.
- La clientèle a augmenté de 54 %, passant de 1 784 usagers à 2 764 (augmentation de 980 usagers).
- Le nombre de personnes en attente de subvention est passé de 369 en 1997-1998 à 139 en 1999-2000.
- La clientèle bénéficiant d'un rehaussement de subvention a augmenté. Depuis 1997-1998, 1 378 personnes ont pu bénéficier d'une augmentation de subvention. Il reste toutefois au 31 mars 2000, 447 personnes en attente.
- Le montant versé par usager a diminué de 25 % entre 1997-1998 et 1999-2000 passant de 2 235 \$ à 1 686 \$

Priorités 2000-2002

Compte tenu des résultats obtenus et que plus de la moitié des développements demandés sont à venir, soit 1,8 M \$, l'objectif de réduction des listes d'attente et d'accroissement de la clientèle doit être maintenu.

E. INFO-SANTÉ

Le service d'Info-Santé n'était pas explicitement présenté dans le Plan 1998-2002, mais il constitue un élément majeur de la couverture de services pour faciliter le maintien à domicile et diminuer la pression sur les salles d'urgence.

* Dont 2,3 M \$ en services de soutien à la famille en CLSC (clientèle « déficience intellectuelle »)

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

- En 1999-2000, nous constatons une diminution globale du volume des appels répondus et traités (18 965) par rapport à l'année 1997-1998, plus importante au niveau des missions locales en CLSC (17 099) qu'aux centrales (1 866).
- Les visites à domicile réalisées par les centrales ont aussi connu un léger recul (78) passant de 1 276 à 1 198.
- Quant au délai d'accès « général » au service téléphonique d'Info-Santé, ce dernier a légèrement augmenté entre 1997-1998 et 1998-1999 passant de 3,53 à 5,25 minutes. Cependant, il est à noter que les deux méthodes utilisées pour mesurer ces délais, bien que similaires, furent différentes.
- Les CLSC ont rencontré des difficultés à recruter et à stabiliser les équipes avec du personnel infirmier qualifié pour assurer un service adéquat.

Priorités 2000-2002

Poursuivre le monitoring des délais d'accès et définir un nouvel objectif régional (en 1998-1999, nous avons demandé aux CLSC de maintenir un délai d'accès de 3,5 minutes au maximum).

F. AUTRES :

- SIDA
- Santé mentale
- Jeunesse

Voir textes spécifiques

PERSONNES ÂGÉES

Continuum des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL

3.2.1 Maintenir 14 017 lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée et augmenter à 60 % la proportion de places pouvant accueillir une clientèle requérant 2,5 heures-soins et plus par jour.

Résultats obtenus et problèmes rencontrés

1. Nous n'avons reçu aucun budget additionnel (18,4 M \$ ont été demandés) pour le rehaussement des critères d'admission des CHSLD.
2. Par conséquent, il n'y a pas de variation significative de la proportion de lits lourds dans notre parc de lits, mais une tendance se dessine conforme à nos orientations :

	1997-1998		2000-2001	
< 1,5 h	1 053	} 55,9 %	750	} 53,4 %
1,5 – 2,5 h	6 644		6 541	
> 2,5 h	6 084	44,1 %	6 355	46,6 %
Total	13 781	100 %	13 646	100 %

3. À même les ressources financières existantes, nous avons ajouté 20 lits à l'Hôpital Chinois et 20 lits au CHSLD Saint-Michel, tel que prévu.
4. Un projet de réduction de 105 lits pour fin de rehaussement est à l'étude au CHSLD du Plateau Mont-Royal.
5. Presque tous les projets de rénovation (3 766 lits) pour la mise aux normes sont en cours.
6. Le transfert prévu de l'Hôpital Ste-Anne du Gouvernement fédéral au MSSS (450 lits) ne pourra se réaliser à court terme à cause de problèmes importants de faisabilité.

Priorités 2000-2002

Le contexte qui prévalait au moment de l'élaboration du Plan 1998-2002 se maintient :

- La croissance du nombre et de la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus se maintient;
- La proportion des demandes d'hébergement pour des personnes en lourde perte d'autonomie continue d'augmenter. Depuis 1995-1996, le nombre de demandes pour ces personnes a augmenté de 20 %, alors que les demandes pour des personnes requérant moins de 2,5 heures-soins par jour a diminué de 6 %.

	Moins 2,5 h-s	%	2,5 h-s et +	%	Total
1995-1996	2 699	53,6	2 337	46,4	5 036
1996-1997	2 498	50,2	2 477	49,8	4 975
1997-1998	2 566	49,9	2 579	50,1	5 145
1998-1999	2 538	47,5	2 810	52,5	5 348
1999-2000	à venir				

- La nécessité d'ajouter au cours de la période hivernale des lits temporaires en CHSLD privés principalement pour aider à décongestionner les salles d'urgence hospitalière, montre l'incapacité du système régulier de répondre à plus de demandes. Aussi, nous rencontrons plus de difficultés à replacer dans le réseau régulier la clientèle de ces lits temporaires.

