



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

***TABLEAU DE BORD***

***DE SUIVI DES ENJEUX MAJEURS DE LA***

***TRANSFORMATION***

***DU RÉSEAU À MONTRÉAL-CENTRE***

**BILAN**

Service des études et de l'évaluation  
Direction de la programmation et coordination

11 décembre 1998  
(Révisé le 18 janvier 1999)

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

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

## AVIS AUX LECTEURS

---

*Certains indicateurs du Tableau de bord central de la Régie régionale relatif au « Plan d'amélioration des services 1998-2002 : Le défi de l'accès » ont été suivis dans le premier Tableau de bord de la « transformation des services 1995-1998 ». On pense notamment ici au taux de réponse et au délai d'admission en hébergement dans le réseau des CHSLD, aux usagers desservis en CLSC suite à une hospitalisation en CHSGS, à l'intensité des soins et de l'aide à domicile offerts par les CLSC aux personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie et au taux de plaintes concernant l'accessibilité et la continuité des services.*

*Pour ces deux tableaux de bord, l'année 1997-1998 constitue soit l'année du bilan soit l'année de référence. Nous invitons le lecteur à être prudent dans la comparaison des résultats relatifs aux indicateurs mentionnés. En effet, pour cette même année les paramètres ont été changés modifiant ainsi les résultats obtenus.*

## LES COLLABORATIONS

Plusieurs membres de la Régie régionale ont participé à la réalisation de ce rapport dont plus particulièrement les personnes suivantes :

*pour le chargement des données et la présentation graphique à l'aide du logiciel Média;*

- **de la Direction de la programmation et coordination :**  
Marie-Andrée Picard, technicienne en recherche, Service des études et de l'évaluation

*pour la programmation informatique et le traitement statistique des données;*

- **de la Direction de la programmation et coordination :**  
Pierre Provencher, conseiller, Service des études et de l'évaluation
- **de la Direction des relations avec la communauté :**  
Hélène Gendron, analyste au Service des systèmes d'information et de l'informatique
- **de la Direction des ressources humaines :**  
Nicole Reid, conseillère aux établissements
- **de la Direction des immobilisations et finances :**  
Francine Huot, technicienne en administration

*pour la validation et l'interprétation des résultats des indicateurs;*

- **de la Direction de la programmation et coordination :**  
Francine Bussièrès, conseillère aux établissements, Services multicientèles de courte durée  
Michèle Bérubé, conseillère aux établissements, Services multicientèles de courte durée  
André Cimon, responsable, Secteur services multicientèles de première ligne et services aux personnes âgées

André Trépanier, chef de service, Secteur services multicientèles de première ligne et services aux personnes âgées

Denise Sirois, conseillère aux établissements, Services multicientèles de première ligne

Marie-Claude Hens, chef de service, Services aux personnes âgées

Denyse Roy, conseillère aux établissements, Services aux personnes âgées

Diane Gauthier, chef de service, Services de santé mentale

Michel Roberge, conseiller aux établissements, Services de santé mentale

- **de la Direction des relations avec la communauté :**  
Ronald McNeil, conseiller-cadre (a aussi assumé la compilation des données relatives aux plaintes)
- **de la Direction des ressources humaines :**  
Suzanne Turmel, adjointe au directeur  
Nicole Reid, conseillère aux établissements
- **de la Direction des immobilisations et finances :**  
Luc Bordeleau, adjoint au directeur.

*pour la coordination de la production du rapport;*

- **de la Direction de la programmation et coordination :**  
Carole Lécuyer, conseillère, Service des études et de l'évaluation,

*pour l'analyse, la rédaction et la supervision de l'ensemble de l'opération;*

- **de la Direction de la programmation et coordination :**  
Normand Lauzon, chef de service, Service des études et de l'évaluation

Nous remercions Lisette Di Tomaso, secrétaire au Service des études et de l'évaluation, pour l'édition du document.

