



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



CLSC

santé mentale

services sociaux

Plan
d'amélioration
des services de santé
et des services sociaux

1998-2002

Juin 1998

Le défi
de
l'accès

Disponible aux Services documentaires
de la Régie régionale de Montréal-Centre
Version disponible en anglais
286-5604

Le document a été adopté par le conseil
d'administration de la Régie régionale le
28 mai 1998.

Réalisation, production :

Direction des relations avec la communauté

Conception graphique :

Farley design graphique

Impression :

Danalco Impressions

Juin 1998

Dépôt légal - Bibliothèque Nationale du Québec - 1998

ISBN : 2-89510-002-0



chirurgie

CLSC



santé mentale

services sociaux

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

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE	v
INTRODUCTION	1
1. BILAN SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE CONSULTATION	3
2. CHOISIR DES SOLUTIONS D'AVENIR : LES ORIENTATIONS	7
2.1 Quatre orientations générales	7
2.1.1 Une vision métropolitaine des services	7
2.1.2 Une approche réseau	9
2.1.3 Des services publics à la bonne vitesse	10
2.1.4 Un élément clé de notre mission : l'enseignement et la recherche	11
2.2 Des orientations spécifiques à maintenir et à accentuer	13
2.2.1 Des services accessibles au bon moment, à la bonne personne et au bon endroit	13
2.2.2 Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées	13
2.2.3 Cibler au lieu de saupoudrer	15
2.2.4 Le balisage avec les meilleures pratiques	15
2.2.5 L'amélioration de la qualité pour tous	16
2.2.6 La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel	17
2.2.7 Le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population	17
2.3 Vers une gestion préventive de l'offre de services	19
3. LA CONSOLIDATION ET L'AMÉLIORATION DES SERVICES : UN PLAN D'ACTION RENOUVELÉ 1998-2002	21
3.1 Continuum de services en santé physique	21
Principaux constats de la consultation	22
Des solutions d'avenir en santé physique	22
3.2 Continuum de services aux personnes âgées en perte d'autonomie	44
Principaux constats de la consultation	45
Des solutions d'avenir pour les personnes âgées	45
3.3 Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique	55
Principaux constats de la consultation	56
Des solutions d'avenir en déficience physique	58
3.4 Continuum de services en santé mentale	63
Principaux constats de la consultation	64
Des solutions d'avenir en santé mentale	68
3.5 Continuum de services en déficience intellectuelle	70
Principaux constats de la consultation	71
Des solutions d'avenir en déficience intellectuelle	73

3.6	Continuum de services en adaptation sociale	76
	5 volets :	
3.6.1	Les services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs parents	76
	Principaux constats de la consultation	77
	Des solutions d'avenir	78
3.6.2	Les services reliés à la violence faite aux femmes	81
	Principaux constats de la consultation	81
	Des solutions d'avenir	82
3.6.3	Les services en alcoolisme et toxicomanie	83
	Principaux constats de la consultation	83
	Des solutions d'avenir	84
3.6.4	Les services aux personnes itinérantes	86
	Principaux constats de la consultation	86
	Des solutions d'avenir	86
3.6.5	Les services en sida	87
	Principaux constats de la consultation	87
	Des solutions d'avenir	88
	Sommaire des mesures issues de tous les continuums de services à l'intention des enfants, des jeunes et des jeunes adultes	88
3.7	Sommaire des impacts sur les services à la population, le transport des bénéficiaires, les attentes à l'égard des CLSC, les systèmes d'information et les ressources financières	91
3.7.1	L'impact sur les services à la population	91
3.7.2	La problématique du transport des bénéficiaires	94
3.7.3	L'impact sur les attentes à l'égard des CLSC	95
3.7.4	L'impact sur les systèmes d'information	96
3.7.5	L'impact sur les ressources financières	98
3.8	En résumé : douze mesures centrales	101
4.	UNE VOIE DE PASSAGE VERS L'AVENIR : LA MODERNISATION DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN	102
4.1	Un nouveau contexte	102
4.2	Les orientations	102
4.3	Les défis et les objectifs	102
4.4	Un choix stratégique pour l'avenir : la coopération entre les établissements	103
4.4.1	Les principes directeurs	103
4.4.2	Une solution d'avenir : encourager les ententes interétablissements sur une base de proximité d'intérêt et de territoire	103
4.5	Une dynamique et un leadership renouvelés	104
4.6	Un suivi	104
5.	LE SECTEUR DE LA SANTÉ : UN PÔLE ÉCONOMIQUE DE PREMIER PLAN POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL	105
5.1	État de situation et problématique	105
5.2	Un plan d'action pour réaliser notre potentiel	106
5.2.1	Le plan stratégique du Conseil régional de développement de l'île de Montréal	106
5.2.2	Le rapport du comité santé de la Ville de Montréal et du ministère du Développement de la Métropole	106
5.2.3	Le Bureau du partenariat économique du ministère de la Santé et des Services sociaux	108

5.2.4	<i>La contribution spécifique de la Régie régionale et du réseau régional</i>	108
5.3	Un réseau montréalais collaborateur de l'Institut national de santé publique	109
6.	LES RESSOURCES HUMAINES	111
6.1	Bilan des réalisations en ressources humaines	111
6.1.1	<i>Faits saillants</i>	111
6.2	Les grands chantiers en ressources humaines 1998-2002	112
6.2.1	<i>Vers une vision renouvelée des ressources humaines</i>	112
6.2.2	<i>Le chantier : «Valorisation du personnel d'encadrement»</i>	113
6.2.3	<i>Le chantier : «Mobilité professionnelle et maintien des compétences</i>	114
6.2.4	<i>Relations de travail, organisation du travail, mobilisation et valorisation des ressources humaines</i>	115
6.2.5	<i>Conditions de réalisation</i>	116
7.	LES RESSOURCES FINANCIÈRES	117
7.1	Bilan financier de la période 1995-1996 à 1997-1998	117
7.2	Les besoins financiers du plan d'amélioration des services 1998-2002	118
7.3	Perspectives de financement des développements	118
8.	LES CONDITIONS DE RÉALISATION	121
8.1	Des conditions de succès au plan régional	121
8.1.1	<i>Un consensus fort en faveur des objectifs d'amélioration visés et de l'approche réseau</i>	121
8.1.2	<i>Des citoyens informés et actifs</i>	121
8.1.3	<i>Un partenariat intersectoriel tourné vers l'action</i>	122
8.2	Des conditions facilitantes à l'échelle nationale	122
8.2.1	<i>La pratique médicale</i>	122
8.2.2	<i>Les orientations ministérielles dans le secteur de la santé mentale</i>	123
8.2.3	<i>La déréglementation</i>	123
8.2.4	<i>Les ressources humaines</i>	123
8.2.5	<i>Les ressources financières</i>	123
8.2.6	<i>La mise en place d'un plan d'action intersectoriel en alcoolisme et en toxicomanie</i>	123
9.	L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS	124
9.1	Un tableau de bord central	124
9.2	Évaluer pour s'améliorer	125
9.3	La poursuite d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité	126
10.	L'INFORMATION À LA POPULATION	127

GLOSSAIRE

- ACDI** Agence canadienne de développement international
- CM** Clinique médicale
- CDPQ** Caisse de dépôt et placement du Québec
- CECM** Commission des écoles catholiques de Montréal
- CRDIPT** Centre de réadaptation pour personnes atteintes de déficiences intellectuelle, physique et de toxicomanie
- CH** Centre hospitalier
- CHR** Centre hospitalier de réadaptation
- CHSGS** Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- CHSLD** Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CHSP** Centre hospitalier de soins psychiatriques
- CHU** Centre hospitalier universitaire
- CHUM** Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- CLSC** Centre local de services communautaires
- CPEJ** Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- CQCS** Centre québécois de développement et consultation sur le sida
- CR** Centre de réadaptation
- CRAN** Centre de recherche et d'aide aux narcomanes
- CSN** Confédération des syndicats nationaux
- CTMSP** Classification par type en milieu de soins et services prolongés
- CUM** Communauté urbaine de Montréal
- CUSM** Centre universitaire de santé McGill
- DI** Déficience intellectuelle
- DMP** Département de médecine préventive
- DPJ** Direction de la protection de la jeunesse
- DSC** Département de santé communautaire
- ERV** Enterocoques résistants à la vancomycine
- ETC** Équivalent temps complet
- ETP** Équivalent temps plein
- FMOQ** Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- FSSS** Fédération de la santé et des services sociaux
- FSTQ** Fonds de solidarité des travailleurs du Québec
- GRIS** Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
- HEC** Hautes études commerciales
- HMO** Health Maintenance Organizations
- HR** Hors région
- IRM** Institut de réadaptation de Montréal
- LG** Laboratoire général
- LGS** Laboratoire général et spécialisé
- MDA** Mesures de départs assistés
- MED-ECHO** Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
- MIF** Mesure d'indépendance fonctionnelle
- MRC** Municipalité régionale de comté
- MSSS** Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- MTS** Maladies transmises sexuellement
- OHA** Association des hôpitaux de l'Ontario
- OPHQ** Office des personnes handicapées du Québec
- ORL** Oto-rhino-laryngologie
- PLAISIR** Planification informatisée des soins infirmiers requis
- POSILTPH** Programme de services à domicile intensifs à long terme pour les personnes handicapées physiques
- PSI** Plan de services individualisé
- RAMQ** Régie de l'assurance maladie du Québec
- RFI** Réadaptation fonctionnelle intensive
- RIASG** Réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux
- SRMO** Service régional de main-d'oeuvre
- SGF** Société générale de financement du Québec
- SIC** Système d'information-clientèle
- SICC** Système d'information-clientèle-CLSC
- SIDA** Syndrome d'immunodéficience acquise
- SIPA** Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie
- SISMAD** Système d'information sur les services de maintien à domicile
- TGC** Trouble grave du comportement
- UDI** Utilisateurs de drogues injectables
- UHRESS** Unité hospitalière de recherche et d'enseignement socio-sanitaire
- UQAM** Université du Québec à Montréal
- URFI** Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
- VIH** Virus d'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a décidé, le 25 septembre dernier, d'entreprendre une démarche visant à doter le réseau régional d'un plan d'action intégré pour les années 1998-2002.

Pour mener à bien cette démarche, le conseil d'administration a mandaté un comité formé de huit membres du conseil, soit mesdames Colette P. Chagnon et Jenny Goldman ainsi que messieurs Pierre Berger, Robert Bousquet, Guy Breton, Jacques Foisy et Horace-Alain Sirois. Le docteur Marc-André Asselin, président de la Commission médicale régionale a aussi été nommé membre de ce comité qui compte sur la présence de deux membres ex-officio : messieurs Conrad Sauvé, président du conseil et Marcel Villeneuve, directeur général. Le 30 avril dernier, madame Kathleen Weil a remplacé monsieur Sauvé à titre de présidente du conseil d'administration. Monsieur Robert Bousquet agit à titre de président du comité.

Le comité a pour mandat de :

- Recommander au conseil d'administration un document intégré sur la consolidation des services de santé et des services sociaux pour la période 1998-2002 ;
- Recommander au conseil d'administration un processus de consultation adapté aux éléments contenus dans le plan de consolidation ;
- Recommander au conseil d'administration une stratégie de communication avec les partenaires du réseau et de l'intersectoriel, les médias et la population ;
- Recommander un plan d'action quant au processus décisionnel, à l'implantation et au suivi du plan ;
- Faire rapport régulièrement au conseil d'administration du progrès de l'implantation des diverses mesures adoptées, des difficultés vécues, des solutions préconisées et des ajustements requis au plan.

Le défi à relever consiste à choisir et à implanter des solutions d'avenir pour maintenir et consolider l'équilibre entre les besoins de la population, la qualité et la quantité des services et pour réaliser un certain nombre d'améliorations bien ciblées en fonction de leur importance pour la population, en utilisant tout le potentiel des ressources et des conditions de réalisation à notre disposition.

Afin de soutenir cette démarche régionale, le Régie régionale

entreprenait en janvier dernier une importante démarche de consultation dont les objectifs sont de :

- Favoriser l'atteinte d'un consensus, le plus large possible, sur le choix des priorités d'amélioration des services et
- Susciter l'adhésion des partenaires nécessaires à l'implantation des solutions d'avenir qui sont retenues.

Dans le but de favoriser une meilleure compréhension des enjeux de la démarche et afin d'encourager la participation des groupes et des organismes concernés par le projet d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, la Régie régionale de Montréal-Centre a produit et diffusé une série de cinq documents destinés à la consultation : le document de consultation **Le défi de l'accès** présentant l'ensemble des mesures proposées et les principaux enjeux, un document de support au document de consultation qui présente, de façon détaillée, le bilan des résultats du plan de réorganisation des services en cours depuis 1995 et les mesures mises de l'avant pour la période 1998-2002, deux sommaires explicatifs, un sur les mesures proposées concernant les **ressources humaines** et le second sur le projet de **modernisation des services administratifs et de soutien** et finalement, un document d'information destiné à la population **Le défi de l'accès : 13 façons d'améliorer l'accessibilité à notre réseau de la santé et des services sociaux**.

La démarche de consultation publique a été initiée le 15 janvier 1998 avec la diffusion du document de consultation à l'ensemble des partenaires et des groupes concernés par le projet d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. Cette démarche avait pour objectifs de :

- Renseigner le comité responsable de la démarche et le conseil d'administration sur les suggestions formulées et les opinions exprimées par tous les publics intéressés;
- Recueillir les opinions des différents publics intéressés et les inviter à réagir aux propositions et recommandations soumises à la consultation ;
- Permettre à tous les intéressés de contribuer à bonifier la proposition initiale en suggérant des modifications aux propositions soumises à la consultation jusqu'à leur adoption ;
- Mettre en place des activités de consultation adaptées aux publics visés et aux sujets sur lesquels portent la consultation.

Pour y parvenir, la Régie régionale de Montréal-Centre a entrepris les actions nécessaires pour consulter les divers publics visés, notamment la population en général, les comités des usagers, les partenaires du réseau et les nombreux groupes et organismes intéressés par la démarche de consultation.

Les résultats de cette démarche de consultation auront permis à la Régie régionale de faire une lecture précise de la vision des groupes consultés et de réviser le projet d'amélioration des services à la lumière des propositions et des commentaires formulés.

BILAN SOMMAIRE DES ACTIVITÉS DE CONSULTATION

La Régie régionale de Montréal-Centre a tenu, du 9 au 12 mars et le 18 mars 1998, cinq jours d'audiences publiques sur son projet triennal *Le Défi de l'accès*, qui propose une série de mesures pour améliorer les services de santé et les services sociaux sur l'île de Montréal.

Le comité du conseil d'administration responsable de la démarche de consultation a reçu 174 avis écrits dont 121 ont fait l'objet de présentations orales. Les audiences publiques étaient télévisées en direct grâce à la collaboration de Vidéotron.

Outre les audiences publiques sur l'ensemble du projet d'amélioration des services 1998-2002, la Régie régionale a organisé des activités thématiques de consultation notamment, le 12 mars 1998, un forum régional sur les services jeunesse qui a rejoint 79 participants des secteurs concernés et, le 16 mars 1998, un forum régional à l'intention des comités des usagers qui a réuni 76 participants représentant 36 comités des usagers de toutes les catégories d'établissements. Au chapitre des urgences, la Régie régionale a invité des experts et des groupes et organismes intéressés à participer; le 27 février dernier, à une journée d'audiences publiques sur la question au cours de laquelle 14 avis écrits ont été présentés.

La Régie régionale a pu recueillir les commentaires de la population par le biais d'un sondage effectué entre le 27 février et le 11 mars 1998 auprès de 1 000 répondants de l'île de Montréal. Elle a également produit un document d'information et un questionnaire, lesquels étaient disponibles sur demande. Finalement, un document interactif d'information et un questionnaire sur le projet de la Régie régionale, à partir desquels les gens pouvaient émettre leurs commentaires, étaient accessibles via le site Internet de la Régie régionale.

FAITS SAILLANTS DES AVIS ET DES COMMENTAIRES

• Sondage

Le sondage révèle qu'en présence de solutions concrètes (priorités régionales 1998-2002) la population consultée exprime un degré important d'optimisme et d'adhésion au projet d'amélioration des services 1998-2002. Toutefois, la disponibilité des ressources humaines et financières du réseau

semble inquiétante. Du côté de l'amélioration des services, ce sont les services d'urgence hospitalière qui arrivent en tête de liste chez les répondants. Parmi les mesures proposées pour améliorer les services, celles qui reçoivent le plus d'attention de la part de la population sont celles qui touchent les services aux jeunes en difficulté et les personnes âgées.

• Questionnaire

Trente-cinq questionnaires complétés ont été retournés à la Régie régionale. De façon générale, ce sont les services aux jeunes, aux personnes âgées et, plus globalement, la disponibilité des services médicaux qui retiennent l'attention des répondants. Le questionnaire interactif accessible sur le site de la Régie régionale n'a pas donné les résultats escomptés. Aucune personne ne s'en est prévalu.

• Forum régional à l'intention des comités des usagers

De l'avis général, la qualité des services constitue un point majeur soulevé lors du forum. La continuité des services a également été soulignée comme étant problématique. Les participants souhaitent une meilleure coordination des services et une meilleure communication entre les organisations. Pour les résidents des CHSLD, deux éléments majeurs sont à retenir : l'alimentation, qui devrait être considérée comme un service clinique et non un service de soutien, et le terme «usager», qui pourrait être remplacé par celui de «résident».

• Forum régional sur les services jeunesse

Un des premiers constats qui découlent des échanges avec les participants est l'absence d'objectifs communs et de vision commune de la situation des jeunes et des familles. Le manque de continuité et de coordination des services, qui se traduit entre autres par l'absence de leadership régional et de coordination, constitue, selon les participants, un autre aspect important de la problématique des services aux jeunes. Des pistes de solutions ont cependant été envisagées, notamment la clarification des rôles et mandats des institutions, l'amélioration de l'intégration des services et l'arrimage avec les partenaires, la volonté que la Régie régionale assume un leadership régional, l'accroissement du financement et l'amélioration des méthodes d'allocation des ressources.

• **Audiences thématiques sur les urgences**

La consultation a mis en évidence le consensus existant parmi les partenaires à l'effet d'adopter une approche globale visant le réseau puisque le problème des urgences est considéré comme étant systémique. Les principales pistes de solutions mentionnées, notamment l'accès aux médecins de famille, aux médecins spécialistes ainsi qu'aux services de laboratoire, la nécessité d'améliorer la répartition des ambulances ainsi que le traitement, par les établissements, des demandes provenant de l'urgence ont également été soulevées.

• **Audiences publiques**

D'après l'analyse des commentaires et des avis reçus, il ressort que les orientations générales notamment la vision métropolitaine, l'approche réseau et le caractère public des services qui sous-tendent le projet de la Régie régionale sont bien reçues de la part de nos partenaires. Selon certains groupes, les orientations générales doivent inclure l'enseignement et la recherche.

Les différents participants aux audiences publiques ont tous, à divers degrés, proposé des améliorations et des modifications, soit aux moyens d'action, aux ressources financières ou encore aux conditions de réalisation qui sont présentées dans le document de consultation. Le présent document a été remanié à la lumière de ces propositions.

Nous vous présentons les faits saillants des audiences publiques :

Pour la pratique médicale, le défi sera l'organisation des services de première ligne et plus particulièrement le partage des responsabilités entre les cliniques médicales privées et les CLSC. La création du département de médecine générale et l'abolition du décret punitif pour les jeunes médecins constituent deux conditions essentielles à la réalisation du plan. L'implication des médecins spécialistes devra aussi être recherchée pour améliorer la continuité et l'accès aux services.

En santé physique, les propositions relatives à l'organisation des services ultra-spécialisés, à l'amélioration des services d'urgence et à l'organisation des services médicaux de première ligne trouvent écho tant auprès de la population que des participants à la consultation.

Le rôle des CHSGS et le modèle d'organisation des services de laboratoire nécessiteront des précisions.

Pour la santé mentale, en l'absence d'orientations ministérielles confirmées, la prudence et les exigences quant aux sommes d'argent de transition sont bien reçues par les participants à la consultation.

Une partie importante des discussions ont entouré les rôles et mandats confiés aux différents acteurs dans le champ de la santé mentale : rôle des CH et des psychiatres, rôle des CLSC et rôle des organismes communautaires.

Des précisions s'imposent quant aux services de base dans la communauté, à Info-Santé et à la réadaptation et réinsertion dans la communauté. La priorité jeunesse est quant à elle bien appuyée. Des attentes sont signifiées quant aux clientèles multiproblématiques. Un leadership est attendu de la part de la Régie régionale quant à l'organisation et au suivi des ressources et services.

En déficience intellectuelle, les conclusions relatives aux mesures de ce continuum recueillent un large assentiment de la part de l'ensemble des participants à la consultation. Au chapitre des conditions de réalisations, la transformation proposée devra se faire en tenant compte des réalités des bénéficiaires et de la qualité des services à maintenir. Des précisions sont demandées quant aux données relatives aux listes d'attente. Le dossier de l'autisme ne devrait plus, à l'interne de la Régie régionale, faire l'objet d'une double coordination. Quant aux troubles envahissants du développement, la formule de consortium est à poursuivre dans le nouveau plan triennal.

En déficience physique, deux enjeux sont à retenir : les attentes en matière de coordination de services sont importantes puisque les services sont mal articulés et offrent des variations importantes d'un établissement à l'autre assumant les mêmes responsabilités; d'autre part les scénarios proposés concernant la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) n'ont pas permis de dégager de consensus.

Pour les personnes âgées, l'adéquation de la réponse par rapport aux besoins croissants demeure préoccupante, tout comme les conséquences du virage ambulatoire. Le développement d'un éventail de ressources est attendu : l'hébergement intermédiaire, le rehaussement des heures-soins pour les lits d'hébergement de longue durée, l'augmentation des services à domicile et le transport. Une coordination et une meilleure articulation de l'ensemble des composantes sont aussi perçues comme des voies de solution.

En jeunesse, la Régie régionale est interpellée de façon importante pour clarifier les rôles et responsabilités en matière de prestation de services aux jeunes. Ces précisions devraient se faire en fonction d'une vision commune de la situation des jeunes et des familles. Des attentes sont aussi exprimées quant à la coordination que la Régie régionale doit exercer pour les services aux jeunes.

En itinérance, le Réseau des personnes seules et itinérantes suggère l'enclenchement de travaux de planification globale ainsi qu'un appui et une consolidation de l'action communautaire. Au plan opérationnel, le développement de modalités d'accès favorisera une amélioration de la situation.

En alcoolisme-toxicomanie, l'ampleur des problèmes justifierait des investissements plus importants que ceux actuels. Pour le traitement à la méthadone, on devrait viser traiter 2 500 héroïnomanes.

Pour les organisations s'intéressant aux clientèles atteintes du sida, il faut retenir le nécessaire ajustement des organisations à l'évolution de la situation et le leadership que doit assumer la Régie régionale, et ce, plus particulièrement pour le développement d'un programme régional de prévention.

Concernant la problématique relative à la violence faite aux femmes et plus globalement aux femmes, la reconnaissance des maisons d'hébergement tout comme des CLSC apparaît importante pour préciser les rôles et mandats de chacun. Cibler les enfants et les femmes enceintes victimes de violence conjugale devrait s'inscrire au chapitre des priorités régionales.

Il est aussi souhaité de rendre spécifique le genre féminin dans l'ensemble des programmes et services.

Les CLSC sont interpellés de toutes parts dans le plan triennal proposé. Par conséquent, il n'est pas étonnant de les voir questionner la Régie régionale sur les différentes composantes du plan. Ils cherchent en fait à dégager une vision d'ensemble qui leur confère un rôle important de porte d'entrée dans le réseau avec les incidences budgétaires conséquentes. L'écart entre les demandes et les ressources consenties leur apparaît nettement trop grand pour occuper la place qu'ils estiment la leur dans le réseau de la santé et des services sociaux. Notons les remises en question des méthodes d'efficacité et d'équité utilisées par la Régie régionale.

Pour les organismes communautaires multisectoriels, la reconnaissance, le respect de leur autonomie et leur consolidation budgétaire apparaissent des leitmotivs. Ils sont d'avis de participer aux processus de concertation dans la mesure où cette participation se fait de façon libre et volontaire. Notons que ces organismes s'opposent aux compressions budgétaires dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Modernisation des services administratifs et de soutien
L'idée de moderniser les infrastructures intéresse plusieurs des

participants à la consultation. La formule coopérative est questionnée. Cette modalité doit demeurer souple et ne pas se substituer à la responsabilité des établissements. Les objectifs de résultats au plan budgétaire devront être réalistes compte tenu des compressions qui ont déjà été exercées au cours des dernières années. En matière d'alimentation, la proposition régionale génère beaucoup d'appréhension de la part des résidents.

Secteur de la santé : un pôle économique

Il ne s'agit pas d'un thème majeur de la consultation. Parmi ceux qui se sont exprimés, à une exception près, la vision dégagée de la santé comme pôle économique reçoit un bon accueil.

Ressources humaines

Une ligne de force se dégage tant des établissements, des syndicats que des associations de cadres : la Régie régionale doit respecter l'autonomie locale et ne pas créer un palier intermédiaire entre le niveau provincial et le niveau local. Toutefois, un rôle de partenaire est attendu. Ce rôle devrait s'actualiser au travers des chantiers proposés, plus particulièrement ceux de la valorisation du personnel d'encadrement, de la mobilité professionnelle et du maintien des compétences. Finalement, rappelons que le Regroupement des organismes communautaires souligne l'importance du principe du non-transfert du personnel des établissements vers les organismes communautaires.

Amélioration de la qualité

Les comités d'usagers et les ordres professionnels, entre autres, ont manifesté beaucoup de préoccupations à cet égard. L'aspect des relations avec le personnel des établissements, le respect des droits des individus, l'implication des usagers dans les changements, l'évaluation du degré de satisfaction, la qualité et la continuité des services, la compétence du personnel sont des points à retenir pour la Régie régionale. Notons que des commentaires sévères ont été adressés par le Groupe d'aide et d'accompagnement pour les plaintes, quant à la qualité des mécanismes traitant les plaintes dans le réseau.

Soulignons aussi que de nombreuses représentations ont été faites pour améliorer l'accès aux services aux multiples réalités de la région : communautés culturelles et linguistiques, itinérance, communauté des gais et lesbiennes, personnes obèses, femmes et autres.

En conclusion :

Le projet révisé comporte maintenant quatre orientations générales. À la vision métropolitaine des services, à l'approche réseau, aux services publics à la bonne vitesse, s'est ajoutée un élément clé de notre mission : l'enseignement et la recherche.

Ce plan d'amélioration des services porte maintenant sur la période 1998-2002 et s'articule autour des douze mesures ciblées visant à apporter des améliorations significatives à l'accessibilité et à la qualité de nos continuums de services.

Le projet s'autofinance à l'échelle régionale dans une proportion de 49 %. Son entière réalisation nécessitera des développements budgétaires récurrents de l'ordre de 147,3 M\$ pour la période allant de 1999 à 2002. Cela correspondrait à une croissance budgétaire de l'ordre de 1,6 % par année à compter de l'exercice financier 1999-2002. Enfin, l'atteinte de nos objectifs nécessitera de réaliser des gains d'efficience estimés à 95 M\$ au cours des quatre prochaines années. La prise en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux de la croissance des coûts du système pourrait réduire l'effort nécessaire à 40 M\$.

CHOISIR DES SOLUTIONS D'AVENIR : LES ORIENTATIONS

La Régie régionale se propose de construire son plan d'amélioration des services pour les années 1998-2002 en s'appuyant sur l'objectif suivant :

- **Le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population**

Notre objectif est d'accentuer nos efforts en vue de consolider nos services et d'améliorer la performance du réseau dans certains secteurs importants pour la santé et le bien-être de la population. À la suite des audiences publiques, il a été décidé d'ajouter le domaine de l'enseignement et de la recherche aux orientations spécifiques déjà existantes.

Aussi, les orientations suivantes guideront l'ensemble de nos actions au cours des prochaines années :

2.1 Quatre orientations générales

- 2.1.1 Une vision métropolitaine des services
- 2.1.2 Une approche réseau
- 2.1.3 Des services publics à la bonne vitesse
- 2.1.4 Un élément clé de notre mission : l'enseignement et la recherche

2.2 Des orientations spécifiques à maintenir et accentuer

- 2.2.1 Des services accessibles au bon moment, à la bonne personne et au bon endroit
- 2.2.2 Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées
- 2.2.3 Cibler au lieu de saupoudrer
- 2.2.4 Le balisage avec les meilleures pratiques
- 2.2.5 L'amélioration de la qualité pour tous
- 2.2.6 La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel
- 2.2.7 Le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population

2.3 Vers une gestion préventive de l'offre de services

2.1 QUATRE ORIENTATIONS GÉNÉRALES

2.1.1 Une vision métropolitaine des services

Une des caractéristiques de l'île de Montréal est son rôle métropolitain. On y rend des services spécialisés et ultraspecialisés au bénéfice de l'ensemble de la population métropolitaine et dans certains domaines à l'échelle du Québec.

Entre l'autoroute 640 sur la rive nord et l'autoroute 30 sur la rive sud vivent 2 900 000 personnes qui se trouvent à 30 minutes du centre de l'île de Montréal. Avec 58,7 % de la population du Québec, les cinq régions présentes dans la zone métropolitaine disposent de 57 % du budget de la santé et des services sociaux.

Une autre caractéristique de cette zone métropolitaine est qu'il n'existe pas de frontière entre les différents secteurs et que la population a librement accès, en fonction de ses besoins, aux ressources spécialisées et ultraspecialisées qu'on y retrouve, que ce soit au plan du travail, de la culture, de l'éducation, de la santé et des services sociaux etc., sans tenir compte des limites administratives.

L'utilisation des services hospitaliers par la population confirme que l'ensemble du réseau hospitalier montréalais a un bassin de desserte à l'échelle métropolitaine.

De façon générale, 34 % de nos services hospitaliers sont dispensés à des personnes qui ne résident pas sur l'île de Montréal et la très grande majorité d'entre elles proviennent de Laval et des couronnes nord et sud. Ce pourcentage atteint 53 % pour les services ultraspecialisés et 36 % pour les services spécialisés et même 29 % pour les soins généraux.

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

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

Tableau 2 - LES BASSINS DE DESSERTE DE QUELQUES HÔPITAUX MONTRÉLAIS

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

Quelles approches privilégier face à cette réalité?

- **La reconnaissance d'un espace métropolitain en matière de services spécialisés et planification intégrée de l'organisation des services à cette échelle**

Nous pensons que le ministère et nos partenaires dans la région métropolitaine doivent reconnaître la réalité de cet espace métropolitain et que nous devrions collaborer à une planification intégrée de l'organisation des services hospitaliers sur cette base en ayant comme objectif d'assurer l'équité et la liberté d'accès aux services et d'utiliser au mieux les ressources et les infrastructures disponibles à cette fin.

Il nous faut partir de la réalité du bassin de desserte métropolitain et ne pas fractionner et réduire les bassins en deçà de ce qui est optimal pour maintenir les masses critiques nécessaires, assurant ainsi la qualité des soins spécialisés et ultraspecialisés.

Nous sommes d'accord avec l'idée de procéder à un certain rééquilibrage des ressources de soins généraux et de certains services spécialisés dans l'espace métropolitain, si cela se fait de façon intégrée, en vue d'améliorer l'équité d'accès, la qualité des services et l'utilisation optimale des ressources et des infrastructures.

- **L'identification d'enveloppes budgétaires nationales adéquates pour le financement des services ultraspecialisés**

La particularité de ces services, comme les transplantations, la

chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, est que leur bassin de desserte englobe toute la grande région métropolitaine et, dans quelques cas, tout le Québec.

Nous pensons que la création d'enveloppes nationales pour financer ces services est la voie de solution à condition :

- Qu'elles prennent en compte tous les coûts reliés à ces activités, notamment ceux encourus pour la recherche, l'enseignement, l'administration et les services de soutien;
- Qu'elles disposent d'un fonds d'équilibre qui permette de maintenir l'équilibre entre l'offre de services et les besoins, et de respecter les délais optimaux d'accès au plan de la santé.

- **La prise en compte de la totalité des coûts dans les décisions relatives à la planification des services hospitaliers et au rééquilibrage des ressources et des services dans la zone métropolitaine**

Une planification intégrée de l'organisation des services dans la zone métropolitaine devrait reposer sur une prise en compte de la totalité des coûts : les coûts de transition, les coûts reliés aux infrastructures, les coûts reliés à la main-d'oeuvre en remplacement, les coûts relatifs à la dette accumulée.

La région de Montréal-Centre a déjà largement contribué, de 1995 à 1998, au rééquilibrage interrégional des ressources.

Pendant cette période, les budgets sur l'île de Montréal ont connu une décroissance nette de 200,3 M\$, dont 177 M\$ sont venus de la fermeture de six hôpitaux et de la conversion d'un autre en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Pendant la même période, les régions limitrophes à l'île de Montréal ont connu une croissance budgétaire nette de 30 M\$.

Compte tenu de l'importante réorganisation des services hospitaliers qui vient de se réaliser sur l'île et de la situation financière dans laquelle nous nous trouvons, nous pensons que la voie de l'avenir passera par une planification intégrée de l'organisation des services pour assurer l'équité et la liberté d'accès de même que l'utilisation optimale de nos ressources à l'échelle métropolitaine.

- **Un accès, au niveau local et régional, aux services de première ligne et aux services d'hébergement et de soins de longue durée**

Dans l'autre sens, nous pensons que l'accès aux services de première ligne, que ce soit dans le domaine de la santé, des services sociaux, de la santé mentale, du maintien à domicile, doit être assuré sur une base locale dans chacune des régions. Ce devrait aussi être la même chose pour les services d'hébergement et de soins de longue durée.

Les personnes qui recevront des services ultraspécialisés ou spécialisés d'un hôpital situé sur l'île de Montréal, devront pouvoir bénéficier de la même continuité de services, qu'ils habitent à Rivière-des-Prairies, à Longueuil ou à Laval.

S'il est nécessaire de mettre en réseau nos services sur l'île de Montréal, il est aussi nécessaire de le faire à l'échelle métropolitaine pour plusieurs services interdépendants.

- **Une prise en compte des caractéristiques particulières de la population vivant sur l'île de Montréal**

L'île de Montréal, à cause de sa situation en plein centre de la région métropolitaine, a une population qui présente des caractéristiques particulières qu'on retrouve généralement au coeur des grandes agglomérations urbaines et qui la distinguent des autres régions du Québec.

Notre population se distingue par :

- **Un vieillissement rapide**

Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus atteint 14 % alors qu'il est de 10,1 % dans le reste du Québec.

- **Une mosaïque linguistique et culturelle riche et diversifiée**

Dans les autres régions du Québec, la population d'origine française atteint 84,2 % alors que la proportion est de 46,8 % sur l'île de Montréal.

- **Un fort pourcentage de familles monoparentales et de personnes seules**

La proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans atteint 24,9 % alors que la moyenne provinciale est de 17,9 %. Les personnes vivant seules représentent 17,6 % de la population alors que dans l'ensemble du Québec, la population est de 12,1 %.

- **Des zones de pauvreté côtoyant des secteurs où le revenu est élevé**

La proportion de personnes vivant sous le seuil de faibles revenus est la plus élevée au Québec : 27,8 %, alors que la moyenne provinciale est de 19,2 %. De plus, en 1995, 17,5 % de la population vivait de prestations d'aide sociale alors que dans l'ensemble du Québec, la proportion était de 12,5 %.

- **Une population plus scolarisée que la moyenne dans certains secteurs et par ailleurs un haut taux de décrochage scolaire**

L'état de santé et de bien-être de la population présente les caractéristiques suivantes :

- une mortalité infantile plus élevée associée à un plus haut taux de bébés de faibles poids notamment dans les secteurs les plus pauvres de l'île;
- davantage de personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- davantage de problèmes reliés à la violence faite aux femmes, aux enfants et aux adolescents;
- des problèmes plus aigus dans les domaines suivants :
 - l'itinérance;
 - la progression du sida;
 - le cancer du sein en considération du taux d'années potentielles de vie perdues.

Enfin, un dernier facteur doit être pris en compte dans le rôle joué par l'île de Montréal dans la région métropolitaine. La concentration sur l'île de certains services dans le domaine de l'éducation, des transports en commun et de la santé et des services sociaux en fait un pôle d'attraction pour certaines clientèles, notamment les personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles. Cette réalité exige une adaptation continue de l'offre de services spécifiques nécessaires à la santé et au bien-être de ces personnes.

2.1.2 Une approche réseau

Un des objectifs que doivent atteindre tous les systèmes de santé et de services sociaux est l'assurance de services complets et continus à la population.

Au Québec, dans plusieurs régions moins fortement urbanisées et où les limites administratives et géographiques correspondent à des bassins naturels, on observe une évolution vers l'intégration administrative sur la base des municipalités régionales de comté (MRC) pour les services de première ligne et d'hébergement et sur la base régionale pour les services spécialisés.

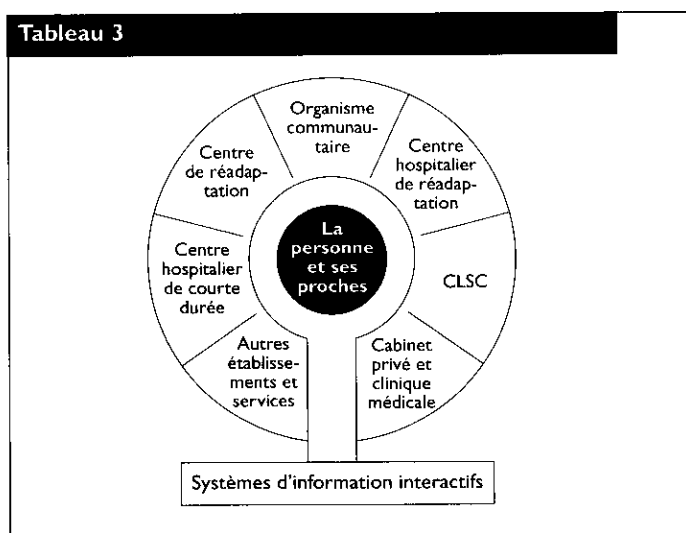
Cependant, le milieu montréalais et métropolitain a des caractéristiques propres qui nécessitent une approche différente. Comme nous l'avons indiqué, on retrouve sur le territoire une multiplicité d'acteurs qui contribuent à assurer une réponse complète aux besoins de la population : 150 établissements, plus de 400 cliniques et cabinets de médecins, 4 500 médecins, 400 organismes communautaires.

D'autre part, à cause de la mobilité de la population dans la région métropolitaine, les bassins de desserte des différents organismes s'entrecoupent et s'entrecroisent sans se superposer.

Pour ne donner qu'un exemple, en matière de soins postopératoires, nos hôpitaux peuvent avoir affaire à différents CLSC sur l'île et en dehors de l'île. De même, les différents CLSC peuvent recevoir des personnes référées par des hôpitaux situés à différents endroits sur l'île.

Donc, pour assurer la continuité des services, nous avons opté en 1995 pour une approche adaptée à notre milieu : la mise en réseau interactif d'entités autonomes localement.

La mise en place d'un tel réseau interactif nécessite la contribution d'un ensemble de partenaires qui répondent à divers aspects des besoins d'un individu de façon complète et continue.



Deux conditions sont nécessaires à l'instauration et au bon fonctionnement d'un réel réseau :

1. Assurer à chaque composante du réseau le niveau approprié de ressources pour jouer son rôle;

En effet, un réseau est aussi faible que son élément le plus faible ou le moins performant.

2. Mettre en place des mécanismes de liaison interactifs fonctionnels

Depuis 1995, nous avons fait des progrès significatifs avec la mise en réseau de nos services dans certains secteurs mais il nous reste beaucoup à faire pour que nous ayons un réel réseau dans l'ensemble des continuums de services.

Par exemple, dans le secteur des soins à domicile postopératoires et posthospitaliers, nous avons obtenu en deux ans, des résultats remarquables, par suite de l'accroissement des

ressources confiées aux CLSC à cette fin et de l'amélioration des mécanismes de liaison entre les hôpitaux, les CLSC et les médecins.

Un autre secteur où nous avons progressé est celui des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, où le CLSC est devenu le 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.

Par ailleurs, nous n'avons pas encore réussi à mettre en réseau les cliniques médicales et les CLSC pour assurer l'accès 365 jours par année, de 8 h à 22 h, à des services médicaux sans rendez-vous, malgré la présence de 2 000 omnipraticiens et de plus de 250 points de services sur l'île. En conséquence, certains jours et à certaines heures, il existe un trou dans la gamme de services entre l'urgence et le service Info-Santé CLSC.

Compléter la mise en réseau dans tous nos continuums de services est au coeur du plan d'amélioration des services pour la période 1998-2002. Nous accentuerons et intensifierons nos efforts en ce sens, autant en ce qui a trait aux services à la population qu'en ce qui a trait aux services administratifs et de soutien.

Nous pensons que l'approche réseau est une solution d'avenir dans la région montréalaise. Elle permet d'assurer une meilleure continuité des services à la population et une utilisation optimale de nos ressources tout en conservant toute la richesse de la diversité des cultures locales. Cependant, elle exige que les membres du réseau convergent vers des objectifs communs, coordonnent leurs actions, se donnent des mécanismes de liaison sans faille et acceptent de se donner des normes et des standards de communication uniformes.

Des services publics à la bonne vitesse

La Régie régionale réaffirme qu'elle entend travailler à maintenir et à développer l'accessibilité à des services publics de qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux au bénéfice de toute la population.

Nous sommes convaincus que la meilleure façon d'éviter l'instauration de deux systèmes de services, l'un pour les riches, l'autre pour les pauvres, est de continuer à consolider et à améliorer la performance de notre réseau public régional en utilisant au mieux les ressources et les possibilités à notre disposition.

Le défi est d'assurer une performance adéquate du réseau public au plan de l'accessibilité aux services. Plusieurs mesures seront proposées dans le plan d'amélioration 1998-2002 pour consolider le niveau de performance actuel dans les secteurs où il est adéquat et pour améliorer de façon significative l'accessibilité dans plusieurs secteurs importants, notamment en ce qui a trait à certaines chirurgies et services ultraspécialisés, aux prélèvements et aux analyses de laboratoire, aux services médicaux sans rendez-vous.

Déjà depuis 1995, nous avons fait des progrès significatifs dans des secteurs tels que l'accès aux prélèvements en instituant, dans la région, un système généralisé de prélèvements sans rendez-vous dans tous les hôpitaux et en l'expérimentant dans treize CLSC.

Nous pensons aussi que le plan d'amélioration 1998-2002 sera l'occasion de bien identifier nos objectifs prioritaires quant à la consolidation et à l'amélioration de la performance du réseau relative aux délais d'accès. Ce sera aussi l'occasion de clarifier nos engagements face à la population à cet égard, et d'établir avec elle le contrat le plus limpide possible quant aux délais d'accès. L'absence de balises et d'objectifs clairs est en elle-même une source de malentendus et d'insatisfaction.

Un autre moyen aussi d'améliorer la performance du réseau public est de profiter au maximum des possibilités combinées qu'offrent le programme de départs volontaires et la création de réseaux interétablissements pour réorganiser nos services administratifs et de support.

Nous pensons que c'est la meilleure voie à suivre pour consolider le caractère public du réseau dans ces services en utilisant tout le potentiel et la compétence du personnel que nous avons et atteindre les meilleurs standards de performance dans ces domaines.

La volonté de maintenir le caractère public des services comme nous le proposons peut aller de pair avec une collaboration soutenue avec le secteur privé dans plusieurs domaines.

Mentionnons la collaboration avec le secteur privé dans les services d'hébergement et de soins de longue durée, dans la recherche, dans le développement de Montréal comme pôle international dans les industries de la santé : recherche pharmaceutique, biotechnologies, technologies de l'information, consultations.

Nous privilégions toujours une approche pragmatique où nous recherchons le partenariat avec l'entreprise privée dans des créneaux où sa contribution peut apporter une valeur ajoutée réelle au plan économique, au plan social et au plan de la qualité des services, lesquels doivent toujours être accessibles de façon universelle.

2.1.4 Un élément clé de notre mission : l'enseignement et la recherche

On dénombre actuellement cinq établissements ayant une désignation universitaire, tant au niveau santé qu'au niveau social, et quatre autres qui sont en attente d'une désignation

Tableau 4 - ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS ET EN ATTENTE DE DÉSIGNATION

Année	Établissements	Désignation
04/1995	Hôpital Sainte-Justine	CHU mère-enfant
11/1997	Institut de cardiologie de Montréal	Institut santé - Institut universitaire dans les domaines de la médecine vasculaire et de la cardiologie
01/1994	CLSC René-Cassin	Institut social - Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec
08/1996	Les Centres jeunesse de Montréal	Institut social - Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes
10/1997	Centre hospitalier Côte-des-Neiges	Institut social - Institut de gériatrie de Montréal
À venir	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	En attente de confirmation pour une désignation CHU adulte
À venir	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	En attente de confirmation pour une désignation CHU adulte
À venir	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	En attente de confirmation pour une désignation Centre affilié universitaire (CAU)
À venir	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	En attente de confirmation pour une désignation Centre affilié universitaire (CAU)

par le ministre. Une fois le processus de désignation complété, la région comptera neuf institutions désignées.

L'enseignement et la recherche qui s'effectuent dans les établissements universitaires se développent bien souvent en périphérie des grandes orientations du réseau sociosanitaire montréalais. Ils s'inscrivent dans un continuum particulier soutenu notamment par les établissements d'enseignement, les fonds de recherche et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, au plan du financement, les fonds de recherche publics et privés tendent à décroître année après année alors que l'évolution des besoins de la population, notamment l'augmentation de la morbidité et du vieillissement requièrent de nouvelles approches dans les façons de faire et des ressources spécialisées accrues pour y faire face adéquatement.

La Régie régionale reconnaît l'importance de la triple vocation des établissements universitaires dans notre réseau de santé et de services sociaux :

1. dispensation des services

2. enseignement

3. recherche.

Elle tient de plus à mieux intégrer l'enseignement et la recherche à l'organisation et à la dispensation des services de manière à promouvoir la vision des services de santé et des services sociaux dans le cadre de l'enseignement universitaire. La Régie régionale collabore déjà avec succès avec les universités de Montréal et McGill principalement dans le dossier des effectifs médicaux et dans les dossiers relatifs aux désignations universitaires. Elle entend élargir ses collaborations avec les différents milieux, ceux de l'éducation, des fonds de recherche publics et privés et les établissements, afin d'établir une dynamique qui intègre de façon concrète les changements qui surviennent dans l'organisation des services de santé et des services sociaux avec les priorités de l'enseignement et de la recherche des milieux universitaires tout en permettant à ceux-ci d'influencer les orientations de notre réseau.

La Régie régionale considère que 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. À ce titre, le soutien et le financement de ces activités constituent un enjeu majeur et la Régie régionale compte utiliser tous les leviers à sa disposition pour en favoriser l'essor et maximiser les

retombées dans l'ensemble du réseau.

Les centres universitaires deviennent donc des lieux d'enseignement et de recherche de première importance, en plus d'être des sites de développement, d'innovation et d'évaluation des nouvelles technologies. Ils deviennent ainsi des vitrines de nos réalisations au plan international.

En plus des neuf centres universitaires existants dans la région de Montréal, la Régie régionale poursuivra ses interventions auprès du ministre afin qu'il 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).

En se positionnant favorablement sur l'importance de consolider l'enseignement et la recherche, la Régie régionale doit mettre en place les conditions facilitantes pour faire de nos centres universitaires désignés, des lieux recherchés et reconnus.

Pour ce faire, la Régie régionale doit établir des critères spécifiquement adaptés à la triple vocation des centres hospitaliers universitaires pour l'acquisition et la dotation des nouvelles technologies médicales, pour la consolidation des services et le support aux activités de pointe, notamment les activités ultraspecialisées comme la cardiologie tertiaire, la neurochirurgie dite quaternaire, etc.

Le maintien d'équipement à la fine pointe de la technologie dans ces centres est donc une préoccupation importante de la Régie régionale pour assurer la réussite du virage ambulatoire, de la qualité des services diagnostiques et thérapeutiques et de l'accès aux plateaux techniques.

La Régie régionale recommande la constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche comme celle qui est dédiée aux services ultraspecialisés. Cette enveloppe devrait comprendre une partie pour les services et une autre pour le financement des immobilisations et l'acquisition ou le remplacement des équipements nécessaires pour supporter la mission des centres universitaires.

2.2 DES ORIENTATIONS SPÉCIFIQUES À MAINTENIR ET À ACCENTUER

En plus de ces quatre orientations qui influenceront l'ensemble de nos actions au cours des trois prochaines années, notre plan d'amélioration des services s'appuiera sur sept orientations spécifiques.

2.2.1 Des services accessibles au bon moment, à la bonne personne et au bon endroit

Cette orientation était au cœur du plan de réorganisation des services que nous avons entrepris en 1995 et nous pensons qu'elle doit être maintenue et accentuée.

Elle répond à des tendances fondamentales au plan social, au plan économique et au plan de l'efficacité des services de santé et des services sociaux.

D'abord, il est clair qu'une tendance sociale très forte est le désir de demeurer chez soi, dans un environnement où les individus bénéficient de la plus grande autonomie possible et du maximum de contrôle sur leur vie personnelle et sociale.

D'ailleurs, la finalité des services de santé et des services sociaux qui est inscrite dans la loi reflète cette vision de la santé.

Le recours aux services institutionnels est nécessaire lorsque la sécurité et la santé des personnes l'exigent, tant qu'elles l'exigent. Il faut évoluer vers une utilisation optimale de ces ressources et mettre en place, en amont et en aval des institutions, des ressources accessibles à partir du domicile et dans la communauté.

Cette tendance sociale, de privilégier le maintien dans le milieu de vie naturel lorsque cela est possible et souhaitable au plan de la sécurité et de la santé, est présente dans tous les continuums de services.

Cela est vrai pour les personnes ayant des déficiences physiques et intellectuelles, les jeunes ainsi que pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Il faut donc trouver le juste équilibre entre les ressources accessibles à partir du domicile et de la communauté et celles accessibles en institution.

Au plan de l'efficacité des services et de leur impact sur la santé et le bien-être, il est aussi important que les personnes puissent prendre contact avec le bon réseau de services au bon moment. Trop souvent encore, le premier point de contact

avec le réseau se fait avec les ressources très spécialisées (urgence, Direction de la protection de la jeunesse) lorsque la situation est déjà très grave. Par exemple, dans le cas du cancer du sein, il est évident que plus le dépistage est précoce, plus les chances de préserver la vie, la santé et le bien-être des personnes affectées sont grandes.

De même, beaucoup de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque se retrouvent fréquemment et pour de longs séjours dans nos hôpitaux faute de suivi et de soins primaires adéquats et bien coordonnés.

Si nous voulons un réseau qui va à la bonne vitesse, il faudra accentuer nos efforts pour utiliser au bon moment et de façon synchronisée, les cinq vitesses disponibles : l'information, la prévention, les services de base, les services de crise et d'urgence, le traitement spécialisé et la réadaptation.

Enfin, un dernier facteur milite en faveur de cette orientation : utiliser le bon niveau de soins au bon moment est plus économique, et pour le réseau, et pour la population.

Les personnes qui ont utilisé le Service Info-Santé et qui n'ont pas eu besoin d'aller plus loin dans la gamme de services ont économisé du temps, de l'énergie et de l'argent. De même, le réseau a pu consacrer ses ressources plus spécialisées aux personnes qui avaient besoin de ce niveau de soins.

De même, la chirurgie d'un jour lorsqu'elle est médicalement indiquée est avantageuse à la fois pour le patient et pour le réseau.

Plusieurs mesures mises en place depuis 1995 allaient dans ce sens et, dans le plan 1998-2002, nous proposons plusieurs mesures additionnelles qui iront dans le sens de cette orientation.

2.2.2 Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées

Dans le domaine de la prévention et de la promotion, nous nous étions donnés en 1994, suite à une vaste consultation publique de tous les milieux montréalais, deux orientations que nous avons maintenues dans le plan de réorganisation du réseau en implantation depuis 1995 :

1. 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;
2. Contribuer au développement d'un partenariat intersectoriel efficace et tourné vers l'action au plan local et régional.

Les quatre priorités régionales :

1. **Santé et bien-être des tout-petits;**
2. **Développement optimal des jeunes;**
3. **Violence faite aux femmes;**
4. **Cancer du sein.**

Les quatre priorités régionales ont servi de point d'ancrage à la consolidation d'actions avec nos partenaires autour de cibles communes. Un budget de 2,7 M\$ a été consacré à la réalisation de ces priorités au point de départ en 1995, budget auquel se sont ajoutées des réallocations de 13,6 M\$ de 1995 à 1998.

Les priorités nationales retenues par le ministère pour 1997-2000 incluent ces quatre priorités régionales. Cependant, le ministère a retenu cinq priorités additionnelles relatives :

- 1) aux immunisations;
- 2) au VIH-Sida et aux maladies transmises sexuellement;
- 3) aux traumatismes non-intentionnels;
- 4) à l'alcoolisme et à la toxicomanie;
- 5) au tabagisme.

De plus, le ministère a mis de l'avant une nouvelle stratégie québécoise d'action face au suicide.

Ces nouveaux éléments devront être pris en compte dans l'élaboration de notre plan d'action régional pour la période 1998-2002.

Le partenariat intersectoriel au plan régional et local

Afin d'élargir la perspective d'action autour des priorités régionales et de développer davantage le partenariat intersectoriel pour y arriver, la Direction de la santé publique a mis en place un Comité aviseur régional en promotion-prévention formé de partenaires provenant des CLSC, des Centres Jeunesse, des organismes communautaires, du milieu médical, du milieu scolaire et du milieu municipal. Ce comité a présidé à la tenue de la première conférence régionale en prévention-promotion en novembre 1996, où se sont réunis environ 500 intervenants, chercheurs et décideurs issus de divers secteurs d'action interpellés par les priorités régionales de santé publique dans une perspective élargie et par l'amélioration du partenariat intersectoriel dans les secteurs concernés.

Des orientations régionales en prévention-promotion ont émergé de ce processus et ont été adoptées par la Régie régionale en juin 1997 :

Tableau 5 - **ORIENTATIONS RÉGIONALES**

Priorité : Santé et bien-être des tout-petits

1. Promotion du développement cognitif, affectif et social des tout-petits et du soutien précoce aux parents en situation de pauvreté.
2. Continuité des soins et des services en périnatalité dans le cadre du virage ambulatoire.
3. Développement de la sécurité alimentaire auprès des familles en situation de pauvreté.

Priorité : Développement optimal des jeunes.

4. L'intégration socio-économique des jeunes.
5. Le soutien à la concertation école-communauté
6. L'accompagnement des jeunes en difficulté.

Priorité : Violence faite aux femmes.

7. Promotion des rapports égalitaires entre les hommes et les femmes.
8. Contrer l'isolement et accroître le sentiment de sécurité chez les femmes.
9. Sensibilisation, formation et soutien des intervenantes et intervenants des divers milieux
10. Prévention de la récurrence de la violence faite aux femmes.

Priorité : Cancer du sein

11. Réduire la mortalité et la morbidité dues au cancer du sein par un programme régional systématique.

Ces orientations sont largement partagées et représentent les axes de développement les plus susceptibles de rallier les partenaires régionaux et locaux à court terme.

Afin de permettre la mise en oeuvre des orientations régionales en prévention-promotion et de soutenir le partenariat intersectoriel, la Régie régionale a engagé, en juin 1997, le fonds de soutien à la concertation intersectorielle de 1,4 M\$.

Nous proposons de maintenir les actions découlant des orientations du plan de réorganisation des services «*L'atteinte d'un nouvel équilibre*» en implantation depuis 1995, et qui commencent à porter fruit, dans notre prochain plan 1998-2002 :

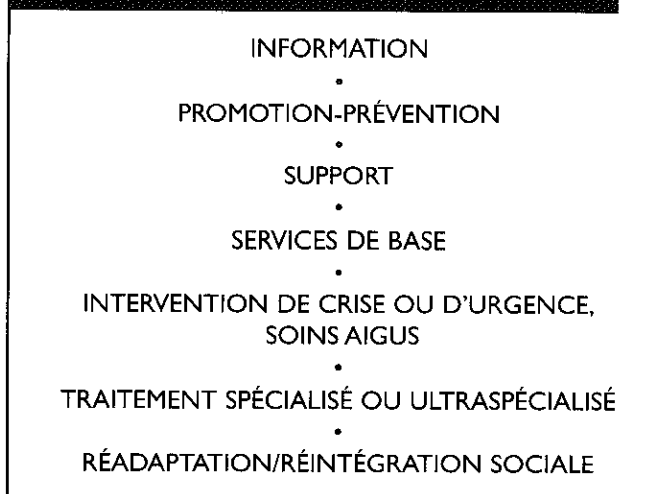
- Atteindre les objectifs visés dans nos quatre priorités régionales en ciblant nos actions;
- Renforcer la concertation intersectorielle tournée vers l'action au plan local et régional.

Nous proposons d'y ajouter une troisième orientation :

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

Une des caractéristiques de notre plan 1998-2002 sera l'introduction le plus tôt possible, en amont des services de crise et des services spécialisés, de mesures efficaces de prévention.

Tableau 6 - INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION AU SEIN DES CONTINUUMS DE SERVICES



Il s'agit de s'orienter davantage vers une approche permettant de rejoindre, au bon moment, les personnes à risque au sein de la population par des interventions efficaces de prévention primaire avant l'apparition de la maladie et de prévention secondaire par l'identification précoce des cas et des traitements précoces, efficaces et efficaces au bon niveau de soins selon le continuum d'évolution de certaines maladies bien ciblées.

