



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

Le défi de l'accès

Plan
d'amélioration
des services de santé
et des services sociaux
1998-2002



Sommaire

Février 1999

LA CONSOLIDATION ET L'AMÉLIORATION DES SERVICES :

12 MESURES CENTRALES

■ Continuum de services en santé physique : 4 mesures

- Améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne;
- Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence;
- Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés;
- Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire.

■ Continuum de services aux personnes âgées : 1 mesure

- Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

■ Continuum de services aux personnes

ayant une déficience physique : 2 mesures

- Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive;
- Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté.

■ Continuum de services en santé mentale : 1 mesure

- Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté.

■ Continuum de services aux personnes

ayant une déficience intellectuelle : 1 mesure

- Desservir l'ensemble des personnes en attente de services.

■ Continuum de services d'adaptation sociale : 2 mesures

- Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur;
- Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel.

■ Pour l'ensemble des continuums : 1 mesure commune

- Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services

Vous pouvez vous procurer ce document aux Services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Version anglaise disponible / Tél. : 286-5604

Réalisation, production : Direction des relations avec la communauté

Conception graphique : Farley design graphique

Février 1999

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec – 1999

ISBN 2-89510-004-7

Ce texte se veut une version abrégée du plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux de la Régie régionale de Montréal-Centre pour les années 1998 à 2002 : « Le défi de l'accès ».

Il s'adresse à toute personne qui désire mieux connaître les orientations et les priorités de la Régie régionale de Montréal-Centre à l'égard des services offerts sur son territoire pour les quatre prochaines années.

La version officielle adoptée par le conseil d'administration en mai 1998 constitue la version intégrale et compte 128 pages. Elle est disponible, tout comme ce document, aux Services documentaires de la Régie régionale.

Avant-propos

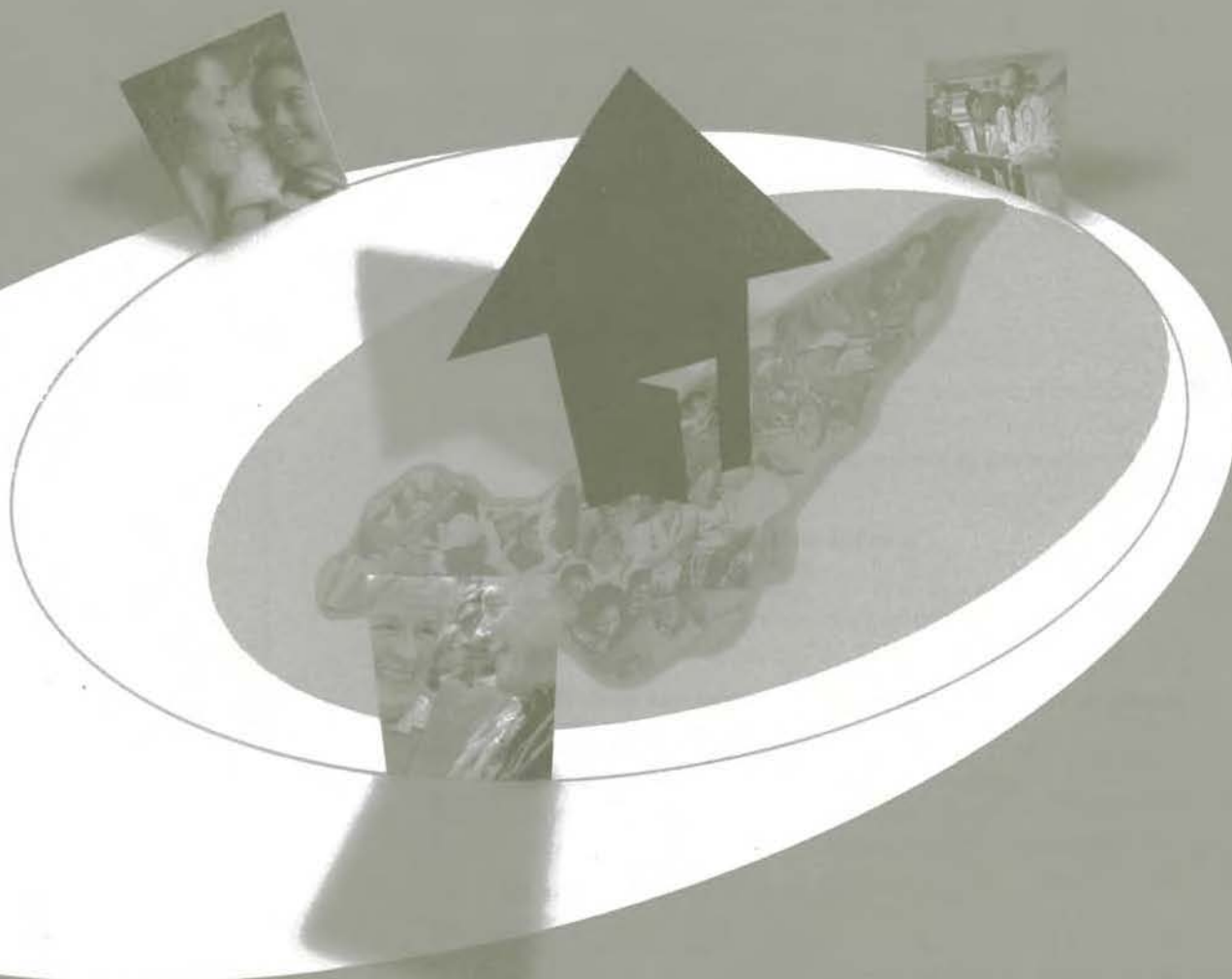


Table des matières

Avant propos

Présentation / Le défi de l'accès	1
--	---

I. LES GRANDES ORIENTATIONS

A. Des orientations générales	4
1. Une vision métropolitaine	4
2. Une approche réseau	5
3. Des services publics à la bonne vitesse	6
4. L'enseignement et la recherche	6
B. Des orientations spécifiques à maintenir et à accentuer	7
1. Des services accessibles au bon endroit, au bon moment	7
2. Des activités de promotion et prévention mieux intégrées	8
3. Cibler au lieu de saupoudrer	9
4. Baliser avec les meilleures pratiques	9
5. L'amélioration continue de la qualité	9
6. La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel	10
7. Les caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles	11
C. Vers une gestion préventive de l'offre de service	11

II. LA CONSOLIDATION ET L'AMÉLIORATION DES SERVICES :

12 mesures centrales

A. Les six continuums de services	14
1. Pour les services de santé physique :	
4 mesures centrales	15
Améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne	15
Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence	16
Améliorer l'accès aux soins ultraspecialisés	17
Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire ...	18
Des conditions de succès	18
2. Pour les services aux personnes âgées :	
1 grande mesure centrale	18
Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie	18
3. Pour les services aux personnes ayant une déficience physique :	
2 mesures centrales	20
Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive	20
Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté	21
4. Pour les services de santé mentale :	
1 grande mesure centrale	21
Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté ...	21
Des conditions de succès	22

5. Pour les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle :	
1 grande mesure centrale	22
Desservir l'ensemble des personnes en attente de services	22
6. Pour les services d'adaptation sociale :	
2 mesures centrales	23
Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur	23
Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel	24
7. Pour l'ensemble des continuums de services :	
1 mesure commune	25
Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services	25
B. Tableau synthèse	26

III. LA MODERNISATION DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN

Un choix stratégique : la coopération interétablissements	28
---	----

IV. LES RESSOURCES HUMAINES

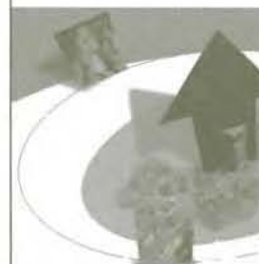
A. Les quatre défis	29
1. Développer un véritable réseau	29
2. Des communications et des mécanismes de concertation beaucoup mieux articulés	29
3. Comprendre et agir sur le malaise vécu par le personnel d'encadrement	29
4. Trouver un sens à la régionalisation en relations de travail	29
B. Les deux chantiers	29
1. La valorisation du personnel d'encadrement	29
2. La mobilité professionnelle et le maintien des compétences	30

V. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Aux lendemains du plan de réorganisation 1995-1998	31
Les besoins financiers du plan d'amélioration 1998-2002	31
Des conditions de succès	32

VI. LE RÉSULTAT D'UN PROCESSUS DE CONSULTATION

Un comité du conseil d'administration	33
Un processus de consultation	33



Le **défi** que le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre veut relever dans son plan 1998-2002, c'est **d'améliorer les délais d'accès** pour des soins et des services importants pour la santé de la population.