## RAPPEL DE LA DÉMARCHE

En novembre 1995, la Régie régionale de Montréal-Centre a précisé les enjeux majeurs de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux dans la métropole<sup>1</sup>. Ces enjeux majeurs, qui doivent faire l'objet d'un suivi régulier, sont présentés sous forme de questions :

- ◇ Le virage ambulatoire dans le réseau de la santé est-il confirmé?
- ◇ Le réseau hospitalier de la santé physique et mentale a-t-il maintenu ou amélioré la capacité de ses services?
- ◇ Les personnes âgées nécessitant des services sont-elles prises en charge?
- ◇ Les moyens mis en place permettent-ils de minimiser les impacts sur la main-d'oeuvre affectée par la transformation du réseau?
- ◇ Les réductions et les réallocations effectuées permettent-elles de respecter l'équilibre budgétaire?

Un tableau de bord comprenant 18 indicateurs a été développé dans le but de faciliter le suivi de l'évolution de l'ensemble de ces enjeux majeurs.

L'année de référence 1993-1994 a été choisie à titre de point de comparaison, car elle présente l'état de situation du réseau avant la mise en œuvre de la transformation mais aussi de la première année du « défi qualité-performance » (1994-1995) qui impliquait des réductions budgétaires importantes pour les établissements.

## PRÉSENTATION DU RAPPORT

Les indicateurs présentés dans ce document complètent le cycle de suivi pour le « Plan de transformation 1995-1998 ». L'ensemble des données se terminent au 31 mars 1998. Le texte est écrit de manière à mettre en lumière les objectifs visés initialement par le Plan et à établir le rapport avec les résultats atteints à la fin de la période d'observation.

---

<sup>1</sup> Régie régionale de Montréal-Centre, L'Organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal, L'atteinte d'un nouvel équilibre, juin 1995, 111 p.

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

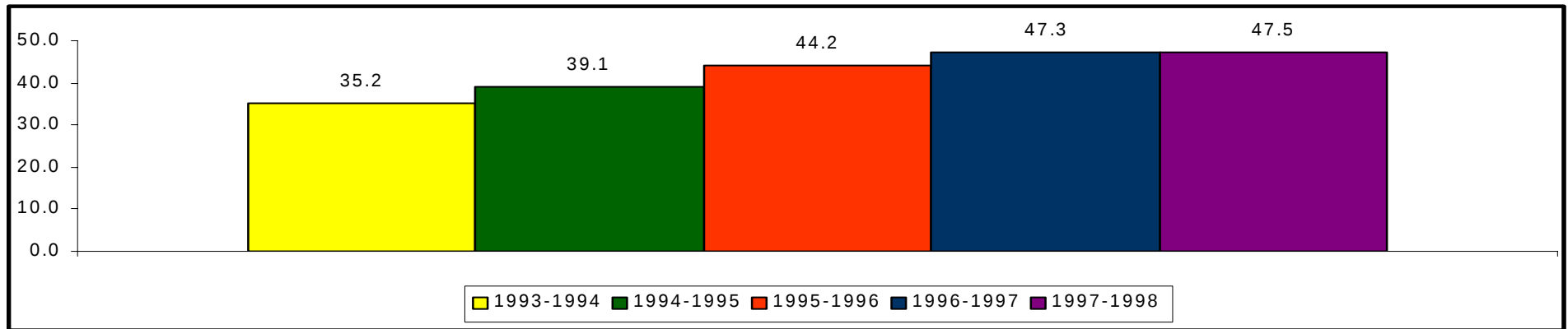
### **ENJEU No 1 :      *LE VIRAGE AMBULATOIRE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ EST-IL CONFIRMÉ?***