2.2.3 Cibler au lieu de saupoudrer

Autant dans la détermination de nos priorités régionales en matière de santé et de services sociaux en 1994 que dans le choix des mesures de notre plan de réorganisation *L'atteinte d'un nouvel équilibre*, nous avons toujours privilégié l'approche de cibler nos mesures plutôt que de saupoudrer nos développements et nos réductions de dépenses sur l'ensemble des activités du réseau régional.

Nous pensons qu'il est d'autant plus essentiel de conserver cette orientation dans notre plan 1998-2002 que nos possibilités de mobiliser davantage de ressources vers nos objectifs prioritaires sont réduites.

Qui dit prioriser dit choisir. Pour nous, cela veut dire de choisir soigneusement nos priorités en fonction de leur importance pour la santé de la population et de notre capacité d'agir pour réaliser les améliorations qui sont souhaitées.

Le saupoudrage des ressources sur un trop grand nombre de mesures est inefficace et est souvent le résultat de compromis entre les intérêts de tous les groupes d'intérêts.

Nous privilégions la concentration de nos efforts sur un nombre limité de cibles que nous sommes plus sûrs d'atteindre. Le défi sera de choisir les bonnes priorités d'amélioration pour les années 1998-2002, sachant que nous ne pourrons tout accroître, tout améliorer dans tous les secteurs.

2.2.4 Le balisage avec les meilleures pratiques

Une autre orientation que nous allons accentuer et généraliser pour améliorer la performance de notre réseau régional est le balisage avec les meilleures pratiques.

Nous voulons, à Montréal, atteindre les standards de qualité et d'efficacité actuels en matière de services les meilleurs au Québec, au Canada, ailleurs dans le monde dans un contexte comparable et avec des ressources comparables.

Atteindre les meilleurs standards exige un travail constant, de la patience et de la créativité. Il faut évaluer objectivement sa performance, la comparer aux meilleurs dans chaque domaine, faire le bon diagnostic des éléments à améliorer, changer les façons de faire. Le balisage ne veut pas dire comparer pour glorifier ou blâmer mais se comparer pour apprendre à s'améliorer en adaptant au contexte de chaque milieu les meilleures pratiques possibles.

Avec l'amélioration des systèmes d'information, de plus en plus d'outils statistiques, d'études de cas facilitent maintenant l'auto-évaluation et le balisage par rapport aux meilleurs résultats et aux meilleures pratiques observés. Mais ultimement, c'est la volonté de regarder les faits, de poser le bon diagnostic et d'agir en conséquence qui fait toute la différence dans ce domaine.

Si l'on veut s'améliorer, il est plus utile d'aller au-delà de la moyenne et de travailler à ce que tous évoluent vers les meilleurs résultats posant le bon diagnostic sur les causes des écarts de performance observés.

Par exemple, quand on dit que le délai moyen d'accès à la ligne Info-Santé CLSC est de 3,5 minutes. Cela masque le fait qu'il y a, d'une part des variations significatives entre les CLSC et d'autre part, entre différents moments de la semaine. La recherche de solutions à ces écarts est un outil d'amélioration important.

Dans le suivi du projet *L'atteinte d'un nouvel équilibre*, nous avons utilisé le balisage dans différents secteurs reliés notam-

ment à la performance des hôpitaux quant à l'urgence et aux durées de séjour, à l'efficacité des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Nous nous orientons vers l'utilisation de cette approche de façon systématique dans l'ensemble des continuums de services à la population et dans l'analyse de la performance des services administratifs et de soutien, toujours dans la perspective d'identifier des pistes d'amélioration.

L'amélioration continue de la qualité pour tous

Depuis 1994, la Régie régionale a initié un processus visant à orienter le réseau régional vers l'adoption d'un processus intégré d'amélioration continue de la qualité des services. Plusieurs étapes ont été franchies dans cette direction depuis.

D'abord, nous nous sommes dotés d'outils de mesure et d'un cadre d'analyse nous permettant de suivre et d'évaluer l'atteinte des principaux objectifs du plan de réorganisation du réseau.

Nous avons développé à cette fin, un tableau de bord regroupant 18 indicateurs permettant de suivre l'évolution de la performance du réseau et de la comparer à la performance antérieure à la réorganisation.

D'autre part, la Régie régionale s'est dotée d'un concept régional de services précisant les attentes essentielles de la population auxquelles tous les établissements doivent répondre le mieux possible dans la façon de rendre les services aux plans relationnel, professionnel et organisationnel.

Nous avons procédé en mai 1994 et en mai 1997, à une évaluation de la satisfaction des usagers par rapport aux douze dimensions de notre concept régional de services.

De plus en 1995-1996, nous avons accéléré la mise en place de programmes intégrés d'amélioration continue de la satisfaction des usagers dans notre réseau d'établissements. Plus de vingt établissements de toutes les catégories participent à titre de sites pilotes à l'implantation chez eux du concept régional de services.

Nous avons procédé à une évaluation intégrée de l'articulation entre les hôpitaux, les CLSC et les médecins pour la dispensation des soins postopératoires et posthospitaliers à domicile. Cette évaluation intégrée a porté à la fois sur l'implantation des mesures d'articulation, la satisfaction des patients, la qualité des services dispensés à la satisfaction des intervenants.

Une autre évaluation a été faite relativement à l'impact de la réorganisation sur l'accès aux services et sur l'état de santé perçu de la population en comparaison avec les données de l'enquête Santé Québec.

Enfin, nous avons développé des outils de mesure mieux adaptés à l'évaluation de l'efficacité dans différentes catégories d'établissements et de services : centres hospitaliers, centres hospitaliers psychiatriques, centres d'hébergement et de soins de longue durée. Des travaux dans le même sens ont débuté concernant les CLSC.

Nous avons donc, au cours des trois dernières années, placé les jalons qui nous permettront de passer dans le plan d'amélioration 1998-2002 à une approche intégrée et généralisée d'amélioration de la qualité pour tous.

OFFRIR LA QUALITÉ POUR TOUS, CELA VOUDRA DIRE ENTRE AUTRES :

- Travailler dans tous les continuums de services à améliorer, de façon continue, la qualité à la fois au plan de la satisfaction de la population, de l'efficacité et de l'impact sur la santé et le bien-être.
- Avoir une stratégie intégrée de développement des compétences et de mobilisation du personnel, sachant que :
 - la qualité des services dépend en bonne partie de la qualité des relations entre le personnel et les usagers et la façon dont l'expertise professionnelle est livrée;
 - les deux attentes les plus importantes dans la population sont d'entrer en contact avec des personnes compétentes et d'être traité avec respect.
- Se doter d'un nouveau tableau d'indicateurs intégré couvrant tous les aspects de la qualité.
- Procéder à une évaluation intégrée de la qualité des résultats obtenus par plusieurs mesures importantes du plan d'amélioration 1998-2002 :
 - efficacité : délais d'accès aux services, volume, coûts;
 - satisfaction des usagers;
 - impact sur la santé : taux de morbidité, taux de mortalité, taux de réhospitalisation.
- Implantation, à l'échelle du réseau, d'une reddition de compte intégrée.
- Passer des projets pilotes à une généralisation des programmes d'amélioration continue.

2.2.6 La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel

Tout en reconnaissant 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 de leur 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.

La Régie régionale a fait sienne en 1994, 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 reconnaissance et la poursuite de la consolidation financière des groupes communautaires comme partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et non comme une de ses composantes comme le sont les établissements.

Cette reconnaissance appelle le respect des principes suivants :

- Reconnaissance de l'autonomie, de l'expertise et de la compétence des organismes communautaires;
- Adhésion à l'approche globale dans le sens de la reconnaissance du non-morcellement des problématiques vécues par la population;
- Équité de financement selon les besoins de la population desservie, compte tenu des ressources financières disponibles;
- Gestion simple, efficace et connue de tous;
- Cohérence au niveau des interventions auprès des organismes communautaires.

Dans le projet *L'atteinte d'un nouveau équilibre* de 1995-1998, la Régie régionale, malgré son objectif de réduire les dépenses de 190 M\$, a accru de 14,9 M\$ les subventions aux organismes communautaires, les faisant passer de 35 M\$ à près de 50 M\$ par année, soit une hausse de 42 %.

De plus, la Régie régionale a adopté une politique intégrée de financement de la vie associative dans le milieu communautaire qui, à Montréal, comprend plus de 400 organismes subventionnés dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cette politique vise à faciliter la vie associative autant sur une base multisectorielle pour des enjeux touchant tous les organismes que sur une base sectorielle en fonction des thématiques spécifiques.

Enfin, nous nous sommes dotés d'un processus d'allocation des subventions transparent et assurant la consultation des regroupements sectoriels et du regroupement intersectoriel représentant le milieu communautaire.

Pour l'avenir, nous nous orientons vers l'adoption d'un cadre de reconnaissance des organismes communautaires où seront formellement identifiés les principes et les orientations qui guideront nos relations avec eux.

De plus, dans le plan d'amélioration des services 1998-2002, nous avons choisi d'accentuer la concertation intersectorielle autant au plan régional que local. Cette concertation accentuée et tournée vers l'action impliquera 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 des objectifs communs et librement partagés qu'ils auront choisis.

2.2.7 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 %.

Le respect de cette diversité ethnoculturelle et linguistique est une orientation essentielle pour la Régie régionale qui doit toujours rechercher le juste équilibre entre les diverses attentes de la population et les divers droits en jeu dans le contexte des ressources disponibles et des lois et politiques en vigueur.

D'abord, en vertu de la Charte de la langue française, il est clair que toute personne a le droit de recevoir ses services en français et dans tous les établissements. De plus la charte consacre le droit de pouvoir travailler en français. Cependant, elle prévoit qu'un employeur peut exiger la connaissance d'une autre langue que le français si les exigences d'un poste le nécessitent.

D'autre part, toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux compte tenu des ressources disponibles et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès. Ce programme d'accès est l'outil dont dispose la Régie régionale pour assurer le respect de ce droit.

C'est l'établissement qui doit gérer localement le délicat équilibre entre ces droits. Par exemple, un établissement reconnu doit s'assurer que ses services sont accessibles en français. Il doit aussi déterminer le nombre de postes qui nécessite la connaissance d'une autre langue que le français en fonction de ses obligations envers la clientèle. Le dosage doit être établi localement par les institutions. Autant les usagers que les travailleurs ont des recours s'ils pensent que leurs droits sont lésés. Par exemple, un francophone qui n'a pas reçu ses services en français peut porter plainte à l'Office de la langue française de même qu'un travailleur qui pense que l'employeur a identifié trop de postes exigeant la connaissance d'une autre langue que le français.

De la même façon, une personne qui n'aurait pas reçu les services dans la langue reconnue dans un établissement reconnu comme pouvant et devant rendre ses services dans une autre langue que le français pourrait faire valoir ses droits.

C'est ce délicat équilibre que nous avons cherché à maintenir dans le Programme d'accès aux services de langue anglaise en vigueur dans la région depuis 1989. Depuis l'instauration de ce programme, le nombre de plaintes des usagers et des travailleurs a été très faible. Cela est d'autant plus remarquable si l'on considère la complexité des lois et du milieu dans lequel nous évoluons.

À la demande du ministère, compte tenu des réorganisations qui sont survenues dans le secteur de la santé et des services sociaux depuis 1995, la Régie régionale a procédé, après une consultation du milieu, à une révision de son programme d'accès. En décembre 1996, suite à une décision unanime de son conseil d'administration, la Régie régionale transmettait ses recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Notre orientation fondamentale est de trouver le juste équilibre entre les divers besoins et droits en jeu en tenant compte de la nature et de la quantité de nos ressources. C'est un grand défi dans la région de Montréal que nous pouvons relever si nous l'abordons dans la sérénité et le respect mutuel, dans la perspective de préserver le consensus dans la communauté montréalaise.

Dans la perspective de mieux adapter les services aux caractéristiques ethnoculturelles de la population de la région,

la Régie régionale s'est donnée en 1990, un plan d'accessibilité qu'elle vient de réviser en mars 1997.

La Régie régionale a intégré l'accessibilité aux communautés ethnoculturelles dans tous ses travaux depuis 1994, que ce soit dans l'implantation des priorités régionales en matière de prévention et de promotion ou dans le projet de réorganisation des services en cours depuis 1995. De même, le concept de service régional développé en 1994 pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle tient compte des attentes des personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Notre plan d'action révisé en 1997 compte quatre orientations particulières :

1. Mettre en place des programmes et des mesures qui prévoient des approches adaptées aux besoins particuliers des clientèles sur le plan culturel.
2. Réduire les barrières et les limites à l'accessibilité en supportant la formation interculturelle, l'information et l'interprétation notamment en maintenant et en améliorant la banque régionale d'interprètes.
3. Développer le partenariat avec les organismes communautaires des communautés ethnoculturelles.
4. Développer une meilleure connaissance des communautés ethnoculturelles et promouvoir des recherches centrées sur l'amélioration des pratiques.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la culture des personnes desservies est un élément important dont il faut tenir compte.

Dans le plan de consolidation et d'amélioration des services 1998-2002, cette préoccupation sera au coeur de plusieurs des 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.

2.3 VERS UNE GESTION PRÉVENTIVE DE L'OFFRE DE SERVICES

La volonté de la Régie régionale de s'assurer d'une amélioration continue de l'impact des services de santé et de bien-être sur la santé de la population (efficacité) de même que sur les coûts des services dispensés (efficience) l'amène donc à mettre de l'avant des orientations et approches nouvelles pour consolider le processus de transformation du réseau.

Dans le but de maintenir la population en santé le plus longtemps possible et d'offrir les services pertinents aux personnes aux prises avec des problèmes de santé et des problèmes sociaux et puisque, dans les faits, les ressources nécessaires disponibles vont demeurer limitées, la Régie régionale veut explorer une approche plus préventive dans la gestion de l'offre de services du réseau. Cette gestion préventive des services consiste à adapter l'offre de services 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, à chaque fois que c'est possible.**

Cette approche consiste à considérer trois sous-groupes distincts de personnes dans la population (tableau 7). Le premier est le groupe qui perçoit sa santé comme excellente ou très bonne, il n'a pas ou peu de facteurs de risque ou de vulnérabilité, de manifestations cliniques ou de maladies. Il présente rarement d'incapacités et ne consomme généralement que des services de santé et des services sociaux de base. Ce groupe représente en gros la moitié de la population montréalaise et se situe davantage chez les moins de 45 ans, bénéficiant d'une scolarité et d'un niveau de revenu supérieur.

On peut décrire un second groupe de population qui perçoit sa santé comme bonne et auquel appartiennent un peu plus du tiers des Montréalais. 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 pondéral, abus d'alcool, risque familial de maladie du cœur, etc.) ou certains problèmes de santé. Ce groupe se recrute principalement chez les 45-64 ans, et détient typiquement une scolarité moyenne et un revenu moyen inférieur. Leurs besoins les amènent à utiliser des services de première et le deuxième ligne, par des consultations en cabinets privés ou cliniques externes des hôpitaux. Un dernier groupe, soit environ un montréalais sur dix, est atteint d'un ou de plusieurs problèmes de santé ou de problèmes sociaux actifs. Ce troisième groupe est celui qui utilise la plus grande partie des ressources du réseau. Ils ont recours à des interventions médicales et sociales plus intensives, qui requièrent un niveau d'expertise professionnelle ou technologique élevé et qui sont généralement les plus coûteuses. Des personnes âgées de 65 ans et plus constituent l'essentiel de ce groupe et près de la moitié d'entre elles présentent des incapacités.

Dans une approche préventive de ces phénomènes et compte tenu que les ressources sont limitées, la Régie régionale souhaiterait :

1. Augmenter le nombre de personnes qui sont et demeurent en santé;
2. 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 (ex : hypertension artérielle,

troubles d'adaptation ou de comportements, diabète, etc.) reçoivent des services adaptés à leur condition dans leur milieu de vie naturel, dans le but de maintenir leur santé et leur bien-être aussi longtemps que possible et réduire le besoin de recourir aux services les plus coûteux.

3. Offrir aux personnes malades ou présentant une incapacité, selon leurs besoins, les services les plus efficaces, de la manière la plus pertinente et efficiente possible.

Tableau 7 - CERTAINS INDICATEURS DE BESOIN ET D'UTILISATION SELON L'ÉTAT DE SANTÉ DÉCLARÉ MONTRÉAL-CENTRE - 1993

	État de santé déclaré		
	Santé excellente ou très bonne (51,7 %)	Bonne santé (37,4 %)	Santé moyenne ou mauvaise (10,9 %)
Consommation d'au moins un médicament pendant les 2 jours précédents	48,4 %	57,3 %	75,5 %
Consultation d'un professionnel de la santé pendant les 2 semaines précédentes	22,0 %	27,9 %	42,0 %
Indice de détresse psychologique élevé	20,2 %	30,3 %	48,6 %
Personnes limitées dans leurs activités	1,7 %	5,5 %	43,6 %

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

Une gestion préventive devrait également permettre, dans la mesure où les services dispensés en amont sont appropriés, que le nombre de personnes appartenant à ce groupe demeure le plus faible possible, tout comme la demande des services plus lourds et coûteux.

Cette approche de gestion du risque n'est pas nécessairement nouvelle. Ce qui est nouveau, c'est que la Régie régionale désire expérimenter en collaboration avec les milieux cliniques, universitaires et des regroupements de patients, une approche de gestion populationnelle et préventive des problèmes de santé.

Considérons l'exemple du diabète. L'on sait qu'une proportion importante des personnes atteintes de diabète l'apprend au moment où des complications se présentent. Or, si ce diagnostic avait été posé plus tôt, des complications auraient pu être évitées. De même la cécité et les amputations des membres inférieurs chez les diabétiques sont évitables en 1997, si un suivi actif et la participation de la personne à son traitement sont fortement encouragées et supportées. Une telle approche pour le diabète permettrait de prévenir l'apparition de complications ou, à tout le moins, en reporterait l'apparition pour un gain de santé certes non négligeable pour la personne.

Autre exemple : on sait que plus on découvre tôt le cancer du sein chez la femme, plus les chances de réussir le traitement sont grandes. D'où l'idée d'organiser un programme de dépistage, ce que s'appête à faire la Régie régionale dans le cadre du programme provincial de dépistage qui vient d'être annoncé par le ministre. Cependant, et c'est une autre dimension de l'approche populationnelle préventive, pour que le dépistage précoce du cancer du sein atteigne ses résultats, il faut l'organiser et en faire le suivi, s'assurer que les femmes s'en prévalent, que les professionnels de la santé les informent, que des tests de qualité soient accessibles, que les délais de diagnostic et de traitement soient minimaux, que le personnel soit bien formé, que la technologie disponible soit au point et enfin que l'on s'assure de l'atteinte des résultats visés. Cette approche de gestion systématique n'est pas la coutume pour le système. Nous souhaitons y travailler en santé physique pour les maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque, le diabète, de même que le cancer du sein.

Nous souhaitons également le faire à travers les autres continums de services, notamment en adaptation sociale. Ainsi, par exemple, l'on sait que des programmes de stimulation précoce destinés aux enfants de milieux défavorisés peuvent entraîner des coûts de l'ordre de 50 000 \$ par enfant s'ils s'étendent de la période prénatale jusqu'à la maternelle.

Toutefois, en l'absence de tels programmes, les coûts équivalents pour la société peuvent atteindre 300 000 \$ par enfant si l'on tient compte des frais liés aux interventions correctives, à l'aide sociale, aux services sociaux, à la répression du crime et à la réinsertion sociale.

Enfin, 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 collaborer avec le milieu municipal, le milieu scolaire et le milieu des affaires afin de travailler à l'amélioration des conditions et milieux de vie qui sont souvent associés aux problèmes de santé et de bien-être. En résumé, la Régie régionale désire expérimenter avec ses partenaires, une approche préventive de gestion de la santé de la population. Les objectifs sont d'assurer que le plus grand nombre de personnes demeurent en santé le plus longtemps possible et que ceux et celles qui présentent des risques ou des problèmes reçoivent les services dont ils ont besoin, afin de prévenir ou retarder les complications et incapacités. Enfin, la Régie régionale continuera, et le plan en est la preuve, à travailler à accroître l'efficacité des services et améliorer les modalités d'articulation entre les dispensateurs.

Nous croyons, par cette approche, que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, pourront avoir, ensemble, davantage d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

LA CONSOLIDATION ET L'AMÉLIORATION DES SERVICES : UN PLAN D'ACTION RENOUVELÉ 1998-2002

Le Plan d'amélioration des services 1998-2002 définit de façon concrète le projet à mettre en œuvre au cours des quatre prochaines années pour consolider l'équilibre entre les besoins de la population, l'organisation des services et les ressources disponibles, et pour apporter des améliorations significatives dans certains secteurs prioritaires.

Les mesures proposées, en lien avec nos orientations générales et spécifiques, portent sur six continuums 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
- 5 volets :
- 6.1 Les services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs parents
 - 6.2 Les services reliés à la violence faite aux femmes
 - 6.3 Les services en alcoolisme et en toxicomanie
 - 6.4 Les services aux personnes itinérantes
 - 6.5 Les services relatifs au sida

Le Plan d'amélioration des services 1998-2002 s'appuie, au point de départ, sur les résultats obtenus depuis deux ans par l'implantation de 40 mesures que nous avons mises en chantier dans les différents continuums de services.

Pour chacun des six continuums de services, nous présentons les principaux constats de la consultation ainsi que les mesures qui seront mises de l'avant, les objectifs et résultats visés ainsi que les conditions de réalisation.

3.1 CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE

En continuité avec le plan d'organisation des services 1995-1998, nous voulons intensifier certaines mesures afin de mieux structurer le réseau et de le rendre plus efficient tout en assurant sa consolidation. Pour ce faire, nous visons un continuum de services comportant des services accessibles, continus et intégrés.

Ce continuum de services repose sur la définition et la mise en œuvre de modalités d'articulation entre les divers dispensateurs et aux différents niveaux d'intervention. Ces modalités d'articulation contribuent à optimiser la continuité des services dans une perspective de fonctionnement en réseau et minimisent le cloisonnement entre les niveaux d'intervention.

DES SOLUTIONS D'AVENIR EN SANTÉ PHYSIQUE

Promotion de la santé et prévention

- 3.1.1 Des interventions de promotion de la santé et de prévention ciblées et intégrées

Services médicaux de première ligne

- 3.1.2 Amélioration des services médicaux de première ligne en santé physique et santé mentale

Services généraux, spécialisés et ultraspecialisés pertinents et de qualité en centres hospitaliers

- 3.1.3 Maintien de l'accessibilité aux services généraux et spécialisés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
- 3.1.4 Amélioration de l'organisation des services ultraspecialisés
- 3.1.5 Amélioration de l'accès aux soins et services sur une base ambulatoire dans chaque centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- 3.1.6 Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence
- 3.1.7 Maintien de 6 062 lits de courte durée physique correspondant à 2,2 lits/1 000 habitants →

- 3.1.8 Mise en place d'un système d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours
- 3.1.9 Amélioration de l'utilisation des ressources en chirurgie et plans d'action spécifiques en neurochirurgie, orthopédie et ophtalmologie
- 3.1.10 Amélioration de l'accessibilité à la radio-oncologie
- 3.1.11 Amélioration de l'accessibilité aux services de cardiologie tertiaire et de chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique
- 3.1.12 Mise en place d'un fonds de développement de l'accès aux services spécialisés et ultraspecialisés
- 3.1.13 Amélioration de l'accessibilité aux examens de radiologie diagnostique

Services posthospitaliers et postopératoires dans les communautés locales

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

Soins palliatifs dans les établissements et à domicile

- 3.1.15 Amélioration des soins palliatifs

Laboratoires

- 3.1.16 Amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité du réseau de laboratoires

hospitalisations et de la durée de séjour fait l'accord de la grande majorité des intervenants qui suggèrent d'utiliser les outils existants;

- Au niveau des laboratoires, certains sont inquiets de la proposition de regroupement qui aurait des effets négatifs sur l'efficacité et la qualité des services ainsi que sur la couverture médicale de l'ensemble de la clientèle des CHSGS;
- La décentralisation des prélèvements sans rendez-vous dans les CLSC est vue par l'ensemble des intervenants comme une amélioration importante à l'accessibilité des services à la population;
- Il y a accord sur l'amélioration des services ultraspecialisés;
- Le CHU Sainte-Justine mère-enfant et le CUSM (Montréal pour enfants) démontrent une ouverture de collaboration quant à la mise en place de moyens de renforcer le réseau montréalais de la pédiatrie afin d'offrir des services tertiaires et quaternaires efficaces, efficaces et de la plus haute qualité;
- Il y a accord sur la nécessité du fonds de développement pour les services spécialisés et ultraspecialisés, mais inquiétude de la provenance des fonds;
- L'amélioration des soins posthospitaliers doit être poursuivie;
- Les intervenants en soins palliatifs sont d'accord et ont démontré un intérêt à l'amélioration des soins palliatifs sans avoir un modèle unique dans la région;
- La problématique de l'engorgement des salles d'urgence est multifactorielle et systémique, qu'il faut regarder avant, pendant et après;
- Une diminution à 10 % de patients de longue durée dans les CHSGS permettrait une utilisation plus optimale des lits de courte durée.

Principaux constats de la consultation :

Nos partenaires sont venus nous dire d'être très prudents, que le système de soins est fragile et qu'il faut plutôt le consolider avant d'aller plus loin dans la transformation.

- Le nombre de lits actuel doit être maintenu à cause principalement des besoins de la population et des impacts actuellement sur la demande à l'urgence et les listes d'attente en chirurgie;
- La mission, le rôle et la place des CHU, des CAU et des CHSGS, des petits et moyens hôpitaux ne sont pas assez bien définis;
- L'implantation des centres de soins ambulatoires prévus (5) fait l'unanimité sauf que les autres centres hospitaliers nous indiquent que leurs services doivent continuer de se transformer, d'où la nécessité d'avoir des locaux adaptés pour être efficaces;
- Le concept de soins pour les affections subaiguës n'est pas perçu comme rentable par les établissements;
- L'implantation d'un outil d'évaluation de pertinence des

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

Interventions de promotion de la santé et de prévention ciblées et intégrées

Plusieurs objectifs d'amélioration peuvent être considérés pour les trois prochaines années. Cependant, soucieux de mieux cibler les actions et de retenir les conditions pour lesquelles nous sommes en mesure d'avoir un impact favorable à court et à moyen terme, nous mettons de l'avant un nombre restreint d'objectifs d'amélioration en matière de prévention/promotion. Ces choix découlent des demandes ministérielles relatives aux priorités nationales de santé publique d'une part, de même que des besoins identifiés régionalement en santé physique dans le cadre de la première phase du plan. Fidèles à l'approche de gestion préventive que nous avons adoptée pour le plan de

consolidation, nous proposons donc des développements permettant une action en amont de ces problèmes prioritaires. Ces actions peuvent être soutenues à partir du niveau de ressources actuel en réorientant et en adaptant l'offre de services des dispensateurs aux différents niveaux d'intervention du continuum.

■ Amélioration de la lutte contre le cancer du sein :

Pour répondre aux orientations de la Politique de santé et de bien-être et à la priorité régionale de lutte contre le cancer du sein, l'implantation du programme québécois de dépistage du cancer du sein s'avère une mesure essentielle.

L'objectif du programme de dépistage est de réduire d'au moins 25 % le taux de mortalité par cancer du sein d'ici 2006, par rapport au taux de 1996, chez les femmes de 50 à 69 ans. Pour atteindre cet objectif, il faut viser un taux de participation de la clientèle cible d'au moins 70 % et offrir des services qui répondent à des normes élevées de qualité. Le dépistage doit aussi s'inscrire dans une stratégie globale de lutte contre le cancer du sein.

L'implantation de ce programme s'intègre bien dans le plan 1998-2002 car elle implique une réorganisation des services pour le dépistage et l'investigation du cancer du sein, avec la désignation d'un nombre limité de centres spécialisés pour offrir désormais les services requis.

Moyens d'action :

- Implanter et évaluer, dans la région, le programme québécois de dépistage du cancer du sein et s'assurer qu'un continuum de services (dépistage, diagnostic, traitement, soutien psychosocial) soit mis en place pour optimiser la réduction de la mortalité et de la morbidité reliées au cancer du sein;
- Informer et sensibiliser les femmes de toutes les communautés culturelles et de tous les milieux ainsi que les intervenants de la santé et du réseau communautaire à la problématique du cancer du sein et aux méthodes de dépistage pour maximiser le taux de participation de la clientèle cible et favoriser une utilisation judicieuse des ressources;
- S'assurer de l'atteinte des standards de qualité dans le continuum des services offerts.

■ Amélioration de la santé cardio-vasculaire :

Considérant l'ampleur des problématiques de l'insuffisance cardiaque, de l'infarctus du myocarde et des accidents cérébrovasculaires à Montréal-Centre, la Régie régionale propose une approche systématique qui considère le

continuum de ces maladies à partir des déterminants de la santé jusqu'à la morbidité et la mortalité et qui s'intéresse aux résultats de santé tout au long de ce continuum. Il existe notamment un important potentiel d'amélioration en ce qui concerne les pratiques hospitalières lors de l'admission pour insuffisance cardiaque (traitement, durée de séjour, counselling) et le partage d'expertise entre les médecins de la première ligne et les médecins spécialistes afin d'assurer le suivi et d'éviter les réadmissions de ce type de clientèle.

Le plan d'action mettra l'accent tantôt sur la prévention des facteurs de risque (hypertension, hyperlipidémie, obésité, diabète, etc.), tantôt sur la promotion de la santé du coeur (amélioration des habitudes alimentaires, contrôle du tabagisme, accroissement de la pratique de l'activité physique), tantôt sur l'optimisation des soins et des services de santé.

Moyens d'actions :

- Implanter et évaluer un programme intégré de gestion populationnelle globale de l'insuffisance cardiaque à partir du client, des intervenants des CLSC, des médecins de famille, des unités de médecine familiale, des médecins spécialistes, des intervenants en milieu scolaire et des intervenants sociaux, des partenaires des compagnies pharmaceutiques, des fondations et des associations médicales;
- Optimiser les pratiques hospitalières lors de l'admission pour insuffisance cardiaque (traitement, durée de séjour, counselling) et le partage d'expertise entre les médecins de la première ligne et les médecins spécialistes afin d'assurer le suivi et d'éviter les réadmissions de ce type de clientèle.

■ Prévention et contrôle des maladies transmissibles :

Plusieurs problématiques associées aux maladies transmissibles doivent faire l'objet d'une attention particulière dans le contexte actuel du virage ambulatoire. Les nouveaux modes d'organisation des services soulèvent en effet le risque que des infections auparavant limitées à l'hôpital se développent dorénavant à domicile et éventuellement atteignent la communauté. L'émergence de nouvelles souches infectieuses et de souches résistantes aux antibiotiques constitue une source de préoccupation croissante. Par ailleurs, on observe fréquemment des lacunes et des délais dans le signalement des maladies à déclaration obligatoire de même qu'un manque d'efficacité des mesures de contrôle requises si l'on se compare aux normes nord-américaines. L'utilisation des vaccins disponibles demeure sous-optimale, même s'il s'agit d'interventions préventives qui entraînent des économies nettes pour le système de santé. Une meilleure articulation entre les intervenants et une participation plus active des divers milieux cliniques est, plus que jamais, essentielle à la protection de la santé de la population contre les agents infectieux.

Moyens d'action :

Responsabilisation des établissements et du corps médical en regard de leur participation à l'atteinte des objectifs de résultats suivants :

- Taux de couverture vaccinale de base de 85 % chez les tout-petits (taux actuel estimé à 75 %);
- Taux de couverture vaccinale contre la rougeole de 85 % à l'entrée à la maternelle (taux actuel observé de 60 %);
- Taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B de :
90 % chez les écoliers de 4e année (taux actuel estimé à 85 %);
80 % chez les jeunes décrocheurs (taux actuel présumé bas);
80 % chez les hommes gais (taux actuel estimé à moins de 50 %);
- Taux de couverture vaccinale complète de 60 % chez les hommes gais contre l'hépatite A (taux actuel estimé à moins de 45 %);
- Taux de couverture vaccinale contre l'influenza chez les groupes cibles de 60 % en milieu ouvert (taux actuel estimé à moins de 45 %) et de 80 % en milieu fermé (taux actuel estimé à 73 %);
- Déclaration complète des maladies à déclaration obligatoire de la part des cliniciens et laboratoires et participation aux interventions médicalement requises en post-exposition, notamment en ce qui concerne la tuberculose et le VIH;
- Utilisation judicieuse des antibiotiques et prévention de la résistance à ceux-ci.

Cette mesure devra se réaliser à partir des ressources actuellement consenties au réseau. L'atteinte des objectifs fait appel à une vigilance accrue de la part des professionnels de la première ligne et des établissements. La Direction de la santé publique poursuivra pour sa part les travaux de sensibilisation des clientèles et assurera une rétroaction aux dispensateurs quant à l'efficacité de leur intervention.

■ Prévention de l'incapacité due aux maux de dos :

Les maux de dos constituent la première cause d'incapacité dans la population adulte. Cette condition est responsable d'un nombre considérable de demandes de services de première ligne, de services spécialisés d'orthopédie, de physiothérapie, de neurochirurgie et de services de réadaptation.

Il existe des lignes directrices sur le management des maux de dos qui s'adressent aux personnes souffrant de maux de dos et à leurs médecins dont l'application peut réduire de moitié les incapacités reliées aux maux de dos, qu'elles soient physiques, psychosociales ou de travail.

Moyens d'action :

Mise en place d'un programme régional de promotion de la santé du dos et de coordination des soins aux personnes atteintes de maux de dos, en soutien à la prise en charge par le médecin traitant. La participation au programme se fait sur une base volontaire. Celui-ci comprend une approche standardisée pour l'examen clinique et pour la prise en charge de la condition. Le programme est animé et soutenu par un centre de ressources d'information et de soutien à l'intervention pour la santé du dos à la Direction de la santé publique.

SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE



3.1.2.1 Modèle intégré d'organisation des services médicaux de première ligne

La Régie régionale de Montréal-Centre croit maintenant important de redéfinir, en collaboration avec les établissements et les médecins omnipraticiens oeuvrant dans les CLSC, les cliniques médicales, les cabinets privés, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les centres de réadaptation, toute l'organisation des services médicaux de base en omnipratique sur son territoire.

Il importe maintenant que nous passions d'un ensemble d'établissements et de professionnels à un véritable réseau de soins et services. Ce faisant, nous devons nous concentrer sur des objectifs de santé, sur l'accessibilité, la qualité et la continuité des services requis pour répondre aux besoins de la population de la région de Montréal-Centre.

Dans le but d'atteindre ses objectifs de qualité et d'efficience dans l'amélioration de la dispensation des services médicaux de première ligne, la Régie régionale initie l'organisation d'un réseau global et intégré de services médicaux généraux sur son territoire.

De plus, la Régie régionale favorise l'approche de la médecine familiale. Au niveau de la première ligne, cette prise en charge et le suivi régulier des personnes par un médecin traitant facilitent l'établissement d'une relation lui permettant de bien connaître ses patients, de cerner l'ensemble de ses problèmes, de tenir compte de son environnement familial et social. Cela peut lui permettre d'éviter de référer des patients au niveau de la deuxième ligne pour des investigations poussées et des

traitements spécialisés quand leur état de santé ne le requiert pas.

Le virage ambulatoire, en déplaçant les services vers la communauté, accentue l'importance de la continuité des soins par le médecin traitant. Il y a deux notions importantes concernant la continuité des soins : la première est le suivi régulier d'une personne au niveau de la première ligne par un médecin qui prend en charge l'ensemble de ses problèmes de santé, et la deuxième est la transmission d'information lorsque le patient doit être référé ou transféré à un autre professionnel ou à un établissement. Ces notions encadrent les devoirs et obligations du médecin traitant face à son patient notamment lors d'une référence.

A) Principes directeurs :

- La responsabilisation de l'ensemble des médecins omnipraticiens pour la dispensation des services médicaux;
- L'approche de médecine familiale : la notion de prise en charge et du suivi;
- La continuité des soins et services : à tous les niveaux et entre les niveaux;
- La référence et la notion de médecin traitant : obligations et responsabilités face au patient référé;
- L'intégration d'activités préventives et d'éducation à la pratique médicale courante;
- La fluidité des communications et la fluidité des références.

B) Principes organisationnels :

- Les CLSC, cliniques médicales et cabinets privés : portes d'entrée et dispensateurs des services médicaux de première ligne. Pour assurer l'utilisation optimale des ressources humaines et financières disponibles, la Régie régionale favorisera une :
 - Consolidation des services de consultations médicales avec et sans rendez-vous dans toutes les sous-régions et une reconnaissance de sites (CLSC - cliniques médicales - cabinets privés, selon les ressources disponibles) qui dispensent des services de consultations médicales sans rendez-vous tous les jours de la semaine de 8 heures à 22 heures, 365 jours /année. Les services d'urgence des hôpitaux sont utilisés pour les consultations médicales sans rendez-vous entre 22 heures et 8 heures;
 - Consolidation des services médicaux de type multidisciplinaire dans les CLSC (maintien à domicile, santé mentale, soins palliatifs, et autres programmes spécifiques) avec une approche globale, en collaboration avec les médecins des cliniques médicales et cabinets privés.
- La création du Département régional de médecine générale.

3.1.2.2 Le réseau intégré de services médicaux de première ligne

Le réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre qui offrent des services médicaux de première ligne (santé mentale et santé physique) quel que soit leur milieu d'exercice : centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, CLSC, cliniques médicales, polycliniques médicales et cabinets privés.

Ce réseau aura pour mission d'assurer à toute la population du territoire de la Régie régionale l'organisation et la dispensation continue d'une gamme complète de soins et services de santé de courte ou de longue durée : services de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de réinsertion sociale, de soins palliatifs et de santé mentale. Dans le contexte des services de consultations médicales à domicile, des soins palliatifs incluant le sida et la santé mentale, le médecin omnipraticien devrait assurer la continuité des soins auprès de ses patients dans le cadre normal de sa pratique médicale, étant assuré d'un accès facile à une expertise spécialisée dans ces domaines. Ces caractéristiques devront s'appliquer à chacun des modes de dispensation de ces services, soit la consultation médicale avec rendez-vous, la consultation médicale sans rendez-vous, la consultation médicale à domicile et les programmes médicaux spécifiques, et ce, quel que soit le lieu de prestation des services (CLSC, cabinets privés, cliniques et polycliniques médicales, domiciles, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation). Aussi, le réseau de soins généraux devra donc être articulé avec les réseaux de soins spécialisés de deuxième et troisième lignes.

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

3.1.2.3 Division territoriale

La mise en place d'un réseau intégré de services médicaux de première ligne aura aussi comme objectif de respecter les habitudes et les mouvements naturels de consultation des citoyens et les organisations de concertation qui existent déjà et qui fonctionnent de façon efficiente. Compte tenu du contexte de Montréal-Centre, les sous-régions seront perméables pour l'ensemble des citoyens et des médecins. Cela peut également permettre d'éviter que les personnes aient recours à l'urgence, la prise en charge et le suivi se faisant au bon moment.

Nous proposons de diviser le territoire de Montréal-Centre en cinq sous-régions : Est, Ouest, Sud-Ouest, Centre et Nord. Chaque sous-région devra assurer à sa population la

dispensation des services médicaux généraux de première ligne globaux et uniformes à l'intérieur des programmes spécifiques retenus.

3.1.2.4 Les objectifs spécifiques reliés au réseau intégré

- Améliorer l'accessibilité aux services de consultations médicales avec rendez-vous dans un délai raisonnable (0-4 semaines) pour que tous les citoyens qui en font la demande puissent y avoir accès.
- Améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services de consultations médicales sans rendez-vous particulièrement le soir, les fins de semaine et les jours fériés de 8 h à 22 h.
- Améliorer l'accessibilité aux services de consultations médicales à domicile pour les personnes en perte d'autonomie :
 - S'assurer que le service soit disponible à l'intérieur des délais requis: moins de 48 heures ou moins de deux semaines selon le besoin;
 - Mettre en place un réseau de garde médicale à domicile dans chacune des sous-régions. Ce service sera accessible aux personnes en perte d'autonomie inscrites et bénéficiant d'un plan de services à domicile CLSC;
 - Mettre en place, pour les patients qui présentent des problèmes de santé complexes, comme l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance respiratoire sévère, une équipe médicale de transition dans chacune des sous-régions;
 - Mettre en place des équipes de médecins assurant des soins palliatifs dans chacune des cinq sous-régions.
- Améliorer l'accessibilité aux services de consultations médicales en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en centre hospitalier de réadaptation et en centre de réadaptation :
 - Assurer le nombre d'effectifs médicaux adéquats pour dispenser les services et soutenir un service de garde médicale à l'intérieur de ces établissements.
- Améliorer la continuité des services entre les médecins, les établissements :
 - Mettre en place une banque d'omnipraticiens disponibles pour assurer l'accès à un médecin traitant;
 - Mettre en place, dès l'admission d'un patient à l'hôpital, la procédure d'identification d'un médecin traitant qui assurera le suivi posthospitalier;
 - Assurer des modalités souples de communication et de références entre tous les partenaires du réseau intégré. Systématiser et simplifier la transmission des informations médicales concernant un patient lors d'une référence ou d'un transfert.
- Assurer une meilleure information à la population concernant les services disponibles et leur accessibilité horaire.

- Intégrer des activités préventives et d'éducation à la pratique médicale de la première ligne et développer avec la collaboration de la Direction de la santé publique des outils pratiques pour les réaliser.
- Systématiser le suivi par la Régie régionale à l'aide d'indicateurs généraux et spécifiques.

SERVICES GÉNÉRAUX, SPÉCIALISÉS ET ULTRASPÉCIALISÉS PERTINENTS ET DE QUALITÉ EN CENTRES HOSPITALIERS

3.1.3 Maintien de l'accessibilité aux services généraux et spécialisés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région de Montréal-Centre desservent un bassin de 2,7 millions de personnes en santé physique de courte durée. Leur mission est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. Quelle que soit leur taille, l'apport de chaque centre hospitalier est primordial à la prestation des services à la population. Les CHSGS sans mission universitaire, desservent un bassin de plus de 700 000 personnes, soit le quart du bassin de desserte de la région. La dispersion des centres hospitaliers sur le territoire permet une accessibilité tant clinique que géographique plus élargie. Les attentes de la population et celles de la Régie régionale sont le maintien de services diagnostiques et médicaux de qualité. Pour ce faire, chaque centre hospitalier offre des services en hospitalisation et sur une base ambulatoire en collaboration avec les autres partenaires du continuum de services en santé physique.

Partie intégrante du paysage de Montréal-Centre, plusieurs établissements de santé ont développé des liens étroits avec les universités situées à Montréal. La région regroupe trois centres hospitaliers universitaires, des instituts universitaires ainsi que des centres affiliés universitaires. Outre leur mission première de soins, ces centres hospitaliers cumulent des missions d'enseignement dans les sciences de la santé, de recherche et d'évaluation des technologies de la santé. Leur mission propre est aussi élargie : ils offrent des services spécialisés ou ultraspecialisés dans une ou plusieurs disciplines médicales.

SERVICES POUR LES ADULTES

3.1.4 Amélioration de l'organisation des services ultrasécialisés

Dans la perspective de respecter les normes et standards de pratique dans les services ultraspecialisés, d'en assurer l'efficience et la coordination et d'en faciliter l'accès à la population que nous avons à desservir à l'échelle métropolitaine et québécoise, la Régie régionale recommande l'organisation suivante :

Cette proposition veut privilégier l'organisation de la partie ultraspecialisée de ces services dans six pôles : le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill, l'Institut de cardiologie de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital du Sacré-Coeur et l'Hôpital général Juif - Sir Mortimer B. Davis.

Ces hôpitaux sont bien placés pour répondre adéquatement aux besoins de notre bassin de desserte métropolitain et national. Ils disposent de la combinaison d'expertises et de la masse critique requise pour répondre aux normes et standards

Tableau 8 - ORGANISATION ET RÉPARTITION DES SERVICES ULTRASPECIALISÉS DANS LES CENTRES HOSPITALIERS POUR ADULTES

PROGRAMMES	CHUM	CSUM	ICM	Maisonneuve-Rosemont	Sacré-Coeur	Général Juif
Neurochirurgie	PM	PM		P	P	P
Traumatologie centre tertiaire		PM*			PM*	
Ophtalmologie	P	P		PM	P	P
Radio-oncologie	P	P		P		P
Oncologie	P	P		P	P	P
Cardiologie / Médecine	PM	PM	PM	P	P	P
Chirurgie cardiaque	PM	PM	PM		P	P
Défibrillateurs cardiaques	P*	P*	PM*		p*	
Néonatalogie ¹	P	PM		P		P

Tableau 9 - PORTRAIT ACTUEL DU PROGRAMME DE TRANSPLANTATIONS²

Greffe moelle osseuse		P*		PM* allogénique	P*	A (1996)
Rein	P*	P*		P*		
Coeur	A	P*	P*			
Coeur-poumons	A	P*				
Poumons	P*					
Foie	P*	P*				
Pancréas	P*	A				
Pancréas - rein	P*	A				

Légende:

- P= programme ultraspecialisé
- M centre majeur
- * désignation ministérielle
- A= activités sans désignation

de pratique dans les services ultraspecialisés qu'ils ont à rendre. Les centres hospitaliers universitaires ont un rôle prédominant dans la prestation de la gamme de services ultraspecialisés. Par ailleurs, les centres affiliés universitaires et les instituts travaillent en complémentarité avec les CHU tout en détenant une ou des pointes d'excellence qui leur sont propres.

Le maintien de six pôles d'importance nous apparaît la meilleure solution d'avenir pour faciliter l'accès à la population

¹ A ces centres s'ajoute également l'hôpital Sainte-Justine, PM.

² Transplantations : travaux en cours suite aux recommandations du rapport Gélineaux.

que nous avons à desservir d'où qu'elle vienne et pour utiliser de façon optimale nos ressources tout en respectant les normes de qualité exigées.

SERVICES PÉDIATRIQUES

La Régie régionale recommande la mise en place de programmes régionaux conjoints de soins et services pédiatriques dans certaines surspécialités médicales ou de toute autre solution garante de régler les problèmes identifiés plus loin. Ces programmes sont ceux de chirurgie cardiaque, de cardiologie tertiaire, de neurochirurgie et de transplantation d'organes.

Les populations de la région de Montréal-Centre et du reste du Québec ont la chance d'avoir accès à des services pédiatriques de qualité dans deux centres hospitaliers pédiatriques. Chacun de ces centres hospitaliers, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants, est affilié à une université renommée. Au cours des ans, le développement de la médecine pédiatrique de pointe dite tertiaire et quaternaire s'est fait de façon parallèle dans chacun de ces établissements en lien avec leur université respective et leurs programmes d'enseignement et de recherche, soit ceux de l'Université de Montréal et ceux de l'Université McGill.

Le nombre d'enfants au Québec qui nécessitent des soins et services de santé dans des domaines de pointe étant limité, la coexistence de tous les programmes dans chacun de ces centres hospitaliers entraîne des difficultés. Ce dédoublement des activités est plus problématique dans les spécialités suivantes : la chirurgie cardiaque, la cardiologie tertiaire, la neurochirurgie et la transplantation d'organes.

Les principaux problèmes identifiés touchent tous les volets de la mission des centres hospitaliers pédiatriques : les soins à la population, l'enseignement et la recherche. Un petit nombre d'enfants requièrent des soins liés à une expertise médicale et professionnelle de pointe, ce qui veut dire peu de médecins et de professionnels constitués en petites équipes. La région maintient donc deux séries de petites équipes très expertes qui sont en compétition pour la clientèle, les ressources organisationnelles (médecins, professionnels et technologie), les résidents et les fonds de recherche.

Compte tenu de cette absence de complémentarité, la prestation des services aux enfants n'est pas optimale. Le nombre restreint de médecins implique une couverture médicale plus difficile à assurer en tout temps et une accessibilité fragilisée pour la clientèle. Le départ ou la maladie d'un seul médecin met en péril le programme. Les petits volumes de clientèle ne

permettent pas aux centres hospitaliers d'avoir accès aux masses critiques nécessaires au maintien et au développement d'une meilleure expertise et à la qualité de ces services. Pour toutes ces raisons, nous considérons qu'il y a urgence d'agir.

Pour résoudre ces problèmes, la Régie régionale préconise la mise en place de quatre programmes régionaux conjoints de soins et services pédiatriques dans certaines surspécialités médicales. Ces programmes sont ceux de la chirurgie cardiaque, de la cardiologie tertiaire, de la neurochirurgie et de la transplantation d'organes.

La notion de programme régional conjoint de soins et services nécessite la mise en commun des éléments d'organisation de services permettant la prestation des services à la clientèle.

Pour un programme régional donné, nous aurions :

- Une équipe médicale conjointe;
- Le partage d'expertise entre les professionnels associés à la prise en charge de cette clientèle particulière;
- Une liste d'attente unique donnant accès aux services en fonction des priorités déterminées par les cliniciens;
- Des services accessibles tant pour les clients d'expression anglaise que pour les clients d'expression française;
- Une enveloppe budgétaire régionale identifiée à la spécialité.

Au programme régional conjoint de soins viendraient aussi se greffer les programmes interuniversitaires d'enseignement et de recherche de cette surspécialité. Un programme régional aiderait à la survie et au développement des différents aspects de la surspécialité pédiatrique à Montréal. Les deux centres hospitaliers pédiatriques seraient plus compétitifs pour l'accès aux ressources de soins, d'enseignement et de recherche par rapport aux autres centres hospitaliers canadiens.

Conditions de réalisation :

- Un engagement formel des centres hospitaliers par résolution de leur conseil d'administration à mettre en place les programmes conjoints ou toute autre solution garante de régler les problèmes identifiés;
- La mise en place rapide des mécanismes permettant d'implanter le modèle retenu.

Échéancier de réalisation : novembre 1998.

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

Les services ambulatoires hospitaliers sont des substituts aux investigations et aux soins de la personne hospitalisée par une prestation de services dispensés en moins de 24 heures. Le

centre hospitalier permet l'accès à un bassin d'expertise ou à un plateau technique qui ne se retrouve nulle part ailleurs.

Au cours des années, le centre hospitalier a desservi ses clientèles en adaptant ses modes de pratique. Ainsi, nous notons un transfert progressif de soins vers les services ambulatoires. Cette tendance s'accroît; les volumes des hospitalisations diminuent en faveur des services ambulatoires.

Les infrastructures hospitalières sont soumises à la pression exercée par le volume accru de clientèle et le seront davantage par de nouvelles catégories de patients ambulatoires. Les centres hospitaliers recevront de plus en plus, en externe, des patients présentant des problèmes médicaux complexes. Ceux-ci nécessiteront des soins ambulatoires requérant plus de temps de préparation, de transport, de supervision infirmière et de personnel technique.

Le volume croissant de clientèle, son hétérogénéité et l'intensification des soins ambulatoires pourraient se révéler des sources majeures d'inefficacité opérationnelle et logistique. Chaque CHSGS devra repenser son programme de soins ambulatoires pour s'ajuster à l'évolution des pratiques administratives et professionnelles en soins ambulatoires et aux changements des clientèles.

Pour ce faire, l'aménagement des locaux, l'accès fonctionnel aux plateaux techniques et surtout l'organisation, le fonctionnement et la gestion des soins ambulatoires deviendront des priorités dans tous les CHSGS.

Une des solutions aux problèmes des urgences hospitalières sera de faciliter les investigations par l'accès aux plateaux techniques et aux consultations spécialisées sur une base ambulatoire.

Compte tenu de ces réalités, la Régie régionale poursuit les travaux visant l'aménagement de centres de soins ambulatoires en milieu hospitalier. Pour l'Hôpital général du Lakeshore, le programme fonctionnel et technique pour la modernisation de l'hôpital et l'aménagement de services ambulatoires a été déposé. La Régie régionale et le ministère examinent actuellement les possibilités de financement du projet.

Les travaux de planification sont bien amorcés pour les centres de soins ambulatoires de l'Hôpital du Sacré-Coeur et celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les équipes des deux centres hospitaliers ont produit chacune le programme fonctionnel et technique ainsi que le préconcept des projets de construction de centres de soins ambulatoires.

Les discussions entre les centres hospitaliers, la Régie régionale

et le ministère sont en cours. Nous visons la mise en place de l'organisation de services la plus efficace et la réponse aux besoins identifiés dans la mesure de nos ressources. Nous prévoyons une augmentation des volumes de visites et traitements sur une base ambulatoire de 20 à 30 % pour ces deux centres de soins ambulatoires qui connaîtront un achalandage de plus de 1 000 visites et traitements par jour. Seule une logistique des activités de soins bien pensée, jumelée à un aménagement des locaux peut permettre de desservir les usagers ciblés.

À cette étape, nous sommes convaincus que pour ces deux organisations, le centre de soins ambulatoires est la solution pour mettre un terme aux services fragmentés, aux locaux exigus et débordés, à l'accès non approprié pour les patients et au manque d'efficacité opérationnelle. Le regroupement des activités, selon les fonctions spécialisées des services et la relation de proximité, permettra la flexibilité et l'efficacité pour l'utilisateur et le personnel.

Quant aux centres de soins ambulatoires des centres hospitaliers universitaires, (CHUM et CUSM) les travaux de planification sont amorcés à l'intérieur de la planification de leurs services cliniques. La réorganisation des services cliniques de plusieurs pavillons d'un même hôpital entraîne des changements importants et majeurs dans la prestation des services à la clientèle. La planification de l'aménagement physique en vue de desservir la clientèle sur une base ambulatoire fait partie de l'ensemble de la planification des CHU. Pour la Régie régionale, les projets de centres de soins ambulatoires du CHUM et du CUSM sont hautement prioritaires.

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

Les problèmes reliés à l'engorgement des salles d'urgence sont nombreux, complexes et multifactoriels. Plusieurs intervenants, impliqués et/ou interpellés dans le fonctionnement des salles d'urgence, sont venus, lors des audiences, nous présenter leur vision en ce sens. De plus en plus, nous observons qu'il s'agit d'une problématique systémique du réseau de la santé.

Nous endossons, à l'instar de la Commission médicale régionale, que les solutions aux problèmes d'engorgement des patients sur civière dans les salles d'urgence se situent avant l'arrivée du patient à la salle d'urgence autant que durant son séjour à l'urgence, son hospitalisation dans l'établissement ainsi qu'à son retour dans la communauté.

Il est clair qu'il faut limiter le nombre de personnes qui se présentent à la salle d'urgence et faire en sorte que le fonctionnement du réseau permette une accessibilité rapide

aux services requis (consultations médicales spécialisées, laboratoires et imagerie médicale) en dehors de la salle d'urgence.

Nous constatons donc que les mesures prises devront être des solutions réseau et s'intégrer dans un continuum de services qui réponde au bon moment et au bon endroit aux besoins des diverses clientèles.

C'est pourquoi nous proposons l'axe et les moyens suivants :

- Des services médicaux accessibles à partir de la communauté incluant l'accessibilité aux services diagnostiques tel les laboratoires, les examens d'imagerie médicale et les consultations médicales spécialisées sans recours à l'urgence;
- Que chaque centre hospitalier travaille en collaboration avec la communauté qu'il dessert de façon à :
 - Mieux connaître les clientèles se présentant à l'urgence;
 - Mettre en place un mode de fonctionnement qui permette une accessibilité aux services requis par sa clientèle sans avoir recours à l'urgence, tel qu'un système d'accueil téléphonique personnalisé et de rendez-vous qui permette de répondre aux besoins de la clientèle (cliniques spécialisées pour diabète, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque ou autres) dans les délais requis par leur condition;
 - Mettre sa technologie et son parc d'équipement à la disponibilité des médecins traitants en CLSC et en cabinets privés, tel que des plages de temps réservées pour permettre un accès rapide à un examen diagnostique par des liens directs, efficaces et en temps requis;
 - Mettre en place des moyens efficaces de transmission de l'information aux médecins traitants incluant les systèmes informatiques.

Objectif visé :

S'assurer que toutes les urgences sur l'île de Montréal atteignent les normes et les standards établis par le Groupe tactique d'intervention (G.T.I.) et fonctionnent sans engorgement.

Résultats visés :

Atteindre les résultats suivants dans tous les hôpitaux :

- Aucun séjour de plus de 24 heures à l'urgence;
- Respecter les délais de décisions :
 - moins de 8 heures pour les patients non admis;
 - moins de 12 heures pour les patients admis en centre hospitalier.

MESURES POUR ÉVITER D'AVOIR RECOURS À LA SALLE D'URGENCE :

- Assurer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne de 8 à 22 heures, 7 jours par semaine;
- Favoriser l'approche de médecine familiale;
- Assurer l'accessibilité aux services de laboratoire, à l'imagerie médicale et aux consultations en spécialités, pour la clientèle des médecins dans la communauté;
- Utiliser de façon optimale les programmes dédiés aux clientèles cibles 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 à partir de la référence du médecin traitant;
- Mettre en place un système de garde sous-régional, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée en lien direct avec les hôpitaux afin de diminuer les visites à l'urgence des patients de ces centres qui peuvent être stabilisés dans leur établissement;
- Rendre disponibles, pour les clientèles en situation de crise, les ressources communautaires en psychiatrie lorsque l'hospitalisation peut être évitée.