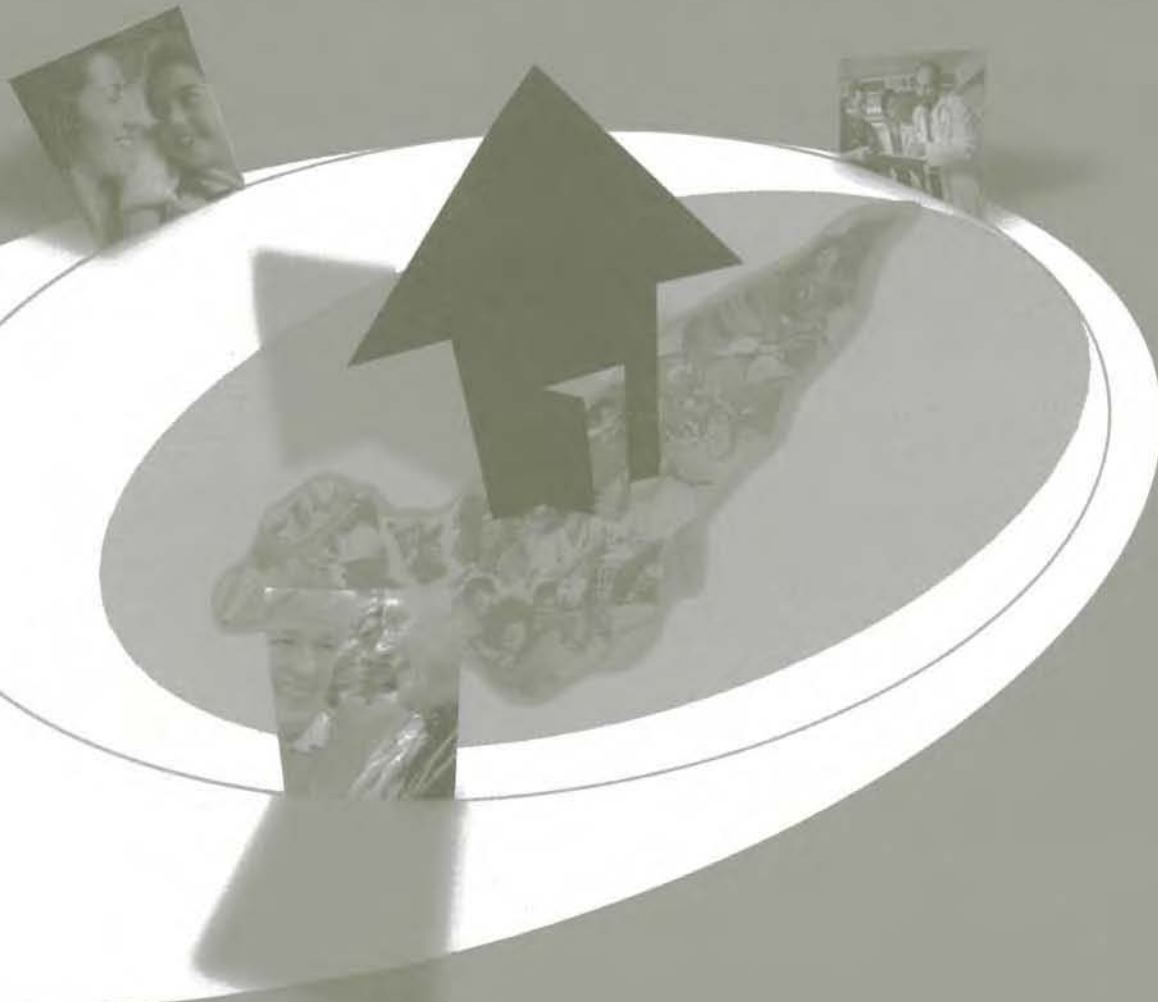
Notre objectif est d'accentuer les efforts en vue de consolider les services et d'améliorer la performance du réseau dans certains secteurs clés.

Ce plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux constitue le résultat d'une vaste consultation réalisée auprès de différents partenaires au début de l'année 1998. Il s'appuie sur douze mesures centrales intégrées dans six continuums de services. Quatre principes directeurs et sept orientations plus spécifiques ont guidé l'ensemble des choix.

Présentation

Pour **relever le défi de l'accès**, certaines conditions de succès sont identifiées. Elles traduisent la plupart du temps des éléments incontournables essentiels à l'atteinte de nos objectifs.

Enfin, **relever le défi de l'accès implique** de pouvoir compter sur l'appui de citoyens informés et actifs. L'atteinte de nos objectifs nécessite la diffusion de toute information pertinente qui facilite l'accès au réseau de services, l'implication et la collaboration de la population dans les changements souhaités.



I. Les grandes orientations



A. DES ORIENTATIONS GÉNÉRALES

Quatre grandes orientations générales guident l'ensemble des actions :

1. Une vision métropolitaine des services
2. Une approche réseau
3. Des services publics à la bonne vitesse
4. L'enseignement et la recherche



I. UNE VISION MÉTROPOLITAINE DES SERVICES

Une première caractéristique de la région de Montréal est qu'elle assure des services spécialisés et ultraspecialisés non seulement aux seuls résidents de Montréal, mais aussi au bénéfice de l'ensemble de la population métropolitaine et, dans certains cas, à l'échelle du Québec. Cette zone métropolitaine compte 2 900 000 personnes (l'île de Montréal : 1 800 000) qui représentent 59 % de la population du Québec. On y retrouve en fait cinq régions qui disposent d'un budget global correspondant à 57 % du budget québécois de la santé et des services sociaux.

Une autre caractéristique de cette réalité métropolitaine est qu'il n'existe aucune frontière entre les différents territoires; la population a donc librement accès, au-delà des limites administratives, à l'ensemble des ressources en fonction de ses besoins. D'ailleurs, des données sur l'utilisation des services hospitaliers par la population démontrent que le bassin de desserte du réseau montréalais est plutôt métropolitain : 34 % des services dispensés dans un centre hospitalier de Montréal sont utilisés par des personnes qui ne résident pas sur l'île de Montréal. Ces personnes proviennent en majorité de Laval ainsi que des couronnes nord et sud. Elles requièrent surtout des soins ultraspecialisés (53 %), mais aussi des soins spécialisés (36 %) et même des soins généraux (29 %).

Tableau 1 - PROPORTION DES SERVICES HOSPITALIERS DISPENSÉS À DES NON-RÉSIDENTS DE MTL

Services hospitaliers pour des non-résidents :	34 %
Services ultraspecialisés :	53 %
Services spécialisés :	36 %
Services généraux :	29 %

Cette réalité métropolitaine fait partie de notre quotidien. Pour maintenir la qualité des soins spécialisés et ultraspecialisés, on ne peut aller en deçà d'un certain seuil au plan des masses critiques nécessaires à la prestation de ces services.

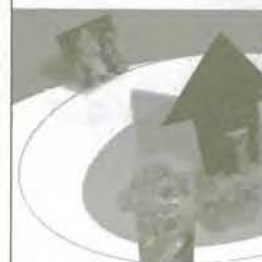
Tableau 2 - % DE PATIENTS PROVENANT DES RÉGIONS VOISINES

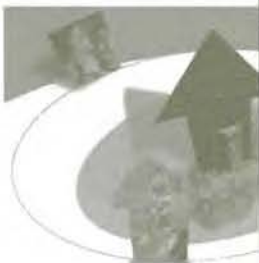
Établissements	% de patients en provenance des régions voisines : Laval, Montérégie, Laurentides, Lanaudière
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	37 %
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	53,4 %
Centre hospitalier Angrignon	18,1 %
Hôpital général du Lakeshore	32,8 %

L'IMPACT SUR LA GESTION DES SERVICES

- Une approche métropolitaine pour l'accès aux services spécialisés

Le rééquilibrage des ressources de soins généraux et de certains soins spécialisés dans l'espace métropolitain devrait viser une amélioration de l'accès et de la qualité des services ainsi qu'une





utilisation optimale de l'ensemble des ressources et infrastructures selon une approche intégrée avec les régions limitrophes. Nous pensons que le ministère et nos partenaires dans la région métropolitaine doivent reconnaître la réalité de cet espace métropolitain et collaborer à une planification intégrée de l'organisation des services spécialisés.

- **Des enveloppes budgétaires nationales adéquates**

Certains services ultraspecialisés comme les transplantations, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie ont un bassin de desserte qui englobe la grande région métropolitaine (et, dans certains cas, tout le Québec), la création d'enveloppes nationales pour financer ces services est à notre avis la voie de la solution.

- **Une approche locale ou régionale pour l'accès aux services de première ligne**

L'accès aux services de première ligne, que ce soit dans le domaine de la santé physique, des services sociaux, de la santé mentale, du maintien à domicile ou encore pour des services d'hébergement et de soins de longue durée doit être assuré sur une base locale dans chacune des régions.



2. UNE APPROCHE RÉSEAU

Le réseau montréalais est composé d'une multiplicité d'acteurs qui contribuent à assurer une réponse aux besoins de la population : 150 établissements, plus de 400 cliniques médicales et cabinets privés, 4 500 médecins, 400 organismes communautaires.

Afin d'assurer une continuité des soins et services, la Régie régionale a opté en 1995 pour la mise en place d'un réseau interactif entre les différents partenaires. Ainsi, un médecin qui prescrit des soins postopératoires à domicile à son patient doit s'assurer auprès du CLSC concerné que le service est disponible et s'entendre sur le suivi à donner.

DEUX CONDITIONS ESSENTIELLES

Deux conditions sont toutefois essentielles à l'instauration et au bon fonctionnement d'un réseau :

- **S'assurer que chaque composante dispose des ressources appropriées pour jouer efficacement son rôle**

Comme la force d'un réseau se mesure à la performance de son élément le plus faible, chaque maillon doit pouvoir optimiser son rendement.

- **Mettre en place des mécanismes de liaison interactifs fonctionnels**

On constate des progrès significatifs depuis la mise en place de réseaux dans certains secteurs mais il reste beaucoup à faire pour que ceux-ci soient fonctionnels dans l'ensemble des continuums de services.

Dans le secteur des soins à domicile postopératoires et posthospitaliers, des résultats remarquables ont été observés dans les mécanismes de liaison entre les hôpitaux, les CLSC et les médecins, à la suite de l'accroissement des ressources aux CLSC.

Dans le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie, la désignation du CLSC comme guichet unique d'accès aux services à long terme de maintien dans la communauté ou aux services d'hébergement et de soins de longue durée constitue un pas non négligeable.

Par ailleurs, nous souhaitons aller plus loin dans la mise en réseau des services de santé de première

ligne : CLSC, cliniques médicales et cabinets privés, afin d'assurer à tous un accès aux services médicaux sans rendez-vous, 365 jours par année, de 8 h à 22 h.

Cette approche exige que les partenaires du réseau convergent vers des objectifs communs, coordonnent leurs actions et acceptent d'adopter des normes et standards de communication uniformes.



3. DES SERVICES PUBLICS À LA BONNE VITESSE

La Régie régionale de Montréal-Centre veut consolider et continuer à développer l'accessibilité à des services publics de qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux. La meilleure façon d'éviter l'instauration de deux systèmes de services : l'un pour les riches et l'autre pour les pauvres, est certainement de miser sur l'amélioration de la performance du réseau public en optimisant toutes les ressources à notre disposition.

Différentes actions présentées dans le plan visent à améliorer, entre autres, l'accès à certaines chirurgies, aux services ultraspécialisés, aux prélèvements, aux analyses de laboratoire, aux services médicaux sans rendez-vous.

Toutefois, la volonté de maintenir le caractère public des services peut tout de même aller de pair avec une collaboration du secteur privé, notamment dans les services d'hébergement et de soins de longue durée, dans la recherche et dans l'implantation d'industries reliées au domaine de la santé tel les industries pharmaceutiques, biotechnologiques, des technologies de l'information et de consultations. Actuellement, le partenariat développé avec le secteur privé se retrouve dans des créneaux où cette contribution peut apporter une valeur ajoutée réelle au plan économique, social ou à celui de la qualité des services.



4. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

La région de Montréal-Centre comptera bientôt neuf établissements universitaires : sept sont déjà désignés officiellement et deux sont en attente de désignation (voir le tableau 3 à la page suivante). Ces établissements ont une triple vocation : prestation de services, enseignement et recherche. En plus de ces neuf centres, la Régie régionale poursuivra ses interventions auprès de la ministre afin qu'elle procède à des désignations universitaires dans le domaine de la santé mentale (institut universitaire de santé mentale) et dans le domaine des CLSC (centre affilié universitaire).

L'enseignement et la recherche sont des composantes essentielles pour améliorer les services à la population. Elles favorisent l'évolution et le développement des nouvelles technologies médicales et informationnelles qui sont au cœur de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de nos services. Le maintien d'équipement à la fine pointe de la technologie dans ces centres constitue une préoccupation importante de la Régie régionale pour assurer la réussite du virage ambulatoire, de la qualité des services diagnostiques et thérapeutiques ainsi que de l'accès aux plateaux techniques.

À ce titre, le soutien et le financement de ces activités constituent un enjeu majeur et la Régie régionale utilisera tous les leviers à sa disposition pour en favoriser l'essor et maximiser les retombées dans l'ensemble du réseau.

Dans ce domaine, la Régie régionale recommande la constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche comme celle qui est dédiée aux services ultraspécialisés. Cette enveloppe devrait comprendre une partie pour les services et une autre pour le financement des



immobilisations et l'acquisition (le remplacement) des équipements nécessaires pour supporter la mission des centres universitaires.

Tableau 3 - ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES

Établissements	Désignation
Hôpital Sainte-Justine	CHU mère-enfant
Institut de cardiologie de Montréal	Institut santé - Institut universitaire dans les domaines de la médecine vasculaire et de la cardiologie
CLSC René-Cassin	Institut social - Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec
Les Centres jeunesse de Montréal	Institut social - Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes
Centre hospitalier Côte-des-Neiges	Institut social - Institut de gériatrie de Montréal
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	En attente de confirmation pour une désignation CHU adulte
Centre universitaire McGill	En attente de confirmation pour une désignation CHU adulte
Hôpital Rosemont-Maisonnette	Centre affilié universitaire (CAU)
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Centre affilié universitaire (CAU)

B. DES ORIENTATIONS SPÉCIFIQUES À MAINTENIR ET À ACCENTUER

Sept orientations plus spécifiques complètent les perspectives de nos actions :

1. Des services accessibles au bon moment, au bon endroit;
2. Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées;
3. Cibler au lieu de saupoudrer;
4. Le balisage avec les meilleures pratiques;
5. L'amélioration continue de la qualité pour tous;
6. La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel;
7. Le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population.



I. DES SERVICES ACCESSIBLES AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT

De nos jours, il existe une tendance sociale très forte qui se traduit par le désir de demeurer à la maison le plus longtemps possible, tant que le niveau d'autonomie des personnes le permet. Le recours aux services institutionnels devient nécessaire lorsque la sécurité et la santé des individus l'exigent et tant qu'elles l'exigent. Cette situation requiert une utilisation optimale et judicieuse de toutes les ressources accessibles à partir du domicile et de la communauté jusqu'à celles offertes en

institution. De plus, utiliser le bon niveau de soins au bon moment est plus économique, et pour le réseau, et pour la population.

Ainsi, les personnes qui ont utilisé le Service Info-Santé et qui ont obtenu satisfaction à leur besoin n'ont souvent pas eu besoin d'aller plus loin dans la gamme de services. Elles ont alors économisé temps, énergie et argent. De même, le réseau a pu consacrer ses ressources plus spécialisées aux personnes qui nécessitaient ce niveau de soin. Dans le même sens, la chirurgie d'un jour, lorsqu'elle est médicalement indiquée, est avantageuse à la fois pour le patient et pour le réseau.

Cette tendance à privilégier le maintien dans le milieu de vie naturel lorsque cela est possible est présente dans tous les continuums de services : pour les personnes ayant des déficiences physiques et intellectuelles, pour les jeunes ainsi que pour les clientèles ayant un problème de santé mentale.



2. DES ACTIVITÉS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION MIEUX INTÉGRÉES

Suite à une vaste consultation publique réalisée en 1994, la Régie régionale s'est fixée deux orientations dans le domaine de la promotion et de la prévention :

- Cibler nos actions autour de quatre priorités choisies en fonction de leur importance pour la santé et le bien-être de la population, de notre capacité d'agir et du degré de mobilisation du milieu;
- Contribuer au développement d'un partenariat intersectoriel efficace et tourné vers l'action au plan local et régional.

Ces deux orientations étaient déjà présentes dans le plan de réorganisation du réseau de 1995-1998, le présent plan propose d'en ajouter une troisième :

- Intégrer les mesures efficaces de prévention et de promotion au sein des continuums de services.

Les 4 priorités de santé et de bien-être

Quatre grandes priorités régionales issues de la consultation de 1994 servent de points d'ancrage à la consolidation d'actions de prévention et de promotion :

- La santé et le bien-être des tout-petits;
- Le développement optimal des jeunes;
- La violence faite aux femmes;
- Le cancer du sein.

Les 5 priorités nationales

À ces choix régionaux, le ministère a ajouté cinq priorités nationales (1997-2000) relatives :

- Aux immunisations;
- Au VIH-sida et aux maladies transmises sexuellement;
- Aux traumatismes non-intentionnels;
- À l'alcoolisme et à la toxicomanie;
- Au tabagisme.





3. CIBLER AU LIEU DE SAUPOUDRER

Le saupoudrage de ressources sur un trop grand nombre de mesures est selon nous inefficace. Il constitue souvent en fait le résultat de compromis entre les intérêts de plusieurs groupes d'influence.

Ainsi, tant dans l'approche retenue pour déterminer les priorités régionales de santé et de bien-être (1994) que dans le choix des mesures du plan de réorganisation «*L'atteinte d'un nouvel équilibre*» (1995-1998), nous avons toujours opté pour une approche qui cible nos mesures plutôt que de saupoudrer les développements et les réductions de dépenses sur l'ensemble des activités du réseau régional.

En continuité avec les plans précédents, «*Le défi de l'accès*» choisit aussi de concentrer nos efforts sur un nombre plus limité de cibles, et ce, selon leur importance pour la population et notre capacité d'agir pour réaliser les améliorations souhaitées.



4. BALISER AVEC LES MEILLEURES PRATIQUES

Dans un contexte équivalent et avec des ressources comparables, nous voulons, en matière de services, atteindre les standards de qualité et d'efficacité les meilleurs au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde.

Atteindre les meilleurs standards exige un travail constant, de la patience et de la créativité. Il faut être en mesure d'évaluer objectivement sa performance, la comparer aux meilleurs dans chaque domaine, faire le bon diagnostic des éléments à améliorer, changer les façons de faire.

Les systèmes d'information de plus en plus sophistiqués nous donnent maintenant la possibilité d'utiliser plus efficacement bon nombre d'outils statistiques et d'études de cas, ils permettent une auto-évaluation et un balisage par rapport aux meilleurs résultats et aux meilleures pratiques observés.

L'utilisation de cette approche de façon systématique dans l'ensemble des continuums de services à la population ainsi que dans l'analyse de la performance des services administratifs et de soutien constitue la solution privilégiée pour arriver à identifier les pistes d'amélioration.



5. L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ POUR TOUS

En 1994, la Régie régionale a initié une démarche visant à orienter le réseau régional vers l'adoption d'un processus intégré d'amélioration continue de la qualité des services. Depuis, plusieurs étapes ont été franchies :

- Le développement d'outils de mesure et d'un cadre d'analyse permettant de suivre et d'évaluer l'atteinte des principaux objectifs du plan de réorganisation du réseau;
- L'articulation d'un tableau de bord regroupant plusieurs indicateurs permettant de suivre l'évolution de la performance du réseau;
- L'adoption d'un concept régional de services précisant tant les attentes de la population que la façon de rendre les services aux plans relationnel, professionnel et organisationnel;
- La réalisation de deux études sur la satisfaction des usagers (mai 1994 et mai 1997);

- La mise sur pied de programmes intégrés d'amélioration continue de la satisfaction des usagers via l'implantation de vingt sites pilotes regroupant des établissements de toutes catégories;
- Une évaluation de l'articulation entre hôpitaux, CLSC et médecins quant à la prestation de soins postopératoires et posthospitaliers à domicile;
- Une évaluation de l'impact de la réorganisation du réseau sur l'accès aux services et sur l'état de santé perçu par la population;
- Le développement d'outils de mesure mieux adaptés à l'évaluation de l'efficience dans différentes catégories d'établissements et de services.

Le plan 1998-2002 veut continuer à soutenir une approche intégrée et généralisée d'amélioration continue pour tous. Cela signifie :

- Améliorer, dans tous les continuums de services et de façon continue, la qualité aux plans de la satisfaction de la population, de l'efficience et de l'impact sur la santé et le bien-être;
- Se doter d'une stratégie intégrée de développement des compétences et de mobilisation du personnel;
- Développer un nouveau tableau de bord couvrant tous les aspects de la qualité;
- Procéder à une évaluation de la qualité intégrée aux résultats obtenus par plusieurs mesures du plan 1998-2002 dont l'efficience (délais d'accès, volume, coûts), la satisfaction des usagers et l'impact sur la santé (morbidity, mortalité, réhospitalisation);
- Implanter, à l'échelle du réseau, une reddition de compte intégrée;
- Passer des projets pilotes à une généralisation des programmes d'amélioration continue.



6. LA RECONNAISSANCE DU COMMUNAUTAIRE ET DU PARTENARIAT INTERSECTORIEL

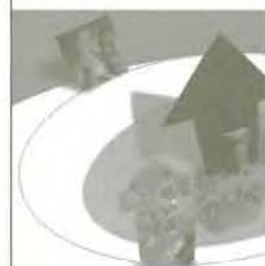
Tout en admettant l'importance des conditions de vie comme facteurs déterminants, la Régie régionale croit fermement que les citoyens sont aussi, individuellement et collectivement, les premiers responsables de leur santé et bien-être. Elle reconnaît que l'engagement volontaire et bénévole d'une collectivité en vue de trouver des moyens de répondre à des besoins nouveaux ou non satisfaits, ou de proposer des approches différentes, s'exprime de façon éminente par l'action des organismes communautaires.