#### **EN RÉSUMÉ**

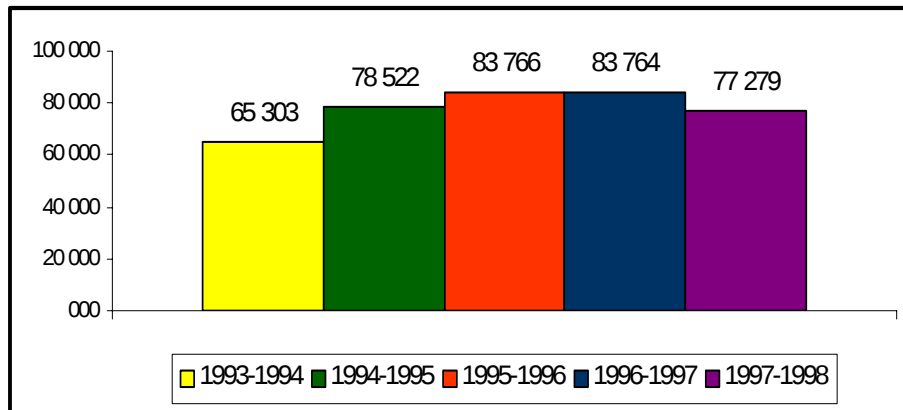
- ◆ Taux de chirurgies : le taux de chirurgie d'un jour a progressé au cours des années 1993-1994 à 1997-1998 pour passer de 35,2 % à 47,3 %. Toutefois, 1997-1998 marque un ralentissement au niveau de l'activité chirurgicale tant pour les chirurgies d'un jour que pour celles requérant une hospitalisation.
- ◆ Proportion de la clientèle desservie par les services ambulatoires de psychiatrie : progression significative.
- ◆ Volume d'usagers aux services à domicile : on note une progression très marquée des clientèles desservies en posthospitalisation de 1993-1994 à 1997-1998 en posthospitalisation (104 %) et en postopération (62 %).

Sur les trois indicateurs, on note une progression significative des activités ambulatoires au cours des années relatives au « Plan de transformation 1995-1998 ».