MESURES POUR LE BON FONCTIONNEMENT DE LA SALLE D'URGENCE :

- Implanter obligatoirement le système d'information SIURGE dans toutes les salles d'urgence : d'ici un an dans les salles d'urgence problématiques et d'ici deux ans dans toutes les salles d'urgence;
- Avoir 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 la salle d'urgence;
- Augmenter le rôle et les responsabilités des omnipraticiens à l'urgence;
- Assurer, pour la clientèle à l'urgence, l'accessibilité aux laboratoires et à l'imagerie médicale en vue d'atteindre les délais visés;
- Assurer la disponibilité des médecins spécialistes consultants en vue d'atteindre les délais visés;
- Adapter les modalités d'articulation entre les hôpitaux et les CLSC pour les clientèles des salles d'urgence et assurer une prise en charge à domicile dans les 24 heures suivant la demande, suite au congé à partir de la salle d'urgence;
- Dépister, à la salle d'urgence, les personnes à risque de perte d'autonomie et les référer aux CLSC si elles ne sont pas hospitalisées;
- Rendre disponibles les lits d'urgence sociale dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée 24 heures sur 24, 7 jours par semaine;
- Avoir, dans toutes les salles d'urgence, un système de triage et une équipe dédiée au triage. De plus, des protocoles doivent être instaurés afin que l'infirmière puisse amorcer sans délai l'investigation des patients selon les règles établies par les corporations professionnelles impliquées.

MESURES D'EFFICIENCE EN CENTRE HOSPITALIER :

- Assurer une performance optimale dans la gestion des ressources internes (voir les autres mesures proposées telles DMS, chirurgie d'un jour, etc.);
- 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;
- Répartir les lits en fonction d'une organisation globale efficace et prévoir une variation saisonnière des lits disponibles par spécialité selon les besoins de la clientèle.

MESURES DANS LA COMMUNAUTÉ :

- Maximiser, par des moyens concrets, l'articulation CH-CLSC-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;
- Avoir un nombre suffisant de lits d'hébergement pour éviter le débordement de la clientèle âgée qui a besoin d'être hébergée dans les lits de courte durée et ainsi assurer l'utilisation optimale des lits de courte durée.

MESURES RÉGIONALES:

- Réaliser l'implantation des centres de soins ambulatoires tel que prévu (Lakeshore, Maisonneuve-Rosemont, Sacré-Coeur, CHUM, CUSM);
- Équilibrer la charge de transports ambulanciers entre les hôpitaux de la périphérie et ceux du centre-ville en collaboration avec la Corporation d'Urgences-Santé. Les établissements qui reçoivent un volume supérieur d'ambulances seront traités prioritairement;
- Que les centres hospitaliers Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Coeur qui ont déposé un plan de mesures visant à décongestionner la salle d'urgence, appliquent ce plan intégralement et que le CHUM dépose son plan de mesures révisé afin de décongestionner sa salle d'urgence;
- Que les centres hospitaliers assurent l'atteinte des résultats et leur maintien;
- Réduire à 10 % le nombre de lits de soins de longue durée dans les centres hospitaliers afin de maximiser l'utilisation des lits de soins de courte durée et que chaque établissement mette en place toutes les mesures pour éviter tout débordement au-delà du nombre de lits au permis; →

- Faire l'examen, avec les instances concernées, des contraintes à l'accessibilité aux services telle la rémunération des radiologistes;
- Que les investissements prévus se réalisent afin de diminuer les listes d'attentes et éviter l'utilisation inappropriée de la salle d'urgence.

3.1.7 Maintien de 6 062 lits de courte durée physique correspondant à 2,2 lits/1 000 habitants

L'ensemble des centres hospitaliers maintiendront un taux de disponibilité de 2,2 lits par 1 000 habitants pour les lits de courte durée physique à un taux d'occupation de 90 %. Le maintien de 6 062 lits représente la quasi-totalité des lits utilisés en 1996-1997. Nous visons la consolidation des services tout en maintenant une marge de manœuvre suffisante pour s'ajuster aux variations périodiques de clientèles, notamment celles des urgences hospitalières en janvier et février.

Ce volume de 6 062 lits est réparti entre les centres hospitaliers de la région. Le maintien d'un nombre de lits déterminé régionalement pour chacun des centres hospitaliers met un terme aux décisions de fermetures de lits au niveau local. Toute demande de baisse de capacité d'un centre hospitalier devra faire l'objet d'un examen et d'une approbation spécifique de la Régie régionale dans l'optique de maintenir l'accès aux services. Le centre hospitalier devra faire la démonstration de l'atteinte des paramètres suivants:

- La mise en place d'un système d'évaluation de la pertinence des admissions et des séjours;
- L'élimination des délais imputables au centre hospitalier;
- Une durée moyenne de séjour comparable aux meilleures durées de séjour pour des cas similaires;
- Un volume de clientèle traitée comparable ou supérieur au volume de 1996-1997;
- L'atteinte de 100 % du potentiel de chirurgies d'un jour;
- L'atteinte de 85 % des interventions chirurgicales prévisibles effectuées le jour de l'admission;
- L'atteinte d'un volume heures-présence des usagers au bloc opératoire comparable ou supérieur aux résultats 1996-1997 ainsi qu'aux objectifs supplémentaires qui seront transmis par la Régie régionale le cas échéant.

L'objectif de 2,2 lits par 1 000 habitants sera obtenu par une réduction combinée de 7,5 % des taux d'admission et des durées des séjours hospitaliers. Malgré le maintien d'un volume de lits égal à la réalité d'utilisation actuelle, cette diminution de 7,5 % sera nécessaire compte tenu de la légère augmentation du bassin de desserte et du vieillissement de la population, le

taux d'admission par 1 000 habitants augmentant avec l'âge après 65 ans.

La réduction des taux d'admission est possible par l'élimination des admissions évitables ou non pertinentes en courte durée soit, par l'identification de ces admissions et le recours à des ressources adéquates, tel que les services sur une base ambulatoire. Quant à la réduction de la durée des séjours hospitaliers, l'identification des jours inappropriés et le recours à des ressources de substitution permettront la prestation de services qui répondent aux besoins. L'atteinte de l'objectif dépend de la disponibilité de plusieurs types de ressources et de conditions facilitantes à l'accès aux ressources.

La répartition des lits entre les centres hospitaliers de la région est détaillée dans le tableau suivant. Les permis des établissements seront émis en tenant compte de cette base.

Les moyens relevant des centres hospitaliers :

- L'utilisation d'un système d'évaluation de la pertinence des séjours de façon à identifier objectivement les portions de séjours hospitaliers pour les besoins de ressources autres que les lits de soins aigus;
- La gestion des séjours hospitaliers permettant une utilisation optimale des ressources et l'élimination des délais évitables;
- L'atteinte de 100 % du potentiel en chirurgie d'un jour pour les clientèles identifiées aptes à être traitées en soins d'un jour;
- La chirurgie le jour de l'admission avec la mise en place de l'investigation préopératoire de la clientèle sur une base ambulatoire;
- La mise en place des centres de soins ambulatoires prévus de façon à prendre en charge des volumes importants de clientèle par le biais d'équipes de soins multidisciplinaires et en continuité avec le réseau communautaire.

Tableau 10 - RÉPARTITION DES LITS DE COURTE DURÉE PHYSIQUE, DE NÉONATOLOGIE ET DE LONGUE DURÉE EN CHSGS 1998 À L'AN 2002

ÉTABLISSEMENTS & PAVILLONS	Lits de courte durée physique	Lits de néonatalogie	Total	Lits de longue durée
Pavillon Notre-Dame	420		420	45
Pavillon Hôtel-Dieu de Montréal	387		387	35
Pavillon Saint-Luc	433	20	453	45
CHUM	1 240	20	1 260	125
Hôpital de Montréal pour Enfants	144	28	172	0
Hôpital Général de Montréal	382		382	38
Hôpital Royal-Victoria ³	425	27	452	43
Hôpital Neurologique de Montréal	96		96	0
CUSM	1 047	55	1 102	81
Hôpital Sainte-Justine ⁴	346	57	403	30
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	549	20	569	108
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	439		439	25
Hôpital Juif Sir Mortimer B. Davis	489	34	523	49
Institut de Cardiologie de Montréal	151		151	0
Hôpital Général du Lakeshore	210		210	15
Hôpital Santa Cabrini	358		358	36
CH Fleury	123		123	15
Hôpital Jean-Talon	186		186	25
CH de Lachine	118		118	15
CH de St-Mary	222		222	22
Hôpital Shriners	40		40	0
Pavillon Verdun	308		308	11
Pavillon Lasalle	50		50	25
C.H. Angrignon	358		358	36
RÉGION	5 876	186	6 062	552

³ Inclut les 44 lits du Pavillon thoracique.

⁴ Les 30 lits de soins de longue durée de l'Hôpital Sainte-Justine ne sont pas inclus au système info-admission.

Suivi des résultats par des objectifs personnalisés pour chacun des hôpitaux :

La Régie régionale de Montréal-Centre est désireuse d'atteindre les buts fixés et de maintenir les services à la population. C'est avec ce souci, que nous déterminerons des paramètres avec des objectifs personnalisés pour chaque centre hospitalier.

Les autres conditions de réalisation dépendent des services en continuité avec ceux des centres hospitaliers (voir les mesures des continuums concernés) :

- L'accessibilité rapide aux ressources de réadaptation fonctionnelle intensive;
- L'accessibilité, pour les personnes âgées à domicile, aux ressources de type intermédiaire et aux institutions d'hébergement ou de soins de longue durée;
- L'accessibilité aux services posthospitaliers et postopératoires assurés par le CLSC. Ces services s'adressent à l'ensemble des clientèles pédiatrique et adulte, médicale, chirurgicale et obstétricale des centres hospitaliers de courte durée physique;
- La mise en place d'un modèle d'organisation des services pour les soins palliatifs.

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

En collaboration avec ses partenaires, la Régie régionale poursuit les travaux en vue d'implanter un système d'évaluation de la pertinence des soins aigus. Les centres hospitaliers utiliseront un outil d'évaluation en vue de vérifier la pertinence de la présence de patients dans des unités de soins aigus. Il s'agit, entre autres, d'identifier les patients qui pourraient recevoir les soins appropriés dans un autre environnement, soit des soins et services à domicile, en unités de soins de réadaptation ou en soins de longue durée.

Il ressort des évaluations sur les hospitalisations menées dans plusieurs provinces canadiennes (Manitoba⁵, Saskatchewan⁶, Ontario⁷, Colombie-Britannique⁸, qu'un pourcentage élevé des personnes hospitalisées ne nécessitaient pas de soins aigus et que, par conséquent, un grand nombre de jours-présence étaient utilisés de façon inappropriée. Selon certaines études,

⁵ DeCoster et al, "Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review", *Canadian Medical Association Journal*, oct 1997, 889-895.

⁶ Health Services Utilization and Research Commission (HSURC), *Barriers to Community Care*, Saskatoon, nov 1994.

⁷ Joint Policy and Planning Committee (JPPC), *Non-Acute Utilization Project (Adult)*, avril 1997.

⁸ Centre for Health Services and Policy Research, *Acute Medical Beds: How Are They Used in British Columbia*, avril 1997.

on indique que seulement 47 % des patients auraient encore besoin de soins aigus après 7 jours d'hospitalisation.

Par contre, le fait de réduire les services de courte durée sans introduire des mécanismes de revue et de gestion de l'utilisation ne permet, ni d'éliminer les services inappropriés, ni de réduire les risques associés aux longs séjours à l'hôpital, tels que les infections, la difficulté de réadaptation, etc.

La Régie régionale recommande donc la mise en place d'un système d'évaluation de la pertinence des séjours permettant d'identifier les jours non appropriés en courte durée et leurs causes. À l'aide de critères explicites, chaque centre hospitalier révise une partie des dossiers de ses patients en cours d'hospitalisation. De façon objective, on peut ainsi déterminer si les soins requis par la condition du patient doivent être donnés à l'hôpital ou ailleurs. L'outil doit aussi faire ressortir les délais indus dans la prise en charge du patient, tel que les attentes pour des tests diagnostiques ou des consultations.

Résultats visés :

Que chaque centre hospitalier procède à une revue concomitante d'une partie de ses admissions et séjours, à l'aide de protocoles et de critères reconnus. Cette revue sera faite dans des domaines choisis selon les activités médicales du centre hospitalier et permettra de reconnaître les séjours non appropriés en courte durée au moment de l'hospitalisation.

Elle permettra aussi d'identifier les éléments structurels et organisationnels responsables de ces séjours non pertinents. Nous pourrons ainsi mieux cibler les correctifs à apporter.

Échéancier de réalisation:

Demander à chacun des centres hospitaliers d'implanter un système d'évaluation de la pertinence des séjours hospitaliers d'ici octobre 1998.

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

La Régie régionale met en place une série de mesures dans le but d'utiliser de façon optimale les ressources hospitalières pour les chirurgies. L'usage approprié des lits et des salles d'opération en fonction des besoins des clientèles fera partie des mesures implantées en collaboration avec les centres hospitaliers et les chirurgiens.

Dans le plan de transformation 1995-1998, des mesures visaient le maintien de la capacité opératoire en dépit de la fermeture de neuf blocs opératoires suite à la fermeture d'hôpitaux. À cet effet, depuis 1996-1997, plus de 4 M\$ ont été

versés aux centres hospitaliers afin d'augmenter leurs heures de fonctionnement au bloc opératoire.

La Régie régionale a toujours comme objectif l'atteinte du plein potentiel en chirurgie d'un jour. L'implantation de centres de soins ambulatoires est un des moyens proposés et cette implantation est en voie de réalisation. Nous observons une augmentation constante du volume de chirurgies transférées en chirurgie d'un jour, mais l'atteinte de 100 % du potentiel n'est pas complétée. En 1995-1996, 87 % du potentiel était atteint, ce qui signifie que plus de 10 000 interventions chirurgicales ont été effectuées en hospitalisation alors que ces personnes opérées répondaient à tous les critères médicaux pour la chirurgie d'un jour.

En neurochirurgie, certains problèmes d'accès à la chirurgie ont été évoqués pour les personnes atteintes de tumeurs cérébrales. La Régie régionale entend améliorer cette situation avec les centres hospitaliers concernés. De plus, nous voulons faciliter l'accès aux interventions neuroradiologiques dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Cette technologie, introduite récemment, nécessite l'expertise médicale déjà concentrée dans les deux CHU traitant la clientèle adulte. Selon le besoin du patient, l'accès à ce service national permet au neurochirurgien la possibilité de choisir entre l'intervention neuroradiologique et la chirurgie invasive.

En orthopédie, on dénombrait, en septembre 1997, plus de 1 200 personnes en attente pour une chirurgie nécessitant une prothèse totale dans les centres hospitaliers de la région de Montréal. De ce nombre, 500 personnes, soit 40 % des personnes attendent depuis au moins six mois.

Pour la chirurgie de l'œil, nous notons une augmentation de 25 % en un an du nombre de personnes en attente et du temps d'attente. Une forte proportion de ces 8 500 personnes nécessitent une opération de la cataracte. Compte tenu du vieillissement de la population, du développement de la technologie pour cette chirurgie et de la diminution des risques associés à cette opération, le nombre de personnes qui sont des candidats potentiels à cette chirurgie ne peut qu'augmenter. L'organisation actuelle des services n'a pu répondre de façon adéquate à l'augmentation de la clientèle et c'est ce qui se traduit par les temps d'attente.

Description de la solution :

- Établir un niveau de production minimal des blocs opératoires par centre hospitalier basé sur la production antérieure et les ressources additionnelles déjà allouées;
- Identifier avec les hôpitaux concernés des solutions alternatives à l'usage du bloc opératoire pour des chirurgies ne nécessitant pas le plateau technique et l'expertise professionnelle du bloc opératoire;
- Compte tenu de l'évaluation de la technologie et des pratiques ainsi que de ce qui se réalise ailleurs au Canada et dans les autres pays où les progrès sont marqués, faire l'examen des gains potentiels additionnels en chirurgie d'un jour et fixer de nouveaux objectifs de résultats le cas échéant;
- Diffuser à chaque centre hospitalier son degré d'atteinte du potentiel en chirurgie d'un jour ainsi que la liste des interventions et volume de cas;
- Lier les allocations budgétaires aux résultats à atteindre ainsi qu'à la performance du centre hospitalier;
- Relancer le programme d'admission le jour de la chirurgie pour les chirurgies prévisibles et la détermination à l'avance d'une date de chirurgie;
- Réaliser le plan d'action pour contrer les longues attentes pour la chirurgie dans les spécialités chirurgicales suivantes : la neurochirurgie, l'orthopédie et l'ophtalmologie.

Plans d'action spécifiques pour les spécialités chirurgicales prioritaires :

Dans les spécialités chirurgicales de neurochirurgie, d'orthopédie et d'ophtalmologie, certaines interventions sont ciblées en raison des listes d'attente. Ces interventions chirurgicales feront l'objet de plans d'action spécifiques afin d'améliorer l'accessibilité. Ces interventions sont en **neurochirurgie** : les tumeurs cérébrales, les interventions neuroradiologiques et l'implantation de neurostimulateur rachidien; en **orthopédie** : les prothèses totales de la hanche et du genou et en **ophtalmologie** : les chirurgies de la cataracte et de la rétine.

Les plans d'action comprendront deux volets :

1. La mise en place de mesures permettant d'offrir rapidement des services à la clientèle qui est en attente de chirurgie depuis six mois et plus ou selon le temps d'attente limite fixé par les chirurgiens;
2. La mise en place de mesures permettant de régulariser la situation pour les autres personnes en attente et les nouveaux cas qui s'ajouteront à la liste d'attente pour les interventions ciblées.

Selon la spécialité, les plans d'action seront développés en collaboration avec les chirurgiens de la spécialité et des représentants des centres hospitaliers. La Régie régionale prévoit les grandes étapes suivantes :

- Compléter la cueillette de données sur les listes d'attente par type d'interventions chirurgicales ciblées, par centre hospitalier;
- Colliger l'information sur les ressources et les priorités opératoires allouées à ces chirurgies dans les centres hospitaliers;
- Déterminer la proportion des interventions urgentes et des cas électifs pour ces interventions par centre hospitalier;
- Identifier au besoin les clientèles prioritaires selon les impacts sur la mortalité et la morbidité en collaboration avec les chirurgiens et élaborer les critères permettant de déterminer un niveau de priorité;
- Établir un temps d'attente limite pour les interventions ciblées;
- Analyser les données et faire un diagnostic pour les clientèles de chaque centre hospitalier à la lumière des critères sur les clientèles prioritaires;
- Identifier, avec le centre hospitalier, les causes des temps d'attente inacceptables;
- Identifier, avec le centre hospitalier concerné, les solutions permettant de corriger la situation lorsque les délais sont inacceptables selon les critères déterminés;
- Examiner si les solutions sont du ressort de la région et des centres hospitaliers et si oui, les mettre en place. Il est possible que les solutions identifiées obligent la région à faire des choix, compte tenu des ressources globales disponibles. Si les solutions dépendent d'instances autres que celles de la région, faire les démarches nécessaires visant la correction du problème;
- Colliger de façon périodique les informations sur les temps d'attente en fonction des critères déterminés jusqu'à la résolution du problème.

Un système fonctionnel de gestion des listes d'attente dans chacun des centres hospitaliers est essentiel et préalable à l'implantation d'un système de suivi régional des délais d'attente par la Régie régionale pour les interventions ciblées :

- Identifier les informations nécessaires au monitoring;
- Soutenir les centres hospitaliers dans l'implantation du système de mesure du délai d'attente;
- Diffuser l'information à la population.

Résultats visés en chirurgie :

- Maintien de la capacité opératoire de 195 000 personnes opérées (274 000 heures-présence-usagers);
- Un délai d'attente limite déterminé par les cliniciens pour des interventions chirurgicales ciblées;

- 100 % du potentiel en chirurgie d'un jour;
- 85 % des chirurgies prévisibles effectuées le jour de l'admission;
- Mise en place, par chaque centre hospitalier, d'une gestion intégrée de ses listes d'attente en fonction des risques pour la clientèle ainsi que des ressources disponibles.

Conditions de réalisation :

L'implication des chirurgiens et des centres hospitaliers est indispensable à la poursuite de ces objectifs. Chaque centre hospitalier devra mettre en place un système de gestion de sa liste d'attente en chirurgie en tenant compte des priorités des clientèles et des délais limites en fonction des ressources disponibles.

Un fonds de développement est proposé pour permettre de réaliser ces activités :

- Pour l'achat d'équipements de salle d'opération en vue de faciliter la chirurgie endoscopique en chirurgie d'un jour à même l'enveloppe régionale de l'équipement spécialisé;
- Pour ajuster les ressources permettant l'augmentation des interventions chirurgicales ciblées.

Les modalités de la rémunération des médecins devraient, si nécessaire, être ajustées pour faciliter l'atteinte des objectifs visés.

3.1.10 Amélioration de l'accessibilité à la radio-oncologie

Situation actuelle :

En 1996-1997, 651 000 \$ ont été accordés à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et 450 000 \$ à l'Hôpital Notre-Dame afin de terminer le développement initié en radio-oncologie. Les résultats sur la liste d'attente sont perceptibles en 1996-1997.

Action requise :

- 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.

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

A) Plan d'action en chirurgie cardiaque

Suite aux actions posées depuis juin 1997, la liste d'attente est passée de 500 patients en attente à 377 au 31 mars 1998, soit une diminution de 25 %.

Objectif :

Diminuer la liste d'attente à zéro et s'assurer par la suite qu'un patient soit opéré dans un délai maximal d'un mois et que tous les cas urgents soient traités en priorité en dedans de 24 heures et tous les semi-urgents entre 24 à 72 heures.

1. Action à poursuivre :

L'implantation d'un logiciel afin de mieux gérer les listes d'attente et par lequel nous visons les objectifs suivants :

- Uniformiser la priorisation des cas;
- Suivre l'évolution des listes d'attente autant localement que régionalement;
- Assurer une meilleure priorisation de la clientèle en fonction de leur condition clinique;
- Vérifier l'accessibilité des services aux clientèles des autres régions;
- Suivre les délais d'attente régionalement ou localement.

Échéancier : juin 1998.

2. Actions à entreprendre :

- Identifier les mesures d'efficacité dans chaque CH s'il y a lieu, incluant le regroupement sur un seul site dans les CHU;
- Évaluer la capacité de chacun des établissements à augmenter le nombre de cas opérés par semaine;
- Investir de façon non récurrente selon la capacité des hôpitaux à produire les objectifs visés et établir un échéancier en conséquence pour éliminer complètement la liste d'attente actuelle;
- S'assurer que le nombre de cas opérés par semaine correspond au maintien de l'accessibilité dans un délai d'un mois;
- Ajuster l'offre de services en fonction de notre objectif.

B) Plan d'action en cardiologie tertiaire

Afin de s'assurer de l'accessibilité des services, nous voulons développer en collaboration avec les médecins spécialistes des plans d'action selon les étapes suivantes :

- Rassembler les informations nécessaires pour assurer le monitoring des angioplasties, d'implantation de stimulateurs cardiaques et en hémodynamie;
- Utiliser un langage commun pour déterminer les délais d'attente en hémodynamie, pour l'angioplastie et les implantations de stimulateurs cardiaques;
- Déterminer la proportion des cas urgents et électifs pour ces interventions par centre hospitalier;
- Monitoriser les attentes en fonction du lieu d'attente soit dans nos CH, les CH des régions périphériques ou à domicile;

- Identifier les besoins selon les clientèles prioritaires;
- Identifier avec chaque CH les causes des délais d'attente et trouver des solutions pour les corriger;
- Examiner si les solutions proposées relèvent des CH et de la région, si oui, les mettre en place en fonction des ressources disponibles.

Un système fonctionnel de gestion des listes d'attente dans chaque centre hospitalier est essentiel et préalable à l'implantation de suivi régional des délais d'attente par la Régie régionale pour les interventions ciblées.

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

En continuité avec les mesures envisagées, nous devons injecter les ressources requises pour maintenir l'équilibre entre l'offre et la demande pour des services au sujet desquels nous avons des engagements incontournables envers les usagers (ex. : dialyse rénale, transplantations) :

- Pour assurer l'adaptation continue des services à l'accroissement du volume des besoins spécifiques;
- Pour permettre des améliorations de l'accès aux services que nous voulons réaliser dans quelques secteurs prioritaires.

Les sommes allouées aux différents programmes visent à :

- Améliorer l'**accessibilité générale à la chirurgie** par l'accroissement de la production chirurgicale au niveau souhaité;
- Diminuer le temps d'attente pour la chirurgie des tumeurs cérébrales en **neurochirurgie**; diminuer la liste d'attente pour l'installation des neurostimulateurs pour le contrôle de la douleur et faciliter l'introduction de la neuroradiologie interventionnelle dans les CHU;
- Réduire le temps d'attente pour les chirurgies de prothèse de la hanche et du genou en **orthopédie**;
- Diminuer le nombre de patients en attente et réduire le temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte en **ophtalmologie**;
- Comblent les manques à gagner en **cardiologie tertiaire** par la non-réutilisation des cathéters, par l'accroissement des demandes pour l'implantation des défibrillateurs et des tuteurs coronariens. Diminuer les listes d'attente en chirurgie cardiaque adulte et éviter ainsi l'annulation des cas de chirurgies pédiatriques programmables. Les sommes attribuées aux cathéters serviront à combler le manque à gagner de 6,5 M\$;
- Compenser l'augmentation des volumes en **transplantation** pour les greffes hépatiques, pulmonaires et de moëlle osseuse. Il faut assurer un financement adéquat pour

Tableau II - FONDS DE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS OU ULTRA-SPÉCIALISÉS

Mesure Programmes prioritaires	Prévision base annuelle							
	Développement non-récurrent			Développement récurrent				Total 1998 à 2002
	1998-99	1999-2000	Total	1998-99	1999-2000	2000-2001	2001-2002	
A) Cardiologie tertiaire								
Cathéters					1 300 000 \$	2 600 000 \$	2 600 000 \$	6 500 000 \$
Défibrillateurs		638 000 \$	638 000 \$		252 400 \$	504 800 \$	504 800 \$	1 262 000 \$
Tuteurs		2 009 600 \$	2 009 600 \$		576 000 \$	1 152 000 \$	1 152 000 \$	2 880 000 \$
Chirurgie cardiaque adulte		1 477 000 \$	1 477 000 \$		782 000 \$	1 564 000 \$	1 564 000 \$	3 910 000 \$
Chirurgie cardiaque pédiatrique		370 000 \$	370 000 \$		260 000 \$	520 000 \$	520 000 \$	1 300 000 \$
Sous-total		4 494 600 \$	4 494 600 \$		3 170 400 \$	6 340 800 \$	6 340 800 \$	15 852 000 \$
B) Transplantation					444 600 \$	889 200 \$	889 200 \$	2 223 000 \$
C) Dialyse rénale					584 400 \$	1 168 800 \$	1 168 800 \$	2 922 000 \$
D) Accessibilité générale à la chirurgie					700 000 \$	1 400 000 \$	1 400 000 \$	3 500 000 \$
E) Neurochirurgie		110 000 \$	110 000 \$		600 000 \$	600 000 \$	777 000 \$	1 977 000 \$
F) Ophtalmologie		860 000 \$	860 000 \$		200 000 \$	400 000 \$	400 000 \$	1 000 000 \$
G) Orthopédie		6 500 000 \$	6 500 000 \$		360 000 \$	720 000 \$	720 000 \$	1 800 000 \$
H) Instrumentation endoscopique		1 000 000 \$	1 000 000 \$					
I) Autres besoins					818 400 \$	1 636 800 \$	4 636 800 \$	7 092 000 \$
1) Centre ambulatoire Lakeshore								
2) Radiologie diagnostique et autres								
J) Radio-oncologie					1 200 000 \$	2 400 000 \$	2 400 000 \$	6 000 000 \$
K) Résonnance magnétique					600 000 \$	600 000 \$		1 200 000 \$
L) Consolidation du programme de traumatologie					1 500 000 \$	500 000 \$		2 000 000 \$
Sous-total		8 470 000 \$	8 470 000 \$		7 007 400 \$	10 314 800 \$	12 391 800 \$	29 714 000 \$
GRAND TOTAL		12 964 600 \$	12 964 600 \$		10 177 800 \$	16 655 600 \$	18 732 600 \$	45 566 000 \$

répondre à l'accroissement des demandes dans ce secteur qui est dépendant des dons d'organes;

- Consolider les services en **dialyse rénale** et répondre à l'augmentation de volume qui est de l'ordre de 8 à 10 % chaque année sur une base régionale. De plus, nous devons trouver le moyen de consolider dès 1998-1999 les services dans l'ouest de l'île.

Nous estimons les fonds nécessaires de 1999 à 2002 à 58 530 600 \$, dont 12 964 600 \$ sont non récurrents et 45 566 000 \$ sont récurrents. (voir tableau II ci-dessus)

Compte tenu de l'évolution prévisible des besoins dans ces secteurs, il faut prévoir dès 1999-2000 un montant de 23,2 M\$ dont 13 M\$ pour diminuer les listes d'attente et 10,2 M\$ pour répondre à l'augmentation de volume. Il est essentiel de ramener les listes d'attente à un niveau acceptable en cardiologie tertiaire, chirurgie cardiaque, orthopédie, neurochirurgie et ophtalmologie.

Pour les années 2000-2001 et 2001-2002 des montants de 16,7 M\$ et de 18,7 M\$ par année seront nécessaires pour consolider les services et répondre aux besoins de la population.

Les services de cardiologie tertiaire, de neurochirurgie et de transplantation étant des services de portée nationale, il sera donc incontournable que l'enveloppe nationale contribue au financement des améliorations visées dans ces secteurs dont celles visant l'élimination complète de la liste d'attente en chirurgie cardiaque.

3.1.13 Amélioration de l'accessibilité aux examens de radiologie diagnostique

Le signalement de différents problèmes en terme d'organisation des services en radiologie et qui ont des impacts sur l'accessibilité et les délais au niveau diagnostique nous indique qu'il faut procéder à une analyse systématique de la situation :

- Listes d'attentes importantes de la clientèle externe pour certains examens (ex. : échographie, tomodynamométrie);
- Difficulté d'accessibilité à ces séries pour les patients à l'urgence ainsi que pour les patients hospitalisés;
- Limitation du nombre d'examen effectués par les radiologistes à certaines périodes de l'année due aux contraintes reliées à la rémunération (enveloppe fermée et plafonds).

L'analyse de la situation est d'autant plus nécessaire dans un contexte de virage ambulatoire où on se fixe comme objectifs de traiter plus de clientèle sur une base externe et de diminuer les séjours hospitaliers et qu'également on veut enrayer le problème d'engorgement de l'urgence. La radiologie est une spécialité de support pour l'ensemble de la pratique médicale. Il est donc important de s'assurer que son organisation et son fonctionnement aient une répercussion positive sur le processus d'évaluation et le traitement des patients dans la communauté, à l'urgence et dans l'hôpital.

Il s'avère également important de bien évaluer l'impact de la spirale des développements technologiques et l'ampleur des investissements qui y sont reliés.

Objectifs visés :

- Améliorer l'accessibilité et diminuer les délais et les listes d'attente pour les examens de radiologie diagnostique en optimisant les ressources disponibles et par une meilleure utilisation des examens effectués;
- Offrir des services publics dans un délai acceptable en rapport avec la condition des usagers.

Conditions de réalisation :

- Implication des acteurs concernés :
CHSGS
Cliniques privées
Radiologistes
Organismes professionnels
Autres, s'il y a lieu

Résultats attendus :

- Développement et analyse du portrait actuel de la dispensation des services;
- Identification des actions à mettre de l'avant afin d'enrayer les problèmes de listes et de délais d'attente;
- Meilleure efficience par une utilisation optimale des ressources en place;
- Priorisation des clientèles selon leur condition clinique;
- Accroissement des ressources en imagerie médicale si requis incluant les équipements.

SERVICES POSTHOSPITALIERS ET POSTOPÉRATOIRES DANS LES COMMUNAUTÉS LOCALES

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

Mesures proposées :

- Accroître les budgets des CLSC pour les soins postopératoires et posthospitaliers de 5,3 M\$.

Afin de consolider et d'augmenter les services posthospitaliers à domicile fournis par les CLSC, il est essentiel de continuer d'investir en ce sens. Les clientèles visées sont toutes les clientèles ayant besoin de services après leur sortie d'un CHSGS ou d'un CHR incluant les soins palliatifs et les soins en périnatalité. De plus, ces services doivent pouvoir être utilisés afin d'éviter le recours aux centres hospitaliers, soit directement du domicile ou à partir de l'urgence.

- Poursuivre, parfaire et consolider les modalités d'articulation liant les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et de réadaptation, les CLSC et les médecins traitants en vue d'assurer, à tous les usagers concernés, une continuité de soins et des services à court ou à long terme, en incluant la prestation des soins et des services pharmaceutiques.

Activités à réaliser :

- Réviser et ajuster le cadre de référence pour inclure toutes les clientèles posthospitalisées afin d'éliminer la multiplication de modalités d'articulation en fonction des divers continuums de services;
- Relancer le cadre de référence et s'assurer que le dossier des modalités d'articulation demeure une priorité pour les établissements et que les modalités d'articulation soient au centre de la continuité des services à la population;
- Donner suite à l'évaluation récente effectuée par le service des études et de l'évaluation et élaborer un plan d'action qui départage les responsabilités de niveau local, sous-régional et régional;
- Concevoir un modèle d'acquisition d'équipements et de fournitures spécifiques qui soit rapide, rentable et efficace et qui permette de rationaliser les coûts relatifs à l'acquisition, à l'entretien et au transport;
- Développer un mécanisme du suivi de l'implantation du formulaire unique de référence multientèle et interétablissement lancé le 1er octobre 1997 et un processus de révision après une année d'utilisation.
- S'assurer de la disponibilité d'un programme de formation continue à l'intention des intervenants qui devra être développé de concert avec les établissements

CHU-CHSGS-CLSC pour maintenir et améliorer la qualité des services;

- S'assurer de la mise en place d'un programme de formation continue de leur personnel par les hôpitaux et les CLSC;
- Poursuivre les activités relatives à la cueillette, à l'analyse et à la rétroaction des résultats obtenus des indicateurs de suivis;
- Collaborer aux travaux concernant l'organisation des services médicaux et s'assurer qu'elle tient compte des principes et responsabilités du médecin traitant prévus dans les modalités d'articulation.

SOINS PALLIATIFS DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET À DOMICILE

3.1.15 Amélioration des soins palliatifs

Depuis 1973, la connaissance et les moyens d'intervenir pour atténuer ou éliminer les douleurs, les symptômes physiques et les souffrances psychosociales et spirituelles inhérentes à la phase terminale d'une maladie se sont considérablement développés. Cependant, nous constatons que les soins et services offerts aux usagers en phase terminale sont souvent absents des grands axes de services constituant le continuum prévention/promotion et services curatifs, de réadaptation, d'intégration et d'adaptation sociale. Par ailleurs, nous observons que les services existants se sont répandus de façon plutôt aléatoire et sans concertation. Plus précisément, nous pouvons, en regard de ce type de soins, faire les constats suivants :

- L'inégalité des connaissances du contrôle de la douleur et des symptômes qui laissent encore trop d'usagers souffrir inutilement;
- L'utilisation importante de lits de courte durée et un nombre élevé d'individus qui décèdent en institution;
- La diversité des approches dans la prestation des services;
- L'absence d'un modèle d'organisation qui permet d'offrir des services continus de qualité et accessibles 24 heures/jour, 7 jours/semaine aux individus qui décèdent à domicile et dans divers milieux institutionnels;
- Les problématiques éthiques et légales auxquelles sont confrontés les intervenants;
- Les lacunes dans la réponse aux services psychosociaux;
- La formation insuffisante des intervenants et des bénévoles.

Objectifs visés :

Pour corriger la problématique décrite précédemment, un modèle régional de soins et services aux usagers en phase terminale doit être développé. Ce dernier doit s'inspirer des expériences existantes dans le réseau et permettre d'atteindre les objectifs généraux suivants :

- Des soins et des services interdisciplinaires complets et continus aux usagers et à leurs proches sont disponibles dans les divers milieux institutionnels, ressources intermédiaires ou communautaires selon le désir de l'usager;
- Les services sont dispensés de façon concertée et complémentaire entre les différents partenaires du continuum de services pour permettre un traitement de l'usager au bon endroit et au bon moment;
- L'expertise requise pour atténuer ou éliminer les douleurs, les symptômes physiques et les souffrances psychosociales et spirituelles propres à la phase terminale de la vie est diffusée à l'ensemble des intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle.

Résultats visés :

- Obtenir un portrait réel des soins palliatifs existants à ce jour;
- Définir et implanter un modèle d'organisation et de dispensation de soins et de services, pour tous les usagers en phase terminale, basé sur le partenariat entre les différents acteurs du réseau. Ce modèle doit être à l'image du concept "guichet unique" développé pour la clientèle âgée en perte d'autonomie et doit comprendre :
 - des équipes ambulatoires disponibles (par sous-région) 24 heures par jour;
 - des services de maintien à domicile interdisciplinaires suffisants, offerts par les équipes du CLSC et appuyés en complémentarité par l'Association d'Entraide Ville-Marie et Victoria Order Nurses;
 - des services communautaires d'aide et de soutien, d'accompagnement et de répit-dépannage;
 - une capacité d'accueil au sein de ressources intermédiaires, des centres hospitaliers de longue durée et dans les programmes d'hébergement temporaire;
 - un service de soins palliatifs dans les centres hospitaliers qui opèrent un programme d'oncologie comprenant un service ambulatoire, une équipe interdisciplinaire de consultation-liaison et une unité de soins de courte durée. Dans ce modèle, les services du CHUM et le CUSM auraient la responsabilité de la recherche et de la formation.
- Rendre disponible un programme de formation pour les intervenants concernés incluant le corps médical;
- Développer un système d'information permettant de suivre l'évolution et l'efficacité des ressources mises en place.

Conditions de réalisation :

- Décision du conseil d'administration et de la direction générale de chaque hôpital ayant un service d'oncologie de mettre en place le continuum de services pour malades en phase terminale;

- Réorganisation des services pour malades en phase terminale dans les hôpitaux, sans ajout budgétaire;
- Intégration de cette clientèle aux clientèles d'hébergement et aux ressources intermédiaires (Sida);
- Financement des équipes ambulatoires en CLSC et du maintien à domicile à l'intérieur des services posthospitaliers;
- Formation du personnel à chaque niveau du continuum de services.

LABORATOIRES

3.1.14 Amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité du réseau de laboratoires

Le dossier de la réorganisation des activités de laboratoire de biologie médicale chemine depuis déjà quelques années. Aussi, des progrès significatifs ont été observés pour notre région en termes d'accessibilité et d'efficacité :

- Les mesures mises en place pour offrir des services de prélèvements sans rendez-vous dans tous les CHSGS et dans certains CLSC ont permis d'améliorer l'accessibilité sur tout notre territoire et l'augmentation de volume observée a été absorbée par les établissements concernés, sans ajout budgétaire;
- La fermeture des hôpitaux a aussi eu des impacts sur les centres hospitaliers environnants sans ajout de ressources et a eu pour effet de réduire de 11 % le budget dédié aux laboratoires.

Malgré le fait que les données financières et statistiques de l'année 1996-1997 du tableau précédent illustrent une bonne performance pour notre région, nous croyons que des efforts supplémentaires peuvent être faits en termes d'accessibilité et d'efficacité.

La cible d'efficacité indiquée aux établissements dans la démarche budgétaire 1997-1998 démontre qu'il y a un potentiel important mais le processus de restructuration va s'échelonner sur plusieurs années et nécessite parfois des investissements à long terme; la plupart des établissements ont profité de l'opportunité des programmes incitatifs de départs pour intégrer le personnel en redéploiement et revoir les structures de postes. Les bénéfices ont permis, dans plusieurs cas, d'absorber une augmentation de volume sans coût additionnel et d'autofinancer l'acquisition ou le rehaussement d'équipement technique ou informatique. Les impacts au niveau budgétaire ne sont donc pas toujours apparents surtout si on tient compte des obligations reliées aux contrats d'acquisitions d'équipements.

Compte tenu de ce qui précède et du contexte actuel, la Régie régionale met de l'avant les mesures suivantes en ce qui a trait aux activités de laboratoires :

- 3.1.16.1 Inciter les établissements à appliquer les mesures à l'interne pour la restructuration de l'ensemble des activités de laboratoire.
- 3.1.16.2 Offrir des services de prélèvements sans rendez-vous dans tous les CLSC de la région.
- 3.1.16.3 Intégrer les activités de laboratoire des CHSLD, CHSP et CHR avec un laboratoire de CHSGS.
- 3.1.16.4 Assurer la complémentarité et l'efficacité du réseau de laboratoires :
 - Maintenir les activités de cytologie dans les laboratoires en conformité avec les recommandations principales du Groupe sectoriel provincial;
 - Maintenir les activités de laboratoire liées aux analyses de la clientèle; enregistrée dans les CHSGS actuels ou selon les ententes interétablissements;
 - Viser une dispensation efficace des analyses plus spécialisées.

Tableau 12 - DIMINUTION DES BUDGETS DEPUIS 1994

Budget 1994-95	134 263 817 \$
Budget 1996-97 (excluant les CH fermés)	119 692 955 \$
Diminution totale depuis 1994 :	14 570 862 \$
	11 %

Tableau 13 - ANNÉE FINANCIÈRE 1996-1997 - DONNÉES ISSUES DES RAPPORTS AS-471

Région	Coût brut des laboratoires	Total des unités pondérées	Coût par unité pondérée
Montréal-Centre (06)	130 437 885\$	143 643 782	0,91 \$
Total Québec	340 369 543\$	369 568 549	0,92 \$

3.1.16.1 Inciter les établissements à appliquer les mesures à l'interne pour la restructuration de l'ensemble des activités de laboratoire

Description et justification de la mesure :

Les informations recueillies par les établissements et les rapports des projets de réorganisation confirment les renseignements tirés de la littérature à l'effet que les économies les plus importantes sont générées par les mesures à l'intérieur de chaque établissement. Le message est clair : une démarche d'analyse approfondie des façons de faire visant la performance et la qualité s'impose pour tous les laboratoires.

Les éléments organisationnels à considérer peuvent se situer à différents niveaux :

- Regroupement administratif de tous les laboratoires;
- Intégration des laboratoires satellites et décloisonnement des spécialités;
- Polyvalence du personnel sans perte d'expertise avec activités de formation adéquates.

Il faut souligner ici que les projets d'intégration et de fusion en cours dans le CHUM et le CUSM devraient, au niveau des laboratoires, générer des bénéfices substantiels à moyen et long termes.

Quant à la revue d'utilisation des analyses et la programmation d'algorithmes, il s'agit d'intensifier les travaux et assurer un suivi qui permette d'avoir des résultats significatifs.

L'informatisation de la requête-résultat revêt un caractère primordial pour faciliter l'analyse des données à ce sujet. Les effets positifs ne sont pas toujours perceptibles au laboratoire car ils peuvent aussi générer des économies à la pharmacie et en termes de diminution de durée de séjour à l'urgence.

Résultats visés :

- Atteindre un niveau optimal d'efficacité;
- Dégager des économies pour l'autofinancement de projets reliés à la réorganisation ou pour le maintien de l'accessibilité de services dans des programmes prioritaires.

Conditions de réalisation :

- Mise en place d'un mécanisme d'intégration de la gestion des différents laboratoires et d'un comité avisé impliquant des représentants des différents paliers professionnels, techniques et administratifs pour faciliter la démarche de restructuration à l'interne;
- Analyse détaillée de la structure organisationnelle et fonctionnelle en termes d'efficacité, d'efficience et de niveau de qualité.

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

Description de la mesure :

Améliorer l'accessibilité aux services de prélèvements de la clientèle sur le territoire en offrant des plages de sans rendez-vous dans les CLSC et en les reliant à un laboratoire pour un retour rapide du résultat au prescripteur.

Tous les CLSC de la région de Montréal seront en mesure d'offrir 4 heures d'ouverture de prélèvements sans rendez-vous, soit de 7 h 30 à 11 h 30.

L'opérationnalisation devra tenir compte de la proximité géographique et des ententes déjà en place pour minimiser les coûts de transport, faciliter les interactions professionnelles et administratives et assurer un retour rapide des résultats aux prescripteurs.

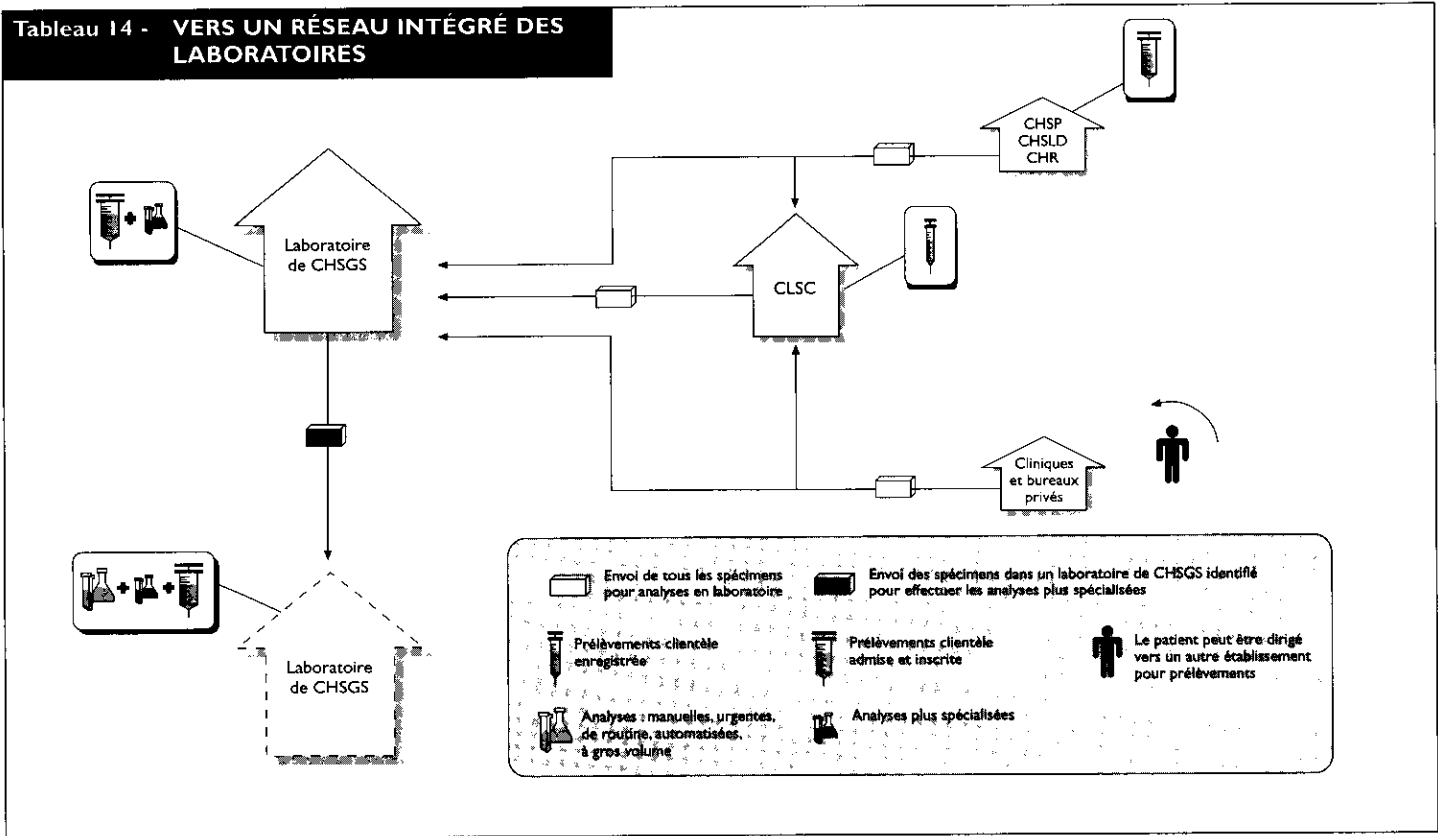
Résultats visés :

- Répondre aux besoins de la clientèle en offrant des services plus flexibles et adaptés aux besoins;
- Consolider les CLSC comme établissements de première ligne.

Conditions de réalisation :

- Système de communication et de transport efficace;
- Aucun montant prévu pour l'augmentation potentielle du volume d'activité;
- Coûts de transport assumés par les CLSC;
- Enveloppe disponible pour l'aménagement de locaux et les équipements requis en CLSC;
- Protocoles d'entente interétablissements incluant une clause d'obligation de respecter les normes et les recommandations émises par le MSSS en termes de manutention et transport des spécimens;
- Transfert des ressources reliées à la clientèle enregistrée dans les CHSGS vers les CLSC au prorata du volume d'activités; une étude comparative du nombre de prélèvements effectués avant et deux mois après l'application de la mesure devrait permettre une répartition équitable;
- Priorité d'embauche de technologistes médicaux compte tenu de leur expertise;
- La collecte de données pour les unités de mesure et les imputations budgétaires devront être uniformisées dans les CLSC;
- Collaboration CLSC-CH-Régie régionale pour maximiser les chances de réussite;
- Plan de communication adéquat pour bien orienter la clientèle.

Tableau 14 - VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ DES LABORATOIRES



Intégrer les activités de laboratoire des CHSP, CHSLD, CHR avec un laboratoire de CHSGS

Énoncé synthétique de la mesure :

Il s'agit d'intégrer les activités de laboratoire des établissements à mission d'hébergement et de longue durée (CHSLD), de soins psychiatriques (CHSP), et de réadaptation (CHR) à des laboratoires de CHSGS. Les spécimens des prélèvements de leur clientèle seront envoyés dans un de ces laboratoires pour être analysés. Certaines procédures pourront être effectuées sur place suite à une évaluation des besoins spécifiques, des principes de qualité et des coûts inhérents.

Justification de la mesure :

Les analyses nécessaires aux clientèles de ces centres peuvent être effectuées dans des laboratoires à plus grand volume et de façon plus efficiente. Une grande partie des coûts est relative à des activités de prélèvements et des services achetés; les ressources humaines et matérielles sont souvent sous-utilisées.

La plupart des établissements concernés ont déjà modifié leur structure en profitant des opportunités des départs volontaires. Des ententes ont été établies ou sont en voie d'être finalisées et les économies générées ont donc été attribuées, dans une bonne partie, aux plans d'équilibre budgétaire ainsi qu'au programme de départs volontaires.

Résultats visés :

- Améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de laboratoire de ces établissements;
- Dégager des économies potentielles pouvant être affectées aux services de soins directs aux patients.

Attirer la complémentarité et l'efficience d'un réseau de laboratoires

Les recommandations des différents groupes d'expertise au niveau national en regard de la cytologie, de la mycobactériologie, du VIH, de la virologie et de la génétique vont tous dans le sens d'une rationalisation du nombre de sites effectuant les analyses plus spécialisées. Les travaux ne sont pas tous terminés mais déjà certaines balises ont été précisées.

Pour faire suite aux préoccupations et commentaires émis lors des audiences par les différents intervenants impliqués, à savoir :

- L'inquiétude pour les CHSGS non désignés que les médecins spécialistes désertent leur établissement et que ce phénomène nuise à la couverture de services pour leur clientèle;
- La difficulté appréhendée pour les consultations entre les médecins référants et les professionnels consultants;
- La diminution de la performance conséquente à une baisse significative de volume reliée surtout à la sécurité d'emploi des employés et aux modalités d'acquisition d'équipements;

La Régie régionale propose les trois orientations suivantes :

■ **Maintenir les activités de cytologie dans les laboratoires en conformité avec les recommandations principales du Groupe sectoriel provincial.**

Ce comité d'experts recommandait un volume minimal de 25 000 lames annuellement, comprenant des cas de gynécologie et/ou de non-gynécologie avec une permanence de trois cytotechnologistes et la présence d'au moins un pathologiste. Ces normes étant requises pour obtenir une efficacité optimale et maintenir un niveau d'expertise pour les cytotechnologistes.

Dans l'impossibilité de s'y conformer dans la première année, des ententes interétablissements devront être effectuées et chaque laboratoire de cytologie est responsable du respect des normes de qualité reconnues dans cette spécialité. De plus, il y aurait lieu de revoir l'organisation du travail dans chacun des laboratoires et évaluer l'affectation des tâches reliées à la réception, la préparation et l'envoi des spécimens ainsi qu'à l'aspect clérical toujours dans une perspective de réduction des coûts d'opération et d'efficacité.

Échéancier : Mars 1999

■ **Maintenir les activités de laboratoire liées aux analyses de la clientèle enregistrée dans les CHSGS actuels ou selon les ententes interétablissements**

Chaque CLSC devra établir un protocole d'entente avec un laboratoire d'un CHSGS en considérant les paramètres suivants :

- La proximité géographique et les liens existants;
- Les modalités de transport en conformité avec les normes de qualité;
- Le respect du délai maximum de deux semaines pour le retour des résultats au prescripteur;
- L'acheminement, par le CHSGS, des spécimens pour analyses plus spécialisées vers un laboratoire qui effectue ces tests.

■ **Viser une dispensation plus efficiente des analyses plus spécialisées**

Il faudra regrouper les analyses plus spécialisées dans certains établissements en tenant compte des recommandations des groupes sectoriels d'expertise et selon les travaux au niveau national.

Les statistiques démontrent que 80 % du volume d'activité fait référence à des analyses de routine ou considérées urgentes et qu'un nombre important de tests plus complexes ou à faible volume sont effectués dans plusieurs établissements à un coût élevé compte tenu de l'expertise technique et professionnelle, de l'équipement ou des fournitures requises. Il y a donc environ 20 % des analyses qui seraient regroupables. Ce potentiel sera évalué et les décisions seront prises au fur et à mesure de l'évolution des différents dossiers dans chacune des spécialités. Toutefois, la Régie régionale incite tous les centres hospitaliers à explorer avec ses partenaires les solutions les plus optimales et à saisir toutes les opportunités qui se présentent en ce sens.

Pour s'assurer de la fiabilité et de la bonne marche du réseau, les laboratoires ont la responsabilité de la qualité de tout le processus, à partir du prélèvement jusqu'au retour du résultat et doivent mettre en place les mécanismes pour une gestion intégrée et favoriser des échanges entre les professionnels. Les CLSC et les centres de prélèvements ont aussi des responsabilités quant à l'application des règles et procédures qui les concernent. L'ensemble de ces principes seront élaborés en équipe avec les différents intervenants.

Résultats visés:

- Des activités de laboratoire dans un réseau complémentaire et efficient;
- La dispensation de services de qualité de façon plus efficace.

Conditions de réalisation :

- Développement de systèmes de communication et d'informatisation adéquats et compatibles;
- Diminution des délais pour les résultats;
- Choix d'un moyen de transport des spécimens en fonction des normes de qualité à un coût plus efficient;
- Mécanismes d'approvisionnement en commun pour les achats de fournitures;
- Autofinancement des coûts reliés aux aménagements des locaux et aux systèmes d'information;
- Utilisation d'un formulaire unique d'ordonnance d'analyse.

Tous les secteurs d'activités de laboratoire sont touchés par la réorganisation et les objectifs seront atteints en autant que les différents partenaires s'impliqueront dans la démarche. Les changements dans l'évolution des besoins de la clientèle viendront influencer l'offre de services et nécessiteront des ajustements.

Même si le virage ambulatoire a peu d'impact sur le volume global de tests puisqu'ils proviennent de la clientèle externe plutôt qu'hospitalisée, le retour rapide des résultats demeure un enjeu de taille pour diminuer les délais et faciliter le diagnostic, que ce soit à l'urgence, en chirurgie d'un jour, en CLSC ou à domicile. Par ailleurs, une augmentation de volume a été observée et un suivi systématique de la situation pour analyser les fluctuations du volume d'activité dans les prochaines années permettra aux différents établissements de se réajuster en conséquence.

3.2 CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

DES SOLUTIONS D'AVENIR POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Hébergement institutionnel

- 3.2.1 Maintenir 14 017 lits en centre 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
- 3.2.2 Améliorer l'équité d'accès aux services en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population
- 3.2.3 Améliorer le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées
- 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

Hospitalisation en CHSGS pour les personnes âgées

- 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
- 3.2.6 Augmenter le nombre de personnes âgées qui peuvent effectivement retourner à domicile après leur séjour à l'hôpital et réduire leur durée moyenne de séjour

Maintien à domicile

- 3.2.7 Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie
- 3.2.8 Assurer l'accès des personnes âgées aux services d'entretien ménager et de grands ménages subventionnés par le gouvernement par l'entremise des entreprises d'économie sociale
- 3.2.9 Développer un centre de jour pour la communauté anglophone et améliorer l'efficacité et l'efficacités de l'ensemble des centres de jour
- 3.2.10 Augmenter les places en hébergement temporaire et améliorer l'efficacité des services existants
- 3.2.11 S'assurer que les ressources d'habitations privées contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans un environnement sécuritaire et de qualité
- 3.2.12 Améliorer le partenariat avec les organismes communautaires et leur apport dans le continuum de services aux personnes âgées →

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

Prévention et promotion

3.2.14 Augmenter les efforts de promotion et de prévention relatifs aux personnes âgées

Développement d'un réseau interactif de services

3.2.15 Consolider l'implantation en CLSC du guichet unique pour l'accès aux services à long terme dans la communauté ou en institution

3.2.16 Réviser l'instrumentation relative à l'évaluation du profil des clients (CTMSP) et à l'évaluation des services requis (PLAISIR)

3.2.17 Supporter l'expérimentation d'un projet novateur de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)

Le vieillissement de la population a engendré des besoins nouveaux et imposé de nouvelles exigences au réseau de la santé et des services sociaux. Il est notable que la population de Montréal vieillit plus vite que le reste du Québec et que cette tendance va se maintenir.

Il y a 270 000 personnes âgées aujourd'hui (15 % de la population) et ce nombre pourrait s'élever à 370 000 en 2016 (19 %). De plus, les personnes âgées de 75 ans et plus constituent le groupe qui augmente le plus.

Or, comme le souligne la Direction de la santé publique dans son Rapport annuel 1998 sur la santé de la population :

« ... entre 75 et 84 ans, les incapacités se font très présentes : la moitié des aînés déclarent en souffrir et après 85 ans, cette proportion monte à 77 %. » (p. 57)

Principaux constats de la consultation :

La consultation publique a permis de constater à quel point est constante la préoccupation de tous les acteurs relativement à la présence des personnes âgées dans le système de soins et de services.