En 1994, la Régie régionale a fait sienne la vision du développement communautaire retenue par le Conseil régional de développement de l'île de Montréal :

Le développement communautaire est un modèle de développement, une façon de faire. Il est fondé sur la prise en charge par les citoyens de leurs besoins propres et des solutions dans tous les secteurs de l'activité humaine. Il fait appel à la capacité des communautés locales de se prendre en main et d'orienter leur développement.

Cette vision doit se concrétiser par la poursuite de la consolidation financière des groupes communautaires comme partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et non comme l'une de ses composantes comme le sont les établissements. Cette reconnaissance se traduit par le respect de certains principes :

- La reconnaissance de l'autonomie, de l'expertise et de la compétence des organismes communautaires;





- L'adhésion à l'approche globale (dans le sens du non-morcellement des problématiques vécues par la population);
- L'équité de financement selon les besoins de la population desservie et compte tenu des ressources financières disponibles;
- Une gestion simple, efficace et connue de tous;
- La cohérence dans les interventions auprès de ces organismes.

Dans le plan d'amélioration 1998-2002, la Régie régionale s'oriente vers l'adoption d'un cadre de reconnaissance des organismes communautaires où seront formellement identifiés les principes et orientations qui guideront nos relations avec eux. De plus, nous avons choisi d'accentuer la concertation intersectorielle autant au plan régional que local. Cette concertation accentuée et tournée vers l'action implique nos partenaires du milieu communautaire comme ceux des secteurs de l'éducation, des municipalités, de la justice, de la sécurité publique, des communautés culturelles et de l'immigration, du développement social et économique, en fonction d'objectifs communs et librement partagés.



7. LE RESPECT DES CARACTÉRISTIQUES LINGUISTIQUES ET ETHNOCULTURELLES DE LA POPULATION

L'île de Montréal constitue une mosaïque riche et diversifiée : 24 % de la population de la région est immigrante comparativement à 9 % de l'ensemble des québécois. Près de six résidents sur dix sont francophones; les anglophones représentent 20 % de la population et les allophones 22 %.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la culture des personnes desservies constitue certes un élément important. Le respect de cette diversité ethnoculturelle et linguistique représente une orientation essentielle pour la Régie régionale qui recherche constamment le juste équilibre entre les attentes de la population et le respect des divers droits, lois et politiques.

Dans «*Le défi de l'accès*», cette préoccupation est au cœur de plusieurs mesures mises de l'avant, notamment en ce qui concerne les services aux personnes âgées, les services aux jeunes, la promotion et la prévention et les services présents dans l'ensemble des continuums.

C. VERS UNE GESTION PRÉVENTIVE DE L'OFFRE DE SERVICE

Pour maintenir la population en santé le plus longtemps possible et lui offrir des services pertinents tout en tenant compte que les ressources disponibles vont demeurer limitées, la Régie régionale compte explorer une approche plus préventive dans sa façon de gérer l'offre de service. Cette gestion préventive consiste à adapter l'offre de service aux divers groupes de population en fonction de leurs besoins spécifiques. Elle préconise d'agir avant que les risques, les problèmes ou leurs conséquences ne surviennent, et ce, chaque fois que c'est possible.

Une approche à explorer

Cette approche nous amène à considérer l'ensemble de la population selon trois sous-groupes distincts : les personnes qui perçoivent qu'elles ont une excellente ou une très bonne santé, celles qui se considèrent en bonne santé et enfin, celles qui disent avoir une santé moyenne ou mauvaise.

Le premier groupe représente en gros la moitié de la population montréalaise (52 %) et se situe chez les moins de 45 ans, bénéficiant d'une scolarité et d'un niveau de revenu supérieur. Il comporte peu de

Tableau 4 - PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION MONTRÉLAISE

Santé excellente ou très bonne	51,7 %
Bonne santé	37,4 %
Santé moyenne ou mauvaise	10,9 %

Source : Sortie spéciale, Santé Québec, Enquête sociale et de santé 1992-1993.

facteurs de risque ou de vulnérabilité, de manifestations cliniques ou de maladies. Il présente rarement des incapacités et ne consomme généralement que des services de santé et des services sociaux de base.

Le deuxième groupe est composé d'un peu plus du tiers des Montréalais (37 %). Ces personnes souffrent rarement de problèmes nécessitant des services spécialisés ou sophistiqués, mais présentent fréquemment un ou plusieurs facteurs de risque ou de vulnérabilité (tabagisme, excès de poids, abus d'alcool, risque familial de maladie du cœur, etc.) ou encore certains problèmes de santé. Il se recrute principalement chez les 45-64 ans qui détiennent une scolarité moyenne et un revenu moyen inférieur. Leurs besoins les amènent à utiliser des services de première et de deuxième ligne, par des consultations en cabinets privés ou aux cliniques externes des hôpitaux.

Le troisième groupe (une personne sur dix) est celui qui utilise la plus grande partie des ressources du réseau. Ces personnes ont recours à des interventions médicales et sociales plus intensives qui requièrent un niveau d'expertise professionnelle ou technologique élevé et qui sont généralement plus coûteuses. Les personnes âgées de plus de 65 ans constituent l'essentiel de ce groupe et près de la moitié d'entre elles présentent des incapacités.

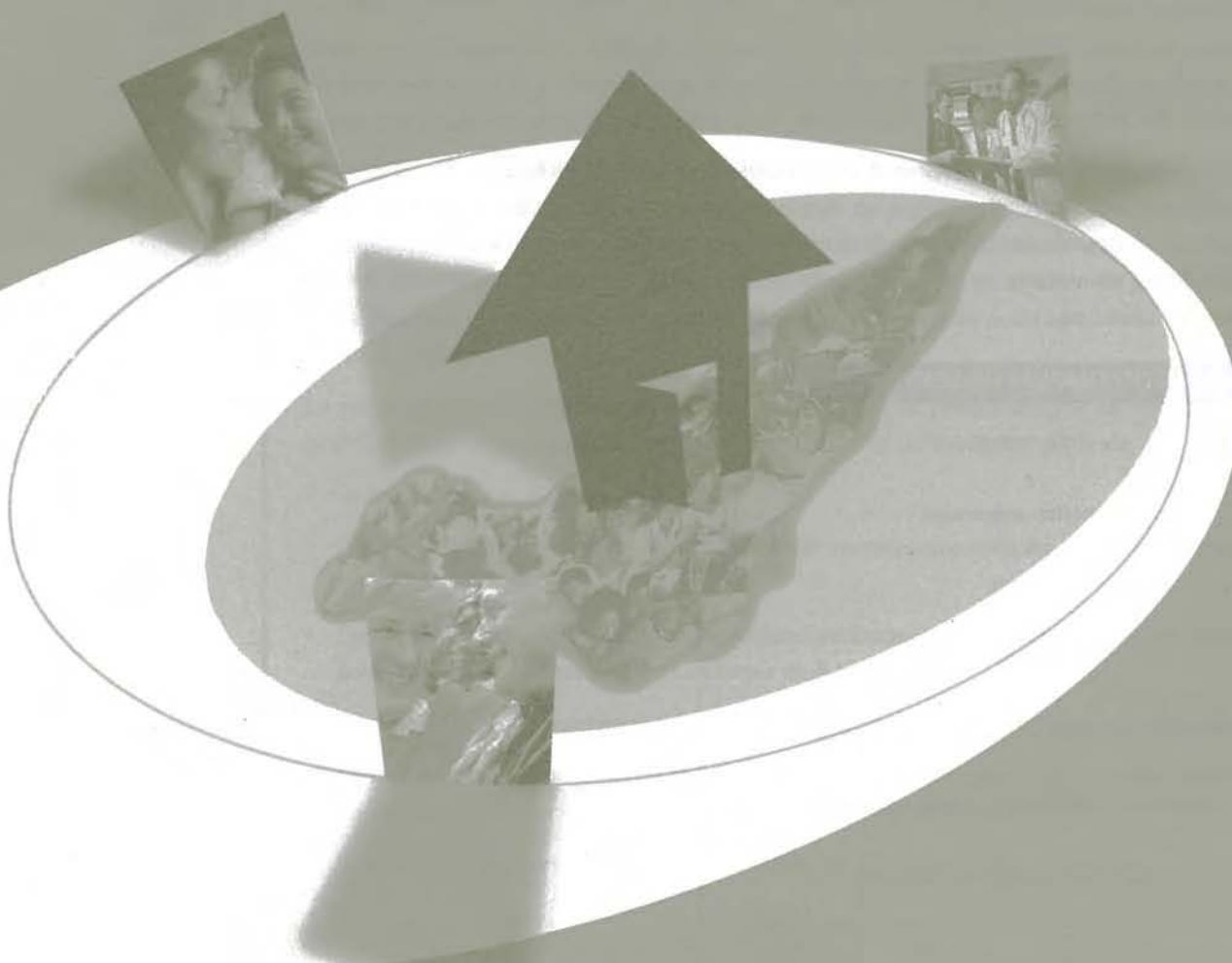
Pour la Régie régionale, une approche préventive de ces phénomènes signifie :

- Qu'il faut viser à augmenter le nombre de personnes qui sont et demeurent en santé;
- S'assurer que le plus rapidement et le plus activement possible les personnes du groupe 2, celles qui présentent des facteurs de vulnérabilité, des facteurs de risque ou un problème à ses débuts (hypertension artérielle, troubles d'adaptation ou de comportements, diabète, etc.) reçoivent des services adaptés à leur condition dans leur milieu de vie naturel. Une intervention précoce aura pour effet de maintenir leur santé et leur bien-être le plus longtemps possible et réduira le besoin de recourir aux services plus coûteux.
- Offrir aux personnes malades ou présentant une incapacité les services les plus efficaces, adaptés à leurs besoins, de la manière la plus pertinente et efficiente possible. Une gestion préventive devrait également permettre que le nombre de personnes appartenant à ce groupe demeure le plus faible possible, tout comme la demande de services plus lourds et plus coûteux.