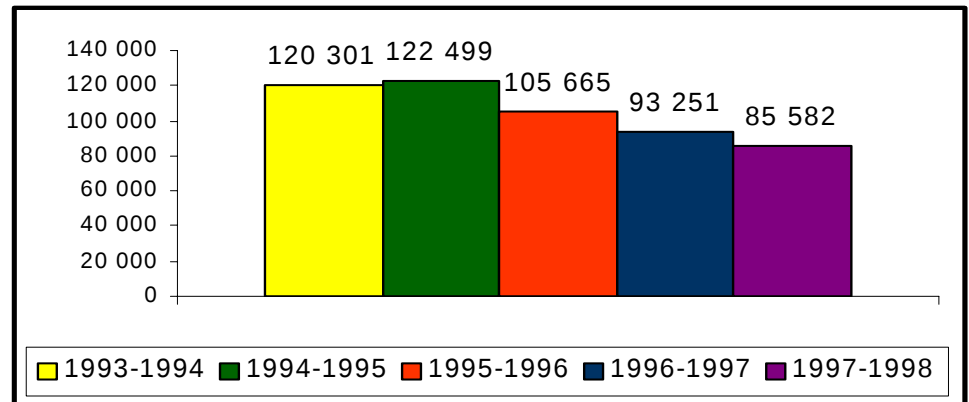
### TAUX DE CHIRURGIE D'UN JOUR



### NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR

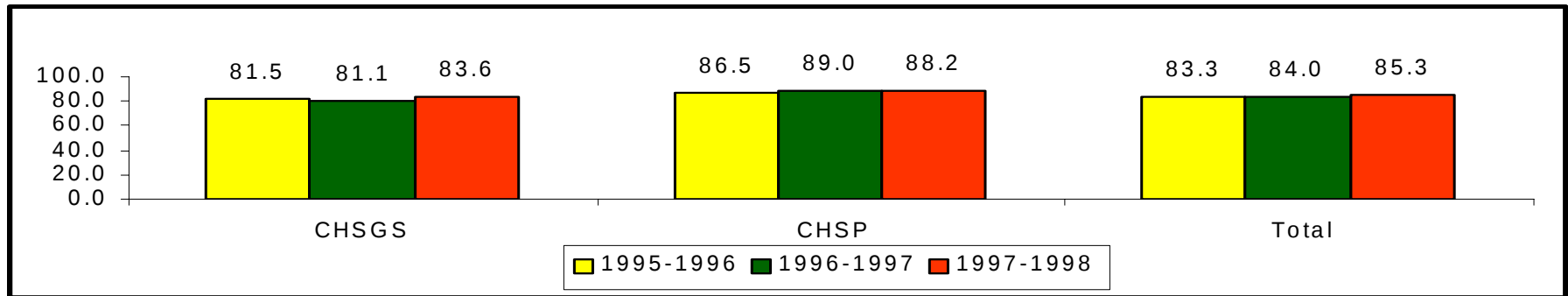


### NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POUR CHIRURGIE

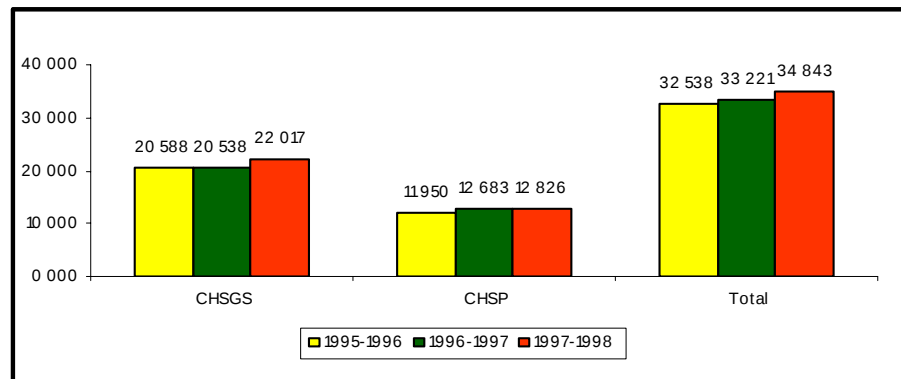


Depuis 1993-1994, nous constatons une progression marquée du taux de chirurgies d'un jour pour atteindre 47,3 % et 47,5 % en 1996-1997 et 1997-1998. Il faut noter toutefois que le nombre de chirurgies d'un jour et le nombre d'hospitalisations pour chirurgie ont diminué de 8 % en 1997-1998 au total par rapport à l'année 1996-1997. Par rapport à l'année de référence 1993-1994, on note une augmentation du nombre de chirurgies d'un jour de 18 % ( $77\,279 \div 65\,303$ ) et une diminution de 29 % des hospitalisations pour chirurgie ( $85\,582 \div 120\,301$ ).

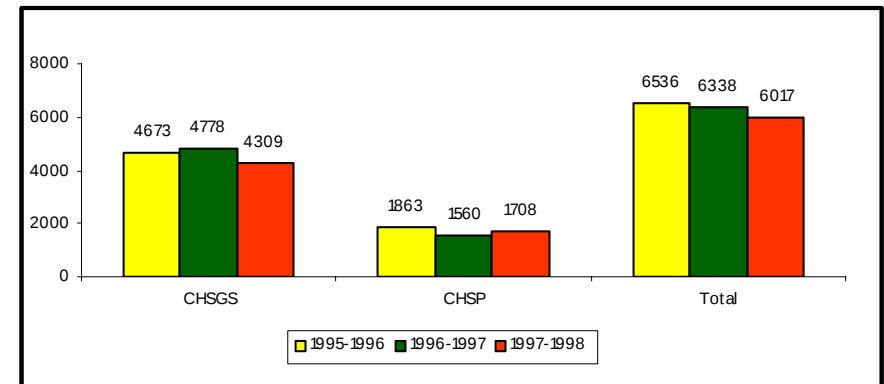
### PROPORTION DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE PAR LES CLINIQUES EXTERNES DE PSYCHIATRIE (VERSUS TOTAL USAGERS PSYCHIATRIE)