- On craint que la proposition présentée ne tienne pas suffisamment compte de la croissance des besoins de la population vieillissante;
- L'augmentation du nombre de lits pouvant recevoir une clientèle requérant 2,5 heures/soins par jour semble primordiale : il est jugé nécessaire de porter ce nombre de lits à 60 % (plutôt que 50 %) du nombre de lits disponibles;
- On se préoccupe beaucoup du taux de réponse aux

besoins en CHSLD et de la qualité des services en ressources d'habitations privées;

- L'augmentation proposée des services à domicile est jugée insuffisante : il faut intensifier ces services et s'assurer qu'ils peuvent desservir une clientèle âgée de moins de 65 ans;
- La mise en place d'une gamme complète de services s'adressant aux différents besoins de la personne âgée est importante. Un ajout de 100 places en ressources d'hébergement non institutionnelles est jugé trop timide : il en faudrait plutôt 400;
- Plusieurs ont souligné les difficultés de coordination des diverses composantes du système de santé.

Devant ces constats, la Régie régionale a décidé d'accentuer, par rapport au projet soumis à la consultation, son action en regard du continuum des services aux personnes âgées. Les orientations suivantes sous-tendent la détermination d'un ensemble de mesures renouvelées :

- Être prudent dans la fermeture de lits de CHSLD pour ne pas se placer en sous-capacité pour les années qui viennent;
- Accentuer le rehaussement des critères d'admission pour que 60 % des lits en CHSLD puissent recevoir les personnes requérant 2,5 heures-soins et plus par jour;
- Augmenter le taux de réponse aux besoins pour que tous les CHSLD atteignent le standard régional;
- Augmenter les services à domicile en CLSC pour en accroître l'intensité et pour atteindre qu'ils atteignent 80 % de pourcentage de desserte de la clientèle potentielle;
- Diversifier la gamme de services disponibles en implantant 400 places en ressources d'hébergement non institutionnelles;
- Poursuivre la mise en place d'un réseau interactif de services.

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

Quatre facteurs majeurs nous amènent à considérer de manière prudente la fermeture additionnelle de lits en CHSLD :

1. L'augmentation de la population âgée particulièrement celle des 75 ans et plus (de 111 886 en 1996-1997 à 140 327 en 2001-2002);
2. La diminution projetée (voir mesure 3.2.6) du nombre de lits de transition en CHSGS de courte durée passant de 888 lits à 552 lits;

3. La transformation de 120 lits de CHSLD en ressources d'hébergement non institutionnelles;
4. L'accroissement de l'utilisation des lits de longue durée pour des personnes de moins de 65 ans (1400 lits en 1997-1998 et 1563 lits en 2001-2002).

Tableau 15

	1997-1998	2001-2002	Écart
Lits en CHSLD ⁹	13 781 ¹⁰	14 017 ¹¹	+ 236 ¹²
Lits en CHSGS	888	552	- 336
TOTAL	14 669	14 569	- 100

Pour avoir un portrait plus complet de l'hébergement disponible, on doit ajouter aux données du tableau 15 :

- L'existence d'environ 1 000 lits d'hébergement en CHSLD privés autofinancés;
- La disponibilité actuelle de 85 places en pavillons et de 300 places en résidences d'accueil;
- L'ajout projeté, dans le présent plan, de 400 places en ressources d'hébergement non institutionnelles.

Tableau 16 - ÉVOLUTION DES LITS DE LONGUE DURÉE EN CHSLD 1998-2002

Situation	< 1,5h	1,5 - 2,5h	%	Sous-total	> 2,5h	%	TOTAL
1997-1998	1 053	6 644	55,85	7 697	6 084	44,15	13 781
2000-2002	458	5 149	40,00	5 607	8 410	60,00	14 017
Écart	-595	-1 495	+15,85	-2 090	2 326	+15,85	+236

Compte tenu de la mise en place de nouvelles ressources d'hébergement non institutionnelles et de l'augmentation des budgets de services à domicile, nous croyons pouvoir faire face aux besoins de l'an 2002 avec le maintien de 14 017 lits d'hébergement en CHSLD publics et privés conventionnés.

En ne considérant que les lits pour les personnes âgées, notre ratio de lits passe ainsi de 11,9 lits en CHSLD et CHSGS par 100 personnes âgées de 75 ans et plus en 1997-1998 à 9,3 lits en 2002. Pour pouvoir continuer de faire face à la demande croissante, nous devons faire en sorte que 60 % des lits de CHSLD puissent accueillir des personnes nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour (44 % actuellement).

⁹ Lits en CHSLD publics et privés conventionnés.

¹⁰ Ce chiffre comprend 1400 lits de longue durée pour les personnes âgées de moins de 65 ans.

¹¹ Ce chiffre comprend 1563 lits de longue durée pour les personnes âgées de moins de 65 ans.

¹² L'augmentation de 236 lits se détaille comme suit :

- Diminution nette de 94 lits à l'occasion de projets de rénovation;
- Ajout de 450 lits en prévision des transferts de l'Hôpital Ste-Anne;
- Diminution de 120 lits reliée à la transformation de lits de CHSLD en ressources d'hébergement non institutionnelles.

L'atteinte de cet objectif nécessitera une réduction de 2 090 lits pour les personnes nécessitant moins de 2,5 heures-soins par jour et l'ajout de 2 326 lits pour les personnes requérant 2,5 heures-soins et plus par jour. Cela nous permettra de mieux répondre aux besoins des personnes nécessitant des soins plus intensifs, qui forment la majorité de la clientèle à desservir (voir tableau 16).

Les moyens d'action à mettre en place sont les suivants :

- Rénover certains centres d'hébergement et de soins de longue durée pour les mettre aux normes : 3 766 lits seraient ainsi plus adéquats pour répondre aux besoins;
- Réduire le nombre de lits dans certains CHSLD tout en permettant aux établissements de conserver le budget d'opérations, réduit de la contribution des bénéficiaires, pour intensifier les services et pour rehausser leurs critères d'admission en fonction d'une clientèle en plus grande perte d'autonomie;
- Ouvrir 20 lits additionnels au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Saint-Michel et 20 lits à l'Hôpital Chinois de Montréal, à même les ressources financières actuelles;
- Assurer le transfert de 450 lits de l'Hôpital Sainte-Anne;

- Ajouter 18,4 M \$ pour assurer le rehaussement là où les ressources financières actuelles ne permettent pas de le faire.

Assurer un meilleur équilibre entre la demande et la disponibilité de lits pour les personnes d'expression anglaise

Assurer un meilleur équilibre entre la demande et la disponibilité de lits pour les personnes d'expression anglaise

Actuellement, 2 969 lits de longue durée en CHSLD et CHSGS sont touchés par l'obligation légale d'offrir des services en anglais à la population d'expression anglaise, ce qui représente 20,2 % des lits de la région. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dont la première langue officielle parlée est l'anglais est de 31,8 %. D'autre part, le pourcentage de personnes s'exprimant en langue anglaise à la maison est de 26,7 %.

Pour combler cet écart, les mesures suivantes sont en cours :

- Demander au ministère de la Santé et des Services sociaux d'inclure dans le programme d'accès en langue anglaise à l'étude actuellement, deux centres d'hébergement et de soins de longue durée où les services sont disponibles, notamment

- au Centre d'accueil Dollard-des-Ormeaux et au Manoir Pierrefonds. Cela ajouterait 224 lits au bassin disponible;
- Des négociations sont en cours entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le gouvernement fédéral pour acquérir l'Hôpital Sainte-Anne et l'inclure dans le programme d'accès aux services en langue anglaise. Cela ajouterait 450 lits additionnels;
 - À cela il faudrait ajouter, d'ici 2002 dans le plan d'accès aux services en langue anglaise, que 862 lits additionnels, soient «indiqués» comme devant desservir en anglais les personnes d'expression anglaise.

Tableau 17 - LITS DISPONIBLES POUR LES PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE		
	Lits	Pourcentage
Actuel	2 969	20,2 %
2002	4 506	30,9 %

De plus, nous envisageons, si les études de faisabilité sont concluantes, relocaliser dans l'ouest de l'île le Centre hospitalier Grace Dart ainsi que le Centre de soins prolongés de Montréal, dans le but d'améliorer l'accès géographique aux services de ces établissements pour la clientèle d'expression anglaise.

Améliorer l'adaptation culturelle de nos services :

Dans le passé, dans un contexte historique et économique différent, certaines communautés culturelles ont obtenu le développement et l'intégration, dans le réseau public, d'établissements ayant des critères d'admission privilégiés, mais non exclusifs aux personnes de leur communauté. C'est le cas des communautés juive, italienne, asiatique, polonaise et libanaise.

Pour l'avenir, nous n'envisageons plus de développer de tels établissements. Nous voulons mieux répondre aux besoins des différentes communautés culturelles en leur offrant un confort culturel sur la base de programmes partiels ou complets dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée existants.

Différentes démarches sont en cours avec les communautés juive, chinoise, grecque et italienne dans le but de maintenir ou d'améliorer l'accès à des services d'hébergement culturellement bien adaptés.

Lors des audiences, la communauté juive a fait des représentations visant à identifier des moyens concrets afin d'assurer une meilleure accessibilité aux services de longue durée pour les personnes âgées. La Régie régionale travaille avec la commu-

nauté juive à définir les mesures les plus pertinentes et qui présentent les meilleures possibilités de se réaliser.

3.2.3 Améliorer le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées

L'analyse de l'efficacité des CHSLD, effectuée dans le cadre du plan d'organisation des services 1995-1998, nous a permis d'identifier des gains d'efficacité chiffrés en terme d'argent et de déterminer des cibles de réallocations internes et externes qui amènent une meilleure réponse aux besoins des bénéficiaires.

Toutefois, avec le vieillissement de la population, les besoins ne cessent d'augmenter : l'hébergement est de plus en plus réservé aux personnes âgées en lourde perte d'autonomie et les troubles cognitifs prévalent davantage chez les personnes âgées hébergées. Compte tenu de cette évolution, il est important que les CHSLD disposent des ressources requises pour desservir adéquatement leur clientèle.

Nos méthodes actuelles d'analyse des besoins fixent à 47,8 M \$ le besoin de ressources additionnelles pour atteindre le standard régional en soins et services basé entre autres, sur un taux de réponse en soins infirmiers et assistance de 80 %. Pour obtenir un aussi important montant, nous comptons sur des gains d'efficacité auxquels s'ajoutera un budget de développement.

Les moyens d'action à mettre en place sont :

- Faire des gains d'efficacité en CHSLD pour une valeur de 19,2 M\$ (3 % du budget régional des CHSLD publics et privés conventionnés); les mesures destinées à produire ces gains d'efficacité seront mises en place dès la première année du plan, c'est-à-dire dès 1998-1999;
- Faire l'analyse des retombées du plan 1995-1998 et, notamment, examiner l'impact de l'investissement de 33,4 M\$, effectué dans le cadre de ce plan, sur les ressources additionnelles requises pour améliorer la réponse aux besoins des personnes hébergées;
- Réviser les outils actuels d'évaluation des ressources requises afin de déterminer leur pertinence dans le contexte actuel de la distribution des services aux personnes âgées;
- Définir un panier commun de services devant être présent dans tous les CHSLD; →

- Déterminer les gains possibles dans l'utilisation des ressources actuelles par une approche de balisage. On observe que pour un même taux mesuré de réponse aux besoins, à clientèle semblable et à résultat comparable, il existe des modes d'intervention et d'organisation diversifiés, certains étant moins coûteux que d'autres. La méthode du balisage vise à appliquer à l'ensemble des établissements l'approche qui est jugée optimale;
- Effectuer des visites d'évaluation dans certains CHSLD afin de valider, sur le terrain, les paramètres d'efficience de performance optimale et intervenir dans des situations problématiques;
- Ajouter et répartir équitablement entre les CHSLD 28,6 M\$ pour faire face à l'alourdissement des besoins de la clientèle.

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

Présentement, les CHSLD de la région dispensent des services à une clientèle âgée de moins de 65 ans dans environ 10 % des lits (1 400 lits). Ce chiffre a tendance à augmenter car les CHSLD constituent un milieu intéressant pour certaines personnes présentant une déficience intellectuelle, un problème de santé mentale ou encore une déficience physique.

Dans les prochaines années, 60 personnes provenant du réseau de la santé mentale et 103 personnes provenant du réseau de la déficience intellectuelle sont appelées à être transférées en CHSLD (voir mesures de ce continuum de services). Ces projets devraient être soigneusement préparés afin d'assurer aux bénéficiaires, à leurs proches et aux organisations qui en ont présentement la responsabilité, que les programmes adaptés aux besoins spécifiques de ces clientèles seront mis en place de même que toutes les modalités de suivi par le réseau d'origine.

Ces transferts se feront avec un support clinique adéquat et un financement suffisant.

HOSPITALISATION EN CHSGS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

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

On observe que de nombreuses personnes âgées doivent attendre un hébergement en CHSLD dans un lit d'hôpital. En 1996-1997, 2 696 personnes ont ainsi attendu qu'une place se libère dans le CHSLD de leur choix. Ces personnes ont occupé en 1997-1998 dans les hôpitaux 888 lits dits de «transition». De plus, elles occupent présentement (mars 1998) environ 130 lits de courte durée - phénomène qu'on appelle habituellement le « débordement de la longue durée en courte durée ».

La consultation publique a amené de nombreux commentaires dénonçant le caractère pernicieux de cette situation. Deux raisons majeures ont été invoquées :

1. L'effet sur la congestion de la salle d'urgence d'un trop grand nombre de lits occupés par des personnes âgées en attente d'hébergement;
2. Le caractère inadéquat des lits d'hôpitaux comme milieu de vie pour la personne âgée, malgré les efforts des hôpitaux à cet égard.

Il nous apparaît donc important de réduire à 552 le nombre de lits de transition en CHSGS et d'éliminer le phénomène de «débordement» tout en réduisant le délai d'accès pour les personnes âgées qui attendent un hébergement institutionnel à l'hôpital.

Cette mesure exige la réalisation des actions simultanées suivantes :

- Augmenter de 2 326 les lits en CHSLD disponibles pour les bénéficiaires requérant 2,5 heures-soins et plus par jour (voir mesure 3.2.1);
- Maintenir à au moins 99,4 % le taux d'occupation des places en CHSLD;
- Augmenter le nombre de places disponibles en ressources d'hébergement non institutionnelles pour les personnes âgées requérant moins de 2,5 heures-soins par jour (voir mesure 3.2.13);
- Améliorer la qualité physique des ressources d'hébergement par la remise aux normes de quelque 3 766 lits;
- Augmenter le nombre de personnes âgées hospitalisées qui acceptent d'attendre leur hébergement institutionnel dans des lits de transition en CHSLD plutôt qu'à l'hôpital; cette action exige que des incitatifs respectueux des droits des

personnes âgées soient mis en place et qu'une information adéquate soit transmise aux patients et à leurs proches sur la disponibilité et l'accessibilité de l'hébergement institutionnel.

3.2.6 Augmenter le nombre de personnes âgées qui peuvent effectivement retourner à domicile après leur séjour à l'hôpital et réduire leur durée moyenne de séjour

Les personnes âgées représentent une clientèle importante des hôpitaux de courte durée : en 1996-1997, 32 % des personnes hospitalisées étaient âgées de 65 ans et plus et elles ont nécessité 50 % des jours présences en hospitalisation de courte durée. Les personnes âgées, rappelons-le, représentent environ 15 % de la population de la région.

On constate que les durées moyennes de séjour sont généralement plus longues pour les personnes âgées que pour les personnes de moins de 65 ans (12,6 jours pour les personnes âgées en 1996-1997 vs 7,97 jours pour l'ensemble de la population). Même si ce phénomène trouve son explication en partie dans la perte d'autonomie qui, chez la personne âgée, s'ajoute à son problème de santé, nous pensons qu'avec des moyens adéquats il est possible de retourner la personne âgée plus tôt à son domicile, prévenant ainsi dans certains cas une diminution de son autonomie fonctionnelle.

Avec les actions appropriées, il sera possible de réduire le nombre de demandes d'hébergement provenant du milieu hospitalier.

Cette mesure exige la réalisation des actions simultanées suivantes :

- Opérer des lits de courte durée gériatrique en CH et CHSLD;
- Implanter dans tous les CH une équipe de consultation gériatrique (évaluation et traitement) disponible pour l'urgence et les unités de soins;
- Dépister les personnes âgées à risque à l'urgence;
- Assurer la présence dans tous les CH d'une clinique ambulatoire de gériatrie intégrée au service de gériatrie;
- Augmenter la disponibilité des services à domicile en CLSC (voir mesure 3.2.7);
- Améliorer, dans le cadre du guichet unique, l'arrimage entre les CH et leurs partenaires de première ligne (évaluation gériatrique, maintien à domicile, médecin traitant, etc.) et entre les CH et les CHSLD (évaluation gériatrique);
- Améliorer l'arrimage des partenaires du réseau avec les organismes communautaires.

L'ensemble de ces actions se traduira par une réduction de la durée moyenne de séjour des personnes âgées en courte durée et une réduction du taux de demandes d'hébergement¹³ (qui était en 1997-1998 de 9 % en moyenne) à 8 % en moyenne pour l'ensemble de la région.

MAINTIEN À DOMICILE

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

La volonté de plus en plus affirmée des personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer à domicile le plus longtemps possible avec un support adéquat pour elles-mêmes et leurs proches et la nécessité du réseau de la santé et des services sociaux de réviser son offre et son organisation de services pour mieux répondre aux besoins des années à venir, commandent de maintenir le cap en matière de développement de services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que les services de support à leurs proches et aidants naturels.

Il nous apparaît donc nécessaire de consolider et d'augmenter l'accessibilité et la capacité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie de tous âges, notamment :

- Augmenter le volume des clientèles desservies;
- Augmenter l'intensité des services lorsque requis par les besoins des personnes âgées;
- Augmenter le nombre de places au chapitre des soins et/ou de l'aide pouvant aller jusqu'à 2,5 heures-soins par jour sans nécessiter une surveillance constante ou importante;
- Augmenter le nombre d'heures disponibles pour l'ensemble de la gamme des services offerts;
- Diminuer les références pour hébergement requérant moins de 2,5 heures-soins/jour;
- Réévaluer les situations à domicile requérant plus de 2,5 heures-soins/jour de la part des services à domicile du CLSC en vue d'un hébergement en ressource intermédiaire ou institutionnelle mieux adaptée aux besoins.

Notre proposition initiale ne mentionnait que des mesures d'efficacité et n'abordait pas l'idée d'investir des sommes additionnelles. Toutefois, la consultation nous a convaincus que, même en réalisant nos mesures d'efficacité, les besoins étaient tels que des développements significatifs demeuraient nécessaires.

¹³ Le taux de demandes d'hébergement est le nombre de demandes d'hébergement effectuées en une année par un hôpital, divisé par le nombre total de personnes de 75 ans et plus hospitalisées par l'urgence dans la même année.

■ **Les moyens d'actions à mettre en place sont :**

- Pour les personnes en perte d'autonomie de 65 ans et plus, ajouter 17,9 M\$ en services à domicile et réaliser un gain d'efficience équivalent à 5,8 M\$; En effet, à l'aide d'une analyse prudente des données recueillies en 1996-1997 sur trois paramètres, à savoir :
 - le pourcentage de desserte de la clientèle potentielle,
 - le nombre moyen de visites à domicile (soins et aide),
 - le nombre moyen d'heures d'intervention tous types de services confondus,

nous pensons optimiser l'utilisation des ressources existantes en fixant aux CLSC l'objectif d'atteindre le niveau médian des 8 CLSC les plus performants. La méthodologie que nous pensons appliquer ici semble indiquer qu'une telle possibilité existe. Cependant, compte tenu qu'il s'agit d'une première utilisation de cette approche, nous envisageons de réaliser des activités de validation avec les CLSC, y incluant des visites d'évaluation sur le terrain, et déterminer ainsi la marge réelle disponible que nous estimons pour le moment à 5,8 M\$.

Les mesures destinées à produire ces gains d'efficience seront mises en place dès la première année du plan c'est-à-dire dès 1998-1999.

L'effet combiné de l'ajout de ressources et du gain d'efficience, permettra d'augmenter, d'ici quatre ans, le volume des personnes desservies et l'intensité des services dispensés. Concrètement cela signifie atteindre un pourcentage de desserte de 80 % (contre 58 % actuellement) et accroître le nombre de personnes desservies requérant entre 1,5 et 2,5 heures-soins et d'aide par jour.

■ **Pour les personnes en perte d'autonomie de 64 ans et moins (profil gériatrique), ajouter 4,6 M\$ en services à domicile.**

■ **Consolider les centrales 24/7 des CLSC à l'aide d'un budget additionnel de 1,1 M\$ afin d'assurer une réponse adéquate aux services à domicile non planifiés le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés.**

Assurer l'accès des personnes âgées aux services d'entretien ménager et de grands ménages subventionnés par le gouvernement par l'entremise des corporations d'économie sociale

Le gouvernement, suite aux décisions prises lors du sommet socio-économique, a mis en place lors du dernier budget, un fonds d'exonération financière pour supporter la demande de services d'entretien ménager et de grands ménages dans le secteur de l'économie sociale.

Ce fonds permet l'octroi d'une aide fixe de 4,00 \$ l'heure pour toute personne qui achète des services d'aide domestique d'une corporation reconnue.

Il comprend aussi une aide variable additionnelle allant de 0,20 \$ à 6,00 \$ de l'heure en fonction du revenu pour les clientèles suivantes : toutes les personnes âgées de 65 ans et plus; les personnes de 65 ans et moins qui sont référées par leur CLSC; les personnes recevant des allocations directes et qui désirent utiliser ce service.

Ce nouveau programme est donc accessible à toutes les personnes âgées et peut contribuer au maintien d'un environnement de qualité à domicile en jouissant de l'accès à des services subventionnés pour l'entretien ménager.

La Régie régionale est impliquée depuis 1995 avec des partenaires régionaux dans le développement de ce projet qui visait deux objectifs précis : offrir aux personnes âgées de 65 ans et plus des services d'aide domestique de qualité, complémentaires aux services de maintien à domicile du réseau, et créer des emplois durables dans ce secteur occupé presque entièrement par le travail au noir.

Actuellement, huit corporations sont en opération sur l'île de Montréal et offrent des services sur les territoires des 24 CLSC. Trois autres projets sont en développement pour desservir les cinq autres territoires de CLSC d'ici l'automne 1998, particulièrement dans l'ouest de l'île.

Les CLSC, dans ce nouveau contexte, sont appelés dans plusieurs cas à référer à ces nouvelles corporations les personnes requérant des services d'entretien ménager, surtout si c'est le seul besoin identifié. Cela permet évidemment d'utiliser les services de leurs auxiliaires familiales et sociales pour les besoins d'assistance personnelle fort nombreux de leurs clientèles en perte d'autonomie ou handicapée. Une certaine confusion semble toutefois exister quant à l'utilisation possible par les CLSC de ces corporations pour des clientèles auxquelles ils assuraient déjà des services d'entretien ménager.

Pour assurer la complémentarité et la disponibilité des services sur toute l'île d'ici trois ans, il faudra, avec les autres partenaires régionaux :

- Compléter l'organisation de l'offre de services sur tout le territoire;
- Assurer le développement de l'offre en équilibre avec l'évolution de la demande;
- Informer la clientèle potentielle des services au fur et à mesure de leur développement;
- Participer au comité bipartite régional responsable de l'accréditation et du suivi des corporations;
- Mettre en place le protocole de référence et de collaboration entre les CLSC et les corporations;
- Examiner l'ensemble des difficultés qui peuvent être reliées à l'implantation de ces services, notamment les impacts sur la clientèle et sur la pratique des CLSC en services à domicile;
- Évaluer les résultats obtenus avec la grille d'exonération actuelle qui correspond mieux à la réalité des services de garde qu'à celle des personnes âgées;
- Favoriser l'accessibilité des services aux personnes qui n'ont pas les moyens de payer le tarif minimal de 4,00 \$ l'heure.

3.2.9 Développer un centre de jour pour la communauté anglophone et améliorer l'efficacité et l'efficacités de l'ensemble des centres de jour

Il existe 34 centres de jour sur l'île de Montréal :

- 24 sont rattachés à un centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- 6 sont rattachés à un CLSC;
- 4 sont rattachés à un établissement ayant la double mission CLSC-CHSLD.

Depuis plusieurs années (début des années 90), la Régie régionale a constaté la nécessité de développer un centre de jour pour desservir les personnes d'expression anglaise en provenance des territoires des CLSC Côte-des-Neiges, René-Cassin et Métro. Actuellement, ces territoires sont les moins bien desservis de la région. De plus, chez les personnes d'expression anglaise, la liste d'attente est longue.

Les moyens d'action à mettre en place sont :

- Implanter un centre de jour au Centre d'accueil St-Margaret au coût de 300 000 \$;
- Revoir la performance relative de l'ensemble des centres de jour dans la perspective d'en améliorer l'efficacité et

l'efficacité et desservir plus de clientèle avec les ressources existantes.

3.2.10 Augmenter les places en hébergement temporaire et améliorer l'efficacité des services existants

En 1996-1997, nous avons 116 lits en hébergement temporaire répartis dans 31 CHSLD. Le taux d'occupation se situe annuellement à 65 % et celui-ci atteint, à certaines périodes de l'année, un plateau de 75 %. Le taux d'abandon des demandes est de 17,5 %.

Le constat fait en 1996-1997 est que la demande a atteint 2 051 demandes à l'hébergement temporaire et selon les statistiques, nous arrivons à une augmentation annuelle de 14,0 %.

Tableau 18 - HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	% aug. 97 vs '96
Nombre de demandes	1 712	1 799	2 051	14,0 %
Nombre d'admissions	1 007	1 052	1 300	23,6 %

Le programme d'urgence sociale comprend 25 lits mis à la disponibilité de cinq hôpitaux. Le taux d'occupation actuel est de 72 % et peut atteindre un plateau de 82 % à certaines périodes de l'année.

Pour faire face à l'augmentation de la demande, il nous faudra utiliser, de façon plus optimale, nos ressources actuelles dans un premier temps, et par la suite, accroître le nombre de lits disponibles.

Les moyens d'action à mettre en place :

- Efficience :
 - Fusionner les programmes d'hébergement temporaire et d'urgence sociale;
 - Concentrer dans sept centres d'hébergement et de soins de longue durée les activités de ces programmes tout en respectant les particularités linguistiques et ethnoculturelles;
 - Élargir l'accès aux lits d'hébergement temporaire à l'ensemble des hôpitaux de soins généraux et spécialisés;
 - Augmenter à 90 % le taux d'occupation et diminuer le taux d'abandon;
 - Ajuster les modalités de communication entre la Régie régionale, les CLSC et les hôpitaux aux nouvelles réalités du programme.
- Ajout de ressources :
 - Augmenter de 35, à même le parc de lits existants, le nombre de lits d'hébergement temporaire. Cette action requiert des ressources additionnelles afin de

compenser, aux établissements désignés, la perte de la contribution du bénéficiaire; un budget additionnel de 300 000 \$ sera réparti entre les CHSLD concernés.

3.2.1 Assurer que les ressources d'habitation privées contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans un environnement sécuritaire et de qualité

Le respect par les habitations privées (appartements, chambres et pensions, pensions familiales) de conditions favorables au maintien de l'autonomie de la personne âgée, en font un élément majeur de la gamme de services et de ressources dans le continuum de services aux personnes âgées.

Dans cette perspective, la Régie régionale adoptera un cadre de référence précisant cinq éléments :

1. Le seuil critique de la perte d'autonomie;
2. La reconnaissance de critères minimaux de qualité pour faire partie du répertoire de référence;
3. Le CLSC comme partenaire de première ligne;
4. Le processus d'accréditation comme mesure volontaire;
5. Les rôles et le mode de collaboration entre les partenaires.

Si ces habitations acceptent de répondre à certains critères minimaux, soit :

- Détenir un permis municipal,
- Détenir un enregistrement,
- Posséder un affichage public,
- Posséder un plan d'urgence et d'évacuation,
- Posséder une assurance responsabilité civile, la Régie régionale les inclura dans un répertoire dont elle assurera la diffusion.

Les moyens d'action à mettre en place sont :

- Adoption et diffusion par la Régie régionale d'un cadre de référence pour les ressources d'habitation privées;
- Constitution et diffusion par la Régie régionale d'un répertoire des ressources d'habitation privées;
- Inciter les ressources d'habitation privées à recourir à des organisations privées d'accréditation.

N.B. L'augmentation du budget des services à domicile des CLSC (voir mesure 3.2.7) leur permettra d'assurer une meilleure présence dans les ressources d'habitation privées.

3.2.2 Améliorer le partenariat avec les organismes communautaires et leur apport dans le continuum de services aux personnes âgées

Les organismes communautaires dispensent des services d'une grande importance pour les personnes âgées de la région. L'engagement bénévole mérite d'être souligné pour son apport déterminant, en particulier pour la personne âgée qui désire demeurer dans son milieu.

Les réallocations des trois dernières années ont permis aux organismes communautaires à l'oeuvre auprès des personnes âgées de consolider leurs activités et d'accroître leur accessibilité.

Cependant, les organismes communautaires sont constamment confrontés à de nouvelles réalités et à de nouvelles problématiques qui nécessitent la mise en place de moyens renouvelés. C'est le cas notamment de l'accompagnement/transport, de l'alimentation et de l'ajustement des interventions aux personnes ayant un problème de santé mentale.

- **Accompagnement/transport** : Le virage ambulatoire génère une demande croissante pour les services d'accompagnement/transport, ce qui exerce une forte pression sur les organismes communautaires.
- **Alimentation** : L'élargissement du concept traditionnel de livraison de repas est souhaitable afin d'englober la notion de repas communautaire et de présence aux personnes durant les repas.
- **Santé mentale** : Il y a une augmentation des demandes de services des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. Cela exige que les bénévoles qui oeuvrent intensivement auprès d'elles soient adéquatement supportés.

Dans le choix de ses moyens d'action, il est important pour la Régie régionale d'agir auprès des organismes communautaires de manière à respecter les orientations, les politiques et les approches librement choisies par les organismes.

Le moyen d'action privilégié est le suivant :

Collaborer avec la Coalition pour le maintien dans la communauté des personnes âgées (COMACO), afin d'identifier des voies d'action face aux nouveaux défis rencontrés par les organismes communautaires.

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

Il existe présentement peu de ressources d'hébergement entre le domicile et l'hébergement en institution : quatre pavillons (85 places au total), et environ 300 places en résidence d'accueil.

Le rehaussement des critères d'admission dans les lits de CHSLD et la réduction importante de la disponibilité de lits de moins de 2,5 heures-soins par jour obligent à prévoir des solutions de remplacement pour une clientèle qui requiert moins de 2,5 heures-soins par jour.

La clientèle en besoin de service de moins de 1,5 heure-soins par jour sans besoin de surveillance devrait voir ses besoins couverts par les services de maintien à domicile et par les ressources d'habitation privée. D'autre part, la clientèle requérant moins de 1,5 heure-soins par jour et présentant des problèmes de comportement devrait être accueillie en CHSLD, de même que la clientèle requérant entre 1,5 et 2,5 heures-soins par jour avec besoin de surveillance.

Les ressources d'hébergement non institutionnelles s'adressent donc à deux clientèles :

- La clientèle en besoin de services de moins de 1,5 heure-soins par jour avec besoin de surveillance mais sans problème de comportement;
- La clientèle en besoin de service entre 1,5 et 2,5 heures-soins par jour sans besoin de surveillance.

Nous estimons qu'environ 650 requêtes par année pour ce type de clientèles sont faites au système régional d'admission et qu'une partie non négligeable pourrait se retrouver avantageusement dans une ressource d'hébergement non institutionnelle.

L'implantation de ressources d'hébergement non institutionnelles implique le versement de sommes d'argent à la ressource elle-même pour le gîte, le couvert et l'assistance. Elle implique que le CHSLD responsable s'assurera de l'encadrement et du suivi des bénéficiaires.

Nous évaluons qu'un coût de 6,1 M\$ (sans compter la contribution des bénéficiaires) est associé à la mise en place des 400 places dont 40 sont destinées à une clientèle de moins

de 65 ans. La transformation de 120 lits de CHSLD permettra la création de ces 400 places.

PRÉVENTION ET PROMOTION

3.2.14 Augmenter les efforts de promotion et de prévention relatifs aux personnes âgées

Parmi les situations qui influencent le plus la capacité de la personne âgée de conserver son autonomie et de demeurer dans son milieu naturel, on retrouve :

- L'équilibre psychologique des personnes âgées et de leurs aidants naturels;
- Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées;
- Les chutes des personnes âgées;
- L'influenza;
- L'usage inadéquat des médicaments.

Nous avons donc choisi de cibler, parmi plusieurs possibilités d'action de prévention et de promotion de la santé, celles qui portent sur ces situations.

Les moyens d'action à mettre en place sont les suivants :

Prévention de la dépression :

- Intensifier les stratégies visant à prévenir l'isolement et le sentiment de solitude des personnes âgées vivant à domicile et en établissement;
- Favoriser l'implantation de programmes de soutien pour les aînés et leurs aidants lors d'événements stressants tels la retraite, le deuil, l'institutionnalisation;
- Intensifier le dépistage et le traitement de la dépression chez les personnes âgées vivant à domicile et en établissement.

Prévention de l'abus et de la négligence :

- Intensifier les stratégies permettant de prévenir ou de reconnaître les situations d'abus et de négligence chez les aînés et leurs aidants naturels, tant à l'entrée des demandes au programme de maintien à domicile, qu'à Info-santé et aux divers programmes de maintien dans la communauté;
- Mettre en place des protocoles d'intervention applicables ainsi qu'un réseau d'intervenants de référence auprès des clientèles à risques d'abus et de négligence.

Prévention des chutes :

- Implanter des programmes efficaces de prévention des chutes en CHSLD, en centres de réadaptation et auprès des clientèles de maintien à domicile des CLSC;
- Favoriser l'accès à des programmes communautaires

d'amélioration de l'équilibre pour les aînés autonomes vivant à domicile.

Prévention et contrôle de l'influenza :

- Accroître la couverture vaccinale à 80 % chez les bénéficiaires en milieu fermé et à 60 % dans le milieu ouvert;
- Accroître la couverture vaccinale chez le personnel soignant;
- Habilitier les CHSLD à prévenir, reconnaître et contrôler l'influenza dans leur milieu.

Prévention de la morbidité associée au mauvais usage des médicaments :

- Organiser une campagne annuelle d'information visant à encourager les aînés à faire réviser par leur médecin la liste de leurs médicaments;
- Faire la promotion des méthodes d'aide-mémoire facilitant le respect du traitement pharmacologique;
- Poursuivre l'expérimentation du projet de recherche «Pratique médicales de l'avenir (PMA)», projet d'aide à la prise de décision s'adressant aux pharmaciens et aux médecins et visant la réduction des ordonnances inappropriées.

DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU INTERACTIF DE SERVICES

Le développement d'une gamme de services adaptés aux besoins, diversifiés et en quantité suffisante, constitue la pierre d'assise pour répondre aux besoins de la population âgée de notre région. En ce sens, l'ensemble des mesures que nous avons décrites dans les pages qui précèdent sont pertinentes pour faire face aux quatre prochaines années.

Cependant, la disponibilité des ressources n'est pas tout. Parce qu'il s'agit d'un ensemble de services diversifiés, il est impératif qu'ils constituent un véritable réseau, si l'on veut assurer la continuité des services et l'efficacité des ressources.

3.2.15 Consolider l'implantation en CLSC du guichet unique pour l'accès aux services à long terme dans la communauté ou en institution

Il s'agit de poursuivre l'implantation du guichet unique mis en place dans le cadre du plan 1995-1998.

Les moyens d'action à mettre en place sont les suivants :

- Appliquer au guichet unique les modalités d'articulation

CH-CLSC-médecin traitant mises en place pour les soins postopératoires et posthospitaliers;

- Développer des outils de référence communs;
- Simplifier les rapports entre les établissements en convenant d'allègements aux procédures;
- Améliorer l'utilisation des outils de dépistage des personnes âgées à risque;
- Améliorer l'articulation entre les CLSC et les médecins traitants;
- Poursuivre le programme de formation à la gestion des cas.

3.2.16 Réviser l'instrumentation relative à l'évaluation du profil des clients (CTMSP) et à l'évaluation des services requis (PLAISIR)

Plusieurs facteurs amènent à se questionner sur la pertinence des outils actuels d'évaluation des besoins et de mesure du taux de réponse aux besoins ainsi que l'instrumentation et les processus en découlant pour former le système régional d'admission en milieu d'hébergement et de soins de longue durée :

- Ajustement des outils d'évaluation aux modèles actuels de dispensation des services;
- Simplification des processus et poursuite de gains additionnels d'efficacité;
- Ajustement des instruments d'évaluation et de coordination à l'évolution naturelle du système de soins et services;
- Révision des mandats légaux confiés aux régies régionales;
- Avènement du guichet unique.

3.2.17 Supporter l'expérimentation d'un projet novateur de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)

Une équipe de chercheurs, issue des réseaux de l'Université McGill et de l'Université de Montréal, a fait la promotion, tant auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux que de la Régie régionale de Montréal-Centre, d'un projet appelé SIPA ou Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Ce projet repose sur un principe de capitation et sur une prise en charge territoriale de la population des personnes âgées en perte d'autonomie. Il propose d'intégrer les aspects cliniques, organisationnels et financiers des services médicaux et des services de santé ainsi que des services sociaux et communautaires nécessaires aux personnes âgées vulnérables.

La Régie régionale est nettement intéressée par ce projet et souhaite son implantation.

Ce projet de démonstration devra se réaliser sur quelques

sites dans la région et impliquer des établissements partenaires notamment CLSC, CHSGS et CHSLD. Déjà en phase de préparation, le projet de démonstration comme tel se déroulera sur deux années 1998-1999 et 1999-2000.

La Régie régionale compte sur les résultats de cette expérimentation pour éclairer ses orientations et ses décisions quant au type d'organisation souhaitable de services aux personnes âgées en perte d'autonomie pour l'avenir. La Régie régionale supportera la réalisation de ce projet avec la collaboration des partenaires impliqués.

Le financement du projet de démonstration est assuré grâce à une subvention non-récurrente du Fonds d'adaptation des services de la santé (FASS) du gouvernement fédéral et à la contribution des établissements participants.

Tableau 19 - VENTILATION DES BUDGETS DE DÉVELOPPEMENT POUR LES QUATRE ANNÉES DU PLAN 1998-2002

	Année				Total
	I	II	III	IV	
Rehaussement de 2326 lits	0	3,6	7,4	7,4	18,4
Augmentation du taux de réponse	0	5,6	11,5	11,5	28,6
Augmentation des services à domicile en CLSC	0	4,6	9,5	9,5	23,6
Augmentation des services d'hébergement temporaire	0		0,3		0,3
Mise en place d'un centre de jour	0	0,3			0,3
	0	14,1	28,7	28,4	71,2
		19,8	40,3%	39,9%	100%

3.3 CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

DES SOLUTIONS D'AVENIR EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

Améliorer l'efficacité des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice

- 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.
- 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.
- 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.

Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté

- 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.
- 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.
- 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, transférer le fonds de 400 000 \$ destiné au prêt d'équipements spécialisés à la Régie régionale.

Consolider la réadaptation axée sur l'intégration sociale

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

Mieux répondre aux besoins de clientèles particulières

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 augmenter son offre de services.

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

Principaux constats de la consultation :

Lors des audiences, nos partenaires nous ont exprimé leurs inquiétudes concernant les éléments suivants :

- Qu'il faut éliminer les délais d'accès aux services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et particulièrement pour la clientèle en CHSGS ayant eu un accident cardio-vasculaire;
- Que des clientèles desservies actuellement dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive en CHSLD, à cause de certaines conditions médicales particulières, ne soient pas admises en CHR;
- Que la consolidation des services externes amène des problèmes de transport pour la clientèle;
- Que le rôle des CLSC, en ce qui a trait à la réadaptation fonctionnelle intensive, soit mieux défini;
- Qu'une définition commune et claire de ce que l'on entend par de la réadaptation fonctionnelle intensive soit développée;
- Qu'on fixe des objectifs personnalisés de résultats aux établissements impliqués;
- Qu'une planification régionale des services soit développée pour les personnes ayant une déficience physique;
- On déplore un manque de concertation concernant les personnes multihandicapées entre le réseau de la déficience intellectuelle et de la déficience physique;
- On préconise l'uniformisation de l'approche en CLSC.

La clientèle visée :

La clientèle présentant une déficience physique regroupe les personnes ayant une déficience auditive, motrice, de la parole et du langage, ou visuelle. Le continuum de services aux personnes ayant une déficience physique concerne une clientèle de tous âges (enfant, adulte, personne âgée) dont la maladie, le traumatisme ou l'anomalie congénitale entraîne des incapacités temporaires ou, selon toute probabilité et de façon imminente, entraînera des incapacités significatives et persistantes et qui vivent ou risquent de vivre des situations de handicap.

Les orientations :

Ce plan d'amélioration mise sur l'implantation d'un continuum de services intégrés aux personnes ayant une déficience physique dans lequel toute l'action sera centrée sur la clientèle. La toile de fond sur laquelle vient s'inscrire ce continuum de services se caractérise notamment par une approche intégrée de soins et services, de la courte durée en passant par la réadaptation jusqu'au retour dans le milieu de vie en visant la pleine participation sociale de la personne. Par ailleurs, cette vision de la Régie régionale demande une collaboration de tous les acteurs concernés par ce projet. Elle nous permettra d'en réussir la mise en place et d'en soutenir tous les bénéfices pour notre société.

Les objectifs poursuivis :

- **Améliorer l'accès et éliminer les délais d'attente aux services de réadaptation fonctionnelle intensive**
Bien que des résultats significatifs aient pu être constatés au niveau de l'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive dans la région, les tendances actuelles indiquent que nous devons poursuivre dans la même voie pour améliorer l'accès aux services de RFI et, de façon générale, à toute la gamme de services en déficience physique.
- **Consolider les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration :**
Les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration constituent un maillon fondamental de la chaîne de services en déficience physique. Outre la réadaptation fonctionnelle intensive, il importe de s'assurer que les services de réadaptation offerts permettront une participation sociale pleine et entière des personnes présentant une déficience physique. Il est donc essentiel de consolider cette étape du continuum de services.

Soulignons que les activités de réadaptation ne rejoignent pas seulement la clientèle cheminant des hôpitaux de soins généraux et spécialisés jusqu'au domicile, en passant par un établissement de réadaptation, de façon linéaire. Plusieurs personnes présentant une déficience physique, par exemple les personnes avec des pathologies évolutives, résident à domicile et nécessiteront, sur une base intensive ou non, de façon ponctuelle ou continue, des services de réadaptation, notamment de réadaptation axés sur l'intégration sociale, sans jamais être hospitalisées dans un hôpital de soins généraux et spécialisés.

- **Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté :**

La gamme de services en déficience physique ne serait pas complète sans des services de maintien dans la communauté et des ressources sociorésidentielles qui sauront assurer une qualité de vie optimale pour les personnes, qu'elles vivent à domicile ou en milieu de vie substitut.

En résumé :

Le Plan d'amélioration des services 1998-2002 vise à proposer des mesures d'amélioration des services de réadaptation fonctionnelle intensive et poursuit les objectifs visant toutes les étapes du continuum de services en déficience physique, notamment les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration, de même que les services résidentiels substitués et ce, pour toutes les clientèles en déficience physique, incluant les personnes multihandicapées et les personnes pathologiquement obèses en tenant compte des besoins particuliers des différentes communautés culturelles.

- **Améliorer l'efficacité des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice :**

Dans la région, 731 lits de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) pour la clientèle adulte sont actuellement disponibles dans onze établissements, c'est-à-dire six CHR, dont l'Institut de réadaptation de Montréal, et cinq unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en CHSLD. Le tableau suivant présente la distribution des lits de RFI dans ces établissements :

Établissements	Lits de réadaptation
CHR	
Institut de réadaptation de Montréal	102
Centre hospitalier Catherine Booth	72
Hôpital Marie-Clarac	108
Hôpital de réadaptation Lindsay	135
Centre hospitalier Richardson	42
Hôpital Villa Médica	122
URFI en CHSLD	
CHSLD Champlain-Manoir de Verdun	27
Centre hospitalier J.-Henri Charbonneau	33
Hôpital Notre-Dame de la Merci	20
Centre hospitalier Jacques-Viger	25
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	45
TOTAL	731

Soulignons que la plupart des CHR offrent également des services de RFI sur une base externe, des services qui sont

cependant inégalement développés. De plus, les cinq CHSLD où on retrouve des URFI opèrent également des hôpitaux de jour, dont la réadaptation constitue un des mandats avec l'évaluation gériatrique, auxquels il faut ajouter les quatre autres hôpitaux de jour de la région, soit ceux de l'Hôpital général du Lakeshore et de l'Hôpital Royal Victoria et des centres hospitaliers de Lachine et Gériatrique Maimonides. Ajoutons que certaines activités de RFI sont aussi offertes sur une base externe par les deux centres de réadaptation en déficience motrice soit, par les centres de réadaptation Constance-Lethbridge et Lucie-Bruneau.

À l'exception de l'Institut de réadaptation de Montréal, la clientèle traitée par les CHR et les URFI en CHSLD est majoritairement constituée de personnes âgées de plus de 65 ans¹⁴. La clientèle traitée à l'Institut de réadaptation de Montréal est en effet âgée en moyenne de 45,3 ans, alors que l'âge moyen de la clientèle des autres CHR se situe à 71,1 ans. L'âge moyen de la clientèle traitée par les URFI en CHSLD est de 4 ans supérieure (75,1 ans) à celle desservie par les CHR sauf pour le CH Richardson, dont l'âge moyen de sa clientèle se situe à 75,8 ans. Cette situation s'explique par le fait qu'il n'y a pas d'URFI en CHSLD dans le réseau anglophone et que la clientèle est dirigée vers les CHR anglophones, principalement le Centre hospitalier Richardson.

Tous les établissements offrant des services de RFI reçoivent une clientèle présentant une problématique en orthopédie ou neurologie sauf l'IRM qui n'a pas de programme d'orthopédie. Cet établissement rejoint en fait une clientèle en partie différente des autres établissements, dont une clientèle en besoin de services ultraspécialisés (traumatisés craniocérébraux et blessés médullaires). C'est ce qui explique que l'âge moyen de la clientèle traitée à l'IRM est inférieur à celui des autres établissements. Trois CHR offrent également des services de réadaptation aux personnes amputées.

Mentionnons que l'hôpital Villa Médica reçoit, de plus, la clientèle présentant des brûlures majeures en besoin de RFI.

Il importe finalement de souligner qu'environ 30 % de la clientèle desservie par l'ensemble de ces établissements provient d'une autre région administrative. L'IRM se distingue cependant des autres établissements; c'est plus de 60 % de sa clientèle qui provient d'une autre région.

Problèmes identifiés :

Les tendances observées indiquent que les efforts sont à poursuivre pour réduire les durées de séjour en réadaptation

¹⁴ Les données concernant l'âge de la clientèle desservie par les établissements offrant des services de RFI incluent aussi la clientèle admise dans ces établissements dans des programmes autres que la RFI.

fonctionnelle intensive. Selon la littérature et certains projets pilotes en cours, nous pouvons avancer que les durées de séjour en RFI peuvent être réduites. À titre d'exemple, la comparaison des durées de séjour dans deux établissements de réadaptation, dont l'un offre des services 7 jours par semaine, nous permet de constater une durée moyenne de séjour moindre de 9 jours au niveau des arthroplasties du genou et de 7 jours au niveau des arthroplasties de la hanche pour l'établissement offrant des services 7 jours/semaine, bien que d'autres facteurs puissent influencer la DMS.

De plus, il est probable que des admissions en CHR ou en URFI pourraient être évitées si certains usagers, actuellement orientés vers un lit de réadaptation fonctionnelle intensive, retournaient à domicile après l'hospitalisation en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, en bénéficiant de services externes de réadaptation fonctionnelle intensive en centre hospitalier de réadaptation, en hôpital de jour, ou à domicile par des professionnels des CLSC pour une clientèle bien identifiée.

Il faut souligner que douze centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région dont le Centre hospitalier de l'Université de Montréal et le Centre universitaire de santé McGill, en plus de quelques hôpitaux d'autres régions, réfèrent une clientèle diversifiée, parfois avec des problèmes associés dont des troubles cognitifs, vers onze établissements dispensant des services de réadaptation fonctionnelle intensive sans corridor de services bien définis et selon des critères d'admission non-définis régionalement. Par ailleurs, les services externes sont inégalement distribués et, encore là, aucune balise n'a été précisée pour l'orientation de la clientèle vers la ressource la mieux en mesure de répondre à ses besoins. Mentionnons à ce chapitre, les problèmes de transport qu'éprouve une partie de la clientèle et qui rendent difficile l'actualisation du plein potentiel de ces ressources.

Le choix d'une option d'amélioration des services :

Les travaux réalisés à ce jour nous indiquent qu'il est encore possible et souhaitable pour la clientèle d'augmenter l'efficacité des services en matière de réadaptation fonctionnelle intensive.

Différents points de vue ont été exprimés sur le choix d'un scénario d'organisation susceptible d'améliorer l'efficacité des services tout en répondant aux besoins de la clientèle par des services accessibles et de qualité.

L'avis de la Commission médicale régionale, reçu le 21 mai 1998, nous a amené à tenir particulièrement compte de la différence des clientèles desservies par les URFI des CHSLD.

En résumé, l'avis de la commission médicale régionale nous indique que la clientèle des URFI-CHSLD diffère de celle des CHR, est plus à risque, plus instable et plus âgée présentant un profil gériatrique avec pathologies multiples et dont le nombre s'accroît régulièrement avec le vieillissement de la population et surtout des 75 ans et plus. Selon les membres de la CMR, les URFI-CHSLD ont développé une expertise bien particulière pour cette clientèle gériatrique et une organisation tant médicale que professionnelle adaptée aux besoins de cette clientèle. On nous prévient également que sans cette expertise des URFI, il y a risque d'augmentation des transferts vers les hôpitaux de courte durée.

Tenant compte :

- Des travaux réalisés à ce jour,
- Des avis reçus lors des audiences publiques,
- De l'avis de la CMR,
- Des tendances lourdes qui se dessinent dans le domaine de la réadaptation et de la gériatrie: intensification des services 7 jours/semaine, augmentation des services externes, développement des services de réadaptation à domicile, développement de nouvelles approches gériatriques reliées au vieillissement de la population.

Nous retenons que la voie de l'amélioration de l'efficacité et de l'organisation des services soignée avant tout des clientèles peut être envisagée par les mesures qui suivent :

AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES SERVICES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE POUR LA CLIENTÈLE ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE MOTRICE

Maintenir dans l'immédiat l'accessibilité à 231 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 requerra :

- D'analyser, à l'aide d'instruments appropriés, le profil des clientèles des CHSLD et des CHR afin d'évaluer les besoins et d'assurer les services requis pour la clientèle;
- De fixer, d'ici septembre 1998, aux 5 CHSLD qui gèrent des URFI des objectifs de résultats et d'efficacité. Les gains d'efficacité seront réinvestis dans des services à la clientèle à être déterminés en fonction des meilleures pratiques.

Nous examinerons de façon particulière les durées de séjour, les possibilités d'intensifier les services adaptés à la clientèle à 7 jours/semaine, les délais d'accès, les critères d'admission.

Nous procéderons également à un bilan exhaustif de l'utilisation des hôpitaux de jour et nous proposerons des mesures d'optimisation de ces services ainsi que des moyens de transport à leur disposition.

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

Le développement de services de RFI à domicile :

Un budget de développement de 1,7 M\$ sera octroyé au réseau des CLSC pour la dispensation de services de RFI à domicile et des autres types de services qui seront requis à domicile par cette clientèle.

La clientèle principalement ciblée par cette mesure est 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. En effet, en référence à une littérature récente en provenance des États-Unis, on constate qu'une partie importante de la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche pourrait retourner à domicile à partir du centre hospitalier de courte durée selon un protocole adapté à la condition physique et à l'environnement social de la personne. Bien que nous ne puissions nous comparer intégralement aux expériences américaines, il est clair qu'une partie de cette clientèle peut retourner directement à domicile avec les services appropriés.

Cette mesure sera implantée sous forme de projets pilotes qui devront prévoir :

- l'élaboration des critères de sélection de la clientèle;
- la planification du congé dès l'évaluation préopératoire;
- le développement des protocoles de soins CH-CLSC;
- l'élaboration de mécanismes de liaison interétablissements;
- le développement d'indicateurs de résultats.

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

Dans le contexte d'un réseau intégré de services, l'articulation des interventions avec les hôpitaux de soins généraux et spécialisés, les centres de réadaptation, les services externes des centres hospitaliers de réadaptation, les hôpitaux de jour et les CLSC devient une mesure centrale. Pour ce faire, les moyens suivants sont proposés :

- 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 s'inscrivent en continuité de leurs interventions;
- Déterminer régionalement des critères d'admissions en CHR et en URFI en tenant compte qu'une expertise en gériatrie est disponible en CHSLD de façon à assurer à toute la clientèle une réponse adaptée à ses besoins;
- Mettre en place des corridors de services entre le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et les établissements offrant de la réadaptation fonctionnelle intensive;
- Baliser l'orientation de la clientèle vers les ressources externes de RFI;
- Développer des protocoles de soins interétablissements.

L'atteinte des deux premiers éléments sera par ailleurs facilitée par le biais des équipes de consultations gériatriques thérapeutiques qui seront mises en place dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés dans le cadre du continuum de services aux personnes âgées. D'ailleurs, l'opérationnalisation de ce qui précède devra s'actualiser de concert avec certaines mesures prévues dans le continuum de services aux personnes âgées et de celui des services de santé physique.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

Les services de maintien dans la communauté n'impliquent pas seulement les services offerts à domicile par les CLSC. Ils incluent également les services offerts par plusieurs autres établissements ou organismes pour soutenir les familles et les proches et favoriser le maintien des personnes présentant une déficience physique dans leur milieu de vie naturel. Ainsi, ils comprennent tant les services dispensés par les CLSC que les services de répit et de dépannage offerts, par exemple, par des établissements tels que le Centre de réadaptation Lucie Bruneau ou des organismes communautaires et ce, pour la clientèle pédiatrique et adulte.

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

Aux 3,5 M\$ déjà prévus dans notre proposition initiale, s'ajoutent 2,1 M\$ pour tenir compte des personnes handicapées dont l'âge se situe entre 60 et 64 ans inclusivement et qui n'étaient spécifiquement pas couvertes par ce programme.

De 1995 à 1998, des réallocations budgétaires ont été effectuées vers les CLSC pour améliorer l'accessibilité aux services d'aide à domicile, notamment pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique (programme POSILTPH). Ces réallocations budgétaires ont permis de desservir un plus grand nombre de personnes, mais les ressources actuellement consenties à ce chapitre ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins des personnes présentant une déficience physique en besoin de services d'aide à domicile.

Mentionnons que l'attrition au niveau du programme de services à domicile pour les personnes présentant une déficience physique est faible. Elle ne permet pas de faire face aux nouvelles demandes de services à domicile requis pour une jeune clientèle qui est en mesure de demeurer pour plusieurs années dans son milieu de vie naturel avec un support approprié. Il importe, par ailleurs, de s'assurer que la clientèle en processus de réadaptation ayant complété sa réadaptation puisse retourner à domicile sans délai pour éviter une utilisation non appropriée des ressources en milieu hospitalier ou de réadaptation.

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, transférer le fonds de 400 000 \$ destiné au prêt d'équipements spécialisés à la Régie régionale

Augmenter à 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

Le maintien dans la communauté des personnes présentant une déficience physique ne va pas sans des mesures appropriées de soutien à leurs familles et proches. Toutefois, force est de constater que les ressources consenties à ce chapitre sont insuffisantes, comme en fait foi la liste d'attente pour le programme de subventions pour le soutien aux familles administré par les CLSC.

Il est à noter que ce programme dessert à la fois la clientèle présentant une déficience physique et la clientèle ayant une déficience intellectuelle, dans une proportion respective de 30 % et 70 %. Un investissement dans ce programme est donc également prévu dans le cadre du continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle.

Plusieurs programmes rendent en effet disponible un financement pour l'acquisition de ces équipements : le « fonds de suppléance » administré par la Régie régionale, le programme d'aide matérielle de l'OPHQ, les prestations spéciales pour la clientèle bénéficiaire de la sécurité du revenu. Ces deux derniers programmes seront par ailleurs sous peu transférés vers les Régies régionales. Cette mesure sera accompagnée d'une révision des modalités de gestion des différents programmes concernant les équipements requis à domicile par la clientèle ayant une déficience physique, dans une optique de cohérence et d'efficience.

CONSIDÉRER LA RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE

CONSIDÉRER LA RÉADAPTATION AXÉE SUR L'INTÉGRATION SOCIALE

Procéder à un bilan des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration dispensés en vue d'élaborer un modèle d'organisation des services pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice.

Procéder à un bilan des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration dispensés en vue d'élaborer un modèle d'organisation des services pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice.

Les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale s'inscrivent en continuité avec la réadaptation fonctionnelle intensive. Bien qu'au plan conceptuel il s'agisse de deux phases de réadaptation distinctes, à un niveau clinique ces deux phases se juxtaposent.

Dans la région de Montréal-Centre, deux centres de réadaptation offrent plus précisément des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration aux adultes présentant une déficience motrice : le Centre de réadaptation Lucie Bruneau et le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

Leurs interventions visent principalement à poursuivre l'adaptation de la personne à sa condition et le développement optimal de son autonomie physique, psychosociale, sociorésidentielle, professionnelle et communautaire en vue d'une pleine participation sociale. Elles sont complétées par des mesures en soutien à l'intégration en complémentarité avec les CLSC et les organismes communautaires.