Pour s'assurer qu'une plus grande part de la population se retrouve dans le premier groupe le plus longtemps possible et, compte tenu de l'impact des déterminants sociaux et économiques sur la santé et le bien-être de la population, la Régie régionale désire, en collaboration avec d'autres partenaires : milieu municipal, milieu scolaire, milieu des affaires, travailler à l'amélioration des conditions et milieux de vie qui sont souvent associés aux problèmes de santé et de bien-être. Nous croyons, par cette approche, que les professionnels du réseau pourront avoir, ensemble, davantage d'impact sur la santé et le bien-être de la population.



II. La consolidation et l'amélioration des services : 12 mesures centrales



A. LES SIX CONTINUUMS DE SERVICES

Ce plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux s'articule autour de douze mesures centrales regroupées au sein de six continuum de services.

1. Les services en santé physique;
2. Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie;
3. Les services aux personnes ayant une déficience physique;
4. Les services de santé mentale;
5. Les services en déficience intellectuelle;
6. Les services en adaptation sociale :
 - les services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs parents;
 - les services reliés à la violence faite aux enfants;
 - les services en alcoolisme et en toxicomanie;
 - les services aux personnes itinérantes;
 - les services relatifs au sida.

Un continuum de services

Chaque continuum comporte des services accessibles, continus et intégrés. Un continuum suppose des modalités d'articulation entre les divers dispensateurs ainsi qu'aux différents niveaux d'intervention. Ces modalités contribuent à optimiser la continuité des services dans une perspective de fonctionnement en réseau et minimisent le cloisonnement entre les différents niveaux d'intervention.

Tableau 5 - UN CONTINUUM DE SERVICES





I. POUR LES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE :

4 MESURES CENTRALES

- ☐ Améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne :
 - mettre sur pied un réseau intégré de services;
- ☐ Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence;
- ☐ Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés suivants :
 - chirurgie cardiaque;
 - neurochirurgie;
 - orthopédie;
 - ophtalmologie;
 - radio-oncologie.
- ☐ Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire.

☐ AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE : UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Dans le but d'atteindre les objectifs de qualité et d'efficacité dans l'amélioration de la prestation des services médicaux de première ligne, la Régie régionale veut initier l'organisation d'un réseau global et intégré de services médicaux généraux sur son territoire.

Ce réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre qui offrent des services médicaux de première ligne (en santé mentale et en santé physique) quel que soit leur milieu d'exercice : centre d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, CLSC, cliniques médicales, polycliniques et cabinets privés. Ce réseau de soins généraux devra être lié étroitement aux autres réseaux de soins spécialisés de deuxième et de troisième ligne.

Le moyen privilégié pour mettre sur pied et actualiser le réseau intégré de services médicaux de première ligne est la création du Département régional de médecine générale.

Il devrait permettre d'améliorer :

- l'accessibilité aux consultations médicales avec rendez-vous dans un délai n'excédant pas quatre semaines;
- l'accessibilité et l'efficacité des consultations médicales sans rendez-vous, particulièrement le soir, les fins de semaine et les jours fériés de 8 h à 22 h;
- l'accessibilité aux consultations médicales à domicile pour les personnes en perte d'autonomie;
- l'accessibilité aux consultations médicales en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en centre hospitalier de réadaptation et en centre de réadaptation;
- la continuité des services entre les médecins, de même qu'entre les établissements.

❑ RÉGLER, DE FAÇON PERMANENTE, L'ENGORGEMENT DES SALLES D'URGENCE

Les problèmes reliés à l'engorgement des salles d'urgence sont nombreux, complexes et dépendent de plusieurs facteurs. Nous croyons que les solutions à ces problèmes se situent dans l'ensemble du réseau de services, c'est-à-dire tant avant l'arrivée de la personne à l'urgence qu'à la suite de son séjour. Elles doivent s'intégrer dans un continuum de services qui répond aux besoins de la personne, au bon moment et au bon endroit.

Pour éviter tout séjour de plus de 24 heures dans une salle d'urgence, voici différentes mesures à mettre de l'avant :

LA MISE SUR PIED DE CINQ CENTRES DE SOINS AMBULATOIRES

Réaliser l'implantation des cinq centres de soins ambulatoires :

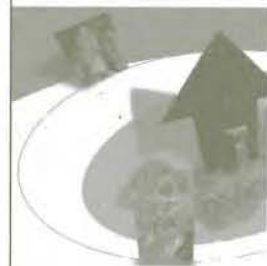
- Lakeshore
- Maisonneuve-Rosemont
- Sacré-Cœur
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- Centre universitaire de santé McGill

LES ALTERNATIVES À LA SALLE D'URGENCE

- Assurer une meilleure accessibilité aux services médicaux de première ligne, de 8 h à 22 h, 7 jours par semaine;
- Assurer une meilleure accessibilité aux services de laboratoire, d'imagerie médicale et de consultations spécialisées;
- Utiliser de façon optimale les programmes dédiés à des clientèles spécifiques comme les centres de jour pour diabétiques, le service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires, les cliniques spécialisées pour le suivi des malades pulmonaires et cardiaques;
- Rendre disponibles, pour les clientèles en situation de crise, les ressources communautaires en psychiatrie;
- Mettre sur pied, un système de garde sous-régional, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui soit en lien direct avec les hôpitaux afin de diminuer les visites à l'urgence des patients de ces centres qui pourraient être stabilisés dans leur établissement.

LE BON FONCTIONNEMENT DE LA SALLE D'URGENCE

- Disposer, dans toutes les salles d'urgence, d'un système de triage et d'une équipe dédiée au triage;
- Implanter obligatoirement le système d'information SIURGE dans toutes les salles d'urgence;
- Disposer d'un nombre suffisant de médecins pour répondre à la clientèle de l'urgence dans les délais visés;
- Implanter un système de garde médicale sur appel lors des débordements à l'urgence;
- Assurer une accessibilité rapide aux laboratoires et à l'imagerie médicale;



- Assurer la disponibilité des médecins spécialistes consultants;
- Au besoin, assurer une prise en charge à domicile par le CLSC, dans les 24 heures, suite à un congé d'un patient à partir de la salle d'urgence;
- Dépister toute personne à risque de perte d'autonomie et la référer aux CLSC (lorsqu'elle n'est pas hospitalisée);
- Assurer la disponibilité des lits d'urgence sociale dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

LA PERFORMANCE DE L'HÔPITAL

- Assurer une performance optimale de la gestion des ressources internes;
- Implanter obligatoirement un outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des durées de séjour;
- Assurer le suivi et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie durant le séjour de l'hospitalisation.

APRÈS UN SÉJOUR À L'URGENCE

- Maximiser l'articulation entre l'hôpital, le CLSC et le médecin traitant;
- Éliminer les délais pour les services de réadaptation;
- Assurer la prise en charge par les CLSC de la clientèle en perte d'autonomie dépistée à la salle d'urgence.

❑ AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ULTRASPÉCIALISÉS

Toutes les actions envisagées relativement à cette mesure visent à diminuer les listes d'attente dans les secteurs névralgiques.

EN CHIRURGIE CARDIAQUE

Le plan prévoit éliminer 364 patients de la liste d'attente. Par la suite, s'assurer qu'un patient soit opéré dans un délai maximal d'un mois, que tous les cas urgents soient traités en priorité dans les 24 heures et les cas semi-urgents, entre 24 et 72 heures.

Il faut souligner ici qu'un système fonctionnel de gestion des listes d'attente dans chaque centre hospitalier est essentiel et préalable à l'implantation du suivi régional des délais d'attente par la Régie régionale.

EN NEUROCHIRURGIE

Diminuer le temps d'attente pour la chirurgie des tumeurs cérébrales à moins d'un mois; diminuer la liste d'attente pour l'installation de neurostimulateurs pour le contrôle de la douleur et faciliter l'introduction de la neuroradiologie interventionnelle dans les centres hospitaliers universitaires.

EN ORTHOPÉDIE

La liste d'attente est de 1 120 patients. Le plan prévoit réduire le temps d'attente pour les chirurgies de prothèse de la hanche et du genou et réaliser rapidement plus de 600 opérations.



EN OPHTALMOLOGIE

La liste d'attente est de 6 800 patients pour une chirurgie de la cataracte. Le plan prévoit réduire la liste de 2 000 personnes et ramener à six mois le délai maximum d'attente.

EN RADIO-ONCOLOGIE

Assurer un suivi prioritaire aux listes d'attente pour le cancer du sein, du col de l'utérus, le lymphome, en ORL pour la clientèle pédiatrique et enfin, pour les traitements requis de façon palliative.

☐ AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DE PRÉLÈVEMENTS ET AUX ANALYSES DE LABORATOIRE

Il existe présentement un service de prélèvements sans rendez-vous dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du territoire ainsi que dans quelques CLSC.

Le plan 1998-2002 prévoit améliorer encore davantage l'accessibilité à ces services, notamment en offrant des plages horaires sans rendez-vous dans tous les CLSC et en reliant ces derniers à un laboratoire afin qu'ils obtiennent rapidement les résultats. Tous les CLSC devraient être en mesure d'offrir quatre heures d'ouverture, de 7 h 30 à 11 h 30, pour des prélèvements sans rendez-vous.

Des conditions de succès

La réalisation du «Défi de l'accès» nécessite le développement, au plan national, d'un certain nombre de conditions permettant l'atteinte des objectifs visés. En ce qui a trait à la pratique médicale, on peut retenir trois conditions :

- La conclusion d'une entente avec la Fédération des omnipraticiens du Québec permettant la mise sur pied d'un réseau intégré de médecine générale;
- La levée du décret réduisant de 30 % la rémunération des nouveaux omnipraticiens désirant s'installer sur l'île de Montréal;
- Des modalités de rémunération des spécialistes permettant l'atteinte de nos objectifs d'amélioration de l'accès aux services dans les secteurs de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie, de l'orthopédie, de l'ophtalmologie et de la radio-oncologie.