### Nombre d'utilisateurs vus aux cliniques externes de psychiatrie



### Nombre d'utilisateurs hospitalisés en psychiatrie

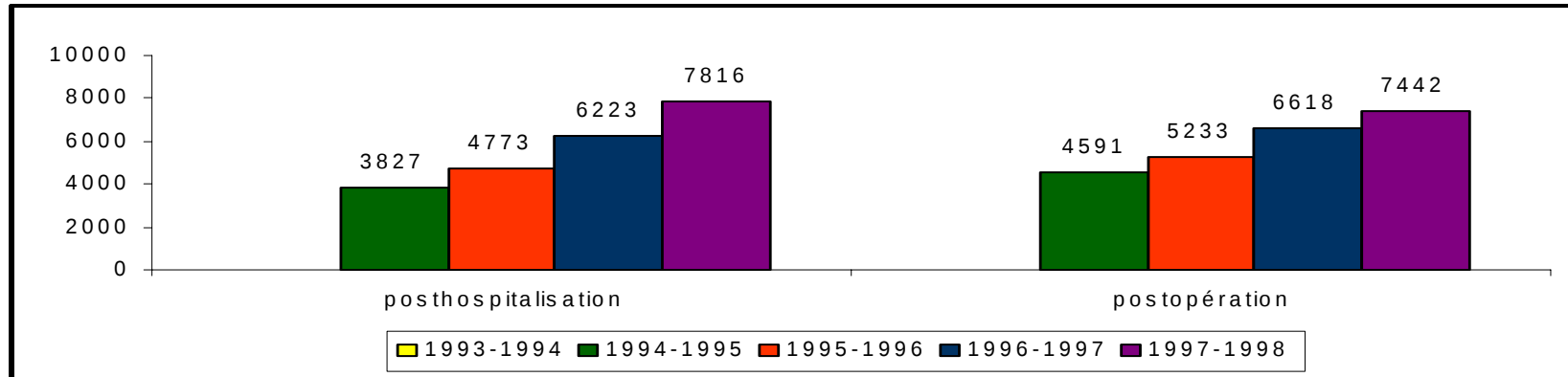


La phase de transformation 1995-1998 a touché de façon importante les centres hospitaliers tant au chapitre des fermetures que des compressions. Entre autres les CHSGS au chapitre de la santé mentale et les CHSP ont connu des réductions budgétaires nettes de l'ordre de 23,6 M\$. Le nombre de lits de courte durée psychiatriques a diminué de plus de 400 alors que 5, 4 M\$ furent réalloués pour le développement de services ambulatoires.

Nous constatons que le taux des utilisateurs en cliniques externes versus le total des utilisateurs desservis s'est haussé de 2 % et d'un peu plus de 2 300 utilisateurs de 1995-1996 à 1997-1998. Notons que dans les CHSGS, les variations du nombre d'utilisateurs sont à la hausse en ambulatoire (+ 7 % de 1995-1996 à 1997-1998).

Mentionnons que les résultats prennent en compte les données de 9 des 11 CH concernés.

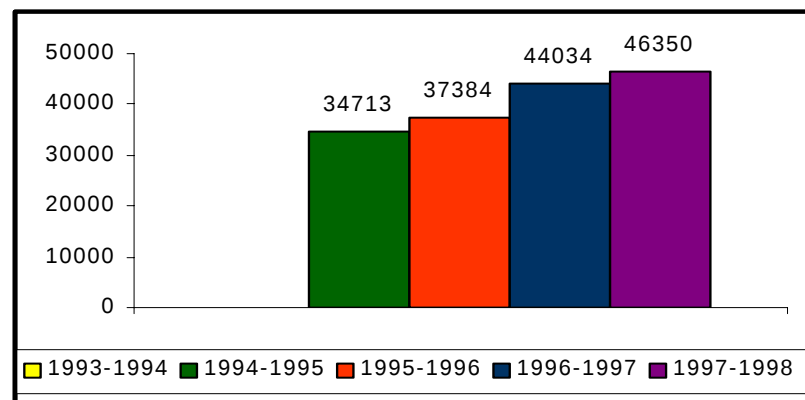
### CLIENTÈLES DU VIRAGE AMBULATOIRE DESSERVIES PAR LES SERVICES À DOMICILE DES CLSC



Pour soutenir la transformation des centres hospitaliers de courte durée et développer les services ambulatoires requis suite à une hospitalisation, 10,2 M\$ ont été ajoutés au budget des CLSC. Ceci inclut le transfert de deux hôpitaux à domicile (Maisonneuve-Rosemont et CH Verdun).

Les données dont nous disposons (24 CLSC) illustrent une progression très marquée de la clientèle au cours des trois dernières années. Pour les années 1994-1995 à 1997-1998, la progression est de 104 % pour la clientèle posthospitalisée et de 62 % pour la clientèle postopérée.

#### TOTAL D'USAGERS DIFFÉRENTS AUX SERVICES À DOMICILE



Pour l'ensemble de la clientèle desservie en maintien à domicile, la progression de 1994-1995 à 1997-1998 a été de 33,5 %. Les CLSC se sont vus ajouter des budgets importants de services à domicile au cours de la période 1995-1998 : 33 175 000 \$.