Les services des centres Lucie Bruneau et Constance-Lethbridge sont dispensés principalement sur une base externe. Seul le Centre de réadaptation Lucie Bruneau offre des services en internat, soit 44 lits actuellement disponibles, dont 12 lits pour des services de répit et de dépannage. Il est également le seul établissement de réadaptation à intervenir à un niveau sociorésidentiel, c'est-à-dire qu'il agit sur le développement ou la récupération par la personne d'un niveau optimal d'autonomie sociorésidentielle par l'intermédiaire de ressources résidentielles substituts (îlots de services ou autres ressources). Outre l'utilisation de ces ressources comme modalités d'intervention en réadaptation, elles sont aussi utilisées comme milieu de vie substitut pour la clientèle qui ne peut retourner vivre dans son milieu de vie naturel.

Les travaux concernant le plan 1995-1998 ont traité plus particulièrement des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice, une étape dans le processus de réadaptation. Au-delà de la consolidation des services de RFI, il est maintenant nécessaire d'orienter les travaux également au niveau de l'organisation des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration.

Le modèle d'organisation des services à élaborer devra comprendre l'adaptation de toute la gamme des services requis en fonction des besoins de la clientèle. Voilà donc une occasion de redéfinir les services à dispenser, les établissements chargés de les offrir et réajuster l'offre de services en fonction des besoins de la clientèle et des missions respectives des organisations. Cette opération pourrait impliquer une réallocation de ressources humaines et, nécessairement, une optimisation de l'utilisation des ressources en place.

- **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).**

Tout comme pour les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice, force est de constater que peu d'information est disponible pour dresser un portrait juste et complet de l'accessibilité aux services de réadaptation pour les clientèles mentionnées précédemment. C'est pourquoi, il est encore une fois proposé de documenter la situation pour identifier des zones d'action prioritaires.

- **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 :**

Les mesures de soutien aux familles se doivent d'être variées afin de tenir compte des besoins des personnes présentant une déficience physique, mais également des besoins diversifiés des familles tant au niveau du répit que du dépannage.

Différentes modalités de soutien sont actuellement accessibles aux familles. Il importe cependant de s'assurer que les services disponibles répondent aux besoins de l'ensemble des familles, c'est-à-dire que les modalités de services disponibles puissent apporter une réponse adaptée aux besoins particuliers des personnes présentant une déficience physique et à leurs familles. Plus précisément, si le programme de subventions pour le soutien aux familles administré par les CLSC peut répondre aux besoins de certaines familles, d'autres doivent utiliser des ressources différentes pour s'assurer d'un répit qui leur permettra de mener une vie satisfaisante comme, par exemple, des ressources de type familial ou intermédiaire, des ressources communautaires ou encore des lits d'hébergement temporaire.

En plus des services de répit et de dépannage, il importe de souligner que les besoins de gardiennage de certains adultes avec une déficience physique font partie intégrante des besoins des familles. C'est notamment le cas pour les familles vivant avec une personne présentant à la fois une déficience physique et intellectuelle. C'est dans le contexte où la disponibilité de services de soutien aux familles appropriés est une condition essentielle au maintien en milieu de vie naturel de la clientèle que cette mesure est proposée.

- **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 :**

Différents milieux résidentiels substituts sont actuellement disponibles selon la nature et l'intensité des besoins en soins et services des personnes présentant une déficience physique : les ressources de type familial, les ressources de type intermédiaire, les lits de longue durée en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés pour la clientèle pédiatrique et les CHSLD.

Ces derniers représentent actuellement la seule réponse aux besoins des personnes nécessitant une intensité de soins et services importante. En effet, certaines ressources qu'on qualifie ici de « ressources alternatives à l'hébergement », issues d'initiatives de certains établissements ou groupes communautaires existent, mais en nombre extrêmement limité.

La disponibilité des ressources résidentielles substituts doit tenir compte de la diversité des besoins de la clientèle à desservir. Or, il est un constat qui fait consensus : l'offre de services en ce qui concerne les milieux résidentiels substituts pour la clientèle ayant une déficience physique n'est pas suffisamment diversifiée. Il existe, en effet, une clientèle, souvent jeune, dont les besoins excèdent la capacité de réponse des ressources de types familial et intermédiaire et qui pourrait bénéficier avantageusement de ressources non-institutionnelles. L'objectif poursuivi par cette mesure, également présentée au niveau du continuum de services aux personnes âgées, est donc de diversifier l'offre de services résidentiels substituts pour la clientèle présentant une déficience physique.

Par ailleurs, soulignons que les ressources de types familial et intermédiaire pour la clientèle présentant une déficience physique accueillent majoritairement une clientèle présentant une déficience motrice. Or, ces ressources sont sous la responsabilité d'établissements qui desservent une clientèle présentant une déficience sensorielle ou intellectuelle.

Ajoutons qu'actuellement ces établissements doivent répondre aux besoins de la clientèle ayant à la fois une déficience physique et intellectuelle, qu'on qualifie de multihandicapée, notamment à cause des aménagements physiques requis dans les ressources pour cette clientèle. À ce niveau, un développement de places en ressource intermédiaire pour la clientèle multihandicapée est prévu et sera présenté au niveau du continuum de services en déficience intellectuelle.

Échéancier :

Pour l'ensemble des travaux prévus au niveau des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale, d'ici mars 1999, au fur et à mesure que les bilans seront complétés, et à la lumière des résultats obtenus, les mesures qui s'en dégageront seront élaborées et soumises au conseil d'administration pour approbation. Toutefois, si des opportunités se présentaient des mesures pourront être élaborées et présentées au conseil d'administration pour approbation.

MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

Les services aux personnes multihandicapées :

Par multihandicapées, on entend ici les personnes présentant deux déficiences associées telles la surdi-cécité, la déficience motrice et sensorielle ou présentant à la fois une déficience physique et une déficience intellectuelle. Toutefois, une attention particulière est ici portée aux besoins des personnes ayant une déficience motrice et intellectuelle.

Les mesures relatives aux services aux personnes ayant une déficience physique concernent également les personnes multihandicapées. Toutefois, on constate pour cette clientèle une problématique particulière. Les besoins de cette clientèle interpellent une approche concertée et coordonnée des établissements oeuvrant en déficience intellectuelle et en déficience physique. Or, comme souligné au niveau du continuum de services en déficience intellectuelle, cette nécessaire collaboration des établissements n'est pas toujours présente, d'où le moyen d'action prévu au niveau du continuum de services en déficience intellectuelle. Néanmoins, des travaux devront être menés afin de s'assurer que les personnes multihandicapées reçoivent les services adaptés à leur condition.

Les services aux personnes pathologiquement obèses :

Dans un contexte de consolidation des services dans le réseau de la santé et des services sociaux, les besoins spécifiques des personnes pathologiquement obèses doivent être répondus adéquatement.

Bien que les mesures concernant les personnes pathologiquement obèses soient traitées au niveau du continuum de services aux personnes ayant une déficience physique, elles concernent les services dispensés par l'ensemble des établissements du réseau.

Problématiques :

- Les personnes pathologiquement obèses sont généralement peu connues des établissements du réseau et souvent marginalisées;
- Depuis plusieurs années, le « centre de distribution des aides techniques » pour les personnes obèses handicapées, dont le mandat est d'acquérir, d'adapter ou de créer des équipements répondant aux besoins particuliers des personnes pathologiquement obèses, pallie à certains services devant être offerts par les établissements du réseau et qui ne sont pas disponibles;
- On a assisté, dans les années antérieures, à un développement important des services à domicile. Or, les services offerts par le centre de distribution des aides techniques pour cette clientèle ciblaient principalement les centres hospitaliers de soins de courte durée.

L'objectif poursuivi :

Notre objectif, est de s'assurer que cette clientèle reçoive des soins et services adaptés à sa condition peu importe où elle se situe notamment en CHSGS ou à domicile.

Ainsi, afin de permettre aux personnes pathologiquement obèses de recevoir des soins et services auxquels elles sont en droit de s'attendre, nous proposons la mesure suivante :

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

Par ailleurs, il importe de poursuivre la sensibilisation des CHSGS et plus particulièrement des CLSC, à la problématique des personnes pathologiquement obèses en vue d'une réponse adéquate aux besoins de celles-ci. La mesure suivante est donc proposée :

3.3.9 Offrir des séances de sensibilisation et de formation si nécessaire aux CHSGS et aux CLSC en collaboration avec l'organisme voué à cette clientèle

3.4 CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

DES SOLUTIONS D'AVENIR EN SANTÉ MENTALE

- 3.4.1 Améliorer l'intégration et la réinsertion 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

Historique :

- En 1989, le ministre dépose sa Politique de santé mentale;
- En 1990, la région se dote d'un premier plan régional d'organisation des services. Les deux priorités sont : améliorer la coordination des services et développer la gamme de services, principalement les services de réadaptation-réinsertion sociale;
- En 1995, la Régie régionale élabore son plan triennal de transformation du réseau de santé et des services sociaux. Le point central est l'atteinte d'un nouvel équilibre. Au terme du plan, le constat suivant se dégage : la persistance de problèmes liés à la continuité et à l'accessibilité à certains services;
- Au printemps 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux lance sa consultation sur les « Orientations pour la transformation des services en santé mentale ». En août 1997, la Régie régionale procède à sa consultation régionale sur ces mêmes orientations;
- En mars 1998, la Régie régionale tient des audiences sur son Plan d'amélioration des services 1998-2002 *Le défi de l'accès*.

Les «Orientations pour la transformation des services en santé mentale» proposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour faire suite aux consultations de l'été 1997 sur les orientations du ministère, la Régie régionale constate que la proposition ministérielle de transformation des services de santé mentale aurait des impacts considérables sur l'organisation des services dans la région : diminution significative du taux de lits de courte et de longue durée et

développement majeur de services et de milieux de vie dans la communauté. Une réallocation de ressources de près de 76 M\$ serait nécessaire, dont 90 % servirait à développer des services dans la communauté. Conséquemment, une telle démarche exige la mise en place de conditions facilitantes sans lesquelles la Régie régionale ne peut engager la région dans l'actualisation de telles orientations.

Dans son Plan d'amélioration des services 1998-2001 *Le défi de l'accès*, soumis aux audiences de mars 1998, la Régie régionale prend position et propose les conditions de réalisation suivantes :

- L'adoption formelle des orientations ministérielles accompagnées de mesures assurant la présence des conditions de succès nécessaires;
- Un budget de transition de l'ordre de 15 M\$, autorisé par le ministère, pour amorcer le développement des services dans la communauté et l'adaptation des ressources humaines avant de procéder à la réinsertion sociale de nombreuses personnes hospitalisées pour de longue durée et la fermeture d'un nombre significatif de lits psychiatriques de courte et de longue durée;
- Le développement des services d'hébergement en milieu substitut, des services prioritaires de réadaptation-réinsertion sociale et de soutien aux familles et aux proches;
- L'adhésion des partenaires de la région à la planification régionale et à son implantation selon l'échéancier retenu afin d'assurer l'harmonisation des activités de chacun, indispensable au transfert des ressources et des clientèles vers les nouveaux services, juste à temps et complètement;
- Un échéancier de cinq ans après l'adoption des orientations ministérielles;
- Des modalités permettant une plus grande implication des omnipraticiens dans le domaine de la santé mentale et une meilleure articulation avec les psychiatres.

Un projet de réorganisation et de transformation plus en profondeur sera développé et mis de l'avant dès que les conditions essentielles seront réunies. Ainsi, la Régie régionale, pour l'instant, aborde la planification 1998-2002 sous l'angle de la consolidation et de l'amélioration de certains éléments du continuum de services en santé mentale.

Le plan 1998-2002 s'inscrit en continuité du plan 1995-1998. Rappelons que les investissements des années 1995-1998 sont récurrents. Ainsi, les organismes communautaires en santé mentale continuent de recevoir la somme de 7,3 M\$ consentis à ce moment. Les ajouts en promotion et prévention de 1,5 M\$ dont 0,9 M\$ aux organismes communautaires ainsi que les ajouts en soutien aux familles de 0,3 M\$ continuent également à être versés de façon récurrente.

Les objectifs de résultats du plan couvrent les trois premières

années, soit 1998-2001. Ceux de l'année 2002 seront élaborés une fois que nous connaissons de façon plus précise les orientations ministérielles.

Principaux constats de la consultation :

- La position de la Régie régionale quant aux orientations ministérielles (indiquée ci-dessus) est appuyée;
- L'exercice d'un leadership énergique de la Régie régionale à l'égard de cette transformation est fortement sollicité par la très grande majorité des partenaires;
- Les priorités d'action spécifiques à la santé mentale sont, dans l'ensemble, bien accueillies : les clientèles ciblées font consensus, la stratégie d'action face au suicide reçoit un accueil très favorable tout comme la mise en place d'un mécanisme d'évaluation de la qualité des services;
- Le principe de l'accès téléphonique 24 heures/7 jours reçoit un accueil favorable mais commande de réévaluer la nature du véhicule d'information, les dédoublements possibles, les utilisateurs éventuels et son financement;
- La méthodologie utilisée pour le calcul du nombre de lits hospitaliers est questionnée;
- La stratégie de financement par la transformation des 120 lits de courte durée est également questionnée; plusieurs ont souligné la nécessité de prioriser la clientèle aux troubles sévères et persistants séjournant depuis plusieurs années en centre hospitalier de soins psychiatriques; la Régie régionale est ainsi interpellée sur la décroissance des lits et du financement de son plan;
- Il faut préserver et développer l'expertise de pointe des établissements psychiatriques, reconnaître l'apport des CHSGS, identifier les services régionaux et nationaux;
- Le processus d'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants doit permettre de leur assurer un milieu résidentiel, des services adaptés et des activités valorisantes et aussi permettre une meilleure répartition des services sur le territoire;
- Les services de réadaptation et de réinsertion sociale doivent être mis en place dans la communauté avant le retour dans la communauté des personnes hospitalisées;
- Les organismes communautaires actifs en santé mentale soulignent leur contribution et leur rôle en tant que partenaires significatifs en santé mentale mais déplorent le quasi silence de la Régie régionale entourant leur apport en tant que collaborateurs essentiels au réseau des services en santé mentale;
- Une collaboration étroite doit se développer avec les autres continuums de services en regard des clientèles qui commandent l'intervention de plus d'un secteur d'activités;
- Un constat d'importance est soulevé : l'absence d'un projet jeunesse mobilisateur pour la région. Ce projet doit être retenu en tant que priorité pour la Régie régionale et intégrer l'organisation des services en pédopsychiatrie.

CLIENTÈLES PRIORITAIRES ET MESURES D'ACTION

Le Plan d'action en santé mentale soulève trois enjeux majeurs :

- le choix de la clientèle priorisée;
- le financement du plan d'action;
- la gestion de la décroissance des lits d'hospitalisation en psychiatrie.

Choix de la clientèle priorisée :

La clientèle priorisée s'inscrit dans l'évolution des nouvelles pratiques et philosophies en santé mentale et est constituée des personnes présentant des troubles sévères, persistants ou transitoires .

La consultation nous a permis de valider le choix de cette clientèle. Nous croyons justifié de modifier notre stratégie de financement en proposant de réallouer les ressources actuellement affectées à ces clientèles à l'intérieur des centres hospitaliers de soins psychiatriques.

Cette priorisation s'harmonise avec celle effectuée par le ministère dans le cadre de ses orientations présentées au printemps 1997. Cette priorisation a été confirmée lors de notre consultation régionale sur ces orientations tenue en août 1997 et réaffirmée dans le cadre des audiences publiques tenues par la Régie régionale en mars dernier. Ce plan d'action rejoint la clientèle priorisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux mais permet également de rejoindre la clientèle souffrant de troubles sévères et transitoires. Notre plan d'action permet de ce fait de relever le défi de l'accès lancé par la Régie régionale.

Financement du plan d'action :

Le financement de notre plan d'action s'effectue à partir de la fermeture de 350 lits de longue durée en CHSP. Ce financement se traduit de la façon suivante :

- le déplacement de 350 usagers hospitalisés en longue durée;
- le coût d'un lit d'hospitalisation de longue durée étant de 50 000 \$, nous dégageons ainsi un financement de l'ordre de 17,5 M\$ (voir tableau 21).

La démarche de financement est basée sur les constats suivants :

- Le nombre de décès sur une base annuelle est d'environ de 15 à 20 personnes; pour le Plan d'amélioration des services 1998-2002, nous retenons une attrition naturelle de 50 places;
- Sur une base annuelle, il s'effectue de 50 à 80 transferts de personnes vers les lits et programmes réguliers des CHSLD; pour le Plan d'amélioration des services 1998-2002, nous estimons qu'un minimum de 150 personnes

seront ainsi transférées;

- Au cours des dernières années, les établissements ont amorcé un mouvement de réinsertion dans la communauté des clientèles hospitalisées depuis plus de six mois. Ce mouvement s'est traduit par la réinsertion d'au moins 130 personnes dans la communauté. Ce nombre correspond au rythme que la Régie régionale a elle-même identifié pour la période de 1995-1998. Pour le Plan d'amélioration des services 1998-2002 et tout en s'inscrivant dans le mouvement déjà amorcé par les centres hospitaliers psychiatriques, nous projetons la réinsertion de 150 personnes.

Tenant compte de l'ensemble de ces constats, nous retenons pour notre Plan d'amélioration des services 1998-2002 qu'un nombre minimal de 350 personnes seront réintégrées dans la communauté. C'est donc à partir de cette estimation que notre plan d'action s'articule. Le financement de notre plan d'action se traduit ainsi : 350 personnes dont le coût d'occupation d'un lit correspond à 50 000 \$ permet de dégager un budget total de 17,5 M\$. Le tableau présentant les modalités de financement de notre plan d'action ventile les sources de financement, le déplacement des usagers et les modalités de réallocation.

L'originalité du financement de notre plan repose sur les ressources libérées par l'attrition naturelle et le transfert des personnes en perte d'autonomie dans des programmes réguliers de CHSLD, ce qui permet de réinvestir ces ressources dans la communauté pour soutenir les adultes et les personnes âgées en besoin de services de santé mentale dans leur milieu de vie, soit des services de base et des services de réinsertion. De plus, nous soutenons les CHSLD afin qu'ils développent des programmes adaptés pour desservir la clientèle en perte d'autonomie et en besoin de services appropriés à leurs problématiques de santé mentale.

Enfin, nous développons un système régional d'admission pour l'hospitalisation de long séjour et pour l'hébergement permanent (RTF-RI, pavillons). Ainsi, les personnes dans la communauté et celles hospitalisées en courte ou en longue durée auront un meilleur accès à des services dans la communauté et à des traitements hospitaliers de long séjour selon leurs besoins.

Gestion de la décroissance des lits d'hospitalisation en psychiatrie :

Entre 1995 et 1998, les centres hospitaliers ont fermé des lits de psychiatrie. Certains l'ont fait conformément au plan de réorganisation 1995-1998 tandis que d'autres ont pris

l'initiative de procéder à des fermetures aux fins de compressions financières et/ou de réallocations dans leurs services ambulatoires.

Hospitalisation de courte durée :

Dans le document de consultation *Le défi de l'accès* soumis aux audiences publiques, la Régie régionale proposait une fermeture de 120 lits de psychiatrie de courte durée pour la période 1998-2001. Le total des lits dressés de courte durée était estimé, pour mars 1998, à 804 lits correspondant aux objectifs de résultats du plan d'organisation 1995-1998. Cette fermeture visait deux centres hospitaliers compte tenu de leur taux de lits par 1 000 habitants le plus élevé de la

Tableau 20 - PROVENANCE DES ALLOCATIONS

LITS DISPONIBILISÉS EN PROVENANCE DE LA LONGUE DURÉE DES CHSP

	Nombre de lits	Marge dégagée
• Attrition naturelle	50	2,5 M\$
• Personnes en perte d'autonomie	150	7,5 M\$
• Personnes en processus de réinsertion sociale	150	7,5 M\$
TOTAL	350 LITS	17,5 M\$

Tableau 21 - RÉALLOCATIONS

Mesure 3.4.1 : Améliorer l'intégration et la réinsertion dans la communauté

	Nombre personnes	Coûts	RÉALLOCATIONS		
			1998	1999	2000
- Services et ressources dans la communauté	180	9,0 M\$ ¹⁵	1,8 M\$	3,6 M\$	3,6 M\$
- Places adaptées en CHSLD	60	1,2 M\$ ¹⁶	0,6 M\$	0,6M\$	-
- Places régulières en CHSLD	150	- ¹⁷			
SOUS-TOTAL	390	10,2 M\$			

Mesure 3.4.2 : Poursuivre le développement des services de base en santé mentale

- Accès téléphonique 24/7		1,0 M\$	-	0,5 M\$	0,5 M\$
- Services de base en santé mentale - CLSC		3,3 M\$	1,0 M\$	2,3 M\$	-
SOUS-TOTAL		4,3 M\$			

Mesure 3.4.3 : Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique

(amorce du programme régional de long séjour)	Nb de lits				
- Rehaussement de lits de long séjour en CHSP	50 lits	1,2 M\$ ¹⁸	-	0,6 M\$	0,6M\$
- Création de lits de long séjour régionaux (CHSP)	25 lits	1,8 M\$ ¹⁹	1,8 M\$	-	-
SOUS-TOTAL	75 lits	3,0 M\$			

Mesure 3.4.4 : Mettre en place un plan régional de prévention du suicide

- 20

Mesure 3.4.5 : Améliorer les services de santé mentale aux jeunes

- 20

Mesure 3.4.6 : Augmenter l'information et la sensibilisation de la population

1,2 M\$
Non récurrent

GRAND TOTAL		17,5 M\$	5,2 M\$	7,6 M\$	4,7 M\$
--------------------	--	-----------------	----------------	----------------	----------------

¹⁵ Coût unitaire/place : 50 000\$.

¹⁶ Rehaussement de 20 000\$ /place.

¹⁷ À même les budgets des CHSLD.

¹⁸ Coût unitaire rehaussement lit : 22 000\$.

¹⁹ Coût unitaire lit : 72 000\$.

²⁰ À même les ressources déjà existantes.

région et que les ressources ainsi dégagées auraient permis des réallocations significatives.

Par ailleurs, certains centres hospitaliers ont fermé durant la dernière année davantage de lits que ceux prévus dans le plan 1995-1998, notamment l'hôpital Douglas. Conséquemment, l'état de situation révisé de mars 1998 indique que le nombre de lits dressés en psychiatrie de courte durée dans la région est maintenant de 706 lits.

Or, en santé mentale, l'organisation des services requiert un équilibre entre l'accès à des services dans la communauté et à des services d'hospitalisation. Conséquemment, il est impératif que la planification de la décroissance des lits s'articule de façon cohérente et ce, dans une perspective régionale.

Notre plan d'action spécifique pour l'hospitalisation en court séjour, une norme régionale minimale à atteindre afin d'assurer un équilibre pour les trois années à venir entre les services d'hospitalisation de court séjour et les services à offrir dans la communauté : **la norme régionale à atteindre est de 0,35 lit équivalent jours/présence/année, avec un taux d'occupation de 95 % au terme du plan, correspondant à une transformation de 118 lits de court séjour.**

Les ressources libérées par la fermeture des lits des centres hospitaliers devront être réinvesties dans les services ambulatoires psychiatriques après approbation de leurs plans par la Régie régionale. Cette norme de lit servira à la Régie régionale pour recommander l'émission du permis de l'établissement. Elle servira également de référence pour tous les travaux inhérents à ce sujet.

Ainsi, l'évolution du nombre et du taux de lits de courte durée par 1 000 adultes dans la région (excluant les lits nationaux de l'Institut philippe Pinel) est la suivante :

	mars 1995	mars 1998	mars 2001	mars 2002
Nombre de lits	1 060	706	588	420
Taux/1000 adultes	0,63	0,42	0,35	0,25
Notes	Selon les données de la Régie	Selon les données (révisées) de la Régie	Selon la norme régionale du présent plan	Selon la norme des orientations (à confirmer) du MSSS

La Régie régionale précisera comment se traduit concrètement cette norme régionale pour chacun des établissements. **Toute démarche mise de l'avant par un établissement qui ne s'inscrit pas dans le respect de la norme qui lui est fixée devra préalablement obtenir l'autorisation de la Régie régionale.**

Hospitalisation de longue durée :

Actuellement environ 1 600 personnes sont hospitalisées depuis plus de six mois à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à l'Hôpital Douglas. De ce nombre 25 % proviennent d'autres régions. Les besoins de service de ces personnes varient beaucoup. Certaines personnes pourraient intégrer différents milieux de vie dans la communauté ou des milieux de vie substitués de type CHSLD, en programmes réguliers ou adaptés. Pour d'autres, la mesure ultime de l'hospitalisation de long séjour est rendue nécessaire en raison de la persistance, la complexité et le degré de sévérité de leur maladie.

Ainsi, compte tenu de la diversité et de la nature différente des besoins des usagers actuellement hospitalisés depuis plus de six mois dans les CHSP, il serait hasardeux, voire non significatif, de préciser le taux actuel (par 1 000 adultes) de lits de traitement psychiatrique actif de long séjour.

Pour remédier à cette situation, le plan d'action met de l'avant la démarche suivante :

- Élaboration, en collaboration avec les partenaires, d'un cadre de référence des services hospitaliers de long séjour actifs incluant l'identification d'une norme régionale de taux de lits de long séjour de traitements psychiatriques actifs;
- Révision de la situation des 1 600 personnes et élaboration d'un plan d'orientation;
- Diminution du nombre de lits de longue durée en hôpital psychiatrique par la fermeture de 350 lits (libérés par attrition naturelle, le transfert vers les CHSLD et la réinsertion de personnes dans la communauté);
- Rehaussement de 75 lits d'hospitalisation de long séjour;
- Mise en place d'un système régional d'admission pour l'hospitalisation de long séjour accessible aux personnes hospitalisées en CHSP et en CHSGS.

Toute initiative mise de l'avant par un établissement qui ne s'inscrit pas dans le respect de cette démarche entraînera inévitablement un non-cautionnement de ces initiatives par la Régie régionale. De même, toutes demandes d'autorisation inhérentes à ces initiatives concernant les ressources humaines, financières, matérielles et

d'immobilisations ne pourront obtenir la sanction de la Régie régionale. Par ailleurs, les mouvements de réallocation doivent être réalisés dans la perspective des réalités budgétaires des CHSP et des cibles fixées au plan d'équilibre budgétaire.

Améliorer l'intégration et la réinsertion dans la communauté

Objectif visé :

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, notamment celles vivant dans la communauté et celles vivant en milieu hospitalier et devant réintégrer la communauté.

Résultats visés :

Pour toute la clientèle

- Programme de contrôle de qualité dans les ressources résidentielles publiques et privées;
- Système régional d'admission pour l'hébergement permanent (volet : ressources de type familial, ressources intermédiaires et pavillons);
- Équité d'accès, entre les sous-régions, des ressources résidentielles et des services de réadaptation et de réinsertion sociale dans la communauté, qu'ils soient sous la responsabilité d'un établissement ou d'un organisme communautaire;
- Équité d'accès et diversité des services ambulatoires psychiatriques : cliniques externes, hôpitaux de jour, suivi psychiatrique intensif, etc.;
- Augmentation, au terme du plan, du taux d'usagers desservis en ambulatoire versus en hospitalisation à une moyenne de 90 % (le taux moyen est de 83,6 % pour l'année 1996-1997);
- Modalités formelles de liaison entre les services de santé mentale de première ligne et les services hospitaliers;
- Système de suivi des résultats.

Pour la clientèle hospitalisée depuis plus de 6 mois

- Situation révisée d'environ 1 600 personnes et élaboration d'un plan régional d'orientation;
- Réintégration de 390 personnes en CHSLD et en ressources résidentielles localisées prioritairement dans les sous-régions moins nanties (Ouest, Centre-Ouest, Centre-Est et Nord) avec accès aux autres services de réadaptation, de réinsertion sociale dont elles ont besoin;
- Activités de formation et d'adaptation de la main-d'oeuvre découlant du plan de formation régional;
- Système de suivi des résultats.

Financement :

Le financement de cette mesure serait assuré par des réallocations de 10,2 M\$ dont 1,2 M\$ seraient versés en CHSLD pour le programme adapté et 9 M\$ aux autres ressources dans la communauté.

Promouvoir le développement des services de base en santé mentale

Objectif visé :

- Favoriser un accès aux services de base dans la communauté afin d'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.

Résultats visés :

- Augmentation du nombre d'actes médicaux de base en santé mentale dans les CLSC et les cliniques privées;
- Modalités formelles de liaison sur une base locale des partenaires oeuvrant au niveau des services de base en santé mentale : groupes d'entraide d'usagers, de familles, centres d'intervention de crise, CLSC, cliniques médicales, cabinets de professionnels, etc.;
- Accès téléphonique 24 heures/7 jours à des services d'information et de références en santé mentale (on devra mettre à jour le concept de service, identifier le ou les dispensateurs, préciser les impacts, les interfaces et les achalandages auprès des autres dispensateurs dont les CLSC, les autres lignes d'écoute téléphonique, etc.);
- Augmentation du nombre de clients bénéficiant des services de base en santé mentale en CLSC, notamment pour les services d'accueil, d'évaluation, de référence et les interventions brèves;
- Activités de formation et d'adaptation de la main-d'oeuvre découlant du plan de formation régional;
- Système de suivi des résultats.

Financement :

Le financement de cette mesure serait assuré par des réallocations de 4,3 M\$ dont 1 M\$ servirait à mettre en place l'accès téléphonique 24 heures/7 jours et 3,3 M\$ seraient attribués pour les services de base en santé mentale dans les CLSC.

Promouvoir l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique

Objectif visé :

- Assurer, lorsque requis, aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères, transitoires ou persistants, l'accès aux services psychiatriques d'hospitalisation de courte durée avec retour dans la communauté dès que la condition de la personne le justifie.

Résultats visés :

- Élimination des séjours de plus de 48 heures à l'urgence;
- Réduction à 20 jours de la durée moyenne de séjour en

- hospitalisation de courte durée;
- Atteinte de la norme de 0,35 lit jours/présence/hospitalisation courte durée par 1 000 habitants (maintien de 588 lits) par la transformation vers les services ambulatoires de 118 lits de courte durée;
- Système régional d'admission pour l'hospitalisation de long séjour en centres hospitaliers de soins psychiatriques;
- Cadre de référence pour le programme régional d'hospitalisation;
- Définition des mandats et responsabilités en regard des services d'hospitalisation de court et long séjour sur les bases sous-régionale, régionale et nationale;
- Fermeture de 350 lits de longue durée en hôpital psychiatrique;
- Ouverture de 25 lits et rehaussement de 50 lits régionaux d'hospitalisation de long séjour;
- Activités de formation et d'adaptation de la main-d'oeuvre découlant du plan de formation régional;
- Système de suivi des résultats.

Financement :

Le financement de cette mesure serait assuré par des réallocations de 3 M\$ dont 1,2 M\$ serviraient au rehaussement de lits de long séjour et 1,8 M\$ pour la création de lits de long séjour régionaux en centres hospitaliers de soins psychiatriques.

3.4.4 Mettre en place un plan régional de prévention du suicide

Objectif visé :

Stabiliser, sinon diminuer le taux de mortalité par suicide pour les clientèles à risque selon l'« Enquête sociale et de santé » 1992-1993.

Résultats visés :

- Plan régional d'actualisation de la Stratégie québécoise d'actions face au suicide;
- Plan de communication auprès des médias;
- Stabilisation ou diminution du taux moyen annuel d'hospitalisation pour tentative de suicide (moyenne régionale 1993-1996 : 563 hospitalisations par année);
- Stabilisation ou diminution du taux de mortalité par suicide (taux régional 1993-1995 : 14,7/100 000 habitants).

Financement :

Le financement de cette mesure se ferait à même les ressources déjà existantes.

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

Objectif visé :

- Assurer l'accès à des services de pédopsychiatrie aux enfants et aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale ainsi qu'à ceux dont les parents sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Résultats visés :

- Définition des mandats et responsabilités tant pour les services ambulatoires que d'hospitalisation;
- Harmonisation de la sectorisation de la pédopsychiatrie à la sectorisation adulte en santé mentale;
- Modalités formelles de liaison avec les partenaires intervenants auprès des enfants et des jeunes au niveau des services de base en santé mentale.

Financement :

Le financement de cette mesure se ferait à même les ressources déjà existantes.

3.4.6 Augmenter l'information et la sensibilisation de la population

Objectifs visés :

- Contrer l'intolérance et les préjugés face aux problèmes de santé mentale et à la maladie mentale;
- Vérifier l'impact du Plan d'amélioration des services sur la santé et le bien-être de la population.

Résultats visés :

- Compréhension des problèmes de santé mentale et de la maladie mentale;
- Perception positive et potentiel de la personne;
- Information sur le réseau de services en santé mentale;
- Dépistage de situations à risques;
- Connaissance de l'impact de l'organisation des services sur l'état de santé et de bien-être de la population.

Financement :

Le financement de cette mesure serait assuré par un budget non récurrent de 1,2 M\$.

3.5 CONTINUUM DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

DES SOLUTIONS D'AVENIR EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

- 3.5.1 Injecter un budget de 12 M\$ pour permettre de répondre en partie 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 personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement (TED)
- 3.5.4 Développer des ententes, individuelles ou globales, entre les centres de réadaptation en déficience intellectuelle pour assurer l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise
- 3.5.5 Élaborer des ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité des clientèles présentant des besoins particuliers

La proposition qui suit constitue le plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle pour les années 1998-2002.

Principes du plan régional d'organisation des services :

Le plan d'organisation des services en déficience intellectuelle s'appuie sur un certain nombre de principes jugés essentiels à toute action visant l'amélioration de l'accessibilité aux services et l'accroissement de leur qualité. Ces principes s'énoncent comme suit :

- L'intégration communautaire des personnes ayant une déficience intellectuelle demeure un impératif humain et social;
- La personne ayant une déficience intellectuelle, sa famille ou ses proches sont au centre de toutes les décisions qui les concernent. Ils participent activement à tout le processus de prise de décision relatif à l'organisation de leurs services;
- La valorisation des rôles sociaux et de la qualité de vie des personnes, de leur famille ou de leurs proches doit imprégner tous les choix d'organisation des services.

Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle ont développé une approche spécialisée auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Afin de préserver cette expertise, ceux-ci doivent être consolidés dans leurs services, en conséquence, aucun transfert de ressources ne s'effectuera vers d'autres établissements.

Rôle des différents dispensateurs de services :

Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle ont développé une expertise de pointe auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Ils ont mis de l'avant des orientations concernant notamment la valorisation des rôles sociaux, la gestion par programme dans une approche personnalisée ainsi que la dispensation des services dans un contexte d'intégration communautaire.

La Régie régionale reconnaît aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle un rôle central auprès de ces personnes. Ces derniers sont :

- Imputables de l'obtention des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle ainsi que de celles présentant des problématiques associées (déficiences multiples, perte d'autonomie, santé mentale, justice, troubles envahissants du développement);
- Responsables en matière d'évaluation globale des besoins ainsi que de dispensation des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale en fonction des besoins spécifiques de ces personnes ainsi que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

Le mécanisme de coordination de l'accès aux services confirme le rôle des CLSC comme principale porte d'entrée dans le réseau de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle. En plus de l'évaluation sommaire des besoins de services et de la gestion du programme soutien à la famille, ces derniers offrent l'ensemble des services de santé et des services sociaux courants.

Cependant, la gamme de services nécessaires pour répondre aux besoins multiples de ces personnes ne peut être assumée uniquement par ces deux types d'établissements. La contribution d'autres partenaires dans la dispensation des services, en fonction de leurs mandats et expertise spécifique, est essentielle pour garantir un continuum de services. Nous mentionnons, entre autres, le rôle complémentaire :

- Des CHSLD en matière de services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de réadaptation pour la clientèle en perte d'autonomie;
- Des CHSP en matière de services psychosociaux spécialisés de réadaptation et de services préventifs pour la clientèle présentant des problèmes liés à la santé mentale;
- Des CRDP en matière de services d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale pour les personnes présentant des déficiences physiques ainsi que des services d'accompagnement et de support à leur entourage;
- Des organismes communautaires en matière de services de prévention, d'aide, de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire et d'activités de promotion, de

sensibilisation, de défense des droits et de développement social aux personnes de la région.

Contexte de planification des services :

Ce plan d'organisation des services s'inscrit dans une perspective d'accessibilité, d'adéquation et de diversité des services. Malgré les développements des ressources de soutien dans la communauté, il persiste un problème majeur et un profond déséquilibre dans le continuum de services en déficience intellectuelle soit :

- Un nombre important de personnes sans aucun service;
- Un nombre important de personnes déjà desservies dans un programme mais en attente pour d'autres services;
- Des délais d'accès trop longs;
- Des ressources concentrées dans les programmes résidentiels en institution et des ressources insuffisantes aux programmes socioprofessionnels, et de soutien à la personne, à la famille et à la communauté;
- Un taux de progression de la population régionale estimé à 0,3 % par année. Ceci indique une faible croissance des nouvelles personnes déficientes intellectuelles en besoin de services.

Principaux constats de la consultation :

Les avis formulés lors de la consultation de la Régie régionale ont inspiré notre actuel plan d'organisation des services.

De façon générale, ces avis s'énoncent comme suit :

- Tous sont satisfaits que la déficience intellectuelle soit mise en priorité et que 12 M\$ soient injectés pour offrir des services à cette clientèle.
- L'objectif d'élimination des listes d'attente fait l'unanimité mais avec les considérations suivantes :
 - Faire confiance aux établissements qui prendront les mesures nécessaires pour absorber les listes d'attente (leur laisser le choix des moyens);
 - Les listes d'attente sont différentes d'un territoire à l'autre;
 - Valider les données contenues dans le plan;
 - Calculer le taux d'accroissement des listes d'attente;
 - Établir un mécanisme de suivi pour s'assurer de l'atteinte des objectifs.
- En ce qui a trait à la transformation des services, tenir compte des considérations suivantes :
 - Préserver une gamme de ressources résidentielles;
 - Implanter un mécanisme de contrôle et d'amélioration de la qualité des services résidentiels.
- Les comités d'usagers craignent que les changements leur fassent perdre leur liberté individuelle.
- Il faut préserver la compétence du personnel.
- Plusieurs groupes réclament un PROS dans la perspective de clarifier les rôles et mandats des établissements du réseau et de leurs partenaires.

- L'hypothèse 1, doit être retenue, à savoir que les centres doivent conclure des ententes entre eux pour offrir des services de qualité à leurs usagers d'expression anglaise.
- La notion d'habitudes de vie est ambiguë, elle mérite d'être précisée.
- Le budget injecté en CLSC pour du soutien à la famille doit être réservé à la déficience intellectuelle.
- L'emphase doit être mise sur la prévention et l'intervention. Il est impératif d'investir en stimulation précoce. Il faut garantir un accès rapide aux services.
- Autisme :
 - Déterminer qui a le leadership pour desservir cette clientèle;
 - Implanter le réseau intégré des services.
- Le milieu associatif recommande d'éviter l'utilisation des soins psychiatriques de longue durée.

Les objectifs :

Notre plan d'organisation des services pour les années 1998-2002 poursuivra donc les objectifs suivants :

- 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;
- Assurer une meilleure accessibilité aux services destinés aux personnes autistes et à celles présentant des troubles envahissants du développement;
- Assurer l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise;
- Assurer l'accessibilité des services à des clientèles présentant des besoins particuliers.

Fort de ces prémisses, notre plan d'organisation des services vise à résoudre de façon définitive, par des mesures concrètes et ciblées, les problèmes qui, depuis nombre d'années, affectent gravement l'accessibilité à l'ensemble des services. Cette non-disponibilité de services contribue de façon importante à la détérioration de l'état de santé tant physique que mentale de la clientèle, à l'altération de leur condition de vie et à l'augmentation du désarroi des familles.

La gamme de services :

La gamme de services en déficience intellectuelle repose principalement sur trois grands programmes. Il s'agit des programmes résidentiels, socioprofessionnels et de soutien à la personne, à la famille et à la communauté.

De plus, nous aborderons plus spécifiquement l'organisation des services destinés aux personnes autistes et à celles présentant des troubles envahissants du développement.

■ Programme résidentiel :²¹

En ce qui a trait au programme résidentiel, notre plan d'organisation des services comprend quatre éléments spécifiques, soit :

1. Le transfert éventuel de 103 personnes vers les CHSLD.
Ce transfert est conditionnel à l'accord de la personne et de sa famille et à l'évaluation de ses besoins. Afin d'assurer des services personnalisés et de qualité aux personnes à être transférées en CHSLD, nous réaliserons, durant l'année 1998, un projet-pilote dont l'objectif sera d'évaluer les besoins spécifiques de ces personnes et le type d'activités à organiser pour y répondre.
2. Le maintien de 78 places en internat. 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 semble plus prudent de garder, pour le moment, un certain nombre de places en internat.
3. L'ouverture de 445 places en ressources de type familial et en ressources intermédiaires, soit 165 places pour desservir les personnes provenant de l'internat, des foyers de groupes et des résidences communautaires et 280 places pour accueillir les personnes en liste d'attente. Cette ouverture nécessitera l'implantation d'un mécanisme pour assurer la qualité des services.
4. La création ou la consolidation du service spécialisé de soutien en milieu familial. Ce service, qui desservira 100 personnes provenant de la liste d'attente des services résidentiels, a pour but d'aider la personne à exercer différentes activités de la vie quotidienne. Il peut s'agir d'une aide pour le lever et le coucher, d'accompagnement pour différentes sorties et l'accomplissement d'activités de soutien civique.

En somme, l'ensemble du développement ou de la transformation des ressources résidentielles s'effectuera selon les conditions suivantes :

- Les besoins de la personne doivent être le critère premier de décision;
- L'accord de la personne, de sa famille ou des proches est une condition essentielle à tout transfert vers quelque ressource que ce soit;
- La création d'un comité de vigilance ayant pour mandat de participer à l'élaboration de critères spécifiques d'admissibilité, au suivi des opérations et à l'évaluation du projet-pilote en ce qui a trait au transfert de certaines personnes en CHSLD;
- La mise sur pied d'un mécanisme de contrôle de la qualité des services pour les ressources de type familial et intermédiaires;
- L'adaptabilité des milieux de vie aux besoins particuliers des personnes ayant une déficience intellectuelle;

- Le support et l'engagement formel des centres de réadaptation en déficience intellectuelle en ce qui a trait à la formation et au suivi de chaque personne transférée et ce, aussi longtemps que nécessaire.

■ Programme socioprofessionnel :²²

Notre plan d'organisation des services vise à desservir 439 personnes en attente d'un service socioprofessionnel.

À cette fin, nous réaliserons :

- L'injection d'un budget de 3 M\$ qui nous permettra de desservir 300 personnes de la liste d'attente en ouvrant de nouvelles places en services socioprofessionnels diversifiés;
- Une transformation des services socioprofessionnels qui nous permettra de desservir 139 personnes de la liste d'attente en offrant un service de soutien aux activités communautaires. Ce service consiste à donner l'opportunité à la personne d'exercer des activités qu'elle choisit et qui sont valorisées socialement. Ces activités sont de nature récréative, sportive, culturelle ou éducative. Ce service prend la forme d'accompagnement.

■ Programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté²³ :

Concernant ce dernier programme, nous développerons deux volets de services, soit des services d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches qui relèvent des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, et celui du soutien à la famille qui relève des CLSC.

- **Services d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches (CRPDI) :**
Notre plan d'organisation de services 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. Ils visent aussi à habiliter les proches de la personne à intervenir à ces niveaux. Ces services incluent les programmes de stimulation précoce qui s'adressent aux enfants de 0 à 5 ans. À cette fin, nous proposons :
 - D'utiliser le personnel dégagé par la transformation des services;
 - De hausser, pour les enfants, l'intensité du service de soutien éducatif à un minimum de 2,5 heures/semaine et idéalement à un nombre d'heures plus élevé pouvant atteindre 4 ou 5 heures/semaine.

²¹ Les chiffres cités le sont à titre indicatif. Ils seront validés à la suite du dépôt des plans d'action des établissements.

²² Les chiffres cités le sont à titre indicatif. Ils seront validés à la suite du dépôt des plans d'action des établissements.

²³ Les chiffres cités le sont à titre indicatif. Ils seront validés à la suite du dépôt des plans d'action des établissements.

- **Services de soutien à la famille en CLSC :**
Un budget de 2,3 M\$ est accordé spécifiquement pour le programme de soutien à la famille géré par les 29 CLSC de la région. Les données présentées concernent uniquement les services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Le continuum de services en déficience physique énonce une mesure similaire pour sa clientèle.

Au 31 mars 1998, le programme de soutien à la famille comptera, selon notre estimation, 271 familles en attente de services. Considérant l'augmentation des demandes, soit 162 familles par année, nous prévoyons que l'injection d'un budget de 2,3 M\$ permettra de desservir les 757 familles attendues d'ici 2002 et de rehausser les subventions lorsque requis.

■ Solutions d'avenir :

L'atteinte de nos objectifs commande la mise en place de cinq mesures distinctes, soit :

1. L'injection d'un budget de 12 M\$²⁴;
2. La transformation des services résidentiels et socioprofessionnels pour l'équivalent d'un niveau de ressources similaires à la mesure 1;
3. L'implantation d'un réseau intégré de services pour les personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement (TED);
4. Le développement d'ententes, individuelles ou globales, entre les centres de réadaptation en déficience intellectuelle pour assurer l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise;
5. L'élaboration d'ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité des clientèles présentant des besoins particuliers.

Au 31 mars 1998, la ventilation des listes d'attente nous a permis de constater que :

- Pour les services en centre de réadaptation en déficience intellectuelle :
 - 622 personnes différentes attendent et ne reçoivent aucun service;
 - 470 personnes différentes reçoivent au moins un service mais sont en attente pour d'autres services.
 Ce qui totalise 1 092 personnes différentes en attente de 1 319 services.
- Pour les services de soutien à la famille en CLSC :
 - 271 personnes différentes sont en attente du service.

Notons qu'une projection des demandes de services établit à 757 le nombre de personnes à desservir d'ici 2002.

- Afin de répondre aux listes d'attente des deux types d'établissements, notre plan vise à rendre disponibles 2 076 services (1 319 + 757).

Nombre de personnes par programme en liste d'attente pour les trois programmes en déficience intellectuelle sur une période de trois ans :

Tableau 23	
Programme	Nombre de personnes en liste d'attente au 31 mars 1998²⁵
Résidentiel	380 personnes
Socioprofessionnel	439 personnes
Soutien à la personne, à la famille et à la communauté	
- volet C.R.	500 personnes
- volet CLSC	271 personnes
Total	1 590 pers./service²⁶

Les chiffres ainsi que les tableaux compris aux points 3.5.1 et 3.5.2 sont donnés à titre indicatif et seront validés au cours de travaux qui seront requis des établissements. La Régie régionale demandera aux établissements de lui soumettre :

- 1- Un état de situation :
 - Listes d'attente,
 - Services offerts par l'organisation : usagers/ressources.
- 2- Un bilan financier : ce bilan identifiera les coûts par type de services.
- 3- Un plan d'action : ce plan d'action identifiera ce que chaque établissement propose afin de régler ses listes d'attente à même ses propres ressources et par l'addition de ressources si nécessaire pour maximiser les ressources existantes, les établissements étant responsables et imputables des services à rendre à leurs clientèles. Les plans d'actions seront déposés par les établissements deux mois après l'adoption du Défi de l'accès et devront être acceptés par la Régie régionale.

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

L'injection d'un budget de 12 M\$ permettra de répondre en partie aux personnes en attente de services.

²⁵ Ces données devront être validées par le rapport statistique qui sera déposé sous peu par les établissements.

²⁶ Considérant que la projection relative à la croissance pour le service de soutien à la famille volet CLSC nous indique 757 familles à desservir d'ici 2002. Un nombre total de personnes/services pour tous les programmes s'élève donc à 2 076 pour la durée de notre plan.

²⁴ Pour les deux premières mesures, la ventilation des ressources à injecter ou à transformer sera validée à la suite de l'analyse des plans d'action déposés par les établissements et acceptés par la Régie régionale.

Tableau 24

Investissement \$	Personnes desservies en liste d'attente	Personnes restant sur la liste d'attente
Investir 5,8 M\$ en services résidentiels	280 personnes	100 personnes
Investir 3 M\$ en services socioprofessionnels	300 personnes	139 personnes
Services de soutien à la personne, à la famille et à la communauté		
- volet C.R.	0 famille	500 personnes
- volet CLSC :		
Investir 2,3 M\$ en services de soutien à la famille	757 familles	0 famille
Investir 0,9 M\$ en services spécialisés pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement	n.a.	n.a.
Total : 12 M\$	1 337 personnes/services	739 personnes/services

Développement budgétaire de 12 M\$:

Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels

La transformation des services résidentiels, illustrée dans les tableaux qui suivent, fait état des services et des ressources qui seront touchés.

Transformation des services résidentiels :

Tableau 25

Nature du service Mesures	Nombre de places actuel	Nombre de places en moins	Nombre de places restant en 2002
Diminuer les places en internat	181	103	78
Fermer les places en foyers de groupe	44	44	0
Diminuer les places en résidences communautaires	842	121	721
Total	1 067	268	799

Cette transformation des services résidentiels permettra de dégager 236,66 postes équivalent temps complet (E.T.C.). Tout le personnel sera redéployé vers d'autres services.

Personnel touché par la transformation :

Tableau 26

Catégories	Postes ETC
Éducateurs	50,4
Préposés	160,66
Infirmières auxiliaires	2,5
Infirmières	10,12
Professionnels	4,77
Cadres	8,21
Total	236,66

Les 739 personnes/services restant sur la liste d'attente à la suite du développement budgétaire seront desservies par les ressources humaines et financières, ce qui équivaut à 11,8 M\$ dégagés par la transformation des services.

Impact de la transformation des services sur les listes d'attente :

(voir tableau 27 à la page suivante)

Implémenter un réseau intégré de services pour personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement (TEO)

Le budget consenti à cette mesure est de 0,9 M\$²⁷.

Les travaux qui ont été effectués jusqu'à présent ont permis de mieux circonscrire l'état des ressources et des besoins des personnes autistes. Nous constatons, entre autres, plusieurs

²⁷ À titre indicatif.

Tableau 27

Développement de services	Personnes desservies en liste d'attente	Personnes restant sur la liste d'attente
Services spécialisés de soutien en milieu familial	100 personnes (provenant de la liste d'attente des services résidentiels)	0 personne
Services socioprofessionnels diversifiés	139 personnes	0 personne
Services à la personne, à la famille et à la communauté - volet C.R.	500 personnes	0 personne
Total	739 personnes	0 personne

3.5.4 Développer des ententes, individuelles ou globales, entre les centres de réadaptation en déficience intellectuelle pour assurer l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise

La responsabilité d'assurer les services à la population d'expression anglaise revient à chaque centre de réadaptation en déficience intellectuelle en

vides à combler surtout en ce qui a trait aux services d'évaluation, de réadaptation et de soutien à la famille ou aux proches.

Le relevé de différentes études portant sur les taux de prévalence, effectué par Diane Brassard²⁸, conclut qu'il y aurait entre 4 et 10 personnes autistes sur 10 000. Ce qui signifie entre 750 et 1 850 personnes autistes dans la région. En ce qui a trait à l'ensemble des personnes ayant des troubles envahissants du développement (TED), le taux de prévalence varie entre 10 et 22 pour 10 000 personnes. On aurait donc entre 1 850 et 4 100 personnes ayant des troubles envahissants du développement.

Afin d'assurer une coordination efficace des services, il importe d'en confier la responsabilité à un acteur précis. Pour ce faire, nous entendons explorer la possibilité de remettre cette coordination à un établissement du réseau de la réadaptation. Ce dernier travaillera en étroite collaboration avec tous les autres secteurs impliqués, soit les services de première ligne (dépistage et soutien à la famille), les services de santé mentale (diagnostic et traitement spécialisé), les services de santé physique de courte durée (évaluation diagnostique et traitement d'ordre médical), les services de réadaptation en déficience intellectuelle, les associations de parents et le milieu scolaire.

En conformité avec les orientations ministérielles et s'inspirant des résultats obtenus par la réalisation, au cours de l'année, des projets-pilotes orientés sur toutes les composantes de services, nous procéderons dès 1998 à l'implantation du réseau intégré de services destiné aux personnes autistes, à leur famille ou à leurs proches.

respectant l'approche territoriale. Les centres doivent conclure des ententes entre eux pour offrir des services de qualité à leur population d'expression anglaise.

Ces ententes sont à deux niveaux : ententes globales entre établissements et ententes individualisées pour chacune des personnes visées.

Afin de mieux pouvoir suivre l'atteinte de cet objectif, nous joindrons à ces éléments un dispositif d'imputabilité spécifique par lequel les établissements rendront compte de la satisfaction de la clientèle touchée par les ententes globales et individualisées.

En résumé :

- Chaque centre de réadaptation est responsable de procurer les services à la population d'expression anglaise et ethnoculturelle de son territoire qui lui est déterminé de façon géographique;
- Il faut maintenir la désignation des Promotions sociales Taylor-Thibodeau pour les services en internat aux anglophones à l'exception des personnes résidant sur le territoire du Centre Miriam;
- Les établissements doivent conclure des ententes globales ou individualisées pour s'acquitter de leurs responsabilités ou encore avoir recours à la banque régionale d'interprètes pour mieux desservir la population allophone;
- Chaque établissement est responsable et imputable vis-à-vis de la population de son territoire.

²⁸ Diane Brassard, *État de situation des services offerts aux personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED) dans la région de Montréal-Centre en 1996-1997*, octobre 1997.

Élaborer des ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité des services présentant des besoins particuliers

Personnes ayant des déficiences multiples :

Plusieurs personnes ont à la fois une déficience intellectuelle et une ou des déficiences motrices ou sensorielles. Celles-ci rencontrent deux problèmes particuliers. Le premier est l'accès aux services spécialisés. Le fait qu'elles présentent des déficiences relevant de deux ou trois réseaux de services différents pose la question de la responsabilité de la prise en charge. Le deuxième touche la qualité des services. En effet la prise en charge traditionnelle va de pair avec des services compartimentés par établissement. Comme la personne a des besoins complexes, une partie de ceux-ci est souvent laissée pour compte. Pour remédier à ces situations, nous proposons :

- Que la responsabilité d'assurer une réponse aux besoins des personnes ayant des déficiences multiples, comprenant une déficience intellectuelle, revienne aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle;
- Qu'un plan de services individualisé soit élaboré pour toutes les personnes ayant des déficiences multiples mettant à contribution les réseaux de services impliqués. Les services seront dispensés selon le plan en partageant les responsabilités entre les réseaux concernés;
- Qu'en l'absence de services spécialisés au chapitre des ressources de type familial et intermédiaires, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle établissent des ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité du service à la personne.

Personnes vivant d'autres situations particulières :

En ce qui a trait aux autres personnes aux prises avec différents problèmes telles la santé mentale, l'adaptation sociale et la justice, nous préconisons une approche obligeant un partage des responsabilités entre les différents réseaux de services concernés.

CONCLUSION :

L'actualisation de l'ensemble de ces mesures pose un défi important aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle qui, en s'associant aux familles et aux proches ainsi qu'aux autres dispensateurs de services, auront à produire au plus tard le 15 septembre 1998, un plan d'action qui devra être accepté par la Régie régionale.

Ce chapitre ainsi que les plans d'action des établissements approuvés par la Régie régionale constitueront le plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle pour 1998-2002.

3.6 LE CONTINUUM DE SERVICES EN ADAPTATION SOCIALE

Ce continuum comprend cinq volets :

- 3.6.1 Les services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes ainsi qu'à leurs parents
- 3.6.2 Les services reliés à la violence faite aux femmes
- 3.6.3 Les services en alcoolisme et toxicomanie
- 3.6.4 Les services aux personnes itinérantes
- 3.6.5 Les services en sida

Les services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes ainsi qu'à leurs parents

DES SOLUTIONS D'AVENIR FACE AUX ENFANTS, AUX JEUNES, AUX JEUNES ADULTES ET À LEURS PARENTS

- 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
- 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»
- 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
- 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

Le Plan de réorganisation des services 1995-1998 visait principalement deux cibles d'action :

- Une accentuation des actions préventives;
- La mise en place d'un réseau interactif de services.

La première cible d'action a été, dans l'ensemble, atteinte. Quant à la seconde, plusieurs lacunes demeurent en ce qui a trait à l'intégration des services et à l'unité d'action des partenaires.

La Régie régionale, par son plan d'amélioration des services 1998-2002 «Des solutions d'avenir aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes ainsi qu'à leurs parents²⁹, vise à consolider le réseau interactif en mettant l'accent sur le développement d'un Projet jeunesse montréalais.

Principaux constats de la consultation :

Les mesures retenues pour la période 1998-2002 et présentées ci-après sont énoncées sur la base des constats et enjeux explicités dans le document soumis à la consultation et validés lors des audiences publiques et du forum jeunesse tenu à la même occasion. Ces constats sont les suivants :

La spécificité du contexte socio-économique métropolitain :

- La population montréalaise d'enfants, de jeunes et de jeunes adultes présente des caractéristiques spécifiques qui augmentent leur vulnérabilité;
- La démographie : il y a à Montréal une concentration de jeunes anglophones (26,5 % de la population jeunesse de Montréal) et il existe deux centres jeunesse, soit les Centres jeunesse de Montréal et les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, lequel donne des services en langue anglaise en vertu de l'article 125 de la loi sur les services de santé et les services sociaux et en vertu du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise;
- La courbe démographique de Montréal montre peu de variation pour les prochaines années des effectifs de 0-5 ans et des 6-17 ans³⁰.