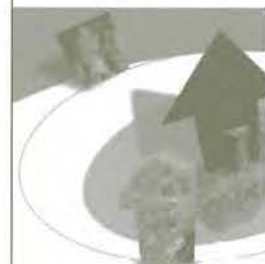
2. POUR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES :

I GRANDE MESURE CENTRALE

- ☐ Améliorer la réponse aux besoins de services des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les personnes âgées représentent environ 15 % de la population de la région. Elles constituent toutefois 32 % des personnes hospitalisées et nécessitent 50 % des jours présences en hospitalisation de courte durée (1996-1997). De plus, on constate que leurs durées moyennes de séjour sont généralement plus longues que pour l'ensemble de la population (12,6 comparativement à 7,97 jours).

Le continuum de services offert à cette clientèle fait en sorte que les personnes qui requièrent moins de 1,5 heure-soins par jour sans besoin de surveillance devraient voir leurs besoins couverts par les



services de maintien à domicile et les ressources d'habitation privées. La clientèle nécessitant moins de 1,5 heure-soins par jour et présentant des problèmes de comportement devrait être accueillie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, de même que la clientèle requérant entre 1,5 et 2,5 heures-soins par jour avec besoin de surveillance.

Différentes actions visent à améliorer la réponse du réseau aux besoins de ces personnes.

EN HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL

- Actuellement, 44 % des lits en centre d'hébergement et de soins de longue durée peuvent accueillir une clientèle requérant 2,5 heures-soins et plus par jour. L'objectif visé est d'augmenter à 60 % cette proportion tout en maintenant un total de 14 017 lits dans le réseau public.
- Améliorer l'équité d'accès aux services en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population.
- Améliorer le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées. Le standard régional consiste en un taux de réponse en soins infirmiers et assistance de 80 %.
- Dans les prochaines années, on prévoit qu'une soixantaine de personnes provenant du réseau de la santé mentale et une centaine provenant de celui de la déficience intellectuelle seront transférées dans un centre d'hébergement. Il faudra s'assurer de l'existence de services adaptés à ces clientèles dans les centres d'hébergement.

PENDANT UNE HOSPITALISATION DANS UN CENTRE HOSPITALIER

- Maintenir 552 lits de transition de longue durée dans les hôpitaux (actuellement 888 lits).
- Réduire le délai pour les personnes qui sont en attente d'hébergement institutionnel.
- Augmenter le nombre de personnes âgées qui peuvent effectivement retourner à domicile et réduire leur durée moyenne de séjour en centre hospitalier.

POUR LES AIDER À DEMEURER À DOMICILE

- Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie (volume de clientèle, intensité de services, nombre d'heures). Atteindre un pourcentage de desserte de la clientèle potentielle de 80 % (contre 58 % actuellement).
- Assurer l'accès des personnes âgées aux services d'entretien ménager et de grands ménages subventionnés par le gouvernement par le biais des entreprises d'économie sociale.
- Développer un centre de jour pour la communauté anglophone et améliorer l'efficacité et l'efficacé de l'ensemble des centres de jour. Il existe actuellement 34 centres de jour sur l'île de Montréal. La Régie régionale a constaté depuis un certain temps la nécessité de développer un centre pour desservir les personnes âgées d'expression anglaise.
- Augmenter les places en hébergement temporaire et améliorer l'efficacité des services existants.
- S'assurer que les ressources d'habitation privées contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans un environnement sécuritaire et de qualité.

EN RESSOURCE D'HÉBERGEMENT NON INSTITUTIONNELLE

Il existe présentement peu de ressources d'hébergement entre le domicile et l'hébergement en institution : quatre pavillons totalisant 85 places et environ 300 places en résidence d'accueil. Les



ressources d'hébergement non institutionnelle s'adressent aux personnes qui requièrent moins de 1,5 heure-soins par jour, qui ont besoin de surveillance mais qui n'ont pas de problème de comportement et à celles qui nécessitent entre 1,5 et 2,5 heures-soins par jour sans besoin de surveillance.

Le plan 1998-2002 vise à élargir la gamme de services disponibles pour cette clientèle en développant 400 places dans des ressources non institutionnelles (dont 40 pour les adultes de moins de 65 ans).

UN GUICHET UNIQUE

Dans chaque CLSC, une personne-ressource voit à assurer à chaque personne en perte d'autonomie les bons services adaptés à sa situation : évaluation des besoins, prestation des soins appropriés, orientation dans le réseau. Le plan 1998-2002 vise à consolider l'implantation de ce guichet unique dans tous les CLSC.



3. POUR LES SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE :

2 MESURES CENTRALES

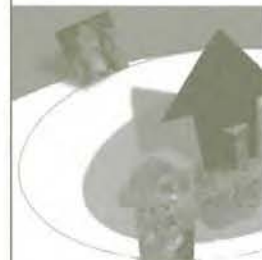
- ☐ Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive;
- ☐ Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté.

☐ AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES EXTERNES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.

La mesure consiste à offrir, par l'intermédiaire des CLSC, des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile. La clientèle principalement ciblée est celle présentant une problématique orthopédique telles les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et dont la condition clinique et psychosociale permet une telle approche.

De plus, dans le but d'optimiser l'articulation des interventions des centres hospitaliers de réadaptation et des unités de réadaptation fonctionnelles intensives en centre d'hébergement et de soins de longue durée avec les établissements agissant en amont et en aval de leurs interventions, différents moyens sont proposés dont :

- Intensifier l'intervention précoce en réadaptation en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
- Consolider les activités de planification du congé tant en courte durée qu'en réadaptation avec les établissements qui assureront la continuité des services;
- Déterminer des critères d'admission dans les hôpitaux de réadaptation et dans les unités de réadaptation fonctionnelle et intensive;
- Mettre en place des corridors de services entre le centre hospitalier et les établissements offrant la réadaptation fonctionnelle intensive;
- Développer des protocoles de soins interétablissements.



☐ AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ.

Les services de maintien dans la communauté impliquent les services dispensés par les CLSC, les services de répit et de dépannage offerts par des établissements tel le Centre de réadaptation Lucie Bruneau et les services offerts par des organismes communautaires.

Pour 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, la Régie régionale rehaussera le montant investi dans le Programme de services à domicile intensifs à long terme pour les personnes handicapées physiques.

Pour éliminer la liste d'attente et assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles à desservir à chaque année, la Régie régionale augmentera le budget du Programme de subventions pour le soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique.



4. POUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE :

I MESURE CENTRALE

☐ Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

Pour favoriser un accès aux services de base dans la communauté et ainsi éviter la détérioration de la santé et du bien-être des personnes souffrant de troubles mentaux transitoires ou persistants ainsi qu'à leur famille et à leurs proches, les moyens développés sont :

- L'augmentation du nombre d'actes médicaux de base en santé mentale dans les CLSC et les cliniques privées;
- L'augmentation du nombre de clients bénéficiant des services de base en santé mentale en CLSC (évaluation, référence, interventions brèves);
- Le développement de modalités formelles de liaison, sur une base locale, des différents partenaires oeuvrant en santé mentale : groupes d'entraide d'usagers, de familles, centres d'intervention de crise, CLSC, cliniques médicales, cabinets de professionnels, etc.;
- Un accès téléphonique 24 heures / 7 jours pour des services d'écoute, d'aide, d'information, de support et de référence en santé mentale.

Pour assurer l'accès à des services de qualité en santé mentale dans la communauté pour toute personne souffrant de troubles mentaux sévères, transitoires ou persistants, la Régie régionale compte mettre en place :

- Un programme de contrôle de qualité dans les ressources résidentielles publiques et privées;
- Un système régional d'admission pour l'hébergement permanent (ressources de type familial, ressources intermédiaires et pavillons);
- Une équité d'accès, entre les sous-régions, aux ressources résidentielles et aux services de réadaptation et de réinsertion sociale, qu'ils soient sous la responsabilité d'un établissement ou d'un organisme communautaire;

- Une équité d'accès aux services ambulatoires psychiatriques : cliniques externes, hôpitaux de jour, suivi psychiatrique intensif, etc.;
- Des modalités formelles de liaison entre les services de santé mentale de première ligne et les services hospitaliers.

Des conditions de succès

Suite à l'adoption des orientations ministérielles en santé mentale, certaines conditions de réalisation s'imposent :

- Un budget de transition de l'ordre de 15 M\$, autorisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, permettra d'amorcer le développement de services dans la communauté et de former les ressources humaines;
- Le développement de services d'hébergement en milieu substitut, de services prioritaires de réadaptation-réinsertion sociale et de soutien aux familles et aux proches;
- Un échéancier de cinq ans suite à l'adoption des orientations ministérielles.

De plus, la réalisation du plan implique la sensibilisation de la population aux problèmes reliés à la santé mentale et une information adéquate des différents services offerts.



5. POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE :

I MESURE CENTRALE

- ☐ Desservir toutes les personnes en attente de services

La gamme de services en déficience intellectuelle repose principalement sur trois grands programmes. En mars 1998, plus de 1 500 personnes étaient en attente de services dans l'ensemble des programmes, soit près de 400 en provenance de la liste d'attente des services résidentiels, environ 440 en attente de services socioprofessionnels diversifiés et enfin, plus de 750 personnes en attente de services de soutien à la personne, à la famille et à la communauté. Voici une série d'actions envisagées pour arriver à éliminer les listes d'attente.

LE PROGRAMME RÉSIDENTIEL

- Éventuellement, on prévoit transférer une centaine de personnes dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- Considérant les besoins complexes et intenses de certaines personnes, de même que l'importance de bien concevoir et de mettre en place le type de ressources appropriées pour ces usagers, il est prévu maintenir 78 places en internat;
- L'ouverture de 445 places en ressources de type familial et en ressources intermédiaires, soit 165 places pour les personnes provenant de l'internat, des groupes et des résidences communautaires et 280 places pour accueillir les personnes en liste d'attente;
- La création ou la consolidation de services spécialisés de soutien en milieu familial. Ces services ont pour but d'aider la personne à exercer différentes activités de la vie

quotidienne : aide pour le lever, le coucher, accompagnement pour sorties et accomplissement d'activités de soutien civique. La mise en place de ces services contribuera à desservir 100 personnes provenant de la liste d'attente des services résidentiels.

LE PROGRAMME SOCIOPROFESSIONNEL

- Ouvrir de nouvelles places pour des services professionnels diversifiés permettant de desservir environ 300 personnes;
- Une transformation de services socioprofessionnels vers des services de soutien aux activités communautaires de nature récréative, sportive, culturelle ou éducative. Cela permettrait d'offrir des services à 139 personnes de la liste d'attente.