Les actions prioritaires à entreprendre sont :

5. Maintenir notre demande de 18,4 M \$ au MSSS;
6. Afin d'appuyer nos représentations auprès du MSSS, documenter le besoin de lits en fonction de la croissance de la population.

3.2.2 Améliorer l'équité d'accès aux services en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population

Résultats obtenus et problèmes rencontrés

1. Les actions prévues pour améliorer l'accès aux personnes d'expression anglaise sont très avancées :

- L'inclusion de 2 établissements (C.A. Dollard-des-Ormeaux et Manoir Pierrefonds) au Plan d'accès 1998-1999 a été effectuée et acceptée par le MSSS;
- Il reste à obtenir le consentement des établissements (862 lits) devant être « indiqués » pour desservir la communauté d'expression anglaise.

2. Les actions prévues pour améliorer l'adaptation culturelle de nos services sont toutes très avancées :

- L'ajout de 20 lits a été effectué à l'Hôpital Chinois;
- La préparation et la mise en place de programmes de confort culturel pour la communauté italienne a été initiée dans 4 CHSLD avec la collaboration des établissements et des représentants de la communauté;
- Pour la communauté juive, un programme de confort culturel de 40 lits est en voie d'implantation au CHSLD Centre-Ville (Manoir l'Âge d'Or). L'ouverture est prévue pour novembre 2000; une deuxième phase suivra pour porter le nombre de lits à 80;
- Pour la communauté grecque, les pourparlers se poursuivent pour déterminer un site qui pourrait recevoir un programme de confort culturel. Des divergences de point de vue sont apparues dans les orientations de la Régie régionale et des représentants de la communauté.

Priorités 2000-2002

Les projets prévus sont bien enclenchés et se poursuivent.

3.2.3 Améliorer le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées

Résultats obtenus et problèmes rencontrés

1. Nous avons reçu un budget de développement de 8 M \$ dont 6,5 M \$ ont été affectés à l'alourdissement des clientèles en CHSLD;
2. La mesure prévoyait réaliser un gain d'efficience en CHSLD qui permettrait de réallouer un montant de 19,2 M \$ vers les services. Compte tenu des difficultés, rencontrées dans le Plan 1995-1998 (dossier du 3 %), à réallouer les budgets entre établissements, nous n'avons pas donné suite à cette action.

Priorités 2000-2002

1. Le manque de ressources pour faire face à l'alourdissement de la clientèle est de plus en plus évident dans plusieurs CHSLD. Nos travaux pour évaluer la richesse relative des CHSLD montrent que 41 établissements demeurent en deçà du standard déterminé par la méthode de la Conférence des régies régionales.

Il importe donc de maintenir nos demandes de budget additionnel auprès du MSSS.

2. Par ailleurs, différents travaux doivent être réalisés pour améliorer l'utilisation des ressources disponibles :
 - Identifier une méthode simple de monitoring de l'efficacité en CHSLD;
 - Développer une programmation régionale d'unité spécifique et d'unité prothétique;
 - Préparer un plan d'action régional pour les deux problématiques suivantes :
 - insuffisance respiratoire;
 - intravénothérapie (avec ou sans antibiothérapie)

3.2.4 Assurer en CHSLD des services adaptés à une clientèle adulte et âgée ayant des problèmes de santé mentale ou une déficience intellectuelle

Résultats obtenus et problèmes rencontrés

1. Le transfert de 24 bénéficiaires de l'Hôpital Rivière-des-Prairies a été effectué au CHSLD Bordeaux-Cartierville. Deux établissements ont été approchés pour transférer 36 autres patients du réseau de la santé mentale. Les discussions se poursuivent.

Les difficultés rencontrées :

- Résistance des parents et associations au transfert en CHSLD;
- Contribution des adultes hébergés à compenser lors du transfert.

2. Aucun transfert provenant du réseau de la déficience intellectuelle n'a été réalisé.

Priorité 2000-2002

Poursuivre l'implantation de la mesure.

HOSPITALISATION EN CHSGS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

3.2.5 Maintenir 552 lits de transition de longue durée en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et réduire le délai d'attente des personnes qui attendent un hébergement institutionnel à l'hôpital

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

1. La réduction du nombre de lits de longue durée dans les CHSGS de 888 à 552 n'est pas avancée sauf pour l'Hôpital du Sacré-Cœur où le nombre de lits de longue durée est passé de 50 à 30;

L'impossibilité de procéder repose sur l'absence de ressources accordées par le MSSS pour rehausser les critères d'admission, en particulier des CHSLD, afin qu'ils puissent recevoir un plus grand nombre de personnes âgées requérant 2,5 heures-soins et plus par jour.