Il apparaît donc nécessaire, en fonction de ces éléments démographiques, de chercher à maintenir un même niveau de services et de ressources au cours des années à venir pour répondre aux besoins des enfants, quelles que soient leur langue d'appartenance et leur communauté culturelle.

La pauvreté :

Près d'un jeune sur trois 0-25 ans à Montréal est pauvre et ce dans toutes les catégories d'âge. Ce qui représente près de 170,000 jeunes pauvres à Montréal. Quinze (15) territoires de CLSC ont un taux de pauvreté supérieur à 35 % chez les 0-25 ans; dans cinq d'entre eux, plus de la moitié des enfants sont pauvres.

Ce haut taux de pauvreté des enfants, des jeunes et des jeunes adultes génère une prévalence élevée de problèmes et déficits psychosociaux importants : sous-scolarisation, isolement, détresse psychologique, exclusion, marginalisation, décrochage, problèmes d'intégration et de socialisation, délinquance, violence, etc.

Ainsi, l'intervention devra prioriser des territoires ciblés à haute incidence de pauvreté.

La multiethnicité :

Le caractère métropolitain de notre région avec la densité d'occupation de certains quartiers s'exprime aussi par la diversité ethnique de la population. Cette situation est particulièrement remarquable chez les jeunes. Ceci génère une prévalence importante de difficulté d'intégration et de conflits interculturels entre les groupes de jeunes, et aussi, dans les familles entre parents et enfants.

Il sera donc nécessaire de consacrer des moyens spécifiques visant à adapter l'intervention aux conditions et valeurs des groupes des communautés culturelles.

Des problématiques prioritaires à considérer :

- La négligence parentale à l'endroit des enfants de 0 à 11 ans;
- La violence familiale à l'endroit des tout-petits (0-5 ans) et des enfants (6-11 ans);
- La violence chez les adolescents (12-17 ans);
- L'exclusion et la marginalisation des jeunes et des jeunes adultes.

UN SYSTÈME DE PRESTATION DE SERVICES

Des acquis :

- Une accentuation de la force d'intervention en prévention/promotion;
- Une implication soutenue des CLSC à l'égard de la clientèle «jeunes et parents»;
- L'accentuation de la force d'intervention rendue en mode externe;

²⁹ L'appellation «jeunes et parents» est utilisée tout au long de cette section au sens de «enfants, jeunes, jeunes adultes ainsi qu'à leurs parents».

³⁰ Source : MSSS, fichier des naissances, 1986 à 1996.

- La déconcentration des activités des Centres jeunesse en fonction de l'approche «milieu»;
- L'implication des organismes communautaires;
- **Des questionnements :**
 - L'absence d'un Projet jeunesse partagé et mobilisateur, fondé sur une vision commune des réalités et des besoins et axé sur la poursuite d'objectifs partagés;
 - Des interventions encore largement réalisées «a posteriori», une fois que les problématiques se sont installées ou aggravées;
 - Une lenteur dans l'actualisation du développement des services aux jeunes près des milieux de vie;
 - Une place encore insuffisante accordée aux approches «familiale», «communautaire» et «intersectorielle»;
 - Un morcellement marqué et un manque d'intégration des services offerts.

À développer à Montréal, d'ici l'an 2002, un projet jeunesse partagé et mobilisateur à l'appui de la formation des jeunes et de leurs parents

Les principes directeurs :

- Un plan d'amélioration des services aux jeunes et à leurs parents :
 - Axé sur le développement à Montréal, d'ici l'an 2002, d'un Projet jeunesse partagé et mobilisateur qui rejoint les enfants et jeunes Montréalais de toutes les communautés culturelles francophones, anglophones ou autres;
 - Qui cible, dans une préoccupation d'intégration des interventions préventives et curatives, les problématiques prioritaires identifiées;
 - Qui favorise l'accentuation des interventions de prévention/promotion ou toutes formes d'interventions réalisées «en amont»;
 - Qui vise le renforcement des interventions curatives ou «en aval» rendues en mode externe et la déconcentration optimale des activités réalisées près des milieux de vie naturels;
 - Qui favorise une accentuation des approches «familiale», «communautaire», «intersectorielle»;
 - Qui, tout en écartant résolument l'actualisation de tout «cadre de partage» inter-institutionnel et des transferts d'effectifs s'y rapportant, privilégie la poursuite du programme de déconcentration des activités des centres jeunesse dans le milieu et le rapprochement des intervenants afin d'améliorer la continuité des activités;
 - Qui privilégie une utilisation optimale de «l'approche-réseau»;
 - Qui facilite le développement et la disponibilité optimale d'une force d'intervention plus spécialisée, exercée en appui et en complémentarité à la force

d'intervention agissante près des milieux de vie naturels;

- Qui, dans une perspective d'amélioration soutenue de la qualité, facilite le renforcement de la coordination régionale, l'évaluation des programmes en fonction des résultats visés, le développement des systèmes d'information de gestion et la tenue des activités de formation.
- Qui compte sur la collaboration et le support de l'Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes des Centres jeunesse de Montréal, de la Direction de la santé publique et de son Institut national.

Les éléments structurants du projet jeunesse

- Les objectifs visés :
 - L'amélioration de l'état de santé et de bien-être des jeunes;
 - Le développement optimal, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes, notamment des plus démunis;
 - L'amélioration des conditions de sécurité et de protection des jeunes et du public en général.

Les acteurs ou les composantes organisationnelles :

- Les CLSC et les centres jeunesse :
- Tous les autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et notamment, 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 et ceux en alcoolisme et toxicomanie;
- Différents partenaires intersectoriels concernés dont notamment le milieu scolaire, les milieux de garde, les organismes communautaires, les municipalités et la police, ceci afin de rejoindre le jeune dans son milieu.

Une offre de services réalisée :

- En mode de continuum de services intégrés;
- Sur la base de la concertation multisectorielle;
- Selon une approche préventive et communautaire;
- De la façon la plus accessible possible, près des milieux de vie naturels;
- Sur une base externe et en mode interne, si requis.

Moyens d'action :

- Conduire au cours de 1998-1999, dans chacun des territoires de CLSC et sous la coordination de la Régie régionale, une démarche structurée visant l'actualisation d'un Projet jeunesse;
- Présenter à la Régie régionale, d'ici décembre 1998, le Projet jeunesse retenu (vision des besoins, stratégies d'intervention, plans d'action privilégiés incluant les

objectifs de résultats, les indicateurs de suivi et l'échéancier de réalisation).

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

Moyens d'action :

- 1) Face à la négligence parentale à l'endroit des 0-11 ans :
 - Intensification des interventions visant le développement des compétences parentales et la sécurité alimentaire;
 - Mise en place de stratégies de dépistage et d'intervention proactive efficaces.
- 2) Face à la violence familiale à l'endroit des 0-11 ans :
 - Développement d'interventions adaptées multisectorielles en regard des problématiques d'abus physiques et sexuels;
 - Développement des groupes de support auprès des parents violents.
- 3) Face à la violence chez les adolescents (12-17 ans) :
 - Plan d'action global de promotion et de prévention développé en regard de territoires ciblés;
 - Développement et mise en place de stratégies d'intervention axées sur la responsabilisation et le soutien aux parents et impliquant les forces multisectorielles du milieu.
- 4) Face à l'exclusion et la marginalisation :
 - Prévention des grossesses et des MTS;
 - Mise en place de programmes d'intervention intra et intersectorielle axés sur les différentes facettes de la problématique de l'exclusion et de la marginalisation et ce, en fonction des milieux considérés.

En regard de chacune de ces problématiques, des objectifs de résultats seront formulés au cours de l'élaboration du Projet jeunesse et le suivi de l'atteinte de ces objectifs sera réalisé au cours des exercices 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002.

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»

Dans le plan 1998-2002, la Régie régionale entend poursuivre, renforcer et consolider sur son territoire les investissements

déjà consentis en regard des actions de prévention/promotion auprès des tout-petits (0-5 ans) et des jeunes (6-18 ans).

Ainsi, dans la poursuite de la mise en place des priorités régionales auprès des tout-petits et des jeunes, dans la foulée du plan de transformation 1995-1998, les projets jeunesse locaux du plan 1998-2002 devront notamment assurer la consolidation et le renforcement des projets de type « Naître égaux, grandir en santé » auprès des tout-petits et de « plans d'actions locaux intersectoriels qui visent le développement global des jeunes » dans des territoires prioritaires.

Sur la base des coûts déjà associés à ces projets, dans le plan 1995-1998, on estime à 7 M\$ la somme des ressources requises pour la consolidation de ces programmes dans le plan 1998-2002.

Moyens d'action :

- Chaque projet jeunesse élaboré sur une base locale devra entre autres prévoir la mise en place de projets de prévention/promotion de type «Naître égaux, grandir en santé » et de « plans d'actions locaux intersectoriels en regard du développement global des jeunes». Les ressources nécessaires à la mise en place de ces programmes devront être dégagées à même les ressources des Centres jeunesse et les programmes enfance-jeunesse-famille des CLSC de la région selon un prorata à déterminer;
- Lors des exercices financiers 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002, la Régie régionale devra, s'il y a lieu, procéder par réallocation à même les enveloppes jeunesse déjà existantes pour combler l'écart entre le pourcentage d'implantation de ces programmes sur le territoire et la couverture complète de ceux-ci sur les territoires les plus vulnérables;
- L'implantation du programme de déconcentration des activités des centres jeunesse dans le milieu au cours de 1998-1999 devra se poursuivre ainsi que le développement de nouvelles mesures de déploiement, le cas échéant, au cours des exercices 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002;
- Des objectifs de résultats seront établis avec les partenaires concernés et ce, dès décembre 1998, dans le cadre de l'élaboration du Projet jeunesse.

3.6.1.4 Assurer, dans chacun des territoires de CLSC et au plan régional, une meilleure accessibilité des services

Moyens d'action :

- Établir un meilleur arrimage des systèmes d'intervention d'urgence sociale (Centres jeunesse et autres partenaires) avec les services des CLSC, des centres de crise et des lignes d'écoute;

- Améliorer le fonctionnement des mécanismes d'accès aux services de réadaptation et de soutien familial dans les divers continuums de services.

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

L'ensemble des mécanismes de coordination et de concertation sera développé avec les partenaires d'ici décembre 1998.

Certains principes ou mécanismes sont déjà proposés :

- Une coordination d'ensemble assumée par la Régie régionale à titre de porteur du dossier jeunesse et exercée sur la base du respect des missions dévolues et des instances décisionnelles en place;
- Le territoire d'actualisation du Projet jeunesse est le territoire de CLSC;
- Une approche réseau et l'établissement de partenariats établis dans un respect des forces et des contributions distinctives de chacun des partenaires;
- Deux mécanismes de concertation et de coordination établis au niveau local :
 - Des équipes de projet regroupant divers partenaires sectoriels et intersectoriels en fonction de problématiques ciblées. Le pilotage des équipes de projet sera déterminé par les partenaires en fonction des situations;
 - Un mécanisme de coordination territorial qui regroupe les différents partenaires concernés.
- Des ententes de collaboration établies entre les partenaires pour faciliter la conduite des interventions;
- Des mandats exercés par les centres jeunesse et les CLSC sur la base des missions dévolues et des contributions distinctives exercées « en majeur » par chacun d'eux;

Un consentement établi de part et d'autre pour s'investir « en mineur » dans l'exercice des fonctions qui leur sont généralement moins reconnues.

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

L'intervention près des milieux naturels de vie et la déconcentration des activités du secteur jeunesse qu'elle suppose, exigent une expertise spécialisée plus approfondie en support à la force d'intervention dispensée sur une base locale par les CLSC et les centres jeunesse. Ainsi, des mécanismes d'articulation et de collaboration devront être mis en place entre les CLSC, les Centres jeunesse et les autres partenaires sectoriels du réseau de la santé et des services sociaux : la pédiatrie, la pédopsychiatrie, le réseau de la déficience intellectuelle, de l'alcoolisme et toxicomanie, de la déficience physique.

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

Face à la relative permanence des effets des grands déterminants sur la santé et le bien-être, les organismes chargés de planifier les interventions répondant aux besoins de la population optent-ils pour les bonnes stratégies? Cette question générale sert de toile de fond au projet de radiographie du territoire qui permettrait d'analyser et de comparer les investissements, les besoins et les résultats à une échelle locale.

L'analyse des investissements jeunesse (0-25 ans), en matière d'adaptation sociale, constituera notre premier domaine d'investigation.

Moyens d'action :

Pour procéder à la radiographie territoriale nous adopterons un modèle à trois axes : les besoins, les clientèles et services et les résultats. Les données seront appliquées à quatre territoires de CLSC choisis en fonction de paramètres prédéterminés pour faciliter l'établissement de comparaisons significatives.

Plan de travail :

La première étape sera la définition d'un contour de programmes concernant les contributions en matière d'adaptation sociale. Par la suite, s'effectuera la cueillette d'information sur les trois axes prévus. Pour une première phase, nous limiterons, pour les programmes, l'analyse aux données du réseau de la santé et des services sociaux qui seront mises en

parallèle avec les données besoins et résultats. Après un an de travaux, nous présenterons les premiers résultats à la Régie régionale de façon à confirmer les orientations et à poursuivre par la suite nos travaux.

D'autre part, notons que pour appuyer les travaux de programmation et de coordination dans le secteur jeunesse, nous produirons, en même temps, l'ensemble des données clientèles et services relevant du réseau de la santé et des services sociaux pour les 29 territoires de CLSC.

3.6.2 Les services reliés à la violence faite aux femmes

DES SOLUTIONS D'AVENIR FACE À LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

- 3.6.2.1 Assurer la coordination de la mise en oeuvre des politiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale
- 3.6.2.2 Réduire la tolérance sociale face à la violence faite aux femmes
- 3.6.2.3 Prévenir la violence chez les jeunes
- 3.6.2.4 Contrer l'isolement et accroître le sentiment de sécurité chez les femmes
- 3.6.2.5 Accroître la sensibilisation des intervenants et assurer la formation et le soutien requis
- 3.6.2.6 Prévenir la récurrence de la violence faite aux femmes
- 3.6.2.7 Offrir des services de dépistage et d'intervention précoce afin d'être en mesure d'agir contre la violence conjugale
- 3.6.2.8 Favoriser une plus grande continuité de services entre les lignes d'aide téléphonique existantes
- 3.6.2.9 Limiter les répercussions de la violence conjugale auprès des enfants victimes ou témoins de cette violence
- 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

Une des quatre priorités régionales en matière de promotion et de prévention, la violence faite aux femmes, dans le plan 1998-2002 fera l'objet de la poursuite des interventions déjà amorcées en 1995-1998 et visera des objectifs de prévention et de réduction des conséquences défavorables pour la santé et le bien-être des femmes.

Cette problématique a fait l'objet de nombreuses recommandations tirées de :

- La politique de la santé et du bien-être (1992);
- Agir pour Montréal. Politique et plan d'action en développement communautaire (1992);
- Un avenir à partager. La politique en matière de condition féminine (1992);
- Interventions auprès des conjoints violents. Orientations;
- Les agressions sexuelles. STOP (1995);
- La politique d'intervention en matière de violence conjugale (1995).

Principaux constats de la consultation :

- Le Regroupement des CLSC ainsi que celui des maisons d'hébergement et de transition pour les femmes victimes de violence conjugale demandent que soit reconnue leur expertise et qu'à ce titre, la Régie régionale reconnaisse le rôle de première ligne qu'ils jouent à ce chapitre;
- On insiste sur l'urgence d'agir auprès des enfants témoins ou victimes de la violence conjugale, et qu'à cet effet, on utilise les protocoles existants entre les établissements et organismes pour mieux coordonner les interventions;
- On suggère que soient distingués les services auprès des femmes et enfants victimes de ceux des conjoints violents;
- On souhaite que des collaborations soient établies entre la ligne SOS violence conjugale, la ligne provinciale pour les conjoints violents et celle d'Info-Santé.

Il se dégage une constante quant à l'importance de donner une plus grande visibilité aux services de première ligne existants à l'endroit des femmes victimes, des enfants témoins ou victimes, des conjoints agresseurs et d'assurer une plus grande coordination de leurs activités.

La Régie régionale souhaite que d'ici l'an 2002, l'ensemble des CLSC de la région de Montréal assurent des services de dépistage systématique auprès des femmes victimes de violence conjugale, ainsi que des services de suivi et de référence auprès d'elles comme auprès des enfants témoins ou victimes de violence conjugale, ainsi qu'auprès des conjoints agresseurs.

La Régie régionale vise aussi à ce que les centres hospitaliers de courte durée de la région de Montréal offrent des services de dépistage et d'intervention précoce auprès des femmes victimes de violence conjugale.

Elle espère que d'ici l'an 2002, des sommes d'argent additionnelles seront investies dans la région de Montréal à ces fins.

Par ailleurs, la Régie régionale, mandataire de l'actualisation de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale,

assumera un leadership auprès de l'ensemble des partenaires multisectoriels pour réaliser son plan d'action. Les mesures seront développées à partir des quatre axes développés par la Politique, i.e. :

- La prévention;
- Le dépistage;
- L'adaptation aux réalités particulières;
- L'intervention en matière de violence conjugale :
 - dans le domaine psychosocial,
 - dans le domaine judiciaire et correctionnel.

PRÉVENTION/PROMOTION

Assurer la coordination de la mise en oeuvre des politiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale

Moyens d'action :

- Soutenir et favoriser des actions globales, cohérentes, complémentaires et concertées des acteurs de tous les réseaux impliqués (santé et services sociaux, justice et sécurité publique).

Prendre la tolérance sociale face à la violence faite aux femmes

Moyens d'action :

- Soutenir la campagne nationale sur la violence faite aux femmes;
- Sensibiliser la population et adapter les contenus des messages pour un certain nombre de communautés ethno-culturelles de la région.

Prévenir la violence chez les jeunes

Moyen d'action :

- Dans le cadre de la planification régionale intégrée jeunesse, favoriser le développement d'actions de prévention de la violence auprès des jeunes et soutenir le travail de sensibilisation et de formation des intervenants des secteurs impliqués.

Contre l'isolement et accroître le sentiment de sécurité chez les femmes

Moyen d'action :

- Développer des actions régionales et locales intersectorielles pour agir sur les milieux de vie ainsi que sur les conditions sociales et environnementales et pour accroître l'autonomie des femmes.

Accroître la sensibilisation des intervenants et assurer la formation et le soutien requis

Moyens d'action :

- Offrir la formation et le soutien aux intervenants-clés des centres hospitaliers de courte durée ainsi qu'aux médecins des cliniques privées afin qu'ils puissent mieux dépister et intervenir auprès des femmes victimes de violence conjugale;
- Offrir la formation et le soutien aux intervenants clés des CLSC afin qu'ils puissent mieux dépister et intervenir auprès des femmes victimes, des enfants témoins ou victimes et des conjoints agresseurs;
- Favoriser l'action intersectorielle autour d'activités de sensibilisation, de formation et de soutien auprès des intervenants impliqués dans la problématique violence faite aux femmes.

Prévenir la récurrence de la violence faite aux femmes

Moyens d'action :

- Favoriser la continuité et la complémentarité des services offerts dans la région auprès des femmes victimes, des enfants témoins ou victimes et des conjoints agresseurs.
- Développer des ententes de collaboration entre les établissements, la police et les organismes communautaires.

Offrir des services de dépistage et d'intervention précoce afin d'être en mesure d'agir contre la violence conjugale

Moyens d'action :

- À même les ressources dont ils disposent déjà à cette fin ;
- Les CLSC verront à assurer des services de dépistage, de suivi et de référence aux femmes victimes de violence conjugale ainsi qu'aux enfants témoins ou victimes de violence conjugale;
- Les CLSC verront à offrir aux conjoints violents des services de dépistage, de suivi et de référence en collaboration avec les organismes communautaires qui ont développé l'expertise dans ce domaine;
- Les CLSC verront aussi à adapter les interventions afin de répondre aux besoins des clientèles particulières ou plus vulnérables à la violence.

3.6.2.8 Favoriser une plus grande continuité de services entre les lignes d'aide téléphonique existantes

Moyen d'actions :

- Établir des collaborations entre la ligne SOS violence conjugale, la ligne provinciale d'aide pour les conjoints violents et celle d'Info-Santé.

3.6.2.9 Limiter les répercussions de la violence conjugale auprès des enfants victimes ou témoins de cette violence

Moyens d'action :

- Procéder à la mise en place d'ententes formelles de collaboration multisectorielle reliant les CLSC, les centres jeunesse, le service de la police de la CUM, les organismes communautaires et le secteur de la Justice;
- Poursuivre la formation des intervenants concernés tant en matière d'intervention auprès des femmes que des enfants et des conjoints agresseurs.

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

Moyen d'action :

- Utiliser les protocoles déjà existants entre les centres jeunesse, les CLSC, la police et les organismes communautaires.

3.6.3 Les services en alcoolisme et toxicomanie

DES SOLUTIONS D'AVENIR FACE À L'ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

- 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 sur l'ensemble du territoire de Montréal
- 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
- 3.6.3.3 Améliorer le dépistage et l'intervention précoce et augmenter l'accessibilité aux services offerts en CLSC aux alcooliques et toxicomanes →

- 3.6.3.4 Développer des services complémentaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme-toxicomanie et de santé mentale
- 3.6.3.5 Améliorer l'accessibilité de la clientèle anglophone aux services en alcoolisme et toxicomanie
- 3.6.3.6 Développer des services en toxicomanie pour les personnes détenues dans les établissements provinciaux de Montréal
- 3.6.3.7 Développer les initiatives communautaires et le contrôle de la qualité des services offerts dans le secteur privé

En 1990 les «Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes» ainsi que le « Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue » (Rapport Bertrand) indiquent les pistes à suivre ainsi que des mesures à mettre de l'avant en toxicomanie au Québec : 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. Au plan régional, on confie le mandat au Conseil régional de la santé et des services sociaux de coordonner l'ensemble des actions de prévention en fonction des orientations adoptées par le gouvernement en matière de lutte à la drogue.

À partir de 1991, le Conseil régional et ensuite la Régie régionale adoptent et implantent un programme régional de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies. Aujourd'hui, ce programme couvre seize territoires de CLSC.

En 1993, la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux fusionne les conseils d'administration des trois centres de réadaptation en toxicomanie de Montréal qui deviendront le Centre Dollard Cormier en 1997.

Le plan de réorganisation du réseau 1995-1998 ne propose aucune mesure directe sur la toxicomanie, si ce n'est un objectif d'amélioration de l'efficacité des centres de réadaptation.

Le plan 1998-2002 vise l'amélioration des services par un réseau intégré de services qui intégrera l'ensemble du continuum : promotion, prévention, intervention précoce, réadaptation et réinsertion.

Principaux constats de la consultation :

Il se dégage des audiences publiques les constats suivants qui orienteront nos choix :

- La nécessité d'investir dans le champ de la toxicomanie compte tenu de l'importance des coûts sociaux engendrés par la problématique;
- L'adhésion des partenaires à une approche intersectorielle

- des problèmes reliés à la toxicomanie;
- La nécessité d'un leadership régional fort à l'égard de l'actualisation d'une stratégie de financement intersectoriel;
- La sévérité de la morbidité et de la mortalité comme conséquences de la consommation d'héroïne et l'urgence d'intervenir pour augmenter l'accès au traitement à la méthadone;
- La nécessité d'assurer un continuum de services de qualité pour les personnes souffrant à la fois de toxicomanie et de problèmes de santé mentale;
- L'importance d'intervenir de manière précoce pour la prévention des toxicomanies.

Un plan régional d'action intersectoriel pour Montréal :

Ce plan vise à mettre en place un réseau intégré de services en alcoolisme et toxicomanie pour la région de Montréal-Centre; il intégrera l'ensemble de la gamme des services du continuum.

Priorités du plan d'action :

La mise en place des mesures proposées se fera en fonction de la réduction des méfaits liés à l'usage des psychotropes et de l'urgence d'agir pour la protection de la santé qui ressortent de l'état de situation sur la toxicomanie à Montréal et des avis reçus lors des audiences publiques. Le financement du plan d'action sera assumé conjointement par le réseau de la santé et des services sociaux et par les autres partenaires multisectoriels concernés par les conséquences de l'abus de consommation de l'alcool et de drogue.

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 sur l'ensemble du territoire de Montréal

À Montréal, on estime qu'en 1996 il y avait entre 8 000 et 15 000 usagers de drogues intraveineuses actifs sur l'île de Montréal selon le Dr Pierre Lauzon qui témoignait comme expert aux audiences publiques de la Régie régionale.

De ce nombre, 5 000 personnes s'injectent l'héroïne ou d'autres drogues telle la cocaïne selon la disponibilité des produits sur le marché clandestin³¹.

La pratique de l'injection de drogues entraîne un risque de 5 % d'infection au VIH³², des risques allant jusqu'à 20 % l'admission dans la population d'un établissement de détention de

Montréal, des risques généralisés d'infection aux hépatites virales, un taux de décès jusqu'à dix fois celui de la population du même groupe d'âge en raison des intoxications, des suicides et des infections liées au partage de seringues souillées. Les partenaires sexuels et les enfants des personnes qui s'injectent des drogues sont exposés aux mêmes risques.

Le traitement à la méthadone, à titre de médicament substitut, permet à l'héroïnomanes jeune et adulte de réduire les risques associés à l'injection de drogues. De plus, l'accès à ce traitement entraîne la création de liens de confiance avec des intervenants en mesure d'accompagner le toxicomane vers les services appropriés à sa condition et à ses besoins.

Actuellement, l'accès au traitement à la méthadone à Montréal rejoint environ 500 personnes, soit 10 % des consommateurs.

Reconnaissant les lacunes dans l'accès aux services pour ces personnes et l'existence d'un traitement adéquat pour cette toxicomanie, la Régie régionale estime que le traitement des héroïnomanes est une priorité régionale et se fixe pour objectif l'accès aux services de traitement à la méthadone pour ces personnes.

Résultat attendu :

Afin de rejoindre les standards d'accessibilité reconnus comme satisfaisant (50 % du nombre total d'héroïnomanes dans une région donnée), en 2002, la région de Montréal sera en mesure d'offrir une gamme de services de traitement aux 2 500 des 5 000 héroïnomanes de la région métropolitaine.

Moyens d'action :

- Support au renforcement de la visibilité et développement d'arrimages entre les différentes portes d'entrée à l'échelle régionale quant à l'accessibilité au traitement à la méthadone;
- Support à la formation des médecins de première ligne, aux résidents en médecine et aux centres de réadaptation publics en toxicomanie;
- Support à l'intervention de substitution à exigence peu élevée;
- Support à l'intervention auprès des personnes détenues dans les institutions provinciales;
- Support à l'intervention brève avec méthadone.

Condition de réalisation :

Budget additionnel requis du ministère de la Santé et des Services sociaux par cette mesure : 1,3 M\$.

³¹(Rémis R. 1998).

³²(Bruneau J. 1997).

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

Moyen d'action :

Le programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies s'adresse aux jeunes et aux parents. Il vise le développement de comportements responsables face à la consommation d'alcool et de drogue. Ce programme couvre actuellement seize territoires de CLSC. En 2002, le programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies sera développé sur l'ensemble du territoire.

Conditions de réalisation :

- Accroître le budget du programme régional de 423 305 \$;
- Financement : budget intersectoriel.

3.6.3.3 Améliorer le dépistage et l'intervention précoce et augmenter l'accessibilité aux services offerts en CLSC aux alcooliques et toxicomanes

Moyen d'action :

Développer les services d'accueil, d'évaluation, de suivi des jeunes femmes enceintes, des jeunes marginaux et faciliter l'accès au matériel stérile.

Conditions de réalisation :

- Budget additionnel de 1,5 M\$;
- Financement intersectoriel.

3.6.3.4 Développer des services complémentaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme-toxicomanie et de santé mentale

Un grand nombre de toxicomanes éprouvent également des problèmes sévères de santé mentale.

Moyen d'action :

- Des projets novateurs seront développés par une collaboration entre les centres hospitaliers, les CLSC, les centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie et les organismes communautaires permettant la qualité de la prise en charge de cette clientèle.

Conditions de réalisation :

- Budget additionnel de 500 000 \$.
- Financement intersectoriel;

3.6.3.5 Améliorer l'accessibilité de la clientèle anglophone aux services en alcoolisme et toxicomanie

Les services d'urgence en toxicomanie pour les personnes d'expression anglaise sont insuffisants et les services aux jeunes d'expression anglaise sont incomplets.

Moyens d'action :

- Mise en place d'un service d'urgence 24 heures en toxicomanie pour les personnes d'expression anglaise avec la collaboration du service d'urgence du centre francophone;
- Développement de six places en foyer de groupe pour les jeunes d'expression anglaise avec la collaboration du centre de réadaptation et du Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw.

Conditions de réalisation :

- Budget additionnel de 450 000 \$;
- Financement intersectoriel.

3.6.3.6 Développer des services en toxicomanie pour les personnes détenues dans les établissements provinciaux de Montréal

Il n'existe pas de service en toxicomanie pour les clientèles des établissements de détention. Cette population compte un grand nombre de toxicomanes. La prévalence à la séropositivité y est élevée. Il s'impose de développer des services de base en toxicomanie et le traitement à la méthadone pour les héroïnomanes détenus en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique et les établissements de la santé et des services sociaux.

Conditions de réalisation :

- Budget additionnel de 200 000 \$;
- Financement intersectoriel.

3.6.3.7 Développer les initiatives communautaires et le contrôle de la qualité des services offerts dans le secteur privé

La capacité d'agir des organismes communautaires impliqués en toxicomanie est limitée par le manque de ressources.

Il est aussi nécessaire que soit instauré un mécanisme régional de contrôle de la qualité des services offerts en toxicomanie dans le secteur privé.

Conditions de réalisation :

- Budget additionnel de 600 000 \$;
- Financement intersectoriel.

DES SOLUTIONS D'AVENIR FACE AUX PERSONNES ITINÉRANTES

3.6.4.1 Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes dans les continuums de services : santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, sida et assurer l'accès aux services

Une étude effectuée il y a 10 ans estimait que l'ensemble de la clientèle itinérante se situait autour de 15,000 personnes³³. Actuellement, un autre recensement est en cours et les premières données devraient être disponibles à la fin du mois de mai 1998.

Différents indicateurs nous permettent toutefois de penser qu'il y a un nombre croissant d'itinérants dans la région. À ce titre, notons l'augmentation du nombre de ressources communautaires desservant cette population, l'augmentation de la fréquentation de ces ressources et les taux d'occupation des ressources d'hébergement qui se maintiennent à leur maximum; enfin, la recrudescence de nouveaux usagers identifiés par les responsables de ces ressources.

Le contexte économique et social actuel semble avoir une importance significative sur l'itinérance. À ce titre, mentionnons, parmi les nombreux facteurs semblant influencer la venue d'un plus grand nombre de personnes à l'itinérance, les changements survenus dans certaines politiques sociales dont celles touchant au revenu et au logement. L'augmentation de la pauvreté dans la population est un facteur d'importance. La désinstitutionnalisation en santé mentale semble également accroître la présence de personnes vulnérables en itinérance. Par ailleurs, d'autres problèmes sociaux dont l'importance est accrue dans une métropole, tels la consommation de drogue, la délinquance etc. et dont les phénomènes ne cessent de croître, nous amènent également à penser qu'ils contribuent à augmenter le phénomène de l'itinérance.

Enfin, le marché du travail et les difficultés d'insertion professionnelle de plus en plus grandes, notamment pour les jeunes, la privation de liens essentiels, l'accroissement du nombre de personnes isolées socialement, la migration de la population vers Montréal, à cause de sa réalité comme métropole, sont également des facteurs qui contribuent à faire ce diagnostic.

La clientèle itinérante est hétérogène et composée d'une

diversité de sous-groupes, à titre d'exemple :

Les jeunes marginaux, les femmes en difficulté, les personnes sortant d'institutions : (ex-psychiatisés, personnes ayant une déficience intellectuelle, personnes provenant du milieu carcéral), les personnes aux prises avec de multiples problématiques : (santé mentale, sida, alcoolisme et toxicomanie).

Elle est également caractérisée par une diversité de problèmes et de besoins dont : des problèmes d'isolement, de santé physique et/ou mentale, de comportement (décrochage scolaire, toxicomanie), de logement, etc.

Au plan des services, malgré les efforts effectués, plusieurs vides demeurent à combler et certaines adaptations sont à faire.

Principaux constats de la consultation :

- Orienter d'avantage les efforts vers une approche globale et assurer l'intégration des actions;
- Reconnaître spécifiquement le phénomène de l'itinérance;
- Appuyer et consolider l'action communautaire;
- Améliorer l'accès aux soins et services de santé;
- Assurer une coordination et une continuité des services;
- Favoriser la réinsertion sociale.

Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes dans les continuums de services : santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, sida et assurer l'accès aux services

Moyens d'action :

Il existe actuellement un comité en itinérance composé de trois réseaux (santé et services sociaux, communautaire, municipal). Ce comité est coordonné conjointement par la Régie régionale, le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes et le milieu municipal. Il est composé de personnes issues de ces trois réseaux représentant les différentes catégories d'établissements et d'organismes intervenant en itinérance de même que différents services municipaux concernés.

Afin d'améliorer l'intégration des actions et de procéder à une planification spécifique des services aux itinérants, la Régie régionale :

- Reconnaît l'importance du rôle de planification et de coordination de ce comité conjoint en regard de la problématique de l'itinérance;
- Investira ses énergies, en tant que partie à la coordination de ce comité conjoint, à faciliter autant la mise en place des

³³ Louise Fournier et Céline Mercier, *Sans domicile fixe : Au delà du stéréotype*, Éd. M'Éridien, 1996, 59.

mesures de prévention de l'itinérance que des mesures d'adaptation et d'amélioration des services du réseau de la santé et des services sociaux à cette clientèle.

Mesures de prévention :

- Intervenir «en amont» auprès des jeunes en difficulté à risque d'itinérance et agir précocement auprès des jeunes en processus de marginalisation;
- Établir des collaborations étroites entre les CLSC et les organismes communautaires impliqués auprès des jeunes marginaux;
- Développer des programmes de prévention du décrochage en milieu scolaire avec les partenaires concernés (parents, écoles, employeurs);
- Développer des mesures de réinsertion sociale auprès des jeunes en difficulté d'adaptation sociale (réadaptation, développement de l'employabilité, logement, réseau social).

Services curatifs et de réinsertion sociale :

- Contribuer au développement du support communautaire en logement social;
- Ajuster l'organisation des services pour les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants;
- Développer auprès des personnes itinérantes l'accès aux services en CLSC;
- Rendre accessibles des services de santé physique et mentale;
- Implanter le programme régional d'intervention auprès des utilisateurs de drogues injectables (UDI);
- Dans les territoires de CLSC où il y a une concentration de personnes itinérantes;
- Rendre accessibles les services précédemment mentionnés dans les ressources d'hébergement fréquentées par les clientèles;
- Développer des services d'« outreach » auprès des personnes itinérantes.
- Assurer l'accès aux services de courte durée et adapter, dans le cadre du virage ambulatoire, les services à la clientèle itinérante :
- Adapter les modalités d'articulation CHSGS-CLSC-médecin traitant aux besoins spécifiques des personnes itinérantes :
 - santé physique
 - santé mentale
- Revoir et adapter l'organisation régionale des services d'hébergement sida aux clientèles itinérantes.

Formation :

- Mettre en place des activités permettant le développement d'une meilleure connaissance des intervenants de la problématique de l'itinérance et des ressources disponibles (mission et services).

3.6.5 Les services en sida

DES SOLUTIONS D'AVENIR FACE AU SIDA

3.6.5.1 Mettre en oeuvre 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

L'action de la Régie régionale pour 1998-2002 s'inscrit dans la phase 4 de la Stratégie de lutte contre le sida adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et se situe dans le contexte suivant :

- Des progrès thérapeutiques importants ont été réalisés; les traitements se sont multipliés et passablement complexifiés, de nouvelles molécules antirétrovirales et un test de mesure de la charge virale viennent modifier considérablement le suivi biomédical. Ces changements thérapeutiques ont également une influence sur les besoins de services de la clientèle. Ils requièrent pour les intervenants des connaissances spécifiques et de nouvelles habiletés afin de faire face à la complexité des nouveaux traitements.
- Depuis 1994, le nombre de cas de sida aurait diminué dans la région de Montréal, probablement à cause de l'impact des nouvelles thérapies contre le VIH et des traitements des complications associées à l'infection. Par ailleurs, bien qu'il existe peu de données disponibles, certaines études démontrent qu'il y a encore une importante transmission du VIH dans certains sous-groupes de la population.
- Les personnes atteintes sont souvent aux prises avec plusieurs problèmes dont la toxicomanie, l'itinérance, la maladie mentale, la délinquance, etc. L'adaptation des mesures de prévention/promotion et de soins et services, aux besoins particuliers de ces personnes et à l'évolution de leurs pathologies est nécessaire. Les interventions réalisées auprès de ces clientèles vulnérables devront tenir compte des multiples problèmes connexes (toxicomanie, sexualité, prostitution, abus, violence, hépatite, etc.).
- Enfin, la transformation du système de santé et de services sociaux, commande une révision du système de prestation de services auprès de cette clientèle.

Principaux constats de la consultation :

- Les avis mentionnent la nécessité d'ajuster les services offerts à la nouvelle réalité du sida et l'importance de questionner les pratiques actuelles. La Régie régionale doit adopter sa planification en conséquence et assurer le leadership nécessaire.

- Les approches d'intervention doivent s'adapter à une clientèle présentant de multiples problématiques.
- La prévention du sida doit devenir une responsabilité de l'ensemble des organismes communautaires et non seulement de ceux dédiés à cette clientèle.

3.6.3.1 Mettre en oeuvre 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

Pour réaliser ce plan, la Régie régionale assumera le leadership; les travaux seront menés conjointement par les directions de la Santé publique et de la Programmation et coordination.

Parmi les priorités, on retrouve les suivantes :

- Développement d'une planification intégrée des services aux diverses clientèles visées par la problématique du VIH/sida et mise en place d'un mécanisme de consultations intersectorielles (toxicomanie, itinérance, santé mentale, sida).
- Révision des mandats des équipes spécialisées sida en CLSC et de l'organisation des services de dépistage et de counseling (incluant le dépistage anonyme).
- Réévaluation des besoins et adaptation des services et des ressources, en matière de prévention, de promotion, de protection et de soins auprès des clientèles à risque et atteintes du VIH :
 - UHRESSS et hôpitaux satellites;
 - organismes communautaires;
 - simad sida;
 - etc.
- Développement d'un programme régional de prévention du VIH et d'organisation de services de première ligne en CLSC pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les jeunes marginaux.
- Renforcement d'activités de vigilance et de surveillance permettant d'ajuster l'intervention et l'organisation de services.
- Renforcement des mécanismes de soutien au développement des compétences des intervenants :
 - organisation de sessions de formation;
 - développement de modalités favorisant le transfert d'expertise;
 - information aux médecins sur les programmes existants reliés aux MTS/VIH/Sida.

SOMMAIRE DES MESURES ISSUES DE TOUS LES CONTINUUMS DE SERVICES À L'INTENTION DES ENFANTS, DES JEUNES ET DES JEUNES ADULTES

1. CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE:

Mesure 3.1.4 :

En regard de l'amélioration des services ultraspécialisés, le plan propose la mise en place de programmes régionaux conjoints (CHU Sainte-Justine et CUSM/hôpital de Montréal pour enfants) de soins et services pédiatriques dans certaines surspécialités médicales. Ces programmes sont ceux de chirurgie cardiaque, de cardiologie tertiaire, de neurochirurgie et de transplantation d'organes.

Mesure 3.1.10 :

Amélioration de l'accessibilité à la radio-oncologie en O.R.L. pour la clientèle pédiatrique.

Mesure 3.1.11 :

Améliorer l'accessibilité aux services de chirurgie cardiaque pédiatrique de façon à éliminer la liste d'attente de 24 enfants, d'assurer un délai maximum d'attente d'un mois et de faire en sorte que les cas urgents pourront être effectués sans allonger le délai pour les enfants sur la liste d'attente.

2. CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

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. Combinées avec le programme de soutien à la famille des CLSC pour la clientèle déficiente intellectuelle (allocation d'un montant de 2.3 M \$, réf. : mesure 5.3) les sommes consenties dans ces 2 programmes concernent à plus de 75% une clientèle enfance, jeunes et jeunes adultes.

Mesure 3.3.7 :

Le plan propose de procéder à un bilan des services d'adaptation/réadaptation dispensés pour :

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

Le plan propose également d'inventorier les différents types de services de soutien actuellement disponibles pour les familles vivant avec une personne (de tout âge) ayant une déficience physique afin d'adapter la gamme de services offerts aux besoins diversifiés des familles en visant une efficacité maximale. Le plan permettra de mieux connaître certaines problématiques pour orienter les actions pour l'avenir en regard de la consolidation de la réadaptation axée sur l'intégration sociale (Ces mesures s'appliquent également aux clientèles multihandicapées).

3. CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Mesure 3.4.4 :

Prévention du suicide auprès des clientèles à risque dont la clientèle enfance-jeunesse.

Mesure 3.4.5:

Assurer l'accès à des services de pédopsychiatrie aux enfants et aux jeunes. Cette mesure s'adresse aux enfants et aux enfants dont les parents sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.

4. CONTINUUM DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Mesure 3.5.1 :

Programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté :

- Volet CRPDI : Services d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches incluant les services de stimulation précoce. Ce volet dessert 500 personnes en attente, dont 75% sont des enfants et des jeunes adultes.
- Volet CLSC: Services de soutien à la famille. Budget de 2.3 M\$ combiné avec la mesure 3.3.5 (1 M\$) 75% des sommes allouées concernent les enfants, les jeunes et les jeunes adultes.

5. CONTINUUM DE SERVICES EN ADAPTATION SOCIALE

VOLET JEUNESSE

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.

Mesure 3.6.1.2 :

Développer, dans le cadre du Projet jeunesse et des orientations s'y rapportant, 4 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.

Mesure 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 ».

Mesure 3.6.1.4 :

Assurer dans chacun des territoires de CLSC et au plan régional une meilleure accessibilité des services.

Mesure 3.6.1.5 :

Mettre en place, dans chacun des territoires de CLSC et au plan régional, des mécanismes de coordination et de concertation visant le renforcement de l'unité d'action des acteurs sectoriels et intersectoriels.

Mesure 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.

Mesure 3.6.1.7 :

Améliorer nos stratégies intersectorielles en procédant à une radiographie permettant d'analyser et de comparer les investissements, les coûts et les résultats à une échelle locale. →

5. CONTINUUM DE SERVICES EN ADAPTATION SOCIALE (SUITE)

VOLET VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Mesure 3.6.2.1 :

Assurer la coordination de la mise en oeuvre de politiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale (mesures préventives).

Mesure 3.6.2.3 :

Prévenir la violence chez les jeunes.

Mesure 3.6.2.9 :

Limiter les répercussion de la violence conjugale auprès des enfants victimes ou témoins de cette violence.

Mesure 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.

VOLET ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Mesure 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.

Mesure 3.6.3.3 :

Améliorer le dépistage et l'intervention précoce et augmenter l'accessibilité aux services offerts en CLSC aux alcooliques et aux toxicomanes.

Mesure 3.6.3.5 :

Améliorer l'accessibilité de la clientèle anglophone aux services en alcoolisme et toxicomanie (dont les jeunes).

VOLET ITINÉRANCE

Mesure 3.6.4.1 :

Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes (dont les jeunes marginaux) dans les continuums de services : santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme et toxicomanie, sida, et assurer l'accès aux services (mesures préventives et curatives). ->

VOLET SIDA

Mesure 3.6.5.1 :

Mettre en oeuvre 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

3.7 SOMMAIRE DES IMPACTS SUR LES SERVICES À LA POPULATION, LE TRANSPORT DES BÉNÉFICIAIRES, LES ATTENTES À L'ÉGARD DES CLSC, LES SYSTÈMES D'INFORMATION ET LES RESSOURCES FINANCIÈRES.

Le Plan d'amélioration des services 1998-2002 se caractérise par une intégration plus poussée des activités de promotion et de prévention au sein des continuums de services et par la mise en réseau effective des différents éléments de la gamme de services et des différents partenaires présents dans chacun des continuums de services.

De plus, nous mettons de l'avant des priorités d'amélioration qui visent des progrès significatifs dans l'accès à des services importants pour la santé et le bien-être de la population.

3.7.1 L'impact sur les services à la population

Le plan 1998-2002 propose plusieurs mesures qui entraîneront des améliorations significatives pour la population quant à l'accessibilité et à la qualité des services.

CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE

Services médicaux de première ligne :

- Dans le cadre de l'implantation du département régional de médecine générale (DRMG):
 - Assurer l'accès aux services de consultation médicale avec rendez-vous dans un délai d'au plus quatre semaines;
 - Assurer l'accès à des services de consultation médicale sans rendez-vous, sur les sites reconnus, 365 jours par année, de 8 h à 22 h;
 - Assurer l'accès à des services de consultation médicale à domicile pour les clientèles inscrites au programme du CLSC dans un délai de moins de 48 heures ou de moins de deux semaines, selon le besoin;
 - Mettre en place, sur une base sous-régionale et pour les clientèles inscrites au programme du CLSC, un réseau de garde à domicile, une équipe médicale de transition pour les patients posthospitalisés, qui présentent des problèmes de santé complexes, et une équipe de médecins assurant des soins palliatifs;
 - Assurer l'accessibilité aux services de consultation médicale en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en centres hospitaliers de réadaptation et en centres de réadaptation.

Services généraux et spécialisés dans les CHSGS :

- Maintenir 6 062 lits de courte durée physique, soit 2,2 lits / 1000 habitants, pour un bassin de 2,7 millions d'habitants.
- Régler de façon permanente l'engorgement des salles d'urgence afin qu'il n'y ait pas de patients qui y séjournent plus de 24 heures. L'implantation de cinq centres ambulatoires fait partie de la solution.
- Diminuer les listes d'attente en chirurgie de façon générale et plus particulièrement dans quatre spécialités:
 - Chirurgie cardiaque
Pour adultes :
Le plan prévoit éliminer de la liste d'attente 364 patients et limiter le délai d'attente à un mois maximum par la suite.
Pour enfants :
Éliminer de la liste d'attente 24 enfants, assurer un délai maximum d'attente d'un mois et assurer que les cas urgents pourront être effectués sans allonger le délai pour les enfants sur la liste d'attente.
 - Orthopédie (prothèses hanches et genoux)
La liste d'attente est de 1120 patients. Le plan prévoit réduire le délai maximum d'attente à 6 mois et pour ce faire, réaliser rapidement 620 opérations. Par la suite, il faut augmenter graduellement le nombre d'opérations chaque année pour effectuer, à la fin de l'année 2002, 171 arthroplasties de la hanche et du genoux de plus qu'actuellement.
 - Ophthalmologie (cataractes)
La liste d'attente est de 6800 patients. Le plan prévoit réduire la liste d'attente de 2 000 patients pour ramener à 6 mois le délai maximum d'attente. De plus, par la suite, il faut augmenter graduellement le nombre d'opérations par année pour effectuer, en 2002, 2000 opérations de cataractes de plus qu'actuellement afin de maintenir la liste d'attente en deçà de 6 mois. Le besoin pour les cas supplémentaires a été basé sur l'augmentation du volume moyen par mois sur la liste d'attente.
 - Neurochirurgie (tumeurs cérébrales)
Éliminer de la liste d'attente 30 patients avec délai de plus d'un mois et ramener le délai d'attente à moins d'un mois.
- Atteindre 100 % du potentiel de chirurgie d'un jour, soit 10 000 cas de plus (selon données 1995-1996).
- Faire 85 % des chirurgies prévisibles le jour de l'admission.
- Diminuer la durée moyenne des séjours hospitaliers à 6,8 jours par la mise en place d'un outil de l'évaluation de la pertinence des hospitalisations et de la durée de séjour.
- Maintenir l'accessibilité à la population dans des services critiques où les besoins sont toujours croissants à cause du vieillissement de la population, soit:

- La cardiologie tertiaire
Le plan prévoit un montant pour un manque à gagner de 30 défibrillateurs. Par la suite, pour nous permettre de répondre aux besoins de la population, il faut augmenter le nombre d'installations de défibrillateurs chaque année pour un total de 60 de plus qu'actuellement à la fin de l'année 2002.
- La dialyse rénale
Afin de répondre aux besoins croissants de la population, nous devons augmenter le nombre de patients dialysés et traités à 104 de plus qu'actuellement d'ici l'an 2002 pour un total de 1379 patients dialysés dans la région.
- Les transplantations d'organes
Effectuer 18 greffes supplémentaires pour un total de 285 greffes en 1999-2000 et 36 de plus pour les deux autres années pour un total de 357 transplantations en 2002, ceci en lien avec les objectifs visés par Québec Transplant.
- La neurochirurgie
Implanter 15 neurostimulateurs pour le contrôle de la douleur afin de régler la liste d'attente et augmenter l'accès pour atteindre 50 installations par année en l'an 2002.
- Mettre en place cinq centres ambulatoires:
 - 1) Lakeshore
 - 2) Maisonneuve-Rosemont
 - 3) Sacré-Coeur
 - 4) CHUM
 - 5) CUSM
 afin de poursuivre le virage ambulatoire et de profiter du développement technologique pour traiter des cas complexes sur une base ambulatoire.
- Augmenter le nombre de ressources dans les 29 CLSC afin de répondre à toute la demande de soins posthospitaliers.
- Mettre en place des services de prélèvements sans rendez-vous dans les 29 CLSC.
- Mettre en place un modèle de soins intégrés en soins palliatifs.

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES

- Rehausser les critères d'admission de 2 326 lits de CHSLD afin qu'ils puissent recevoir une clientèle requérant 2,5 heures-soins par jour et plus. Cela permet d'augmenter à 60 % la proportion de places pouvant accueillir ce type de clientèle; cette proportion est actuellement de 44 %;
- De cette manière, il sera possible de faire face à l'augmentation prévue de 25 % de la population âgée de 75 ans et plus d'ici 2002, avec un nombre de lits en CHSLD et

CHSGS de 14 569 (100 de moins qu'actuellement);

- Améliorer le taux de réponses aux besoins en CHSLD afin :
 - d'atteindre un taux de réponses en soins infirmiers et assistance (PLAISIR) d'au moins 80 %;
 - d'atteindre un niveau acceptable de services en ergothérapie, physiothérapie, activités dirigées et service social;
 - de maintenir un taux d'occupation de lits d'au moins 99,4 %.
- Dans le but de mieux utiliser les lits des hôpitaux de courte durée et de desservir les personnes âgées en besoin d'hébergement au bon endroit, ramener à 10 % le nombre de lits de transition en CHSGS, les faisant passer de 888 à 552. Pour que ce nombre de lits soit suffisant pour faire face aux besoins tout en réduisant les délais d'attente, il faudra maintenir à au plus 8 % le taux de demandes d'hébergement³⁴ des CHSGS de la région;
- Augmenter les services à domicile des CLSC afin :
 - d'atteindre un pourcentage de desserte de la clientèle potentielle de 80 % (contre 58 % actuellement);
 - d'accroître de 34 % le nombre de personnes desservies requérant entre 1,5 et 2,5 heures-soins et d'aide par jour ; le nombre de personnes desservies passerait de 878 à 1 178;
 - d'accroître de 26 % les services à domicile aux personnes âgées de 64 ans et moins en perte d'autonomie et présentant un vieillissement prématuré; la clientèle desservie passerait de 14 603 à 18 356;
 - d'assurer une réponse adéquate aux services à domicile non planifiés le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés en consolidant les centres 24/7 des CLSC.
- Développer un centre de jour pour la clientèle d'expression anglaise afin de réduire la liste d'attente;
- Afin de répondre à la demande croissante, réorganiser les services d'hébergement temporaire, augmenter à 90 % le taux d'occupation des places existantes et ajouter 35 nouvelles places;
- 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;
- Poursuivre l'implantation du guichet unique d'accès aux services.

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

- Consolider les services de réadaptation fonctionnelle intensive: en augmentant les services externes et en intensifiant la réadaptation jusqu'à 7 jours/semaine;

³⁴ Le taux de demandes d'hébergement est le nombre de demandes d'hébergement effectuées en une année par un hôpital, divisé par le nombre total de personnes de 75 ans et plus hospitalisées par l'urgence dans la même année.

- Faire de la réadaptation à domicile pour 400 patients ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou;
- Éliminer de la liste d'attente 245 personnes pour les services intensifs d'aide à domicile. De plus accroître l'accès pour 281 personnes jusqu'en 2002;
- Éliminer de la liste d'attente 114 personnes en besoin de services de soutien aux familles. De plus, assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles évaluées à 208 jusqu'en 2002.

CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

- Développer des services de santé mentale dans la communauté et dans des milieux de vie adaptés pour 390 personnes dont :
 - 180 en services et ressources dans la communauté;
 - 60 en places adaptées en CHSLD;
 - 150 en places régulières en CHSLD.
 Ceci devient possible grâce à la fermeture de 350 lits de longue durée dont :
 - 50 par attrition naturelle;
 - 150 parce que des personnes en perte d'autonomie physique seront orientées en CHSLD;
 - 150 parce que des personnes seront réinsérées dans la communauté.
- Faire passer de 83,6 % à 90 % en 2002, le taux moyen d'usagers desservis en ambulatoire versus en hospitalisation.
- Améliorer l'accessibilité aux services de base en santé mentale en CLSC en :
 - ajoutant 50 intervenants à temps plein affectés aux fonctions d'accueil, évaluation, référence et intervention brève. (Sur la base de 8 interventions par année par usager, cet ajout de personnel permettra de rejoindre plus ou moins 2 500 usagers/année. Ce sont donc autant de personnes desservies dans leur communauté locale et elles contribuent à désengorger les urgences. Enfin, ces intervenants assumeront, sur une base locale, d'importantes fonctions de liaison avec les groupes d'entraide, les familles, les centres de crise, les cliniques médicales, les cabinets de professionnels, etc.).
- Rendre disponible un service 24/7 d'écoute, d'aide, de support et de référence téléphonique, de façon à répondre sur une base annuelle à approximativement 200 000 appels.
- Améliorer l'encadrement et l'adaptation des services d'hospitalisation en :
 - Éliminant les séjours de plus de 48 heures à l'urgence;
 - Réduisant à 20 jours la durée moyenne d'hospitalisation de courte durée;
 - Ouvrant 25 lits et en rehaussant 50 lits régionaux de long séjour afin de libérer les unités et les départements

de courte durée de leurs cas de longue durée;

- Appliquant une norme de 0,35 lits/jours/présence/hospitalisation de courte durée par 1 000 habitants, par le maintien de 588 lits de courte durée et la transformation de 118 lits de même nature vers les services ambulatoires.

CONTINUUM DE SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

- Éliminer définitivement toute liste d'attente de services en rendant disponibles des services résidentiels et socioprofessionnels aux 1 092 personnes en attente des 1 319 services requis.
- Desservir toutes les personnes en attente de services de soutien à la personne, à la famille et à la communauté. Actuellement, 271 personnes sont en attente de ce service. L'estimation pour 2002 est de 757 personnes desservies.
- Au terme du plan, avoir répondu à toutes les demandes de services soit 2 076 services (1 319 + 757); le réseau en déficience intellectuelle sera en mesure de répondre à la clientèle au rythme de la demande.

CONTINUUM DE SERVICES EN ADAPTATION SOCIALE

Volet : Jeunesse

- Mettre en place dans chacun des territoires de CLSC un projet jeunesse partagé et mobilisateur afin de corriger les lacunes concernant l'accessibilité, la continuité et la non-intégration des services jeunesse, qu'ils soient autant préventifs que curatifs.
- Développer des projets jeunesse en regroupant les forces sectorielles et multisectorielles du milieu et les présenter à la Régie régionale d'ici décembre 1998.
- Développer, dans le cadre des projets jeunesse, quatre programmes précis d'interventions préventives et curatives en regard de la négligence parentale, la violence familiale à l'endroit des enfants, la violence à l'adolescence et la marginalisation.
- Améliorer les stratégies intersectorielles en procédant à une radiographie permettant d'analyser et de comparer les investissements, les besoins et les résultats à une échelle locale.

Volet : Alcoolisme/toxicomanie

- Rendre disponible le traitement à la méthadone aux héroïnomanes de Montréal selon les standards d'accessibilité reconnus comme satisfaisants i.e. pour 2 500 cas.

- Étendre sur tous les territoires de CLSC le programme régional de promotion de la santé et de prévention de la toxicomanie (ajout de 16 territoires aux 13 déjà desservis). (Stratégie de financement intersectorielle)
- Augmenter la capacité des CLSC de faire le dépistage et l'intervention précoce et améliorer l'accessibilité aux services aux alcooliques et toxicomanes par l'ajout de 29 intervenants (1 X 29 CLSC).
- Mettre en place deux projets expérimentaux pour les clientèles souffrant de double problématique de santé mentale et toxicomanie.
- Desservir en services psychosociaux et en traitement à la méthadone les détenus des établissements provinciaux.
- Améliorer l'accessibilité de la clientèle anglophone aux services en alcoolisme et toxicomanie par la mise en place d'un service d'urgence pour cette clientèle et l'ouverture de places en toxicomanie pour les jeunes.