LE PROGRAMME DE SOUTIEN À LA PERSONNE, À LA FAMILLE ET À LA COMMUNAUTÉ

- Le plan d'organisation des services d'adaptation et de soutien à la personne, la famille et aux proches qui relèvent des centres de réadaptation en déficience intellectuelle permettra de desservir 500 personnes en attente. Ces services visent à développer et à maintenir l'autonomie de la personne afin qu'elle puisse s'intégrer ou se maintenir dans son milieu naturel ou substitut, à la garderie ou à l'école et dans la communauté.
- Une augmentation des budgets pour les services de soutien à la famille en CLSC permettra de desservir les 700 familles anticipées pour 2002.



6. POUR LES SERVICES D'ADAPTATION SOCIALE :

2 MESURES CENTRALES

- ☐ Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur.
- ☐ Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel.

☐ JEUNES : DÉVELOPPER UN PROJET JEUNESSE PARTAGÉ ET MOBILISATEUR

Il s'agit ici de mettre en place, dans chacun des territoires de CLSC, un projet jeunesse qui contribuera à corriger les lacunes concernant l'accessibilité, la continuité et la non-intégration des services jeunesse, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

Les objectifs visés par ce projet jeunesse sont d'améliorer l'état de santé et de bien-être des jeunes, de développer de façon optimale l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes, notamment des plus démunis, et d'améliorer les conditions de sécurité et de protection des jeunes et du public en général.

Les différents acteurs jeunesse seront tous sollicités afin de concrétiser ce projet, soit : les CLSC, les centres jeunesse, les centres hospitaliers pour enfants, les cliniques externes, les services de pédopsychiatrie, les centres de réadaptation en déficience physique, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, ceux en alcoolisme et toxicomanie, mais aussi les autres partenaires intersectoriels, comme le milieu scolaire, les milieux de garde, les organismes communautaires, les municipalités, la police.

Quatre programmes spécifiques d'intervention

LA NÉGLIGENCE PARENTALE À L'ENDROIT DES 0-11 ANS

Le plan 1998-2002 veut intensifier les interventions visant le développement des compétences parentales et la sécurité alimentaire. Il vise aussi à mettre en place des stratégies de dépistage et d'intervention proactive efficaces.

LA VIOLENCE FAMILIALE À L'ENDROIT DES 0-11 ANS

En regard des problématiques d'abus physique et sexuel, les orientations vont dans le sens de développer des interventions multisectorielles adaptées ainsi que des groupes de support pour les parents violents.

LA VIOLENCE CHEZ LES ADOLESCENTS (12-17 ANS)

En impliquant les forces multisectorielles du milieu, le plan prévoit articuler un plan d'action global de promotion et de prévention en fonction de territoires ciblés et mettre en place des stratégies d'intervention axées sur la responsabilisation et le soutien aux parents.

L'EXCLUSION ET LA MARGINALISATION

Au cours des quatre prochaines années, le projet jeunesse devrait permettre d'intervenir davantage en matière de prévention des grossesses et des MTS. Il devra aussi contribuer à la mise en place de programmes d'intervention intra et intersectoriels axés sur les différentes facettes de l'exclusion et de la marginalisation.

☐ ALCOOLISME / TOXICOMANIE : SE DONNER UN PLAN RÉGIONAL D'ACTION INTERSECTORIEL

Il existe un consensus des différents spécialistes en toxicomanie «*Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes*» (1990), «*Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue*» (1990)», pour cibler le virage préventif, le choix d'une action concertée avec les autres intervenants de la société et la place centrale de la personne dans toutes les interventions comme étant les voies à suivre en toxicomanie au Québec.

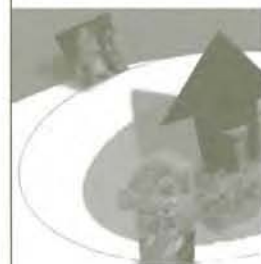
Le plan régional d'action intersectoriel vise à mettre en place un réseau intégré de services en alcoolisme et toxicomanie qui intégrera l'ensemble de la gamme des services prévus pour ce continuum. Il inclura entre autres les priorités suivantes :

LE PROGRAMME RÉGIONALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES TOXICOMANIES

Ce programme s'adresse aux jeunes et à leurs parents. Il vise le développement de comportements responsables face à la consommation d'alcool et de drogue. Il couvre actuellement seize territoires de CLSC, «*Le défi de l'accès*» veut le rendre disponible sur tous les territoires de CLSC.

LE DÉPISTAGE ET L'INTERVENTION PRÉCOCE

Pour ce faire, il faut améliorer l'accessibilité aux services offerts en CLSC : accueil, évaluation, suivi des jeunes femmes enceintes, des jeunes marginaux et faciliter l'accès au matériel stérile.



L'ACCESSIBILITÉ POUR LA CLIENTÈLE ANGLOPHONE

Les services d'urgence en toxicomanie pour les personnes d'expression anglaise sont insuffisants et les services aux jeunes d'expression anglaise sont incomplets. Le plan prévoit mettre en place, avec la collaboration du centre francophone, un service d'urgence 24 heures en toxicomanie pour ces personnes et le développement de six places en foyer de groupe spécifiquement pour cette clientèle, avec la collaboration du centre de réadaptation et du Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw.



7. POUR L'ENSEMBLE DES CONTINUUMS DE SERVICES :

I MESURE COMMUNE

- ☐ Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.

L'une des caractéristiques du plan 1998-2002 est l'introduction, le plus tôt possible, en amont des services de crise et des services spécialisés, de mesures efficaces de prévention. Un continuum de services devrait comporter les éléments suivants : l'information, la promotion-prévention, le support, les services de base, l'intervention de crise, d'urgence, les soins aigus, le traitement spécialisé ou ultraspécialisé, la réadaptation et la réintégration sociale.

B. TABLEAU SYNTHÈSE

LA CONSOLIDATION ET L'AMÉLIORATION DES SERVICES :

12 MESURES CENTRALES

- ☐ **Continuum de services en santé physique :** 4 mesures
 - Améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne;
 - Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence;
 - Améliorer l'accès aux soins ultraspecialisés;
 - Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire.
- ☐ **Continuum de services aux personnes âgées :** 1 mesure
 - Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.
- ☐ **Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique :** 2 mesures
 - Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive;
 - Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté.
- ☐ **Continuum de services en santé mentale :** 1 mesure
 - Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté.
- ☐ **Continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle :** 1 mesure
 - Desservir l'ensemble des personnes en attente de services.
- ☐ **Continuum de services d'adaptation sociale :** 2 mesures
 - Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur;
 - Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel.
- ☐ **Pour l'ensemble des continuums :** 1 mesure commune
 - Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.



III. **La modernisation
des services
administratifs
et de soutien**

IV. **Les ressources
humaines**

V. **Les ressources
financières**

VI. **Le résultat
d'un processus
de consultation**



III.

La modernisation des services administratifs et de soutien

Ces services impliquent les secteurs de l'alimentation, de l'entretien sanitaire, de la buanderie, de l'entretien des installations et de l'administration générale. Plus nous serons efficaces dans ces secteurs, plus nous serons en mesure de déployer des ressources pour y maintenir un rapport qualité / prix correspondant à nos standards et améliorer les autres services à la population. Il faut donc vérifier s'il y a encore des économies à faire dans ces secteurs et, si oui, il faut les réaliser afin de dégager des ressources à réinvestir. Dans le contexte financier actuel, la création de toute marge de manœuvre est maintenue, que ce soit pour répondre à l'accroissement naturel des dépenses (coûts de système), contribuer au rétablissement de l'équilibre financier ou réallouer des ressources vers des services directs à la population.

Le projet régional mis de l'avant repose sur les orientations suivantes :

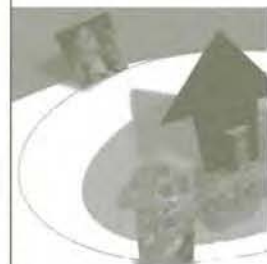
- Répondre aux standards de qualité du secteur de la santé et des services sociaux et aux attentes de la population en matière d'alimentation, de propreté de la lingerie et des lieux et de performance des équipements;
- Repenser l'organisation du travail en utilisant de façon optimale l'occasion unique offerte par le programme de départs volontaires;
- Préserver le caractère public des services et des emplois s'y rattachant;
- Consolider et améliorer la performance du secteur public. Rendre nos services plus efficaces en les comparant entre nous et avec le secteur privé (benchmarking);
- Adopter une approche de regroupement, de partage, de mise en commun, de consortium ou d'impartition sur une base multiétablissements.

Un choix stratégique : la coopération entre établissements

À l'échelle locale, des gains importants peuvent être réalisés mais pour atteindre le plein potentiel d'économies, une réorganisation du travail et la recherche de contributions externes sont nécessaires. Les approches de regroupement sur une base multiétablissements peuvent concrétiser un potentiel appréciable non réalisable autrement.

Tout comme dans le cas des services à la population où la Régie régionale a opté pour une orientation favorisant la mise en réseau interactif d'entités autonomes localement, la même orientation est privilégiée pour les services administratifs et de soutien.

Le véhicule favorisé pour réaliser ce type de regroupement est d'encourager l'entente interétablissements sur une base de proximité d'intérêt et de territoire. Dans ce domaine, comme pour les services directs, l'on souhaite que les établissements se comportent comme un véritable réseau. Conséquemment, la Régie régionale abordera dorénavant les dossiers d'infrastructures administratives et de soutien au plan du budget et de l'allocation des ressources dans une logique de coopération interétablissements et non plus comme des dossiers d'établissements individuels.



IV. Les ressources humaines

Les besoins identifiés au plan d'amélioration des services 1998-2002 nous orientent vers une vision renouvelée des ressources humaines. Cette vision se traduit par quatre principaux défis :

A. LES QUATRE DÉFIS



1. DÉVELOPPER UNE VÉRITABLE MENTALITÉ RÉSEAU

Ce défi collectif doit amener les directions d'établissements et la Régie régionale à adopter un modèle qui reflète l'acceptation et le respect des rôles de chacun, tout en reconnaissant une autonomie locale.



2. DES COMMUNICATIONS ET DES MÉCANISMES DE CONCERTATION BEAUCOUP MIEUX ARTICULÉS

Pour atteindre nos objectifs, il faudra porter une attention prioritaire à la qualité de l'information, aux mécanismes d'échange et de concertation afin de favoriser l'émergence de solidarités essentielles à l'avancement de certains dossiers.