2. Le projet de réduction des lits de longue durée à l'Hôpital du Sacré-Cœur a été réalisé grâce à des fonds non récurrents qui ne sont maintenant plus disponibles. Nous observons présentement un débordement de la longue durée dans les lits de courte durée qui va en augmentant.

Pour éviter ce débordement sans ajout de ressources, il faut accorder à l'Hôpital du Sacré-Cœur une priorité absolue dans les admissions en CHSLD, ce qui déstabilise l'accès à l'hébergement pour une partie importante de la région et crée des iniquités d'accès pour l'ensemble de la clientèle en attente d'hébergement.

Priorités 2000-2002

Il devient de plus en plus impérieux de développer les ressources requises pour éviter que les personnes âgées séjournent à l'hôpital en attendant leur hébergement. Par conséquent, nous devons maintenir nos demandes de ressources additionnelles pour :

- Augmenter les services à domicile;
- Rehausser les critères d'admission en CHSLD.

De plus, nous devons obtenir des fonds du MSSS pour développer des ressources d'hébergement non institutionnelles qui conviennent à une partie grandissante des personnes âgées qui ne requièrent pas de soins de plus de 2,5 heures-soins par jour, mais qui présentent des problèmes cognitifs rendant impossible leur retour à domicile.

MAINTIEN À DOMICILE

Les mesures touchant le maintien à domicile des personnes âgées ont été significativement avancées :

- Augmentation des budgets de services à domicile (mesure 3.2.7);
- Adoption d'un cadre de référence pour les ressources d'habitation privées et publication d'un répertoire (mesure 3.2.11);
- Consolidation du réseau des entreprises d'économie sociale (mesure 3.2.8);
- Un centre de jour a été développé (mesure 3.2.9);
- La réorganisation du programme d'hébergement temporaire en CHSLD a été planifiée et s'actualisera à compter de novembre 2000 (mesure 3.2.10).

La mesure 3.2.7 étant centrale, nous l'abordons ici de manière détaillée.

3.2.7 Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie
--

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

- Les CLSC ont dépassé en 1998-1999 l'objectif fixé au plan du taux de desserte qui était de 65 %* de la population cible. Selon les modes de calcul, ils desservent entre 70 % et 56,6 % de la clientèle cible.
- L'intensité des services, en 1998-1999, n'était que de 42 min/sem/usager; ce qui ne représente pratiquement pas d'augmentation avec l'année précédente.
- Les CLSC ont augmenté leur desserte des clientèles plus légères (nécessitant moins de 2,5 heures-soins par jour) amorçant ainsi le virage vers cette clientèle qui n'a que les CLSC comme ressource.
- Les travaux sur l'objectif d'efficience (5,8 M \$) ont été mal reçus par les CLSC mais on note une amélioration de l'efficience qui équivaut à 2,8 M \$:
 - diminution du coût moyen de gestion par usager des services à domicile de 11,75 \$ (de 124,16 \$ à 112,41 \$);
 - le taux de services directs sur les services indirects s'est amélioré passant de 0,493 à 0,525.

Priorités 2000-2002

Considérant,

pour l'ensemble des services :

- l'augmentation de 18,3 % du volume de desserte pour l'ensemble des services;
- l'atteinte des gains d'efficience qui s'élèvent à 2 816 557 \$ pour les deux premières années du plan.

pour les personnes âgées :

- l'augmentation du taux de desserte qui a atteint 56,6 % sur une période de deux ans alors que l'objectif était de 65 % sur quatre ans;
- l'intensité des services qui n'est que de 36,3 heures an/usager.

Nous estimons qu'il faut concentrer nos efforts sur l'augmentation de l'intensité des services pour les personnes âgées. Chaque usager devrait avoir accès à au moins une heure-soins par semaine comparativement aux 42 minutes de soins dispensés actuellement.

Le rehaussement requis pour atteindre cet objectif est de 77 429 403 \$. Ceci exclut les montants à venir estimés à 7 024 784 \$ et les gains d'efficience anticipés, soit 2 790 607 \$.

Ce budget additionnel permettrait de rehausser les services tout en permettant à 100 % de la clientèle cible d'y avoir accès.

* Dans le Plan 1998-2002, l'objectif fixé est de 80 %. Ce chiffre a été révisé à 65 % depuis ce temps avec les nouvelles données qui ont été rendues disponibles.

RESSOURCES D'HÉBERGEMENT NON INSTITUTIONNELLES

3.2.13 Élargir la gamme de services disponibles pour la clientèle en développant 400 places de ressources d'hébergement non institutionnelles dont 40 pour les adultes de moins de 65 ans

Résultats obtenus et problèmes rencontrés

Aucune des 400 places qu'il était prévu de développer en ressources d'hébergement non institutionnelles n'a été réalisée. La stratégie de mise en place initialement prévue s'est avérée impossible à actualiser. En effet, la fermeture de lits en CHSLD devait initialement procurer les ressources financières pour développer les places d'hébergement non institutionnelles. Cependant, cette stratégie s'est avérée impraticable à cause de difficultés au plan des relations de travail.