La problématique du transport des bénéficiaires

Lors des audiences publiques, de nombreux participants ont manifesté leur inquiétude devant les difficultés que pose en ce moment l'accès au transport pour les bénéficiaires du réseau. Qu'il s'agisse de transport en commun régulier ou du transport adapté, on est aujourd'hui confronté aux situations suivantes :

- **Les mouvements d'intégration sociale et de désinstitutionnalisation**
Ces mouvements, dans lesquels s'est engagé le réseau de la santé et des services sociaux depuis plusieurs années, ont contribué de manière importante à l'augmentation des besoins en transport. Ces mouvements se poursuivent. La réorganisation en cours dans le secteur de la santé mentale aura sans doute un impact important.
- **Le vieillissement de la population**
La population vieillissant, les besoins en transport se transforment. D'une part, la perte d'autonomie, qui accompagne bien souvent l'âge, limite l'utilisation du véhicule personnel et augmente la demande en transport en commun régulier mais surtout adapté. D'autre part, les problèmes d'accompagnement se multiplient et sont à considérer dans l'élaboration de moyens de transport adapté.
- **Le virage ambulatoire**
Le virage ambulatoire a comme effet de réduire la durée de séjour à l'hôpital. Les personnes quittant le milieu hospitalier plus tôt doivent y revenir ou se présenter à une clinique ou au CLSC pour un suivi médical. Parfois le véhicule personnel peut être utilisé ou encore un membre de la famille peut assurer le transport. Plus souvent, la

personne nécessite un transport particulier dû à une incapacité temporaire ou à l'équipement spécialisé qu'elle doit utiliser (ex. bonbonne d'oxygène, etc.). Ces situations deviendront de plus en plus fréquentes dans le contexte du virage ambulatoire. D'ailleurs, pour bien des acteurs du dossier transport, le succès du virage ambulatoire repose sur la coordination et l'organisation de modes de transport appropriés et efficaces. Dans ce contexte, il semble nécessaire que des mécanismes de coordination et un plan concret d'organisation des modes de transport soient envisagés.

- **Les compressions budgétaires**

Comme on vient de le voir, les besoins en transport sont de plus en plus nombreux et variés. Or les programmes de transport subissent eux aussi l'effet des compressions budgétaires massives du gouvernement. Les demandes augmentent alors que les sommes allouées, au mieux, demeurent les mêmes.

Combinée aux effets du virage ambulatoire, aux mouvements d'intégration sociale, de désinstitutionnalisation et au vieillissement de la population, on comprend l'urgence de se pencher sur la problématique du transport.

Par ailleurs, le portrait général du transport à Montréal est complexe. Un grand nombre d'organisations assument des responsabilités en regard du transport : les établissements du réseau, les organismes communautaires, la STCUM (transport régulier et adapté), le secteur privé. Plusieurs ministères, de plus, subventionnent ou offrent certains services de transport :

- Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle;
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada;
- Ministère de la Justice du Québec;
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Devant cet état de situation, la Régie régionale mènera les actions suivantes :

- S'assurer de la production et de la mise à jour d'un inventaire des véhicules, moyens de transport et programmes de transport disponibles dans le réseau de la santé et des services sociaux;
 - Un tel répertoire de ressources servira d'abord à informer plus adéquatement le réseau et pourrait inciter les établissements et organismes à établir des collaborations et à unir leurs efforts dans le domaine du transport. La période difficile que nous vivons au plan économique n'est évidemment pas propice aux budgets de développement. Par ailleurs, l'échange et le partage des moyens existants ne peuvent que simplifier la problématique du transport dans la région métropolitaine.

- Éviter de réduire les ressources consenties par les établissements au transport des bénéficiaires. Réitérer la responsabilité des établissements à l'égard des besoins de transport de leur clientèle.
- Prévoir des mécanismes de coordination et un plan concret d'organisation des modes de transport dans le réseau.
- Développer des collaborations intra et interréseaux afin d'utiliser de manière optimale les flottes de véhicules et autres moyens et les programmes transport utilisés par le réseau et les autres réseaux (particulièrement l'éducation).
- Maintenir et même accroître la participation de la Régie régionale aux tables de concertation et groupes de travail portant sur le transport, notamment sur l'intégration des modes transport, le taxi adapté, le transport interrives, le comité usagers-transporteurs du transport adapté et autres.

3.7.3 L'impact sur les attentes à l'égard des CLSC

Le CLSC demeure un établissement destiné à être systématiquement sollicité pour à peu près tous les types de clientèles du réseau de la santé et des services sociaux vivant dans leur milieu. Le CLSC est un intervenant en demande dans tous les continuums de services.

Le cadre de sa mission multiclientèle et multidisciplinaire, ainsi que sa proximité relative dans le milieu, exige une prestation polyvalente de services, de nature à la fois préventive et curative, dans les dimensions de services de santé, psycho-sociaux, réadaptation et réinsertion. Les CLSC se doivent de répondre de façon adaptée à des clientèles et des problématiques fort multiples.

Pour le citoyen, le CLSC doit devenir une CLÉ majeure, connue et efficace, qui donne accès aux services de santé et de services sociaux dont il a besoin, quelle que soit la problématique, les services dispensés par le CLSC lui-même et les services dispensés par d'autres.

Cela dit, il apparaît évident qu'on ne peut demander aux CLSC de faire tout en même temps avec relativement le même bassin de ressources.

La nécessité de prioriser les attentes de la Régie régionale à leur égard et de bien cibler le sens de leur contribution pour les quatre prochaines années, appuyés en cela d'un effort pour les doter des ressources nécessaires lorsque requises, sont sans doute une des constatations majeures qui se dégagent de la consultation.

Cible 1 - Les services à domicile

Conséquemment, on aura remarqué que la cible prioritaire et majeure fixée aux CLSC demeure les services à domicile. En cette matière les besoins sont encore très grands et touchent les populations les plus vulnérables et les plus susceptibles de recourir systématiquement à notre système de santé, et ce dans plusieurs continuums de services.

Dans le sens d'offrir le bon service, à la bonne personne, au bon endroit, au bon moment et au meilleur coût, on identifie les CLSC comme faisant fortement partie des solutions pour les personnes de tout âge en perte d'autonomie, pour les personnes handicapées et pour les patients en soins posthospitaliers (qu'ils soient palliatifs, postnatals, postopératoires, post-traitement médical ou nécessitant des services de réadaptation intensive à domicile) ainsi que leurs proches.

Les CLSC, depuis de nombreuses années, ont développé une large expertise en matière de services à domicile. Ils ont su démontrer, notamment dans l'application du plan régional 1995-1998 « L'atteinte d'un nouvel équilibre », leur efficacité à prendre les virages d'un réseau en pleine mutation et à répondre aux mandats et responsabilités qui leur ont été confiés. Ils constituent à ce chapitre un maillon essentiel dans l'organisation nouvelle des services de santé et des services sociaux.

C'est pourquoi, pour consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile, la Régie régionale prévoit injecter d'ici quatre ans 36,2 M\$ de plus dans les CLSC.

Cible 2 - Santé mentale

Parmi les autres cibles retenues, on notera les services de base en santé mentale pour lesquels on compte réallouer 3,3 M\$ d'ici 2002, tout en favorisant une utilisation plus efficace des ressources ainsi qu'un plus grand rapprochement des services qu'ils soient offerts par les centres hospitaliers, les CLSC ou des groupes communautaires.

Concernant l'accès téléphonique 24 heures/7 jours à des services d'information et de références en santé mentale, la Régie régionale, suite aux commentaires reçus, devra mettre à jour le concept de service, identifier le ou les dispensateurs, préciser les impacts, les interfaces et les achalandages auprès des autres dispensateurs dont les CLSC, les autres lignes d'écoute téléphonique, etc.

Cible 3 - Enfance/famille/jeunesse

Un souci semblable anime la Régie régionale autour des services destinés à l'enfance, la famille et la jeunesse pour toutes les dimensions du continuum, de la prévention/ promotion à la réadaptation/réinsertion en passant par les interventions de première ligne et de protection. Il n'est pas prévu ici de développement, ni de réallocations, ni de nouveaux cadres de partage entre CLSC et Centres jeunesse ou entre CLSC et Santé publique. Toutefois, sous le leadership souhaité de la Régie régionale lors du Forum Jeunesse et des audiences de mars 1998, les principaux acteurs sectoriels du réseau de la santé et des services sociaux concernés, que sont notamment les CLSC, les Centres jeunesse et la Direction de la santé publique, seront invités à articuler leurs interventions sur une base locale du territoire de chaque CLSC autour de projets jeunesse communs et mobilisateurs en concertation avec les partenaires des autres secteurs tel les écoles, les groupes communautaires, les policiers, les services municipaux par exemple.

Cible 4 - Les services de prévention/ promotion

Les CLSC, au titre d'acteurs importants des services de première ligne, ont un rôle essentiel à jouer, reconnu non seulement dans la loi mais par tous ses partenaires, en matière de prévention/promotion.

Pour cela, il est capital que ceux-ci maintiennent leur apport et protègent le niveau de ressources et l'énergie qui y sont affectées tout en continuant de faire preuve de créativité et d'adaptation dans leurs approches (ex.: utilisation d'Info-santé dans les stratégies de prévention, meilleure intégration et application du volet préventif à travers les volets curatifs, bilan critique des activités en prévention/promotion).

Le maintien de cet investissement est d'autant plus important que les CLSC sont considérés comme des intervenants de premier plan pour l'atteinte des objectifs qui sont reliés aux nouvelles priorités nationales en santé publique. C'est sur la base de ces priorités que devra s'effectuer un rapprochement entre les services dispensés par les CLSC au niveau local et ceux assurés par la direction de la santé publique au palier régional.

Enfin, un effort particulier sera demandé aux CLSC pour qu'ils affectent de leurs ressources en prévention/promotion au déploiement, sur chacun des territoires, des projets du type «Naitre égaux, grandir en santé» et qu'ils participent à des plans d'action locaux intersectoriels qui visent le développement optimal des jeunes dans des territoires prioritaires. Ce même effort sera également demandé aux centres jeunesse.

Cible 5 - Les services médicaux de première ligne

Enfin concernant l'aspect des services médicaux en CLSC, l'accent sera mis sur la création du Département régional de médecine générale (DRMG) qui devra mettre en place un réseau intégré de services médicaux de première ligne. Les CLSC seront surtout invités à s'articuler avec les cliniques médicales et les cabinets privés pour consolider des services de consultation médicale avec ou sans rendez-vous dans tous les territoires, en tenant compte des ressources disponibles sur chacun des territoires.

Les services médicaux sans rendez-vous offerts tous les jours de la semaine de 8 h à 22 h, 365 jours par année, seront consolidés dans toutes les sous-régions dans une dynamique de non-compétition entre les cliniques médicales, les cabinets privés et les CLSC, et le département régional de médecine générale en proposera, à la Régie régionale, la reconnaissance des sites.

Impact sur les systèmes d'information

L'objectif d'établir un réel réseau interactif de services, nécessite que les membres soient reliés par des systèmes d'information et de communication qui utilisent un langage commun.

Le choix de l'approche réseau pour assurer la continuité des services et accélérer l'accès est une des orientations fondamentales de l'organisation des services de la région de Montréal. La réussite d'une telle approche nécessite d'optimiser l'échange d'information entre les établissements.

De plus, le choix de s'orienter pour le balisage et la reddition de compte intégré basé sur les résultats exige de disposer des systèmes d'information adéquats pour développer et produire les indicateurs qui serviront à évaluer de façon fiable l'atteinte des objectifs visés.

Ces choix d'avenir nécessitent que, dans le secteur des systèmes d'information et de l'informatique, nous révisions :

- Notre approche;
- Nos priorités;
- Notre façon de planifier et de coordonner le développement et la gestion des systèmes;
- Les modes et les niveaux de financement.

Nous devons davantage nous orienter vers le développement et l'implantation de systèmes conçus pour des réseaux de services que vers des systèmes conçus en fonction de catégories d'établissements isolés les uns des autres, tant au plan des services à la population que de la gestion. La notion de

réseau est autant au coeur de l'amélioration des services à la population que de la modernisation des services administratifs et de soutien.

Nos objectifs pour l'avenir sont de :

- Favoriser la mise en réseau pour assurer la continuité des services et la rapidité d'accès;
- Assurer la disponibilité des systèmes d'information adéquats pour permettre la production d'indicateurs de résultats;
- Faciliter l'accès des citoyens aux services et à l'information;
- Supporter les mesures prioritaires du Plan d'amélioration des services 1998-2002 qui nécessitent des systèmes d'information améliorés : laboratoires, amélioration de l'accès à la chirurgie, dépistage du cancer du sein, réseaux interactifs.

La mise en réseau ne peut être la résultante à l'échelle régionale de l'addition de plus de cent plans directeurs de ressources informationnelles conçus indépendamment les uns des autres par les établissements.

Nous devons plutôt développer une cascade cohérente de plans interreliés aux niveaux national, régional, sous-régional et local.

Suivant le principe de subsidiarité, l'initiative de l'action et la prise de décision devraient demeurer le plus près possible du niveau local à moins qu'il n'y ait une plus value ou un avantage marqué de passer au niveau sous-régional, régional ou national.

De plus, pour des raisons d'efficience et d'efficacité, nous devons de plus en plus nous orienter vers une approche de coopération interétablissement pour le développement et le soutien des systèmes informationnels de même nature ou partagés en réseau.

Compte tenu des changements majeurs survenus au plan national en matière de gestion des ressources informationnelles, des nouvelles priorités qui seront définies à ce niveau au printemps 1998 et des objectifs du plan d'amélioration des services 1998-2002, nous devons nous doter d'un nouveau plan d'action à l'échelle régionale.

Ce plan d'action renouvelé devrait devenir un projet partagé par le réseau régional et être bien coordonné avec le projet de modernisation des services administratifs et de soutien.

De façon concrète, la mise en oeuvre de ce plan d'action nécessitera les actions prioritaires suivantes :

LES PROJETS INCONTOURNABLES

- Adaptation des systèmes et équipements informatisés au passage à l'an 2000;
- Déploiement de l'infirmerie sociosanitaire dans la région de Montréal;
- Implantation et support au déploiement de Lotus Notes pour la transmission d'information au sein du réseau régional.

LES PROJETS ESSENTIELS

- Développement des échanges de données cliniques ayant trait aux laboratoires, à la radiologie et aux services diagnostiques et éventuellement aux services pharmaceutiques et thérapeutiques;
- Développement et implantation de logiciels pour faciliter le monitoring des délais d'accès, la priorisation des cas et activer les processus pour les spécialités retenues dans le Plan 1998-2002 :
 - chirurgie cardiaque
 - neurochirurgie
 - orthopédie
 - ophtalmologie
- Adaptation et déploiement d'un outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des séjours à l'hôpital;
- Déploiement dans les hôpitaux du système de gestion des urgences (SIURGE);
- Déploiement dans les CLSC du système d'information sur les services de maintien à domicile (SISMAD) et du système d'information clientèle (SIC);
- Déploiement du système d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance;
- Déploiement du système d'information sur le dépistage du cancer du sein (SIDCS);
- Déploiement du système de support à la pratique jeunesse (SSPJ) et du projet intégration jeunesse (PIJ);
- Développement conjoint des ressources informationnelles des cinq centres ambulatoires prévus dans le plan 1998-2002;
- Déploiement du réseau de télémédecine.

Les projets qualifiés d'incontournables sont ceux que nous devons réaliser indépendamment des objectifs spécifiques du Plan d'amélioration des services 1998-2002 : que ce soit pour le passage à l'an 2000 ou pour la mise en place d'un réseau de télécommunication reliant nos établissements entre eux et avec les autres régions.

Les projets dits essentiels sont ceux que nous devons réaliser si nous voulons atteindre les objectifs spécifiques visés par le Plan d'amélioration des services 1998-2002.

En plus de ces projets incontournables et essentiels, le déploiement d'autres systèmes pourrait s'ajouter en fonction de nouvelles priorités nationales ou de projets reliés à la modernisation des services administratifs et de soutien. Pour se réaliser, ces projets devront être assortis d'un financement spécifique.

Dans le document de support à la consultation, nous avons estimé les dépenses marginales additionnelles nécessaires à l'échelle régionale à 9 M\$ sur trois ans en ce qui a trait aux investissements non récurrents. De plus nous avons estimé qu'il faudrait augmenter d'environ 3,3 M\$ par année la part du budget régional récurrent consacré par les établissements aux systèmes informationnels.

Suite aux audiences publiques et à la révision des projets, nous estimons les investissements additionnels non-récurrents requis à l'échelle régionale à 15 M\$ sur quatre ans. La part du budget régional récurrent consacré aux ressources informationnelles devrait augmenter de 4 M\$.

Le coût total des investissements requis sur une base non récurrente atteint 120,7 M\$ sur la base des estimations les plus récentes.

De ce montant, 42,5 M\$ sera nécessaire pour assurer l'adaptation des systèmes et des équipements informatisés au passage de l'an 2000. Le financement de ce dossier devrait être assumé par le ministère dans le cadre de son Plan d'immobilisation. De même les 10,5 M\$ nécessaires à la mise en place des systèmes nécessaires dans les cinq centres ambulatoires devraient être inclus dans les budgets d'immobilisation octroyés pour ces centres. Enfin, un investissement de 15 M\$ serait requis dans le cadre de la modernisation des services de laboratoires.

Le financement du solde de 53,7 M\$ d'investissements nécessaires devrait provenir du plan triennal d'immobilisation du ministre en ce qui a trait aux systèmes d'information. Les estimations actuelles, compte tenu des priorités envisagées par le ministère, permettent d'espérer environ 38,7 M\$ de cette source, notamment pour le déploiement :

- Du système d'information sur les services de maintien à domicile (SISMAD) et des systèmes d'information-clientèle en CLSC (SIC);
- Du système d'information sur les activités professionnelles et d'hémovigilance;
- Du système d'information sur le cancer du sein (SIDCS);
- Du système de support à la pratique jeunesse (SSPJ) et du projet intégration jeunesse (PIJ);
- Du réseau de télémédecine.

Les investissements additionnels requis pour réaliser le plan d'action régional s'élèveront à 15 M\$ au cours des trois prochaines années.

Concernant les coûts récurrents, notre estimation tient compte de l'annonce du financement par le ministre des coûts reliés à l'autoroute sociosanitaire.

Implications sur les ressources financières

La réalisation du Plan d'amélioration des services 1998-2002 nécessitera des développements budgétaires et des réallocations impliquant des transferts de ressources humaines, de budget et de clientèles.

De façon sommaire, les implications financières sont décrites aux tableaux 28 à la page 100 et 29 à la page 102.

Tableau 28 - SOMMAIRE FINANCIER DES DÉVELOPPEMENTS ET REALLOCATIONS LIÉS AUX CONTINUUMS DE SERVICES

Scénario sans développement	Développement non récurrent				Développement récurrent				Réallocation				
	1998-1999	1999-2000	Total		1999-2000	2000-2001	2001-2002	Total	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	Total
Santé physique													
3.1.1.2 Fonds développement accés spécialisés et ultraspecialisés.		12 964 600	12 964 600		10 177 800	16 655 600	18 732 600	45 566 000					
3.1.1.5 Amélioration des soins post-opératoires et posthospitaliers : services en CLSC					1 060 000	2 120 000	2 120 000	5 300 000					
Sous-total		12 964 600	12 964 600		11 237 800	18 775 600	20 852 600	50 886 000					
Personnes âgées													
3.2.1 Rehaussement de 2 326 lits en CHSLD à 2,5 h/s/jr.					3 600 000	7 400 000	7 400 000	18 400 000					
3.2.3 Augmentation du taux de réponse					5 600 000	11 500 000	11 500 000	28 600 000					
3.2.7 Augmentation des services à domicile en CLSC					4 600 000	9 500 000	9 500 000	23 600 000					
3.2.9 Mise en place d'un centre de jour					300 000			300 000					
3.2.10 Augmentation des services d'hébergement temporaire						300 000		300 000					
3.2.13 Ajout de 400 places d'hébergement non institutionnel									1 800 000	1 800 000	1 300 000	1 200 000	6 100 000
Sous-total		12 964 600	12 964 600		14 100 000	28 700 000	28 400 000	71 200 000	1 800 000	1 800 000	1 300 000	1 200 000	6 100 000
Personnes ayant une déficience physique													
3.3.2 Services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile (Développement CLSC)					340 000	680 000	680 000	1 700 000					
3.3.4 Augmentation 5,6 M\$ sur trois ans aux budgets POSILTH des 29 CLSC					1 120 000	2 240 000	2 240 000	5 600 000					
3.3.5 Augmentation 1 M\$ aux CLSC pour le programme de soutien aux familles					200 000	400 000	400 000	1 000 000					
Sous-total					1 660 000	3 320 000	3 200 000	8 300 000					

**Tableau 29 - SOMMAIRE FINANCIER DES
DEVELOPPEMENTS ET
REALLOCATIONS LIES AUX
CONTINUUMS DE SERVICES**

Scénario sans développement 1998-1999	Développement non récurrent			Développement récurrent			Réallocation			Total
	1998-1999	1999-2000	Total	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000	2000-2001	2001-2002	
Santé mentale										
3.4.2 Intégration et réinsertion dans la communauté - Services et ressources dans la communauté - Places adaptées en CHSLD Services de base en santé mentale - Accès téléphonique 24/7 - Service des base en santé mentale en CLSC Hospitalisation psychiatrique - Rehaussement des lits de long séjour en CHSP - Création de lits de long séjour régionaux (CHSP)										
Sous-total										
Déficiência intellectuelle										
Résidentiel Socio-professionnel Service d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches Soutien à la famille (CR) Troubles envahissants du développement (autisme)				1 160 000 600 000	2 320 000 1 200 000	2 320 000 1 200 000	1 757 252 184 173 418 575	3 514 504 368 173 837 150	3 514 504 368 346 837 150	8 786 260 920 865 2 092 875
Sous-total				2 400 000	4 800 000	4 800 000	2 360 000	4 720 000	4 720 000	11 800 000
Adaptation sociale										
3.6.3.1 Se donner un plan régional d'action intersectoriel en alcoolisme et toxicomanie pour l'île de Montréal - Méthadone (*) Mesures du plan d'action				260 000	520 000	520 000				
Sous-total				260 000	520 000	520 000				
TOTAL		12 964 600	12 964 600	29 657 800	56 115 600	57 892 600	7 000 000	11 760 000	10 720 000	5 920 000
										35 400 000

(*) Financement du plan d'action par les partenaires multisectoriels 3 673 305 \$

3.8. EN RÉSUMÉ : DOUZE MESURES CENTRALES

1. Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés suivants :
 - chirurgie cardiaque,
 - neurochirurgie,
 - orthopédie,
 - ophtalmologie,
 - radio-oncologie.
2. Desservir les personnes ayant une déficience intellectuelle en attente de service.
3. Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence.
4. Améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne :
 - mettre sur pied un réseau intégré de services.
5. Améliorer les services de laboratoire et l'accès aux prélèvements.
6. Améliorer la réponse aux besoins de services des personnes âgées en perte d'autonomie.
7. Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive.
8. Améliorer l'accès des personnes ayant une déficience physique aux services de maintien dans la communauté.
9. Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté dans le secteur de la santé mentale.
10. Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur à l'intention des jeunes et de leurs parents.
11. Se donner un plan régional d'action intersectoriel face à l'alcoolisme et aux toxicomanies.
12. Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.

UNE VOIE DE PASSAGE VERS L'AVENIR : LA MODERNISATION DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN

4.1 UN NOUVEAU CONTEXTE

Au plan des ressources humaines et des ressources financières, le contexte a beaucoup évolué au cours des derniers mois. Suite au dépôt des crédits, une stabilisation de nos ressources financières pour l'exercice 1998-1999 est maintenant confirmée, laissant toutefois entière la problématique de la prise en charge des coûts du système. De plus, le programme de départs volontaires à la retraite a libéré plus de 5 500 postes équivalents temps complets à Montréal, ce qui représente une masse salariale d'environ 200 M\$ par année. Environ 36 % de ces départs ont eu lieu dans les services de support et de soutien et un bon nombre n'ont pas encore été remplacés.

La réduction des compressions, en regard des années antérieures, combinée au succès du programme de départs volontaires nous ouvre la possibilité, en utilisant le mieux possible la masse salariale libérée, de réorganiser pour l'avenir nos services administratifs et de soutien en vue d'en améliorer l'efficacité. Cela répond également à une demande spécifique du ministère qui a demandé à toutes les régions de lui présenter des propositions en ce sens. Cette démarche serait même appuyée par un programme d'immobilisations ciblé. Nous savons que des travaux sont très avancés dans d'autres régions et il importe que Montréal-Centre se positionne bien au plan provincial pour profiter de cette opportunité.

Les préoccupations quant à la qualité sont également indissociables de celles touchant l'efficacité. La population et la clientèle ont des attentes claires à cet égard et une perception existe à l'effet que les compressions ont diminué la qualité des services de soutien.

Nous savons aussi que 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 pour améliorer les autres services à la population. Il faut donc vérifier s'il y a encore des économies à faire et, si oui, il faut les réaliser pour dégager des

ressources à réinvestir. Dans le contexte financier actuel, la création de toute marge de manoeuvre est bienvenue, 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.

Nous devons donc, au cours des prochains mois, répondre à ces questions et choisir les meilleures solutions d'avenir pour réaliser le maximum d'économies tout en assurant la qualité des services. Le tout implique, bien sûr, une flexibilité accrue quant à l'organisation du travail. Une ouverture à cet égard est perceptible chez les organisations syndicales, sous réserve de la protection des emplois actuels.

4.2 LES ORIENTATIONS

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 les emplois s'y rattachant;
- Rendre nos services plus efficaces par comparaison (benchmarking) entre nous et avec le secteur privé pour consolider et améliorer la performance du secteur public;
- Réaliser le maximum du potentiel d'économies;
- Adapter une approche de regroupement, de partage, de mise en commun, de consortium ou d'impartition sur une base multiétablissements;
- Favoriser l'atteinte des objectifs du Plan d'amélioration des services à la population 1998-2002.

4.3 LES DÉFIS ET LES OBJECTIFS

En 1996-1997, les secteurs de l'alimentation, de l'entretien sanitaire, de la buanderie, de l'entretien des installations et de l'administration générale représentaient des dépenses

annuelles totales de 842 M\$ (dont 766 M\$ en établissements publics), soit environ 25 % des coûts régionaux:

Tableau 30 - SECTEURS D'ACTIVITÉS CONCERNÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS Coûts directs nets 1996-1997 (millions)	
Administration	225 M\$
Alimentation	167 M\$
Buanderie-lingerie	49 M\$
Entretien ménager	100 M\$
Installations matérielles	225 M\$
TOTAL	766 M\$

Une analyse préliminaire du potentiel d'économies dans chacun des secteurs d'activités a déjà été effectuée à partir des données 1996-1997. En juin 1998, nous disposerons des données financières et opérationnelles 1997-1998. Cela nous permettra, en premier lieu, de mesurer le chemin parcouru en regard de notre première estimation, tout en permettant de fixer de nouvelles cibles, davantage réalistes. On peut déjà prévoir une baisse significative de l'objectif visé, à cause de l'impact du programme de départs volontaires en 1997-1998.

Chacun de ces secteurs d'activités a des caractéristiques particulières qui requièrent des approches adaptées aux exigences du service fourni et le cas échéant, aux modes de production et de distribution qui en influencent le prix de revient et la qualité.

4.4 UN CHOIX STRATÉGIQUE POUR L'AVENIR : LA COOPÉRATION ENTRE ÉTABLISSEMENTS

À l'échelle locale, des gains peuvent être réalisés et des efforts sont encore requis à cet effet au sein de certaines organisations. Toutefois, l'atteinte du plein potentiel d'économies exige une réorganisation du travail et la recherche de contributions externes qui ne peuvent s'appuyer sur la seule dimension de l'établissement. Les approches de regroupement sur une base multiétablissements peuvent concrétiser un potentiel appréciable non réalisable autrement.

Dans le cas des services à la population, la Régie régionale a déjà opté pour une orientation favorisant la mise en réseau interactif d'entités autonomes localement, ce qui permet d'assurer la continuité des services à la population et une utilisation optimale de nos ressources, en conservant toute la richesse de la diversité des cultures locales. La même orientation générale est retenue pour les services

administratifs et de soutien, tel que privilégié dans une étude commanditée par la Régie régionale.

4.4.1 Les principes directeurs

L'approche retenue repose sur les principes directeurs suivants :

- Un véhicule privilégié d'action : des ententes interétablissements;
- Une responsabilisation des établissements partenaires face au choix des moyens;
- Une évaluation des résultats et non des processus;
- Une évaluation globale de la performance et de l'atteinte des objectifs en fonction de l'ensemble des ressources du groupe;
- Un partenariat avec les employeurs et les employés;
- Une application des bénéfices aux services directs à la population.

4.4.2 Une solution d'avenir : encourager les ententes interétablissements sur une base de proximité d'intérêt et de territoire

Pour concrétiser notre approche et se donner les moyens d'atteindre nos objectifs, nous proposons l'animation de la concertation sur une base territoriale. Le concept à la base de ces regroupements repose sur les caractéristiques suivantes :

- Des ententes interétablissements sur une base de proximité;
- Une approche clients-fournisseurs;
- Une implantation progressive en mode d'apprentissage.

Le respect du principe de subsidiarité : pour qu'une activité soit abordée au niveau du territoire ou de la région, il doit y avoir une valeur ajoutée non réalisable autrement.

Ce cadre ne s'appliquerait pas pour l'instant aux établissements privés conventionnés, qui pourraient tout de même s'impliquer individuellement avec des établissements publics, pour des projets spécifiques présentant des avantages communs.

- L'approche territoriale est préconisée parce qu'elle permet:
 - Une complémentarité des partenaires et une participation accrue;
 - Une possibilité de comparaison entre territoires favorisant l'amélioration continue de la performance;
 - L'élaboration de plans d'affaires intégrés au plan local, régional et territorial;

- La simplification de la gestion régionale des dossiers d'infrastructures;
- La possibilité de projets interterritoires ou à portée régionale s'il y a une valeur ajoutée à le faire;
- Le maintien de masses critiques suffisantes pour conserver l'expertise spécialisée dans certains domaines.

Dans ce contexte de mise en place d'une nouvelle structure formelle ou légale, il n'est donc pas question de création d'un palier administratif additionnel au plan sous-régional. Les résultats se concrétisent plutôt par la conclusion d'ententes entre les partenaires impliqués dans le cadre de dossiers précis (ex. buanderie, services alimentaires). La stratégie d'action et l'ordre des moyens appartiennent aux établissements membres, avec une obligation de résultat. En ce sens, des choix difficiles devront sans doute être faits dans différents dossiers. La Régie régionale supportera concrètement les projets de modernisation élaborés par les regroupements et encouragera ceux-ci à faire preuve d'innovation. Ce cadre ne s'appliquerait pas, pour l'instant, aux établissements privés conventionnés qui pourraient tout de même s'impliquer individuellement avec des établissements publics pour des projets spécifiques présentant des avantages communs.

Les territoires sont constitués sur la base de regroupements de districts de CLSC. Des ajustements mineurs à la carte originellement proposée demeurent encore possibles. Cette approche territoriale ne vise que les services administratifs et de soutien. Elle n'est aucunement une étape menant à une organisation territoriale des services cliniques ou à des fusions déguisées d'établissements. Les résultats attendus de cette approche sont :

- La réalisation de projets communs;
- La génération d'économies réelles, pouvant servir au renforcement des services cliniques;
- La livraison de services de qualité dans le cadre d'une approche centrée d'abord sur les clients;
- L'établissement de contrats interétablissements incluant un devis de qualité.

4.5 UNE DYNAMIQUE ET UN LEADERSHIP RENOUVELÉS

Dans ce domaine comme pour les services directs, l'on souhaite que les établissements se comportent comme un véritable réseau. Pour appuyer cette tendance 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. Un de ses rôles importants dans ce nouveau contexte sera le support aux investissements, de toute nature, qui seront requis pour la modernisation des infrastructures des territoires.

Différents outils régionaux pourront être développés ou supportés pour favoriser l'atteinte de nos objectifs, notamment :

- Des études régionales et sous-régionales thématiques;
- Des projets ciblés d'immobilisations.

De même, différents outils de coopération peuvent être envisagés à l'échelle territoriale :

- Études de faisabilité;
- Assistance conseil;
- Systèmes de gestion informatisée.

La Régie régionale compte utiliser la même approche générale en ce qui a trait au dossier des ressources informationnelles en l'adaptant au contexte particulier de ce secteur. Ces particularités peuvent être prises en compte et traitées en utilisant la même approche de coordination régionale et territoriale, en s'appuyant sur le principe de subsidiarité.

Enfin, la nature des dossiers implique une interaction au niveau régional. La Régie régionale privilégiera alors une concertation interterritoriale qui favorisera, lorsque les circonstances s'y prêteront, l'émergence de solutions d'ensemble intégrant harmonieusement les propositions élaborées au plan territorial.

4.6 UN SUIVI

La Régie régionale a exposé ses orientations préliminaires à l'automne 1997 et des mécanismes de concertation ont été mis en place dans tous les territoires. Des initiatives sous-régionales sont également déjà en cours pour l'alimentation et la buanderie. L'année 1998-1999 sera consacrée à la poursuite de cette implantation progressive favorisant l'expérimentation de la formule. On prévoit une première évaluation conjointe du modèle pour l'hiver 1999. Les ajustements nécessaires seront apportés par la suite, selon les constats alors effectués.

LE SECTEUR DE LA SANTÉ : UN PÔLE ÉCONOMIQUE DE PREMIER PLAN POUR LA RÉGION DE MONTRÉAL

5.1 ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUE

Les industries de la santé constituent un secteur d'activité économique d'une importance déterminante au Québec et, en particulier, dans la région métropolitaine de Montréal où elles se trouvent concentrées.

Les entreprises sont à l'oeuvre dans cinq domaines³⁵:

1. L'industrie pharmaceutique

On retrouve au Québec 30 entreprises transnationales, 40 PME pharmaceutiques, 60 entreprises de produits naturels et treize entreprises de recherche clinique.

La production québécoise atteignait, en 1995, 1,87 milliards de dollars avec des exportations de 336,4 M\$. Les importations, de leur côté, se chiffraient à 638 M\$.

Ce secteur représente 13 000 emplois.

2. L'industrie de la biotechnologie reliée à la santé

Les activités principales, dans ce domaine, sont la recherche et le développement, la fabrication de vaccins et de produits biologiques.

Cette industrie est composée d'environ 40 sociétés employant près de 1 040 personnes, dont 665 en recherche et développement. Leurs ventes annuelles totalisent environ 250 M\$, principalement dans le domaine des produits diagnostiques (65 %). Les entreprises de ce secteur sont surtout de petites entreprises issues des travaux de recherche des institutions québécoises.

3. L'industrie du matériel médical

Elle compte quelque 200 entreprises, en majorité des PME, dont l'activité principale est la fabrication de fournitures médicales et d'hôpital, d'aides techniques ainsi que d'appareils et d'équipements médicaux.

Elle emploie près de 4 000 personnes pour un chiffre d'affaires de 301 M\$ dont 120 M\$ à l'exploitation. Elle comble 25 % des besoins du marché intérieur estimé à 600 M\$.

4. L'industrie des technologies de l'information

Les biens et services de cette industrie comprennent le matériel, les logiciels et les services utilisés pour la collecte, le traitement et la transmission de l'information dans le domaine de la santé :

- Services de télémédecine;
- Téléconférences et consultations à distance;
- Enseignement médical permanent à distance;
- Applications réseau;
- Recherche en direct;
- Gestion des bases de données;
- Systèmes d'information;
- Traitement de l'information sur les médicaments.

5. L'industrie des services

Il s'agit principalement de PME qui offrent des services sur une base commerciale tant au Québec qu'à l'extérieur.

Ces services comprennent les services conseil en administration de la santé, en gestion des établissements et des installations, en enseignement médical permanent et en formation en soins infirmiers et dans d'autres domaines, en architecture et en ingénierie ainsi que les services dentaires, ophtalmologiques et optométriques non assurés, les assurances privées complémentaires individuelles ou de groupe.

Une bonne partie du dynamisme de ces secteurs d'activités découle du dynamisme et de la performance du secteur de la recherche et du développement qui est l'un des atouts clés de la région de Montréal, où l'on retrouve :

- Une concentration d'infrastructures de recherche de qualité en lien avec les centres hospitaliers universitaires, les centres affiliés et les instituts;
- La présence d'un grand nombre d'institutions universitaires;
- Une main-d'oeuvre hautement qualifiée;
- Un environnement fiscal favorable;
- Une base solide dans les secteurs pharmaceutique et technologique;

³⁵ Bureau du partenariat économique, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1997.

- La possibilité d'une synergie unique entre les industries de la santé et celles de l'informatique, du multimédia et des télécommunications.

Le développement des industries de la santé est un enjeu majeur pour notre région, qui pourrait bénéficier à long terme d'un essor économique créateur d'emplois stables et de qualité, si elle réussit à exploiter au maximum son potentiel et ses avantages comparatifs.

5.2 UN PLAN D'ACTION POUR RÉALISER NOTRE POTENTIEL

5.2.1 Le plan stratégique du Conseil régional de développement de l'île de Montréal

En septembre 1994, lors des consultations menées par le Conseil régional de développement de l'île de Montréal sur son projet de plan stratégique de développement, la Régie régionale suggérait d'ajouter ce qui suit :

«Secteur en progression, le développement de l'industrie de la santé, tant dans le domaine des soins spécialisés et ultraspecialisés que dans celui du service à la clientèle, notamment les soins à domicile, constitue un enjeu particulièrement important pour Montréal.

La concentration, au sein de la métropole, de centres hospitaliers universitaires francophones et anglophones, liée à la présence d'une industrie des technologies médicales, d'une industrie pharmaceutique compétitive et d'une concentration de centres de recherche, constituent des atouts pour favoriser l'émergence d'une grappe santé dont l'aire de marché pourrait dépasser les frontières nationales.

La réalisation de cet objectif majeur, si l'on considère que ce secteur est le deuxième plus grand employeur de la région, nécessite toutefois la réalisation d'un certain nombre de conditions :

- Un changement de perspective pour envisager le secteur santé comme ayant un potentiel de création de richesse plutôt que comme un secteur générant uniquement des dépenses;
- Un rapprochement des différents segments d'activités et le développement d'un partenariat entre les institutions, les entreprises et les travailleurs autour de cet objectif de développement;
- Une déréglementation et une collaboration des employeurs et des syndicats favorisant la reconfiguration du secteur en permettant notamment la mobilité et l'adaptation de la main-d'oeuvre dans ce domaine en pleine mutation

technologique;

- Une reconnaissance, par les autres régions et par le gouvernement, du rôle de métropole de la région de Montréal dans le domaine des services ultraspecialisés au bénéfice de l'ensemble du Québec;
- Des initiatives mobilisatrices de la part de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, du ministère et du gouvernement;
- L'adoption d'une stratégie concertée de développement du marché international en regard d'autres métropoles nord-américaines très actives dans ce créneau comme Toronto et Boston.»³⁶

5.2.2 Le rapport du comité santé de la Ville de Montréal et du ministère du Développement de la Métropole

Par la suite, la Régie régionale a collaboré à différents groupes de travail initiés par la Ville de Montréal dans la perspective de contribuer à doter la région d'un plan d'action qui concrétiserait ces orientations.

La Ville de Montréal et le ministère de la Métropole ont mis sur pied un comité santé formé d'une trentaine de spécialistes et de décideurs du milieu de la santé et présidé par madame Hélène Desmarais, présidente du Centre d'entreprises d'innovation Montréal.

La Régie régionale a collaboré aux travaux qui avaient deux objectifs :

1. Comprendre la dynamique de l'industrie de la santé;
2. Proposer des actions susceptibles de faciliter et d'accélérer le développement de l'industrie.

Le rapport du comité santé, préparé avec la collaboration du Groupe SECOR, a été rendu public en août 1997. Il propose un plan d'action centré sur trois objectifs :³⁷

I. Stimuler l'entrepreneuriat

Le succès dépend évidemment de la volonté des dirigeants de l'industrie. Ce sont eux qui doivent déceler les occasions d'affaires, évaluer les risques et tenter d'imposer leurs produits, leurs idées et leur savoir-faire. Toutefois, les entrepreneurs ne sont pas seuls dans cette course. Si les conditions générales ne sont pas au rendez-vous, les entreprises de la région se feront inévitablement distancer par leurs concurrents d'ailleurs. Le comité formule cinq recommandations pour appuyer l'entrepreneuriat :

³⁶Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Lettre au conseil d'administration du CRDIM, septembre 1994.

³⁷SECOR, Faire de l'industrie de la santé un pôle industriel de premier plan pour la région de Montréal, août 1997.

- Les gouvernements doivent reconnaître sans équivoque l'importance et le potentiel de l'industrie de la santé, appuyer son développement et mettre en place des conditions favorables à son essor.
- Le réseau de la santé doit systématiquement soutenir l'industrie locale dans ses efforts de développement. Il y parviendra en valorisant l'entrepreneuriat interne, en établissant des incitatifs à l'innovation et en s'assurant que le cadre réglementaire encourage la création d'alliances avec les entrepreneurs.
- Le gouvernement du Québec doit se pencher sur les effets démobilisateurs de la structure de rémunération des médecins et établir sans délai une grille de rémunération pour la télémédecine.
- On doit augmenter les capacités de gestion. Pour cela, le comité demande aux universités d'ajuster les programmes d'enseignement aux établissements de capital de risque, d'encourager les chercheurs-dirigeants à améliorer leurs compétences en gestion, aux dirigeants de l'industrie, de pratiquer une veille commerciale pour faciliter le travail des gestionnaires, et aux gouvernements d'être attentifs aux facteurs susceptibles de faciliter l'embauche et l'intégration des travailleurs stratégiques provenant de l'extérieur du Québec.
- Les établissements de capital de risque, les institutions financières et les gouvernements doivent s'assurer que les entreprises qui ont réussi leur démarrage aient accès au capital nécessaire pour financer leur développement ultérieur.

2. Encourager l'innovation

L'industrie montréalaise de la santé sera d'autant plus forte qu'elle arrivera à traduire rapidement les découvertes scientifiques en innovations technologiques commercialisables. Ce processus complexe nécessite une attention particulière. Le comité formule neuf recommandations susceptibles d'améliorer ces conditions :

- Pour assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, les établissements de recherche, les instituts médicaux spécialisés, les centres hospitaliers universitaires et les entreprises doivent définir des mesures propices à limiter l'exode des cerveaux, susciter le retour des meilleurs chercheurs et médecins, et encourager les études et les carrières scientifiques dans le secteur de la santé.
- Pour maintenir un cadre de formation favorable, le gouvernement doit s'assurer que les universités disposent de fonds suffisants pour garder un parc d'équipements à la fine pointe de la technologie. En outre, le comité encourage les universités à soumettre

rapidement et d'une manière structurée leurs projets d'infrastructure de recherche à la nouvelle Fondation canadienne pour l'innovation, afin de s'assurer qu'elles retirent leur juste part de ce fonds de 800 M\$.

- Il faut revoir les règles limitant le droit de pratique des médecins étrangers afin que les centres hospitaliers universitaires et les instituts médicaux spécialisés puissent embaucher les meilleurs spécialistes mondiaux.
- Le gouvernement du Québec doit maintenir le régime fiscal très compétitif pour la recherche et le développement, et demeurer attentif à l'évolution des événements dans les autres juridictions.
- Le gouvernement fédéral doit s'engager, une fois pour toutes, à offrir une protection juridique des brevets qui soit équivalente à celle que l'on retrouve dans les pays directement en concurrence avec le Canada pour la localisation des centres de recherche et de développement dans le secteur pharmaceutique.
- Le réseau et le système de santé dans son ensemble doivent faciliter les phases d'essai et d'expérimentation, et adopter une approche qui encourage des ententes de développement avec les fabricants d'équipement médical. Il importe que les centres hospitaliers universitaires de la région jouent un rôle de leader à cet égard en remplissant pleinement leur mission d'évaluation des technologies. Il importe également que les ministères à vocation économique mettent en place des mécanismes pour faciliter le financement de ces activités.
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait mettre sur pied un fonds national chargé de contribuer au financement des frais de fonctionnement dans les cas où les acquisitions s'inscrivent dans une démarche de développement d'un nouveau produit ou encore, lorsqu'il s'agit de créer une vitrine technologique pour un produit innovateur.
- Le gouvernement doit également faciliter et encourager la création de consortiums de recherche dans le domaine de la santé.
- Enfin, il faut améliorer le transfert technologique. Les universités doivent le valoriser en prenant en considération les activités qui y sont reliées lors de l'évaluation des professeurs. Les organisations responsables du transfert technologique doivent en faire la promotion systématique et s'assurer que les organismes qui peuvent contribuer à son financement soient visibles et accessibles sur les campus universitaires. Il importe aussi d'améliorer l'arrimage entre les divers partenaires engagés dans le dépistage technologique et le montage de projets de transfert technologique.

3. Accroître l'ouverture de l'industrie sur l'extérieur

Les marchés étrangers offrent un potentiel de développement très important. Nos entrepreneurs doivent savoir qu'ils peuvent compter sur des organisations efficaces et dynamiques, capables de les accompagner et d'appuyer leurs efforts pour attirer les ressources humaines dont ils ont besoin et arriver à percer ces marchés. Pour tirer profit des nouveaux débouchés sur ces marchés, le comité formule six recommandations :

- Les établissements hospitaliers de la région doivent amorcer une réflexion sur le déploiement de services de télémédecine internationale. Le comité encourage les entrepreneurs de l'industrie à jouer un rôle actif dans les efforts pour normaliser et établir les règles qui régiront la pratique de la télémédecine internationale.
- Le comité recommande aux dirigeants de l'industrie et à certains organismes de financement (SGF, CDPQ, FSTQ...) d'explorer les avenues de consolidation, notamment dans le groupe des équipements médicaux. En particulier, les petites entreprises doivent rechercher des alliances avec les grandes multinationales qui possèdent l'expertise et les réseaux requis pour assurer une commercialisation rapide et à grande échelle des nouveaux produits.
- Il faut mettre en valeur, d'une manière intégrée, l'ensemble des services et expertises en santé du Québec. Pour ce faire, il faut maximiser les collaborations entre le réseau et le secteur privé afin de faciliter l'exportation de notre expertise en gestion hospitalière et de favoriser la création de consortium d'exportation de services de santé qui tiennent compte de la nature des besoins des clients.
- Le gouvernement doit profiter de la création des trois centres hospitaliers universitaires et de leur avantage-coût important vis-à-vis de leurs concurrents américains pour explorer la possibilité d'attirer dans nos établissements une clientèle américaine en fonction de la capacité excédentaire. Cet exercice devrait aussi servir à revoir les pratiques entourant le service à la clientèle hospitalière.
- Le gouvernement et les organismes concernés, en particulier Montréal International, doivent se doter d'une stratégie globale pour accroître à l'étranger la visibilité de l'industrie de la région.
- Enfin, les organismes gouvernementaux comme l'ACDI doivent être plus sensibles aux occasions commerciales du secteur de la santé et appuyer davantage les efforts des intervenants d'ici au sein des organismes multilatéraux.

Bureau du partenariat économique du ministère de la Santé et des Services sociaux

En juillet 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux créait le Bureau du partenariat économique.

Les objectifs :

- Coordonner les actions du ministère, des régies régionales et des établissements en vue de soutenir et de favoriser le développement des industries québécoises de la santé et des services sociaux tant aux plans régional et québécois qu'extérieur.
- Participer à la promotion de l'expertise des services et des produits des industries québécoises de la santé et des services sociaux.
- Contribuer au développement des entreprises en facilitant la valorisation des connaissances et le transfert des technologies développées dans le réseau des centres hospitaliers et des instituts universitaires, en concertation avec le Fonds de recherche en santé du Québec.
- Contribuer à l'élaboration de stratégies gouvernementales de partenariat avec les entreprises privées, visant le développement des industries québécoises de la santé et des services sociaux.

Le Bureau agira comme :

- Centre de coordination et de concertation;
- Centre de planification stratégique et de prospection des marchés extérieurs;
- Plaque tournante de l'information;
- Centre de réseautage pour réaliser des projets d'exportation;
- Centre de gestion de projets;
- Centre de veille technologique.

Intégration spécifique de la Régie régionale au réseau régional

La Régie régionale appuie, de façon générale, les objectifs mis de l'avant et les recommandations faites par le comité de santé en août dernier. De même, elle entend collaborer activement avec le Bureau de partenariat économique du ministère et participer, à l'échelle régionale, aux mécanismes d'échange et de concertation qui seront mis en place :

- Supporter l'acquisition et le développement d'équipements innovateurs utilisant tous les leviers à notre disposition : plans d'immobilisation, Approvisionnement Montréal, plans d'action des coopératives;
- Participer à la mise en réseau des partenaires régionaux pour se donner une stratégie et un plan d'action concret du type de ceux que se sont donnés d'autres milieux avec lesquels nous sommes en compétition : Minnesota, Boston.

De façon plus spécifique, la Régie régionale entend contribuer à la mise en oeuvre des recommandations suivantes du comité santé :

- Réduire les contraintes réglementaires et institutionnelles qui limitent l'expérimentation et le développement d'alliances durables entre les établissements et des entreprises innovatrices de la région;
- Faciliter les phases d'essais et d'expérimentation de nouveaux produits. Pour ce faire, il faudra :
 - Adopter une approche souple permettant et encourageant des ententes de développement avec les fabricants d'équipement médical;
 - Développer les partenariats avec les organismes à vocation économique facilitant le financement des expérimentations et des essais;
 - Favoriser l'exercice par les centres hospitaliers universitaires de leur mission d'évaluation des technologies en recourant à tout l'éventail des moyens disponibles : plate-forme et vitrine technologique, centre d'essai;
 - Assouplir les règles de financement dans le cas des ententes de développement de nouveaux produits ou de création de vitrines technologiques pour des produits innovateurs.

De plus, nous appuierons les démarches visant à :

- Assurer une rémunération adéquate des actes médicaux rendus par la télémédecine;
- Développer l'exportation de l'expertise médicale notamment par le biais de la télémédecine;
- Permettre le recrutement des meilleurs spécialistes disponibles à l'échelle mondiale dans les centres hospitaliers universitaires;
- Créer des consortiums d'exportation de services de santé.

5.3 UN RÉSEAU MONTRÉALAIS COLLABORATEUR DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

L'ensemble des pays, notamment ceux en développement, consacreront des efforts importants pour améliorer leur système de santé. Le système public de santé du Québec jouit d'une excellente réputation à l'échelle internationale.

En plus des créneaux reliés aux industries de la santé, la région de Montréal dispose d'une masse critique de ressources professionnelles et techniques oeuvrant dans le domaine de la santé publique, de la santé des populations.

Dans toutes les universités montréalaises, on retrouve des professeurs et chercheurs affiliés à des équipes et des centres

de recherche impliqués dans le domaine de la santé publique. De plus, il y a un grand nombre de professionnels à l'oeuvre dans le réseau régional.

C'est ce potentiel imposant qui a amené, à l'Université de Montréal, les responsables des Départements de médecine sociale et préventive, d'administration de la santé, de l'hygiène du milieu et de médecine du travail, du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et du Centre d'excellence en promotion de la santé, à l'Université McGill, le responsable du Département conjoint de santé au travail et d'épidémiologie et de biostatistique, à l'UQAM, des professeurs de différentes disciplines, et, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, la Direction de la santé publique à proposer de créer le réseau montréalais de santé publique.

Ce réseau pourrait avoir comme mission de mobiliser la communauté (universitaire et le réseau de la santé et des services sociaux) autour d'une vision et d'un plan d'action pour collaborer avec l'Institut national de santé publique à faire du Québec et de la région de Montréal un pôle international de santé publique.

Le réseau viserait l'échange d'idées et d'information pour une meilleure connaissance des besoins et des problèmes de santé publique à Montréal et pour une intervention plus pertinente et plus efficace. Ces échanges pourront donner lieu à encore davantage de projets de recherche université-milieu de pratique, de nouvelles opportunités pour l'enseignement universitaire, une augmentation du nombre d'étudiants étrangers inscrits aux différents programmes dans le champ de la santé publique et l'utilisation de l'expertise montréalaise au sein de l'Institut national de santé publique.

Plus concrètement, les trois départements du secteur de la santé publique des universités de Montréal de même que le GRIS, le département conjoint de l'Université McGill et la Direction de la santé publique de Montréal-Centre travaillent à la mise sur pied, pour l'été 1998, de l'école d'été conjointe en santé publique. De plus, ces groupes travaillent également à la mise au point d'une brochure conjointe de promotion de leurs programmes réguliers et ce, en vue de créer l'école conjointe de santé publique de l'Université McGill et de l'Université de Montréal avec la collaboration de la Direction de la santé publique. Ce partenariat se veut ouvert, non exclusif, et vise le développement de programmes de formation encore plus complets, plus appropriés et plus attrayants au milieu international francophone et anglophone.

La création du Réseau montréalais de santé publique est, de notre point de vue, un geste très important pour Montréal, pour la santé publique, pour l'Institut national de santé

publique, pour nos missions réciproques, de même que pour le climat de collaboration qui existe déjà entre nous. De plus, ce réseau a le potentiel de contribuer à développer le rôle et la présence de Montréal et du Québec sur la scène internationale.

LES RESSOURCES HUMAINES

6.1 BILAN DES RÉALISATIONS EN RESSOURCES HUMAINES

6.1.1 Faits saillants

L'ampleur sans précédent des mouvements de personnel engendrés par le Plan de réorganisation 1995-1998 a posé des défis gigantesques à la région. Ces défis n'auraient pu être relevés avec succès sans la collaboration de tous les instants des gestionnaires d'établissements et les efforts soutenus de l'ensemble des salariés.

Tableau 31

«L'atteinte d'un nouvel équilibre»	Cible de réduction salariale 1995 - 1997	Impacts réduction de postes / salariés
Fermetures	112 M\$	3 541
Compressions dans les établissements :	147 M\$	4 038
- Plan de réorganisation des services	131 M\$	3 604
- Coûts de système	16 M\$	434
TOTAL	259 M\$	7 579

Les programmes instaurés par la Régie régionale, de même que l'approche préconisée dans le redéploiement et le remplacement des salariés ont donné des résultats exceptionnels. Cette stratégie a, en effet, permis de devancer l'échéancier prévu au plan de réorganisation pour l'atteinte des objectifs financiers reliés à la main-d'oeuvre. Le 26 mars 1998, des 7 579 salariés ayant la sécurité d'emploi et mis en disponibilité dans le cadre de ce plan, seulement 418³⁸ demeuraient inscrits au Service régional de main-d'oeuvre. Ces dernières données disponibles signifient qu'au 26 mars 1998, 94,5 % des salariés sécuritaires inscrits avaient trouvé une solution permanente à leur situation d'emploi.

Tableau 32

Plan de réorganisation des services	Cible de réduction salariale	Impacts réduction de postes / cadres
Fermetures	16,1 M\$	231
Compressions dans les établissements	24,2 M\$	425
TOTAL	40,3 M\$	656

Par ailleurs, en date du 26 mars 1998, des 656 cadres en perte d'emploi suite aux fermetures d'hôpitaux et aux plans de compressions budgétaires, 267 étaient toujours en stabilité d'emploi et continuaient d'avoir accès à certains programmes et activités de support offerts par la Régie régionale. C'est donc dire qu'au 26 mars 1998, 59,3 % des cadres inscrits avaient exprimé un choix satisfaisant quant à leur avenir professionnel.

Parmi les événements déterminants de cette transformation au plan humain, la mise en place de programmes de départs volontaires constitue une véritable plaque tournante. Deux de

ces programmes ont été mis en place à l'initiative de la Régie régionale et ont permis les départs de 2 471 salariés. Ils ont, en outre, nécessité des investissements non récurrents de l'ordre de 54,3 M\$ et dégagé une masse salariale globale estimée à 90 M\$. Leurs retombées sont significatives puisqu'ils permettent, notamment, d'éviter des

impacts humains plus considérables, de réduire le coût de transformation au sein des établissements et de devancer l'actualisation des économies récurrentes de masses salariales visées par les fermetures d'établissements.

À ces programmes régionaux, s'ajoute le programme gouvernemental de départs volontaires auquel ont souscrit 5 734 salariés titulaires de poste et 255 cadres. Ce programme a coûté 46,8 M\$ en mesures de départ assisté ainsi que 3,5 M\$ en paies de séparation et a libéré une masse salariale globale de 231,6 M\$ (voir tableau 33 à la page suivante).

Le programme gouvernemental de départs a connu un taux élevé de participation dépassant de 85 % la cible initialement attribuée à la région par le gouvernement. En plus des 2 471 départs réalisés en vertu des programmes régionaux et des 1 308 départs selon des modalités d'attrition normale du réseau, le départ additionnel et imprévisible de 5 734 salariés titulaires de poste place la région dans une situation extrêmement préoccupante au plan de l'équilibre régional des effectifs.

³⁸ Excluant les salariés prioritaires (2 ans et moins d'ancienneté) au nombre de 55, en date du 26 mars 1998.

Tableau 33

CATÉGORIES D'EMPLOIS	BASSIN POTENTIEL ET CIBLE DE DÉPARTS (EN INDIVIDUS)				DÉPARTS CONFIRMÉS AU 31 OCT. 1997 (EN INDIVIDUS)		
	Salariés au 31 mars <small>39</small>	Âgés de 50 ans et plus <small>40</small>	% admissible <small>41</small>	Cible de réduction <small>42</small>	Nombre de départs <small>43</small>	% sur total <small>44</small>	Écarts vs cible <small>45</small>
Professionnels	6 979	873	7 %	212	253	5 %	41
Infirmières et bachelières	20 069	2 801	22 %	674	1 176	21 %	502
Techniciens, Travail social, Éducateurs	11 81	1 121	9 %	272	541	9 %	269
Infirmières auxiliaires	4 164	901	7 %	218	493	9 %	275
Paratechnique	16 758	2 320	18 %	560	876	15 %	316
Bureau	10 655	1 743	14 %	419	946	16 %	527
Métiers et services auxiliaires	13 021	3 007	23 %	723	1 449	25 %	726
TOTAL	83 465	12 766	100 %	3 078	5 734	100 %	2 656

³⁹ Nombre total de salariés dans la région de Montréal-Centre par catégories d'emploi.
⁴⁰ Nombre total de salariés de 50 ans et plus par catégories d'emploi.
⁴¹ Pourcentage de salariés de 50 ans et plus par catégories d'emploi versus le nombre total de salariés de 50 ans et plus.
⁴² Cible de réduction par catégories d'emploi (colonne 3 multipliée par la cible totale de 3 078 individus.
⁴³ Nombre réel de départs par catégories d'emploi au 5 septembre 1997 en individus.
⁴⁴ Pourcentage de départs sur l'ensemble des départs (colonne 5 multipliée par 100 / nombre total de départs [5 374]).
⁴⁵ Différence entre la cible de départs (colonne 4) et le nombre réel de départs (colonne 5).