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

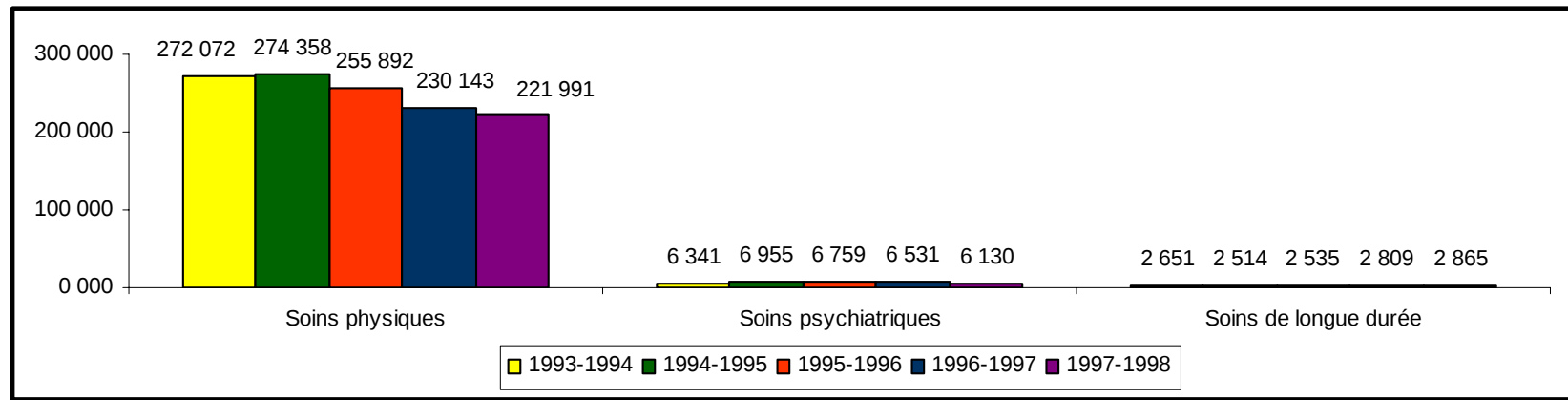
### **ENJEU No 2 :      *LE RÉSEAU HOSPITALIER DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE A-T-IL MAINTENU OU AMÉLIORÉ LA CAPACITÉ DE SES SERVICES?***

#### **EN RÉSUMÉ**

- ◆ Volume d'hospitalisation en CHSGS : on constate une diminution constante et attendue des jours-présence. Le volume d'hospitalisations pour les soins psychiatriques est demeuré sensiblement le même. En longue durée, le volume d'hospitalisations a augmenté de 8 % malgré la fermeture de 14 % des lits.
- ◆ Durée moyenne de séjour : tant pour les soins physiques que pour les soins psychiatriques, la durée moyenne de séjour a diminué. En soins physiques de courte durée, la moyenne visée était de 6,8 jours, on a atteint 7,8 jours. En soins psychiatriques de courte durée en CHSGS, l'objectif visé était de 25 jours, on a atteint 22,7 jours.
- ◆ Taux d'occupation en CHSGS : si l'on exclut l'année 1995-1996 qui est l'année de fermeture des centres hospitaliers de courte durée, on observe que le taux visé de 85 % a été presque atteint en 1996-1997 pour diminuer quelque peu en 1997-1998 et se situer à 82,6 %.
- ◆ Séjours excessifs sur civière en salles d'urgence : en soins physiques 24 et 48 heures, la situation s'est légèrement améliorée par rapport à l'année de référence 1993-1994, et ce, malgré la fermeture de sept salles d'urgence. La même tendance s'observe mais de façon plus marquée pour les séjours excessifs sur civière de plus de 48 heures pour soins psychiatriques.
- ◆ Délai de prise de décision à l'urgence : le pourcentage d'usagers à l'urgence ayant eu leur congé dans un délai de 8 heures et moins a été stable au cours des années 1993 à 1997, l'année 1997-1998 marque une diminution de 4,2 % dans le congé à l'urgence dans un délai de 8 heures et moins. D'autre part, l'admission en CHSGS dans un délai de 12 heures et moins a crû de 4 % par rapport à l'année dernière, ce qui situe cet indicateur à une situation qui s'apparente à celle de l'année 1993-1994.
- ◆ Plaintes : malgré les transformations majeures qu'ont connu les établissements, on note une stabilité au chapitre du nombre de plaintes en CHSGS. En CLSC, on remarque une progression importante du nombre de plaintes dès 1995-1996 mais 1997-1998 marque une diminution de ces plaintes. Le motif d'accessibilité demeure important pour les deux catégories d'établissement, soit (+ 40 %).