3. COMPRENDRE ET AGIR SUR LE MALAISE VÉCU PAR LE PERSONNEL D'ENCADREMENT

Dans les périodes de changements, les cadres ont un rôle important à jouer. Leur leadership, les valeurs qui les animent et leur esprit de solidarité à l'égard des objectifs constituent des enjeux déterminants. Or, l'expérience vécue ces dernières années laisse entrevoir un malaise profond chez le personnel d'encadrement, nuisible à l'exercice de leur rôle et responsabilités. Il faut mieux comprendre ce malaise pour être en mesure d'agir promptement.



4. TROUVER UN SENS À LA RÉGIONALISATION EN RELATIONS DE TRAVAIL

La valeur ajoutée de la régionalisation en relations de travail ne pourra véritablement être perçue tant que la décentralisation ne sera pas inscrite dans le vécu des établissements. La Régie régionale mettra tout en œuvre pour supporter les établissements dans l'exécution de leurs responsabilités.

Ces défis se concrétiseront à l'intérieur de deux principaux chantiers : la valorisation du personnel d'encadrement et la mobilité professionnelle - maintien des compétences.

B. LES DEUX CHANTIERS



1. LA VALORISATION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

La région de Montréal-Centre compte maintenant 3 665 cadres (avril 1998). La diminution substantielle du personnel d'encadrement ces dernières années, associée au contexte de changement

constant, exigent aujourd'hui l'émergence de nouvelles compétences. La Régie régionale croit qu'il faut accorder une place stratégique aux gestionnaires dans les organisations. En ce sens, elle estime particulièrement important de mettre en évidence l'apport indispensable du personnel d'encadrement.

Deux priorités d'action sont favorisées dans «Le défi de l'accès» à ce chapitre. La première est de contribuer au repositionnement et à la revalorisation du rôle et du statut des cadres. La deuxième est de doter la région d'un plan de main-d'œuvre et de mobilité de carrière pour le personnel d'encadrement.



2. LA MOBILITÉ PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

La Régie régionale assure une coordination régionale en matière de mobilité professionnelle interétablissements et accorde un support aux établissements dans le maintien d'un bassin régional de main-d'œuvre qualifiée.

Pour la période 1998-2002, la Régie régionale se fixe les trois priorités suivantes : doter la région d'un véritable plan régional de main-d'œuvre, améliorer les conditions de remplacement et de mobilité professionnelle et enfin, supporter les directions d'établissements dans leurs efforts pour maintenir les compétences de leur personnel.



V. Les ressources financières

Aux lendemains du plan de réorganisation 1995-1998

Un bilan de la situation financière suite à l'application du plan nous démontre que les réductions budgétaires successives des dernières années combinées aux divers manques à gagner ont exigé un effort financier d'environ 600 M\$ au réseau montréalais.

Cet effort peut se subdiviser en quatre grands volets, soit :

- 200,3 M\$ provenant de réductions nettes liées au plan de réorganisation 1995-1998;
- 162,6 M\$ en manques à gagner occasionnés par le non-financement des coûts de système (hausse des prix des fournitures, augmentation des salaires et des charges sociales, etc.);
- 40 M\$ expliqués par la surestimation de certains revenus comme les suppléments de chambre et la sous-budgétisation de certains services comme les médicaments, cathéters, défibrillateurs;
- 194,4 M\$ à cause d'un effet de volume relié principalement à l'alourdissement des clientèles et à l'augmentation de la population cible de certains services.

En 1998-1999, le réseau régional disposait donc d'une enveloppe de 3,1 milliards, au lieu des 3,7 milliards qui auraient pu être dépensés s'il n'y avait pas eu de réorganisation majeure depuis 1995. De plus, la Régie régionale a réussi, malgré cet effort récurrent de 600 M\$, à réallouer 155 M\$ pour développer des services dans certains secteurs clés comme, par exemple, les services à domicile et les services d'hébergement.

La situation budgétaire du réseau en 1998 nous montre que 80 % des établissements sont encore soit en surplus, en équilibre ou en léger déficit (inférieur à 1 % de leur budget). Il s'agit essentiellement de CLSC, de centres d'hébergement ou de centres de réadaptation. En contrepartie, trois établissements s'accaparent plus de 60 % du déficit net régional. Cette situation exige selon nous des interventions ciblées et un suivi serré de la situation financière des établissements «à risque». De façon réaliste, on peut espérer un retour à l'équilibre budgétaire dans un délai de trois à cinq ans pour les établissements en plus grande difficulté. Ce délai pourrait être raccourci à un ou deux ans pour les autres établissements.

Les besoins financiers du plan d'amélioration des services 1998-2002

Les besoins nets de financement du plan d'amélioration sont de l'ordre de 147,3 M\$ en fonds récurrents et de 44,3 M\$ en fonds non récurrents pour financer les priorités d'amélioration des services et les coûts associés au chapitre des systèmes d'information, communications et ressources humaines.

De plus, une partie du plan s'autofinancera à partir de réallocations intra et interétablissements, principalement dans le secteur de l'hébergement non institutionnel de la santé mentale et de la déficience intellectuelle, pour un total de 42,4 M\$.

Enfin, la réalisation du plan implique aussi l'amélioration de l'efficacité du réseau pour l'équivalent de 95 M\$ dont la principale composante est l'absorption des coûts de système. Aucune prise en charge de ces coûts par le ministère n'était encore assurée au moment de l'adoption de ce plan.

En juin 1998, le ministère accordait un montant de 28,4 M\$ à la Régie régionale de Montréal-Centre.



Ces crédits ont été répartis dans deux principaux volets : la réduction des listes d'attente pour les services spécialisés et ultraspecialisés (12,3 M\$) et les services de première ligne (16,1 M\$). Cette somme est venue réduire à 118,9 M\$ les besoins récurrents exigés par le plan d'amélioration.

Des conditions de succès

Voici quelques conditions permettant de réaliser l'ensemble du plan d'amélioration :

- Le ministère devra assumer le financement des coûts de système à compter de 1998-1999;
- La reconnaissance d'une contribution adéquate de l'enveloppe nationale à la réalisation des priorités d'amélioration pour les services ultraspecialisés;
- Disposer des budgets d'immobilisation adéquats pour les économies escomptées dans la réorganisation des services administratifs et de soutien (estimés à 20 M\$ par année pendant trois ans);
- Une stratégie de financement cohérente avec les objectifs quant aux développements visés dans le domaine des ressources informationnelles;
- Un financement de démarrage provenant soit du ministère, soit de partenaires intersectoriels, pour permettre la réorganisation des services dans les continuums autres que celui de la santé physique;
- Un niveau de financement adéquat pour l'adaptation et le développement de la main-d'œuvre et une prise en charge des intérêts sur la dette régionale par le niveau central.
- La constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche.

Il va de soi qu'une gestion très rigoureuse sera requise au cours des prochaines années, sinon toute marge de manœuvre dégagée sera engloutie dans un gouffre financier.



VI.

Le résultat d'un processus de consultation

Le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, *«Le défi de l'accès»*, est le fruit d'une démarche entreprise en septembre 1997 visant à doter le réseau montréalais d'un plan d'action intégré pour les prochaines années. Le défi à relever consiste à choisir et à implanter des solutions d'avenir permettant de maintenir et consolider l'équilibre entre les besoins et la population, la qualité et la quantité des services. Il s'agit aussi de pouvoir réaliser un certain nombre d'améliorations, bien ciblées, selon leur importance pour la population, et ce, en utilisant tout le potentiel des ressources à notre disposition. Ce document constitue en fait la suite du plan de réorganisation des services de santé et des services sociaux 1995-1998, *«L'atteinte d'un nouvel équilibre»*.

Un comité du conseil d'administration

À l'initiative du conseil d'administration, un comité de travail a été mis sur pied en septembre 1997. Celui-ci avait pour mandat de soumettre des recommandations au conseil d'administration, notamment en regard des éléments suivants :

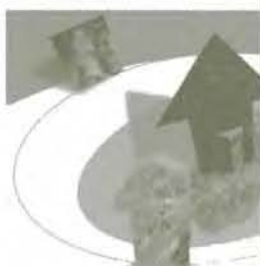
- un projet de planification permettant de consolider les services de santé et les services sociaux;
- un processus de consultation;
- une stratégie de communication visant les partenaires du réseau, les médias et la population;
- un plan d'action concernant le processus décisionnel, l'implantation et le suivi du projet.

Ce comité fait rapport régulièrement au conseil d'administration de la Régie régionale du progrès de l'implantation des diverses mesures adoptées, des difficultés vécues, des solutions préconisées et des ajustements requis au plan.

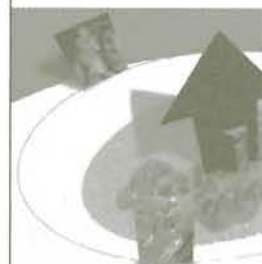
Un processus de consultation

En janvier 1998, la Régie régionale entreprenait une importante démarche de consultation auprès de divers publics cibles : la population, les comités des usagers, les partenaires du réseau et de nombreux groupes et organismes intéressés par ces choix. Cette démarche était appuyée par une série de cinq documents présentant l'ensemble des mesures proposées, les principaux enjeux, un bilan des résultats du plan de réorganisation des services en cours depuis 1995 et les propositions d'amélioration des services à mettre de l'avant au cours des années 1998 à 2002. En mars 1998, les différents groupes ont pu prendre part à cinq journées d'audience publique sur ce projet. Parallèlement à ces rencontres, trois forums thématiques ont eu lieu : le premier à l'intention des organisations, établissements et organismes concernés par le projet jeunesse, le second à l'intention des comités des usagers et le troisième sur le thème des urgences hospitalières.

De plus, un sondage a été effectué auprès des citoyens et citoyennes afin de recueillir leurs opinions. Toutes ces consultations ont permis à la Régie régionale de faire une lecture attentive des attentes des groupes consultés, de réviser et modifier au besoin le projet d'amélioration des services soumis à la consultation. Le plan final d'amélioration des services de santé et des services sociaux a été adopté en mai 1998.



Notes



Notes



Notes





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

3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9