Tout en demeurant sensible aux multiples causes et impacts de cette vague massive de départs, il nous faut saisir les opportunités qu'elle nous offre afin de consolider, adapter et développer nos ressources humaines dans le sens des orientations proposées par le Plan d'amélioration des services 1998-2002.

6.2 LES GRANDS CHANTIERS EN RESSOURCES HUMAINES 1998-2002

Une vision renouvelée des ressources

• Les nouveaux défis en ressources humaines :

Le bilan du Plan de réorganisation 1995-1998, les besoins identifiés au Plan d'amélioration des services 1998-2002, les conclusions qui émanent du Forum régional du 26 septembre 1997 ainsi que les réflexions recueillies lors des audiences publiques en mars dernier, viennent confirmer les défis qui orienteront notre action dans les années à venir afin de supporter les dizaines de milliers de personnes qui poursuivent leur engagement au sein du réseau.

Premier défi : développer une véritable mentalité réseau en ressources humaines

Ce défi collectif doit amener les directions d'établissements et la Régie régionale à choisir de concert un modèle qui reflète l'acceptation et le respect des rôles de chacun ainsi qu'une volonté réelle de progresser, à l'intérieur d'une dynamique régionale de fonctionnement en réseau, vers une autonomie locale la plus complète possible dans la gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines.

Deuxième défi : des communications et des mécanismes de concertation beaucoup mieux articulés en ressources humaines

Dans l'atteinte de nos objectifs, nous devons porter une attention prioritaire à la qualité de l'information diffusée et aux mécanismes d'échanges et de concertation afin de favoriser l'émergence de solidarités essentielles à l'avancement de certains dossiers.

Troisième défi : comprendre et agir sur le malaise vécu par le personnel d'encadrement

En période de changements massifs, les cadres détiennent un rôle clé à jouer. Leur leadership, les valeurs qui les animent et leur esprit de solidarité à l'égard des objectifs et

des enjeux sont 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 leurs responsabilités. Le cadre va pouvoir de moins en moins donner ce qu'il n'a pas. Il nous faut mieux comprendre ce malaise et agir promptement.

Quatrième défi : trouver un sens à la régionalisation en relations de travail

Ce quatrième défi exigera un peu plus de temps, nous l'avons compris, suite aux audiences publiques. La valeur ajoutée de la régionalisation, en relations de travail, ne pourra véritablement être perçue tant que la décentralisation ne s'inscrira pas dans le vécu des établissements. La Régie régionale endosse la décentralisation et elle mettra tout en œuvre afin de supporter les établissements dans l'exécution de leurs responsabilités à l'intérieur de cette voie.

Ces défis constituent la toile de fond d'une démarche axée vers une vision renouvelée de la gestion des ressources humaines dans la région de Montréal-Centre. C'est sur cette toile de fond que nous avons l'intention, au cours des quatre prochaines années, d'initier deux grands chantiers en ressources humaines. Ces grands chantiers comportent certaines particularités, à savoir :

- d'être ciblés sur des problématiques réelles;
- de viser des résultats observables;
- d'orienter les choix de priorités et d'affectation des ressources;
- de privilégier des enjeux régionaux.

6.2.2 Le chantier : Valorisation du personnel d'encadrement

• Les enjeux

En 1998, la situation du personnel d'encadrement dans les établissements de la région se caractérise par :

- **Une diminution substantielle du nombre de cadres** : la région de Montréal-Centre compte 3 665 cadres, en date du 23 avril 1998, et le taux d'encadrement devient une préoccupation majeure dans un environnement comportant nos exigences de gestion.

Tableau 34

Hors-cadres	127
Cadres supérieurs	442
Cadres intermédiaires	3 096
Total	3 665

Tableau 35

CHSGS	1 609	CLSC	224
CHSLD	918	CPEJ-CR	292
CR	266	Autres	48
CHSP	308		
Total			3 665

- **L'émergence de nouvelles compétences** en réponse à un contexte de changement qui modifie les rapports et influence les modes de gestion.

• La vision

La Régie régionale estime particulièrement important de mettre en évidence l'apport indispensable du personnel d'encadrement dans la gestion des établissements. Ainsi, pour répondre aux enjeux, la Régie régionale propose les orientations suivantes, lesquelles ont reçu un écho favorable, lors des audiences publiques, notamment, de la part des associations de cadres :

- Reconnaître et promouvoir une place stratégique pour les gestionnaires dans les organisations;
- Promouvoir la mobilité et l'employabilité des cadres;
- Réorienter le développement des cadres sur les enjeux régionaux;
- Soutenir davantage les organisations dans la gestion des problématiques touchant le personnel d'encadrement;
- Travailler à faciliter le remplacement des cadres en stabilité d'emploi;
- Agir en concertation avec les partenaires.

• Les priorités d'actions 1998-2002

Priorité 1 : Contribuer au repositionnement et à la revalorisation du rôle et du statut des cadres

Le besoin d'une redéfinition du rôle de cadre s'inscrit dans une réflexion adressant le rôle et le statut, mais aussi le taux d'encadrement, les mesures de performance, les systèmes de reconnaissance et le soutien requis pour gérer les changements en cours.

Le besoin de promouvoir une perception plus positive de la place du gestionnaire passe par une reconnaissance de la place du cadre dans son organisation ponctuée d'actions concrètes aux plans local, régional et même national.

Pour ce faire, la Régie régionale entend :

- Soumettre aux dirigeants du réseau des pistes de réflexion et d'action permettant de mieux situer le rôle du cadre

- dans l'environnement actuel des organisations du réseau;
- Mettre de l'avant des initiatives nouvelles et des événements d'envergure régionale permettant de revaloriser le rôle de cadre et souligner les initiatives locales à cet égard;
 - Réfléchir sur l'impact des investissements financiers régionaux, en matière de formation de cadres, et mieux documenter l'apport du développement des cadres à l'atteinte des objectifs organisationnels aux plans local et régional;
 - Améliorer, en ressources humaines, l'aide-conseil auprès des conseils d'administration dans leur mandat de sélection des directeurs généraux et faciliter le processus, notamment, en mettant à leur disposition des outils pratiques d'identification et d'évaluation des compétences, de même qu'en partageant l'expertise développée à l'échelle du réseau régional dans ce domaine d'importance cruciale;
 - Compléter avec le milieu une réflexion sur la problématique de la reconnaissance des cadres et suggérer des pistes de solution.

Priorité 2 : Doter la région d'un plan de main-d'oeuvre et de mobilité de carrière pour le personnel d'encadrement

Pour ce faire, la Régie régionale entend :

- Créer et partager avec les partenaires une banque de données à jour sur la situation du personnel d'encadrement de la région : nombre, moyenne d'âge, niveaux de fonction, répartition linguistique et territoriale, coûts, etc.;
- Soumettre différentes mesures pour promouvoir le concept de mobilité et en faciliter l'application : en concertation avec les partenaires, il sera question de stages interétablissements, de mesures favorisant le tutorat, le parrainage ou le mentorat, l'établissement de réseaux de contacts, etc.;
- Axer les efforts de développement en vue de soutenir les changements attendus chez les cadres actuels et préparer la relève : déjà des dossiers majeurs, tels que l'évolution de la fonction «Gestion des ressources humaines» ainsi que le programme «Compétences 2 000» sont en cours et nécessiteront des efforts régionaux remarquables au cours de la prochaine année;
- Lier davantage les investissements en développement aux besoins découlant des priorités régionales, tels le maillage interétablissements, les impacts de gestion de la modernisation des infrastructures, la consolidation de la transformation du réseau;
- Améliorer la circulation de l'information sur les postes disponibles dans les établissements et le profil des cadres en remplacement dans la région. Une plus grande attention sera portée aux besoins en adaptation et en recyclage des

cadres en disponibilité. De plus, un suivi rigoureux de l'évolution des postes disponibles et de la clientèle en recherche d'emploi permettra une meilleure adéquation de l'offre et de la demande.

La Régie régionale se propose de travailler en collaboration avec les associations de cadres et les directions d'établissements et entend créer, à l'échelle régionale, les conditions propices à l'exercice de leurs rôles dans l'actualisation des priorités d'action.

N.B. La Régie régionale entend également accorder une attention particulière à la situation des professionnels syndiqués non syndiqués et les inclure dans ses chantiers. Ces employés vivent, en effet, des préoccupations importantes, notamment, dans les dossiers relatifs à la sécurité d'emploi et aux enveloppes nationales de formation.

Mobilité professionnelle et interétablissements

• **Les enjeux**

La coordination régionale des mouvements de main-d'oeuvre et de maintien des compétences est conditionnée par la configuration de notre réseau d'établissements, l'ampleur de ces mouvements de main-d'oeuvre et le lien d'interdépendance défini aux règles conventionnées, notamment, en matière de sécurité d'emploi.

Le contexte national dans lequel s'insèrent notre rôle et nos responsabilités engendre trop souvent des outils et des modalités d'exercice de ce rôle qui ne sont pas adaptés à la réalité de notre région.

• **La vision**

Le message entendu, lors des audiences publiques, confirme la reconnaissance du milieu à l'égard du rôle de la Régie régionale au plan de :

- La coordination régionale en matière de mobilité professionnelle interétablissements;
- Du support aux établissements dans le maintien d'un bassin régional de main-d'oeuvre qualifiée.

• Les priorités d'actions 1998-2002

Priorité 3 : Doter la région de Montréal-Centre d'un véritable plan régional de main-d'oeuvre

Pour ce faire, la Régie régionale entend :

- Compléter une analyse du profil socioprofessionnel de la main-d'oeuvre par grands secteurs d'activité et dégager des tendances;
- Prévoir les variations de l'offre et de la demande de main-d'oeuvre et identifier les besoins et problématiques;
- Créer et animer un comité aviseur intersyndical (un tel comité est déjà en place pour FSSS/CSN);
- Produire, en concertation avec le milieu, et diffuser un document de référence sur les valeurs de gestion qui animent le réseau au plan de la mobilité professionnelle.

Priorité 4 : Améliorer les conditions de remplacement et de mobilité professionnelle au sein de la région

Pour ce faire, la Régie régionale entend :

- Différencier le Service régional de main-d'oeuvre (S.R.M.O.) de la structure permanente et en faire, conformément à l'esprit du texte conventionné, un mécanisme représentatif des établissements;
- Proposer la mise en place d'une table de concertation interrégionale avec les régions de la Montérégie, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides. Cette table viserait à :
 - Situer dans un contexte plus large nos préoccupations mutuelles en s'échangeant des informations sur les orientations-programmes et leurs impacts;
 - Identifier des problématiques communes et former des alliances;
 - Développer des mécanismes opérationnels pour coordonner nos cycles de remplacement ainsi que prévoir et régler les litiges qui en découlent.

Priorité 5 : Supporter les directions d'établissements dans leurs efforts pour maintenir les compétences de leur personnel

Pour ce faire, la Régie régionale entend :

- Développer, au plan régional, le créneau formation de formateurs afin d'accroître l'autonomie et les compétences des directions d'établissements dans le diagnostic des besoins d'apprentissage, le choix des moyens de formation et l'évaluation des résultats d'apprentissage;
- Doter la région d'indicateurs permettant d'évaluer plus rigoureusement les résultats en fonction des sommes investies, notamment, au plan du respect des exigences de postes dans le remplacement des salariés en disponibilité;
- Suivre l'évolution de la fonction ressources humaines au

sein des établissements du réseau afin de permettre une réflexion, au plan régional, de l'état de cette fonction et des problématiques vécues par les gestionnaires en ressources humaines.

N.B. Lors des audiences publiques, des intervenants ont exprimé des réserves à l'égard des pistes d'action. Nous croyons qu'il s'agit de réserves de compréhension et nous entendons poursuivre les échanges afin de faciliter une meilleure adhésion au projet.

6.2.4 Relations de travail, organisation du travail, mobilisation et valorisation des ressources humaines

Dans le document initial de consultation, la Régie régionale proposait deux chantiers en sus des chantiers actuels, à savoir : le chantier sur les relations de travail et l'organisation du travail ainsi que le chantier sur la mobilisation des ressources humaines. Ces chantiers traduisaient, notamment, la volonté unanime du milieu de cheminer vers une vision renouvelée de la gestion des ressources humaines.

Or, à la suite des récentes consultations et des audiences publiques, il s'avère prématuré, pour la Régie régionale, d'exercer un leadership régional dans ce domaine. En effet, pour interagir ainsi dans le présent cadre légal et institutionnel, la Régie régionale devait recevoir un consensus large de la part du milieu.

Contrairement à ce qui avait été initialement perçu, force est de constater que l'unanimité du milieu relative à la vision de la gestion des ressources humaines ne s'étend pas aux attentes à l'égard du rôle que doit assumer la Régie régionale.

En conséquence, la Régie régionale retire ces deux chantiers et orientera son action dans une démarche de support aux établissements. Elle entend contribuer à réunir toutes les conditions facilitantes permettant au milieu d'exercer pleinement son leadership local dans ces matières de sa responsabilité et ce, sous réserve des compétences qui lui sont déjà reconnues dans les domaines de la planification, de la mobilité et du développement régional de la main-d'oeuvre. À ce sujet, des mécanismes devront être imaginés avec le milieu pour que la Régie régionale puisse exprimer ses préoccupations en ces matières.

Les directions d'établissements et leurs représentants, lors d'un Forum régional les ayant mis pleinement à contribution, ont identifié des problématiques majeures en matière de relations de travail, d'organisation du travail et de mobilisation des ressources humaines. Ils ont également endossé la vision

communiquée par la Régie régionale de ces problématiques. C'est pourquoi, tout en reconnaissant le leadership local à l'égard de ces problématiques, la Régie régionale restera attentive à l'évolution de la situation et réévaluera, au besoin, le sens de la contribution qu'elle doit y apporter.

• **Moyens d'action 1998-2002**

Pour ce faire, la Régie régionale propose de :

- Participer et d'utiliser la table de concertation en ressources humaines mise en place par le milieu;
- Explorer avec le milieu les modalités d'exercice de son rôle relativement aux mandats qui lui sont dévolus, en vertu des conventions collectives, dans les domaines de la planification, de la mobilité et du développement régional de la main-d'oeuvre;
- Mettre en place un Centre régional de documentation et de référence sur les dossiers d'arbitrage concernant les clauses de sécurité d'emploi et la planification de la main-d'oeuvre;
- Prévoir un fonds régional pour étudier et documenter certaines problématiques en relations de travail et appuyer les établissements dans la recherche de solutions novatrices;
- Créer une plate-forme régionale d'informations et d'échanges sur les expériences en cours en organisation du travail;
- Doter la région d'un outil de diagnostic sur la mobilisation des ressources humaines, c'est-à-dire :
 - Développer, en collaboration avec et pour le milieu, des indicateurs de mobilisation des ressources humaines;
 - Réaliser un sondage régional sur la mobilisation du personnel et en planifier la répétition cyclique de façon à évaluer, sur une base objective, les écarts et leurs causes;
 - Communiquer au milieu les résultats des sondages et leurs analyses;
 - Collaborer aux pistes d'action explorées par le milieu.
- Initier un projet pilote visant la production du premier numéro d'un journal régional en ressources humaines, mettant à contribution les directions des ressources humaines et les rédactions des journaux internes des établissements. Ce moyen d'action permettrait de :
 - Procurer à la région un véhicule d'informations sur la main-d'oeuvre;
 - Contribuer à la valorisation du personnel en faisant connaître les programmes et les initiatives locales en ressources humaines;
 - Informer le milieu des changements au sein des directions des ressources humaines de la région;
 - Informer le milieu des programmes de formation et de développement;

- Communiquer les résultats d'études et de recherches en ressources humaines réalisées au sein du réseau.

Conditions de réalisation

Nous entendons compléter, dans une analyse détaillée, les besoins financiers requis pour réaliser les «deux grands chantiers». Il faut, cependant, d'ores et déjà :

- Prévoir certains coûts, tels que, à titre illustratif et non exhaustif :
 - Le coût des programmes de formation et de perfectionnement;
 - Le coût des services de consultants et d'expertise-conseil;
 - Les coûts relatifs à l'instrumentation et aux outils d'intervention;
 - Le coût des libérations syndicales;
 - Le coût de fonctionnement des comités consultatifs et paritaires;
 - Les coûts de règlement des litiges et d'arbitrage à l'échelle régionale;
 - Les coûts reliés au transfert de personnel, à leur recyclage, etc.
- Inciter les établissements à faire participer l'ensemble de leur personnel aux transformations.

C'est pourquoi il nous semble nécessaire de réactiver progressivement le budget régional d'adaptation et de développement de l'ordre de 3 M\$ qui a été affecté temporairement au financement des coûts de transition et des programmes de départs à coûts partagés.

En conclusion, la Régie régionale, à travers les deux grands chantiers et les moyens d'action qu'elle propose, entend, de façon proactive, assumer le leadership régional qui lui est dévolu dans les matières relevant de ses compétences. De même, la Régie régionale tient à réaffirmer son appui aux établissements et réitère sa volonté de mettre tout en oeuvre afin de renforcer l'exercice de leur leadership local dans les domaines des relations de travail, de l'organisation du travail et de la mobilisation des ressources humaines. L'échéancier fixé pour la réalisation de ses objectifs s'inscrit dans un horizon de quatre ans et son succès réside largement dans la volonté manifestée par le milieu de cheminer vers une vision renouvelée de la gestion des ressources humaines.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

7.1 BILAN FINANCIER DE LA PÉRIODE 1995-1996 à 1997-1998

La revue du Plan de réorganisation 1995-1998 démontre que les réductions et réallocations budgétaires prévues dans ce cadre ont bien été effectuées. Au terme de ce premier plan, il est d'autre part possible de dresser un bilan de la situation financière des établissements de santé et services sociaux de Montréal-Centre. Cette situation découle non seulement des décisions prises par la Régie régionale au cours des trois dernières années, mais également d'orientations gouvernementales et ministérielles hors de notre contrôle ainsi que de changements survenus dans l'environnement socioéconomique régional.

Une analyse des effets combinés des réductions budgétaires imposées ainsi que des divers manques à gagner et phénomènes de sous-budgétisation vécus dans la région nous permet de chiffrer à environ 600 M\$ récurrents l'effort réclamé du réseau montréalais de la santé et des services sociaux de 1995 à 1998. Cet effort peut être subdivisé en quatre grands volets:

- **Réductions nettes en lien avec le Plan de réorganisation 1995-1998** : selon le cadre financier connu à l'époque, nos crédits nets devaient diminuer de 190 M\$ de 1995-1996 à 1997-1998. Cela impliquait des réductions moyennes de 63,5 M\$ pour les trois années 1995-1996 à 1997-1998. Or les compressions réelles appliquées furent plutôt de 64,1 M\$ (1995-1996), 60,4 M\$ (1996-1997) et 75,8 M\$ (1997-1998), pour un grand total 200,3 M\$ en trois ans, soit 10,3 M\$ de plus que prévu à l'origine. Cela inclut l'effort spécifique de 41,8 M\$ en 1997-1998 relié au vaste programme de départs volontaires.
- **Non-financement des coûts de système** : la hausse des prix des fournitures, les augmentations de salaire, des charges sociales ne sont que des exemples d'éléments qui entraînent une hausse inévitable des coûts dans les établissements. Le non-financement complet vécu depuis trois ans a entraîné des manques à gagner totaux de 162,6 M\$ de 1995-1996 à 1997-1998. Ces manques à gagner ont dû être complètement absorbés par les établissements, via diverses mesures de rationalisation.

- **Surestimation du niveau de certains revenus autonomes et sous-budgétisation d'éléments de dépenses** : la surestimation du niveau de certains revenus comme les suppléments de chambre et les contributions des usagers-autres responsabilités (non-résidents, C.S.S.T. sans contrat, gouvernement fédéral...) entraîne un manque à gagner important pour quelques établissements. À l'inverse, la sous-budgétisation de certains services spécifiques (programme médicaments, cathéters, défibrillateurs, par exemple) produit le même effet pour un total de 40 M\$ de 1995-1996 à 1997-1998.
- **Effet volume relié dû à l'alourdissement des clientèles et à l'augmentation de la population cible des services** : cet effet a été estimé à 1,8 % par année par le ministère tout en n'ayant fait l'objet d'aucun ajustement budgétaire par celui-ci. L'impact sur trois ans est estimé à 194,4 M\$. En effet l'on peut supposer que ces services ont effectivement été rendus en grande partie, puisque l'on ne constate pas une dégradation significative des délais d'attente et des séjours excessifs à l'urgence au long de la période.

En 1998-1999, le réseau régional rend accessibles les services avec une enveloppe de 3,1 milliards, au lieu des 3,7 milliards qui auraient été dépensés s'il n'y avait pas eu la réorganisation majeure menée depuis 1995. De plus, nous avons 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.

Regardons maintenant les résultats obtenus sur la base des déboursés réellement effectués de 1995 à 1998. La réduction de nos crédits prévoyait au total des réductions nettes de dépenses de l'ordre de 388,9 M\$ en trois ans. Les déficits enregistrés pendant cette période totalisent 212,9 M\$. Les économies encaissées sur la base des déboursés ont donc été de 176 M\$, soit 45,2 % de l'objectif. Cependant, si l'on tient compte des manques à gagner qui ont dû être absorbés, l'effort réel accompli en trois ans a atteint 952,5 M\$, soit 82,4 % de l'effort projeté de 1,156 milliard.

Environ 80 % des établissements sont encore en surplus, en équilibre ou en léger déficit budgétaire (inférieur à 1 % de leur

budget). Il s'agit essentiellement des CHSLD, des CLSC et des centres de réadaptation. En contrepartie, les trois établissements dont la situation est la plus problématique représentent à eux seuls plus de 60 % du déficit net régional. La situation exige donc, selon nous, des interventions ciblées et un suivi serré de la situation financière des établissements «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 entre un et deux ans pour les autres établissements actuellement en déficit. En conclusion de ce point, trois constats peuvent être effectués :

1. Les réductions et réallocations prévues dans notre Plan de réorganisation 1995-1998 ont été réalisées malgré le fait que l'effort financier demandé à la région ait été supérieur à ce qui avait été prévu au départ.
2. Un rétablissement général de l'équilibre financier est prévu d'ici la fin de 1999-2000, à l'exception du C.H.U.M., du C.U.S.M., de l'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis et de quelques autres qui verront toutefois leur situation s'améliorer sensiblement.
3. Le déficit régional accumulé continuera à croître jusqu'en 1999-2000. Le redressement d'ensemble à ce chapitre ne pourra réalistement s'amorcer qu'à partir de 2000-2001.

7.2 LES BESOINS FINANCIERS DU PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES 1998-2002

Les besoins nets de financement du Plan d'amélioration 1998-2002 sont de 44,3 M\$ en fonds non récurrents et de 147,3 M\$ en budgets 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 totalisant 42,4 M\$. En effet, dans le secteur de l'hébergement non institutionnel, de la santé mentale et de la déficience intellectuelle, une partie des mesures proposées consistent en des réallocations budgétaires accompagnées de transferts de personnel, de clientèles et de responsabilités.

Enfin la réalisation de plan nécessitera d'améliorer l'efficacité de notre réseau pour l'équivalent de 95 M\$ dont la principale composante est l'absorption de coûts de systèmes estimés à 54,8 M\$ en 1997-1998. Aucune prise en charge de ces coûts par le ministère n'est encore assurée.

Donc, du côté des dépenses récurrentes, le projet s'autofinancera

à 48 % à l'échelle régionale. Les développements requis de 147,3 M\$ de 1999 à 2002 représentent une croissance de nos crédits de 1,6 % par an. Cela est comparable à ce que d'autres provinces, par exemple le Nouveau-Brunswick, ont fait au sortir de la réorganisation de leurs services de santé menée dans les années 90. Cette hausse est inférieure à l'effet systémique du vieillissement de la population sur la croissance des dépenses qui était de 1,8 % avant la réorganisation du réseau. (Voir le tableau 36 à la page suivante)

7.3 PERSPECTIVES DE FINANCEMENT DES DÉVELOPPEMENTS

Nous commençons à avoir une vision plus précise des perspectives budgétaires pour l'exercice 1998-1999 où nos crédits devraient se stabiliser autour de 3 070 milliards de dollars. La Régie régionale demande une réduction du fardeau du non-financement des coûts de système 1998-1999. On ne peut qu'espérer une réduction de ce fardeau de non-financement à compter de 1999-2000. Le résultat de la prochaine ronde de négociations entre le gouvernement et les organisations syndicales constitue à la fois une inconnue et le facteur déterminant à cet effet. D'autre part il demeure toujours possible qu'en raison d'une détérioration de la conjoncture économique, une nouvelle vague de compressions réelles s'avère nécessaire au niveau gouvernemental pour en arriver au déficit zéro en l'an 2000. De plus l'annualisation 1998-1999 de la réduction de crédits reliée au vaste programme de départs volontaires se chiffrera à 15 M\$.

Il est également prévu la constitution d'une enveloppe nationale, regroupant les volets enseignement, recherche, services de type asilaires et services ultra-spécialisés. Cette enveloppe fermée serait répartie entre les régions offrant présentement ces services, c'est à dire principalement Montréal-Centre. Comme aucun mécanisme d'ajustement n'est prévu pour faire face à une demande supplémentaire la situation intenable des dernières années risque de se poursuivre. Montréal-Centre doit autofinancer à même ses ressources propres la réponse à un besoin nouveau et très coûteux, qui concerne à 50 % une clientèle non résidente.

L'on constate donc d'une part que, sauf pour les cas de réallocation de ressources, la perspective d'autofinancer les développements non-récurrents et récurrents requis par notre Plan 1998-2002 est, à première vue, inexistante. D'autre part, les économies supplémentaires possibles pouvant provenir de la modernisation des infrastructures administratives et de soutien devraient atteindre plusieurs dizaines de millions. Dans ce dernier cas, la Régie régionale a toutefois pris l'engagement que les économies réalisées dans le cadre de la

modernisation des infrastructures administratives et de soutien par sous-régions seraient laissées à chaque territoire, sous réserve du cadre de partage des économies approuvé par la

Régie régionale. On parle donc essentiellement ici d'économies potentielles à concrétiser, qui prendront un certain temps à livrer les bénéfices escomptés. Il ne faut donc pas y voir une

Tableau 36 - PLAN D'AMÉLIORATION DE SERVICES 1998-2002
Budgets de développement, réallocations, mesures d'efficacité et autres efforts budgétaires prévus

Sommaire financier		1	2	3	4	5
Catégorie de mesure	Mesures	Dévelop. non récurrent	Dévelop. récurrent 1998-2002	Réallocations intra et inter établiss. 1998-2002	Amélioration d'efficacité et autres 1998-2002	Sources de financement envisagées et commentaires
DÉVELOPPEMENTS ET RÉALLOCATIONS LIÉS AUX CONTINUUMS DE SERVICES (1)						Financement à confirmer pour les développements
SOUS-TOTAL		12 964 600 \$	143 666 000 \$	35 400 000 \$	- \$	
AUTRES IMPACTS						
	COÛTS DE SYSTÈME 1998-1999	- \$	- \$	- \$	54 800 000 \$	Financement à confirmer, sinon le développement devra être autofinancé par chaque établissement
	DÉPARTS VOLONTAIRES 1997-1998, ANNUALISATION	- \$	- \$	- \$	15 200 000 \$	Effort budgétaire lié aux départs volontaires 1997-1998. Touche toutes les catégories d'établissements, sauf les C.H.S.L.D.
	EFFORTS D'EFFICIENCE	- \$	- \$	- \$	25 000 000 \$	Concerne les C.H.S.L.D. et C.L.S.C. dans le cadre du continuum personnes âgées
	FINANCEMENT INTERSECTORIEL	7 600 000 \$	3 673 000 \$	- \$	- \$	Financement partiellement confirmé
	SYSTÈMES D'INFORMATION	15 000 000 \$	- \$	4 000 000 \$	- \$	Financement à confirmer pour les développements
	PLAN DE COMMUNICATION	8 700 000 \$	- \$	- \$	- \$	Financement à confirmer pour les développements
	RESSOURCES HUMAINES	- \$		3 000 000 \$	- \$	Financement à confirmer pour les développements
	SOUS-TOTAL AUTRES IMPACTS	31 300 000 \$	3 673 000 \$	7 000 000 \$	95 000 000 \$	
TOTAL RÉGIONAL		44 264 600 \$	147 339 000 \$	42 400 000 \$	95 000 000 \$	

source sûre de financement pour les investissements requis au niveau des services directs aux usagers. Le financement intersectoriel prévu dans le cas de certaines mesures (ex. alcoolisme et toxicomanie) reste également à confirmer.

Une autre inconnue reste le taux de croissance des dépenses qui sera consenti à partir de 1999-2000 par le ministère pour tenir compte de l'effet systémique du vieillissement de la population sur les coûts du réseau de la santé et des services sociaux.

Cela fait beaucoup de «si». C'est pourquoi, à l'échelle nationale, la réalisation de certaines conditions est nécessaire pour que nous puissions aller de l'avant avec l'ensemble du Plan d'amélioration des services 1998-2002 :

- Le financement des coûts du système à compter de 1998-1999;
- Une contribution adéquate de l'enveloppe nationale à la réalisation des priorités d'amélioration pour les services ultra-spécialisés. Une solution alternative consisterait à facturer les régions utilisatrices au prorata de la demande supplémentaire, à compter de 1998-1999;
- Les budgets d'immobilisation adéquats pour réaliser les économies escomptées dans la réorganisation des services administratifs et de soutien. Ces besoins supplémentaires sont estimés à 20 M\$ par année pendant 3 ans;
- Une stratégie de financement cohérente avec les objectifs visés quant aux développements visés dans le domaine des ressources informationnelles;
- Un financement de démarrage en provenance du ministère ou de partenaires intersectoriels pour permettre la réorganisation des services dans les continuums autres que santé physique;
- Un niveau de financement adéquat pour l'adaptation et le développement de la main-d'oeuvre 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, permettant un financement adéquat des services, des immobilisations, de l'acquisition ou du remplacement des équipements nécessaires pour supporter la mission des centres hospitaliers universitaires.

Il va de soi qu'une gestion très rigoureuse sera requise au cours des prochaines années. Sinon, toute marge de manoeuvre qui deviendra disponible sera engloutie dans un gouffre financier. Nous devons adopter un plan d'action très précis et systématique pour retrouver le plus vite possible notre équilibre financier. En ce sens la première année de notre plan, soit 1998-1999, en serait une de transition, où les services existants seront consolidés et les nouvelles orientations progressivement mises en place. Compte tenu du manque actuel de disponibilités financières aux niveaux

national et régional, l'octroi de budgets de développement significatifs pour appuyer ces orientations devra être reporté aux années 1999 et suivantes, à l'exception des budgets financés par réallocation.

LES CONDITIONS DE RÉALISATION

Un des principaux enjeux du Plan d'amélioration des services 1998-2002 est de se donner, au plan régional, les conditions nécessaires à sa réalisation et d'obtenir, au plan national, les conditions facilitantes requises pour atteindre les objectifs visés.

8.1 DES CONDITIONS DE SUCCÈS AU PLAN RÉGIONAL

8.1.1 Un consensus fort en faveur des objectifs d'amélioration visés et de l'approche réseau

La première et la plus importante des conditions de succès est l'atteinte d'un consensus très fort dans la région en faveur des priorités d'amélioration des services et l'adhésion des partenaires à l'implantation des meilleures solutions d'avenir pour atteindre nos buts.

Se donner, à l'échelle régionale, une vision claire, intégrée et partagée des objectifs à atteindre et des moyens interdépendants à mettre en place s'avère une condition essentielle à l'existence d'un réel réseau garantissant l'accès au bon niveau de services, au bon moment et assurant la continuité des services à la population.

Pour se concrétiser, l'approche réseau, qui est une des orientations clés du Plan d'amélioration des services 1998-2002, doit devenir un projet partagé par l'ensemble des administrateurs, des cadres, du personnel et des médecins.

Cette adhésion à l'approche réseau est nécessaire à la réussite de la plupart des mesures du plan, autant dans les services à la population que dans les services administratifs et de soutien.

Si nous n'adhérons que du bout des lèvres à cette mise en réseau, les objectifs visés, notamment au plan de la continuité et de l'efficacité des services, ne seront pas atteints et une autre approche devra être mise de l'avant pour réussir, car ces objectifs sont incontournables.

Nous misons résolument sur l'approche réseau qui, croyons-nous, correspond le mieux aux caractéristiques du milieu montréalais. Elle permet d'assurer une meilleure continuité des services à la population et une utilisation optimale de nos

ressources, tout en conservant la richesse de la diversité des cultures locales.

Pour aller de l'avant dans cette approche, nous devons nous assurer de la présence des conditions suivantes :

Conditions de succès de l'approche réseau :

- L'adhésion des partenaires au travail en réseau et à la coopération effective;
- La volonté d'assurer à chaque composante du réseau le niveau de ressources et les informations appropriées pour jouer son rôle efficacement;
- La définition d'objectifs communs et la mise en place d'indicateurs permettant d'évaluer la performance du réseau;
- La mise en place de mécanismes de liaison interactifs fonctionnels basés sur des normes et standards de communication uniformes;
- Un partenariat basé sur un partage équitable des efforts et des bénéfices;
- Une approche de mise en commun des ressources lorsqu'il y a une plus value à le faire au plan de l'efficacité et l'efficience.

Nous pouvons, sur la scène régionale si nous le voulons, nous donner ces conditions de succès nécessaires à la mise en place d'un réel réseau de services.

8.1.2 Des citoyens informés et actifs

Une seconde condition majeure de succès à l'échelle régionale est de pouvoir compter sur l'appui de citoyens informés et actifs.

L'atteinte de nos objectifs nécessite que la population soit mise dans le coup au-delà de son exposition aux médias.

La nature des objectifs, mis de l'avant dans le Plan d'amélioration des services 1998-2002, exigera des changements dans les attitudes et les comportements des dispensateurs et de la population, lesquels continueront à vivre des modifications importantes dans la façon de donner et de recevoir les services.

Les orientations poursuivies depuis 1995 et maintenues dans le Plan 1998-2002 nécessiteront de traiter de plus en plus les clients des services de santé et des services sociaux comme des partenaires actifs plutôt que comme des consommateurs passifs.

Nous privilégions la recherche de solutions durables visant le maintien et le développement de l'autonomie des personnes et des milieux de vie.

Notre objectif est de compter sur la participation de citoyens actifs, responsables et solidaires en leur fournissant tous les services et les appuis nécessaires dans la communauté, services et appuis en interaction entre eux et avec les institutions spécialisées.

Cette approche, complémentaire à l'approche réseau, nécessite de :

- Rendre accessible à la population l'information pertinente pour faciliter son accès au réseau de services ainsi que son implication et sa collaboration aux changements;
- Rendre aussi accessible au personnel, aux médecins, aux établissements, aux organismes communautaires et à nos partenaires l'information pertinente pour faciliter l'accomplissement de leur rôle;
- Intégrer ces orientations dans la réalisation de nos deux chantiers en ressources humaines.

De plus, nous pensons important de reconnaître et d'appuyer la contribution majeure des milliers de bénévoles impliqués dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Que ce soit à titre de membres des conseils d'administration de nos institutions, d'organismes communautaires, d'intervenants au sein des fondations, des comités d'usagers, des organismes bénévoles, l'engagement bénévole est une des principales richesses de notre secteur et sa contribution est garante de services publics humains et équitables qui font partie de notre patrimoine collectif.

Le soutien de cet engagement bénévole nécessite de rendre accessibles l'information et le support nécessaires au maintien et au développement de la participation des citoyens à la vie de leur réseau de services de santé et de services sociaux.

Le partenariat intersectoriel tourné vers

L'atteinte de nos objectifs dans nos différents continuums de services, notamment dans les secteurs de l'adaptation sociale et de la santé mentale, nécessite le développement et le maintien, à l'échelle régionale, d'un partenariat intersectoriel efficace et tourné vers l'action.

Les conditions de succès de ce partenariat passent par :

- L'identification de priorités partagées et d'objectifs communs;
- Le maintien et le développement des contributions propres des partenaires dans le soutien au développement social et communautaire;
- La création et le maintien de liens d'action efficaces à l'échelle régionale et locale;
- La poursuite de la consolidation financière des groupes communautaires.

La création, par la Régie régionale, du fonds de soutien à la concertation intersectorielle doté d'une enveloppe de 1,4 M\$ sur une base annuelle s'inscrit dans cette perspective de créer, dans notre région, des conditions favorables au partenariat.

Le partenariat est aussi l'un des ingrédients essentiels à l'atteinte des objectifs proposés pour faire des industries de la santé un pôle économique encore plus important dans la région de Montréal. Au-delà de la contribution que nous pouvons apporter dans le cadre de nos mandats spécifiques, nous nous engageons à collaborer activement aux mécanismes d'échanges et de concertation qui seront mis en place.

8.2 DES CONDITIONS FACILITANTES À L'ÉCHELLE NATIONALE

La réalisation du Plan d'amélioration des services 1998-2002 nécessite aussi le développement, au plan national, d'un certain nombre de conditions permettant l'atteinte des objectifs visés. Ces conditions sont reliées à six thèmes :

Le secteur de la médecine

- L'adoption des amendements à la loi permettant la création du Département régional de médecine générale;
- La conclusion d'une entente avec la Fédération des omnipraticiens du Québec permettant la mise en place 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 suivants :
 - chirurgie cardiaque,
 - neurochirurgie,
 - orthopédie,
 - ophtalmologie,
 - radio-oncologie;

- Des ajustements aux objectifs 1997-2002 fixés par le ministère au plan des effectifs médicaux dans les spécialités suivantes :
 - anesthésie,
 - néphrologie,
 - radiologie diagnostique;
- Des modalités de rémunération facilitant la télé-médecine;
- Des mesures permettant le recrutement des meilleurs spécialistes disponibles à l'échelle mondiale dans les centres hospitaliers universitaires et les centres de recherche.

8.2.2 Les orientations ministérielles dans le secteur de la santé mentale

- L'adoption formelle des nouvelles orientations accompagnées des moyens de mise en oeuvre;
- Un budget de transition pour amorcer le développement des ressources dans la communauté et l'adaptation des ressources humaines avant de procéder à la réinsertion sociale des personnes hospitalisées depuis une longue période et la fermeture d'un nombre significatif de lits psychiatriques de courte durée;
- Un échéancier de cinq ans;
- Des modalités permettant une plus grande implication des omnipraticiens dans le domaine de la santé mentale et une meilleure articulation avec les psychiatres.

8.2.3 La déréglementation

- La mise en oeuvre d'une déréglementation permettant le passage d'une gestion centralisée centrée sur les processus à une gestion basée sur les résultats;
- La réduction des contraintes réglementaires limitant l'expérimentation de nouveaux produits et le développement d'alliances durables entre les établissements et les entreprises innovatrices de la région dans le secteur des industries de la santé.

8.2.4 Les ressources humaines

- Décentraliser davantage les négociations vers le palier local et le palier régional;
- Assouplir les conventions collectives pour favoriser la mobilité de la main-d'oeuvre et la réorganisation du travail.

8.2.5 Les ressources financières

- Le financement des coûts du système à compter de 1998-1999;
- Les budgets d'immobilisation adéquats pour réaliser les économies escomptées dans la réorganisation des services administratifs et de soutien. Ces besoins supplémentaires

sont estimés à 20 M\$ par année pendant 3 ans;

- Une stratégie de financement cohérente avec les objectifs visés quant aux développements visés dans le domaine des ressources informationnelles;
- Un financement de démarrage en provenance du ministère ou de partenaires intersectoriels pour permettre la réorganisation des services dans les continuums autres que santé physique;
- Un niveau de financement adéquat pour l'adaptation et le développement de la main-d'oeuvre 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, permettant un financement adéquat des services, des immobilisations, de l'acquisition ou du remplacement des équipements nécessaires pour supporter la mission des centres hospitaliers universitaires.
- L'identification d'enveloppes budgétaires nationales adéquates pour le financement des services ultraspecialisés;

La création d'enveloppes nationales pour financer ces services est la voie de solution à condition :

- qu'elles prennent en compte tous les coûts reliés à ces activités notamment ceux en cours pour la recherche, l'enseignement, l'administration et les services de soutien;
- qu'elles disposent d'un fonds d'équilibre qui permette de maintenir l'équilibre entre l'offre de services et les besoins et de respecter les délais optimaux d'accès au plan de la santé.

La réalisation complète du plan ne pourra se faire sans une injection de ressources financières additionnelles par le ministère. Bien que le projet s'autofinance à l'échelle régionale dans une proportion de 49 %, sa réalisation complète nécessitera des développements budgétaires récurrents de l'ordre de 147,7 M\$ pour la période allant de 1999 à 2002. Cela correspondrait à une croissance budgétaire de l'ordre de 1,6 % par année, à compter de l'exercice financier 1999-2000.

8.2.6 La mise en place d'un plan d'action intersectoriel en alcoolisme et en toxicomanie

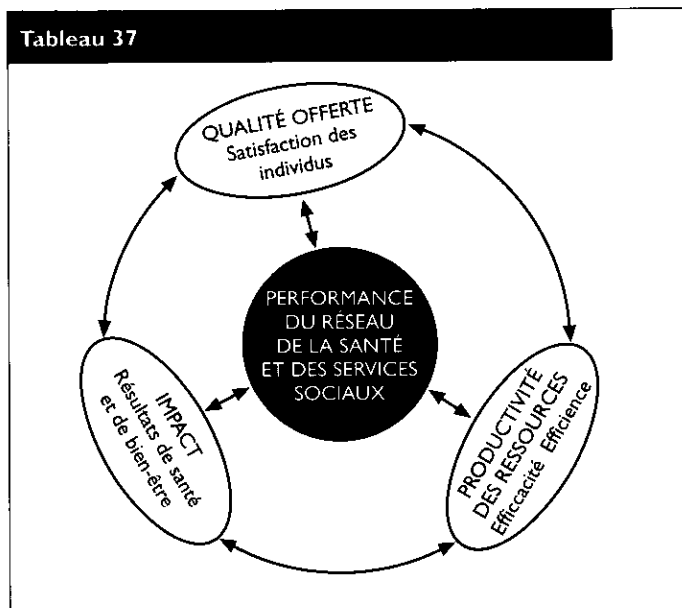
- Un leadership gouvernemental pour la mise en place d'un projet intersectoriel d'actions face à l'alcoolisme et à la toxicomanie mobilisant différents ministères, sociétés d'état et partenaires des secteurs privé, syndical et municipal.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

La Régie régionale poursuit trois buts interreliés dans le Plan d'amélioration des services 1998-2002 :

1. L'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
2. L'amélioration de la qualité de la réponse aux attentes de la population et de la satisfaction des usagers;
3. L'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services.

Tableau 37



La Régie régionale a la responsabilité d'évaluer, de façon continue, la performance de l'ensemble du réseau sur ces trois axes complémentaires.

De plus, nous devons mettre en oeuvre des stratégies qui nous permettent d'améliorer la qualité de notre performance dans tous les continuums de services et dans toutes les facettes de nos activités, qu'il s'agisse des services à la population ou des services administratifs et de soutien.

Nous sommes prêts à nous donner une approche d'amélioration de la qualité des services qui soit intégrée à toutes les activités et généralisée à l'ensemble des établissements.

9.1 UN TABLEAU DE BORD CENTRAL

Le suivi du Plan d'amélioration à l'aide d'indicateurs stratégiques vise une reddition de compte intégrée basée sur

des résultats, qui permettra de vérifier le degré de réalisation des choix stratégiques du plan et de prendre au fur et à mesure les décisions qui s'imposent.

La reddition de comptes intégrée nécessite la mise en place d'un seul outil de présentation des indicateurs pour les composantes d'efficience et d'efficacité du réseau, d'impact sur la santé et le bien-être et de satisfaction de la population et des clientèles.

Le tableau de bord central répond à ces exigences et présente dans un même cadre des indicateurs d'accessibilité aux services, de développement des services priorités dans la communauté, d'impact sur la santé et les services sociaux, de modernisation des services administratifs et de soutien, d'évolution de la situation financière, de formation de la main-d'oeuvre dans les champs prioritaires et d'appréciation des usagers sur les services rendus.

Tableau 38

1998-2002

Accessibilité aux services

1. Interventions chirurgicales ciblées⁴⁶ :
 - a) en cardiologie; délai moyen d'accès et nombre d'usagers en attente,
 - b) en orthopédie et en ophtalmologie; nombre d'usagers en attente excessive et pourcentage d'usagers en attente excessive.
2. Traitements en radio-oncologie : délai d'accès et nombre de personnes en attente pour certaines conditions médicales ciblées⁴⁷.
3. Délai d'accès à la réadaptation fonctionnelle intensive (certaines conditions médicales⁴⁸).
4. Délai d'accès et nombre de personnes en attente de services en déficience intellectuelle⁴⁹.
5. Délai d'admission pour un hébergement en CHSLD⁵⁰ →

⁴⁶ Les interventions chirurgicales ciblées sont les suivantes : toutes les chirurgies en cardiologie, l'implantation de prothèses totales de la hanche ou du genou en orthopédie et la chirurgie de la cataracte en ophtalmologie.

⁴⁷ Les conditions médicales ciblées sont les suivantes : cancer du sein, cancer du col de l'utérus, lymphome, ORL pour la clientèle pédiatrique.

⁴⁸ Les conditions médicales ciblées sont les suivantes : accident vasculaire cérébral, implantation de prothèses totales de la hanche ou du genou, amputation d'un membre.

⁴⁹ Ces services comprennent ceux en milieu résidentiel, en milieu de travail, de soutien éducatif et de soutien à la famille.

⁵⁰ En fonction de la catégorie d'heures-soins requises selon la détermination de services lors de la dernière orientation inscrite à Info-Admission.

6. Taux de réponse aux demandes d'hébergement en CHSLD⁵⁰
7. Durée moyenne de séjour en CHSGS.
8. Taux d'usagers avec un séjour excessif sur civière⁵¹.
9. Évolution du nombre de visites ambulatoires aux salles d'urgence entre 8 et 22 heures⁵¹.

Soins et services dans la communauté

10. Évolution du nombre d'usagers desservis en CLSC suite à un traitement en CHSGS⁵².
11. Évolution du nombre de personnes âgées desservies à domicile par les CLSC⁵³.
12. Évolution du nombre d'usagers ayant une déficience physique :
 - a) Évolution du nombre d'usagers bénéficiant des services intensifs à domicile des CLSC;
 - b) Évolution du nombre d'usagers en attente de services intensifs à domicile des CLSC.
13. Évolution du nombre d'usagers desservis en santé mentale par les CLSC.
14. Proportion d'usagers desservis par les services ambulatoires en psychiatrie.
15. Variation du volume de la clientèle jeunesse desservie conjointement par les centres jeunesse et les CLSC.

Impact sur la santé

Au plan des soins en milieu hospitalier pour certaines conditions médicales⁵⁴

16. Taux de réadmission.
17. Taux de létalité à l'intérieur d'un délai de trois mois suivant l'admission.

Au plan de l'accessibilité aux consultations médicales de première ligne

18. Nombre et taux d'hospitalisations évitables.

Maintien et amélioration de la compétence des ressources humaines

19. Évolution des heures consacrées au perfectionnement et à la formation continue.

Modernisation des services et équilibre de la situation financière

20. Évolution des sommes et des heures travaillées consacrées aux services administratifs et de soutien.
21. Évolution des développements et des réallocations budgétaires.
22. Niveau de surplus/déficit des établissements.
23. Niveau d'emprunt des établissements. →

Point de vue des usagers

24. Appréciation de la compétence du personnel.
25. Appréciation de l'accessibilité et de la continuité des services.
26. Appréciation de la rapidité et de la facilité de l'accès aux services.

9.2 ÉVALUER POUR S'AMÉLIORER

Ce tableau de bord constitue l'un des outils permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs visés par le réseau régional.

L'analyse des résultats observés facilitera l'identification des améliorations à apporter et des ajustements à faire en cours de route pour atteindre les standards de performance et les cibles visées.

En plus du tableau de bord, d'autres moyens d'évaluation et de suivi seront utilisés :

- Suivi opérationnel régulier de la performance du réseau, notamment à travers les systèmes d'information portant sur les urgences, l'admission à l'hébergement, l'admission aux services en déficience intellectuelle, la liste d'attente en chirurgie cardiaque, etc.;
- Études populationnelles sur l'état de santé et de bien-être et sur la satisfaction des usagers;
- Rapport annuel sur les plaintes des usagers;
- Études de balisage systématique : pertinence des hospitalisations et de séjours hospitaliers, productivité des services administratifs et de soutien, efficience des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les secteurs de l'hébergement et du maintien à domicile;
- Évaluation intégrée de mesures spécifiques et des problématiques :
 - Mettre sur pied un programme de recherche permettant d'identifier les besoins de la population en matière de services de santé mentale et d'évaluer l'impact des transformations sur son état de santé et de bien-être (mesure 3.4.6);
 - Procéder à une radiographie permettant d'analyser et de comparer les investissements, les besoins et les résultats à une échelle locale en ce qui a trait aux interventions auprès des jeunes (mesure 3.6.1.7);

⁵⁰ En fonction de la catégorie d'heures-soins requises selon la détermination de services lors de la dernière orientation inscrite à Info-Admission.

⁵¹ En santé physique et en santé mentale.

⁵² Comportant les cas de médecine et de chirurgie.

⁵³ Selon la moyenne d'heures hebdomadaires d'interventions en soins infirmiers et en aide à domicile.

⁵⁴ Les conditions médicales ciblées sont les suivantes : fracture de la hanche (chirurgie), insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, ACV.

- Procéder à un bilan des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale et en soutien à l'intégration, dispensés en vue d'élaborer un modèle d'organisation des services pour les clientèles adultes ayant une déficience motrice (mesure 3.3.7);
- Supporter l'expérimentation d'un projet novateur de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) (mesure 3.2.17).

9.3 LA POURSUITE D'UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Au cours de la période 1998-2002, nous continuerons l'implantation d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services dans l'ensemble des établissements de Montréal.

Cette stratégie s'articulera notamment autour des éléments suivants :

- **Le balisage systématique avec les meilleures pratiques**
 Cette approche sera généralisée et utilisée de façon systématique dans l'ensemble des continuums de services à la population et dans l'analyse de la performance des services administratifs et de soutien avec la perspective d'identifier des pistes d'amélioration.
- **La généralisation du programme d'amélioration continue de la satisfaction des usagers à l'ensemble du réseau régional**
 Une fois l'expérimentation terminée dans une vingtaine d'établissements pilotes, nous généraliserons le programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers à l'ensemble des établissements de la région et nous mettrons à leur disposition l'outillage nécessaire. Les sites pilotes ont permis l'adaptation des façons de faire aux différentes clientèles cibles et catégories d'établissement.

 Les questionnaires de satisfaction, les logiciels de traitement de données, les approches auprès des clientèles, les stratégies d'amélioration, les méthodes de gestion et les contenus de formation font partie de cette trousse d'outils. De plus, le concept de service développé à l'occasion des études de satisfaction en 1994 et en 1997 sert de toile de fond et assure ainsi la cohérence régionale.
- **L'implantation d'une reddition de comptes intégrée**
 Nous avons retenu cette orientation en ce qui a trait au

suivi des résultats du Plan d'amélioration des services 1998-2002.

Nous évoluerons dans la même direction en ce qui a trait à la reddition de comptes des établissements, ce qui nous amènera à modifier dans cette perspective les rapports annuels et les systèmes d'information en lien avec des indicateurs de performance permettant une évaluation intégrée de l'atteinte des résultats au plan de l'efficience et de l'efficacité des services, de l'impact sur la santé et le bien-être et de la satisfaction des usagers.

- **La mise en oeuvre d'une stratégie intégrée de développement des ressources humaines**
 Cette stratégie se réalisera à travers les mesures qui seront mises de l'avant en ce qui a trait au développement et la formation des ressources humaines.

L'INFORMATION À LA POPULATION

Une des conditions de succès du Plan d'amélioration des services 1998-2001 sera la qualité, la fiabilité et la pertinence de l'information transmise à la population au-delà de son exposition aux nouvelles transmises par les médias et à la publicité.

La population, si l'on veut qu'elle participe activement à la prise en charge de sa santé et de son bien-être et collabore aux changements, doit avoir accès, de façon régulière et continue, à de l'information personnalisée disponible à proximité : au téléphone, notamment à travers le service Info-Santé CLSC, à domicile, dans le quartier, dans les points de services et surtout à travers ses contacts avec les personnes qui rendent les services.

Les buts que nous poursuivons en matière d'information seront de :

- S'assurer que la population ainsi que le personnel et les médecins soient au courant des faits relatifs à l'accès aux services disponibles dans le réseau montréalais;
- Renforcer les nouvelles façons d'utiliser les services et le développement de l'autonomie des personnes;
- Valoriser la compétence et la recherche de la qualité par les personnes oeuvrant dans le réseau;
- Établir un contrat clair avec la population quant à nos engagements en matière de qualité des services.

Nos objectifs spécifiques en matière d'information seront de :

- Faciliter l'accès au réseau de services au bon moment, au bon endroit et pour le bon service;
- Rendre accessible aux personnes oeuvrant dans le réseau toute l'information pertinente pour faciliter l'accomplissement de leur rôle;
- Outiller la population pour accroître sa capacité de s'occuper de façon autonome et active de sa santé et de son bien-être, de collaborer aux services qu'elle utilise et de faire valoir ses droits;
- Clarifier et faire connaître les engagements du réseau quant à la réponse aux attentes des usagers, au respect de leurs droits et aux standards de performance auxquels ils peuvent s'attendre quant à l'accès aux services;
- Faire connaître les résultats obtenus et le degré d'atteinte de nos objectifs au plan de la qualité des services en rendant accessibles des indicateurs fiables;
- Rassurer la population quant à l'accessibilité et à la qualité

des services en lui fournissant des outils de référence objectifs, fiables et récurrents;

- Améliorer la performance du réseau quant aux services d'accueil, d'information et de prise de rendez-vous.

Au-delà de ces objectifs généraux, plusieurs mesures spécifiques du Plan d'amélioration des services 1998-2002 nécessiteront des plans de communication spécifiques si nous voulons atteindre nos objectifs et favoriser l'accès aux nouvelles modalités de dispensation de services et aux ressources déployées en matière de prévention et de promotion.

Ce sera notamment le cas des éléments suivants :

- La mise en place d'un réseau intégré de services médicaux de première ligne nécessitera, pour porter fruit, d'informer la population des points de service accessibles pour la dispensation des services médicaux de 8 h à 22 h, 365 jours par année, de faire la promotion du médecin de famille et d'en faciliter l'accès, de faciliter l'accès aux services médicaux aux personnes en grande perte d'autonomie ou nécessitant des soins palliatifs à domicile;
- La généralisation des prélèvements sans rendez-vous dans les 29 CLSC de l'île sera aussi un changement significatif qui facilitera l'accès rapide à ces services et devra être communiquée à la population;
- L'atteinte des objectifs visés dans la plupart de nos projets de prévention et de promotion nécessiteront des activités de communication rejoignant les publics ciblés: lutte au cancer du sein, amélioration de la santé cardio-vasculaire, prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie, etc.
- Dans le secteur de la santé mentale, la mesure 3.4.6 propose la réalisation d'un plan de communication régional visant à sensibiliser la population aux différents problèmes reliés à la santé mentale et à l'informer des services offerts dans ce secteur;

Les résultats visés par cette stratégie seraient :

- D'améliorer la compréhension des problèmes de santé mentale;
- De diminuer le stigmate social associé aux problèmes de santé mentale et de valoriser le potentiel des personnes qui en sont victimes;
- De favoriser le dépistage des situations à risque;
- La mise en oeuvre d'un projet jeunesse partagé et mobilisateur nécessitera un plan de communication pour

rejoindre la communauté montréalaise et les communautés locales;

- La réorganisation majeure de la gamme des services en déficience intellectuelle nécessitera un effort particulier pour bien informer les personnes ayant une déficience intellectuelle et leur famille des services disponibles et des modalités d'accès.

Pour informer adéquatement la population, il nous faudra donc mettre en oeuvre, au cours des quatre prochaines années, un plan de communication général et des plans de communications spécifiques bien intégrés.

Dans le cadre du plan 1995-1998, un plan de communication a été réalisé, avec notamment comme objectif d'informer directement l'ensemble de la population quant à l'accès aux services dans le secteur de la santé physique, à l'échelle du réseau régional et des réseaux locaux : hôpitaux, Info-Santé CLSC, CLSC, cliniques médicales.

Un autre axe a été l'information des personnes âgées sur le réseau de services offerts aux personnes en perte d'autonomie : services à domicile, centres de jour, hôpitaux de jour, ressources d'hébergement et guichet unique.

Pour soutenir l'atteinte des objectifs du Plan 1995-1998, nous avons décidé d'investir 8 M\$ sur trois ans, compte tenu de l'ampleur des changements entrepris et de l'importance de notre population : 1,8 million d'habitants vivant dans plus de 900 000 domiciles sur 29 territoires de CLSC.

Compte tenu de l'importance de consolider les changements déjà effectués depuis trois ans et de soutenir les changements prévus de 1998 à 2002 dans l'ensemble de nos six continuums de services, nous prévoyons un investissement de 2,2 M\$ par année, pendant quatre ans, pour réaliser le plan de communication nécessaire à l'atteinte de nos objectifs auprès de la population en général et des groupes spécifiques qui sont visés.