Priorités 2000-2002

Le besoin pour ce type de ressources se fait de plus en plus évident. Il importe donc de poursuivre l'objectif du Plan 1998-2002 de développer 400 places, en modifiant la stratégie initialement prévue et en demandant au MSSS un budget de développement pour les mettre en place.

Nous estimons actuellement que le budget récurrent pour mettre en place un premier bloc de 100 places est de 2 M \$.

Cela permettrait d'implanter 5 résidences de 20 places dispersées sur le territoire de la région. Ces places auraient un effet marqué sur la congestion hivernale des salles d'urgence, puisqu'une partie importante des personnes âgées qui attendent un hébergement à l'hôpital pourrait y être dirigée.

DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU INTERACTIF DE SERVICES

La principale réalisation dans ce volet du Plan 1998-2002 a été l'implantation du projet SIPA (mesure 3.2.17), pour lequel nous avons obtenu du MSSS un budget non récurrent de prolongation de 3 M \$. Le projet est prolongé jusqu'au 31 mars 2001. La réflexion est commencée pour définir ce qu'il adviendra du projet après cette date et sur l'élargissement possible de l'approche de services intégrés et de capitation qu'il met de l'avant.

Des résultats préliminaires de la recherche seront disponibles au début de l'automne pour alimenter la réflexion sur les questions d'organisation et de financement de services.

SIDA

Continuum des services en SIDA

3.6.5.1 Mettre en œuvre un plan régional en matière VIH/sida et autres MTS en lien avec la «Stratégie québécoise de lutte contre le sida-phase IV : 1997-2002», à l'intérieur d'un continuum de services incluant des activités de prévention/promotion et de soins et services

Résultats obtenus et difficultés rencontrées

La Régie régionale s'est dotée d'un meilleur mécanisme de coordination régionale entre les différents volets de services impliquant prévention/promotion, première ligne, courte durée et organismes communautaires.

Cela lui a permis de développer un plan régional intégré en matière de VIH-SIDA qui a encadré la révision de plusieurs programmes et services de façon à tenir compte du contexte évolutif de la maladie, de consolider des acquis, d'adapter des pratiques et de s'orienter vers l'atteinte des clientèles les plus vulnérables.

Les travaux auront permis notamment :

en prévention/promotion

- ♦ d'orienter les actions vers les clientèles prioritaires et les activités de proximité;
- ♦ de consolider des services reconnus efficaces (ex. interventions dans les milieux de vie, stratégies de réduction des méfaits, etc.) et de mieux articuler le financement des activités de prévention avec le financement SOC des organismes communautaires qui les assument;

en première ligne

- ♦ d'élargir de 4 à 9 le nombre de CLSC impliqués auprès des clientèles les plus vulnérables (dont 7 auprès des jeunes marginaux et de personnes utilisatrices de drogues injectables);
- ♦ de confier et au besoins de consolider des mandats spécifiques à certains CLSC :
 - ↳ CLSC des Faubourgs et clientèle des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes;
 - ↳ CLSC Ahuntsic et clientèle carcérale (élargissement à un troisième établissement de détention);
 - ↳ CLSC St-Michel et population haïtienne;
 - ↳ CLSC Métro et population en général ainsi que les femmes en situation de haut risque;

dans les organismes communautaires

- ♦ de diminuer le nombre de places en hébergement tout en révisant la classification des services requis et en consolidant le financement;
- ♦ de favoriser la création d'une nouvelle ressource de 10 places ayant un mandat régional de prise en charge 24/7 des personnes atteintes du VIH-SIDA et ayant de multiples problématiques (toxicomanie, itinérance, santé mentale);
- ♦ d'augmenter et adapter les activités de soutien et de prévention ainsi que le financement afférent;

en courte durée

- ♦ favoriser l'intégration des professionnels de l'équipe spéciale toxico-sida de l'ex-DMP du pavillon St-Luc à l'UHRESS du CHUM pour une meilleure intégration des soins et services destinés aux personnes atteintes du VIH et qui présentent une problématique de toxicomanie et/ou d'itinérance.

Priorités 2000-2002

- ♦ Traiter le continuum des services en SIDA comme un continuum en soi et non comme une partie du continuum d'adaptation sociale.
- ♦ Maintenir le cap quant aux révisions des autres volets qui n'ont pas encore été touchés, notamment les services à domicile, et collaborer avec le CQCS dans le suivi de l'évolution des UHRESS.
- ♦ Assurer le monitoring et le suivi des mesures déjà implantées ou en voie de l'être.