Sur l'ensemble des indicateurs, on peut affirmer que la Régie régionale a maintenu sa capacité hospitalière. Le nombre d'hospitalisations est inférieur à la capacité de produire. La durée moyenne de séjour s'est améliorée bien que n'atteignant pas l'objectif visé. Le taux d'occupation des CH se rapproche du 85 % visé. La situation dans les urgences s'est légèrement améliorée par rapport à l'année de référence 1993-1994.

## VOLUME DES HOSPITALISATIONS EN CHSGS



### Soins physiques

Depuis 1993-1994, on constate une diminution constante et attendue des jours-présence, des hospitalisations par 1 000 habitants et de la durée moyenne de séjour pour les soins de courte durée en santé physique. La région de Montréal-Centre, l'ensemble du Québec et le reste du Canada connaissent aussi ces mêmes diminutions. Elles sont le résultat du transfert d'activités vers la première ligne et autres ressources du continuum de soins et services. Elles sont aussi le reflet d'une utilisation accrue des technologies médicales nouvelles. Donc, on hospitalise moins et moins longtemps pour les mêmes types de pathologie, et ce, même chez les personnes âgées.

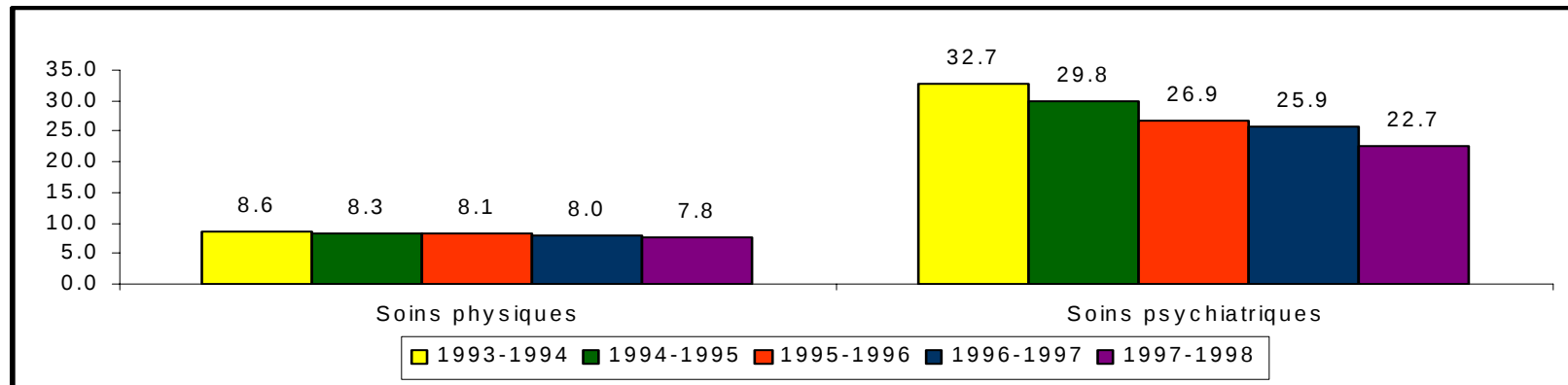
### Soins psychiatriques

Le volume d'hospitalisations pour des soins psychiatriques en CHSGS est demeuré sensiblement le même, et ce, malgré la diminution de plus de 400 lits psychiatriques de courte durée. Cette bonne performance résulte d'une amélioration de la durée moyenne de séjour. Nous ne disposons pas ici des informations relatives aux CHSP.

### Soins de longue durée

En soins de longue durée en CHSGS, nous notons une augmentation de 8 % du volume d'hospitalisations alors que 14 % des lits ont été fermés selon la planification régionale depuis 1993-1994. Le taux d'occupation demeurant similaire, la durée de séjour de ces clientèles a diminué.

### DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN JOURS EN CHSGS

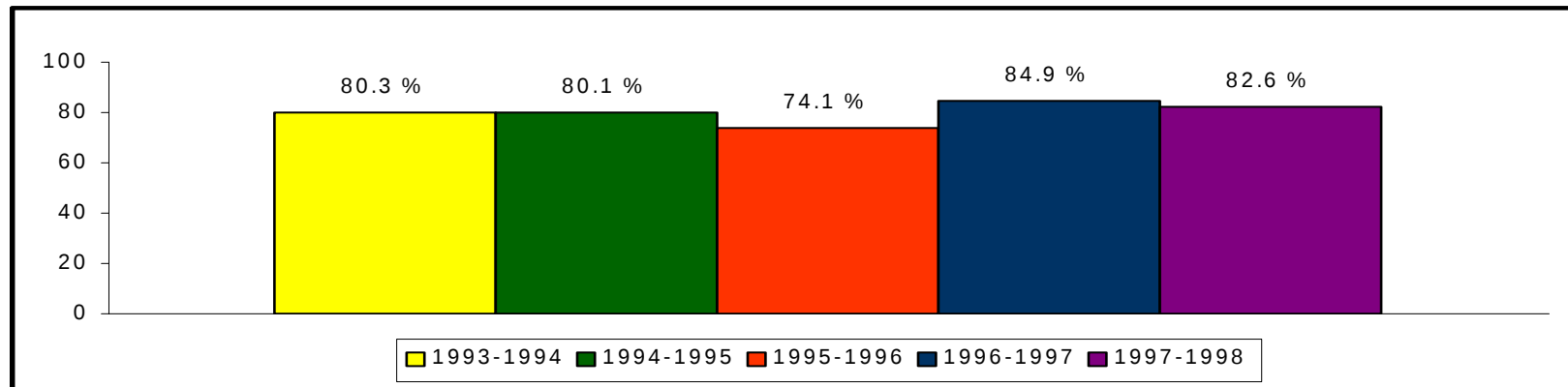


Pour maintenir l'accessibilité aux services d'hospitalisation de courte durée en CHSGS, excluant les centres hospitaliers de réadaptation, la Régie régionale a proposé des objectifs de durée moyenne de séjour en soins physiques et en soins psychiatriques.

En soins physiques de courte durée, une durée moyenne de séjour de 6,8 jours était visée. On constate que la situation a évolué progressivement de 1993-1994 à 1997-1998 pour atteindre 7,8 jours.

En soins psychiatriques de courte durée, en CHSGS, la situation a continué d'évoluer dans le sens d'une réduction de la durée moyenne de séjour pour se situer à 22,7 jours par rapport à l'objectif visé qui était de 25 jours. Notons que la durée moyenne de séjour était de 32,7 jours en 1993-1994. Il s'agit d'une réduction de 10 jours ou de 30,5 %.

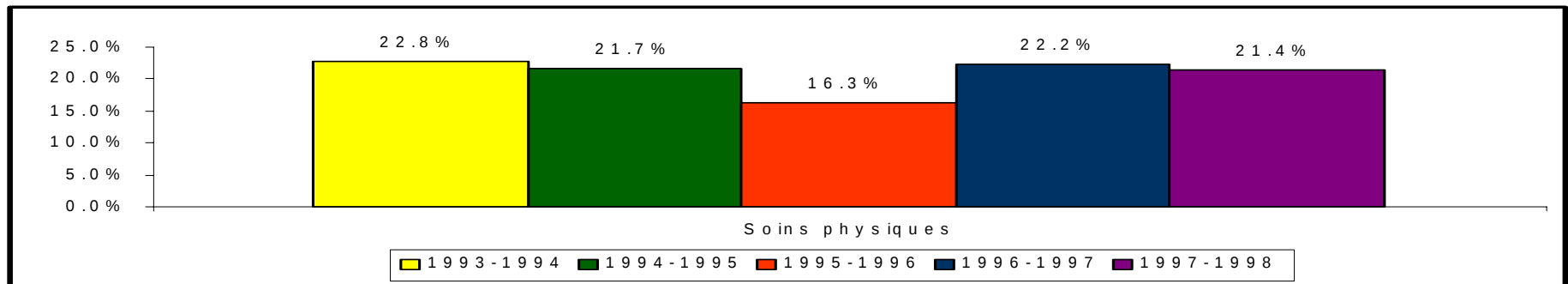
### TAUX D'OCCUPATION EN CHSGS



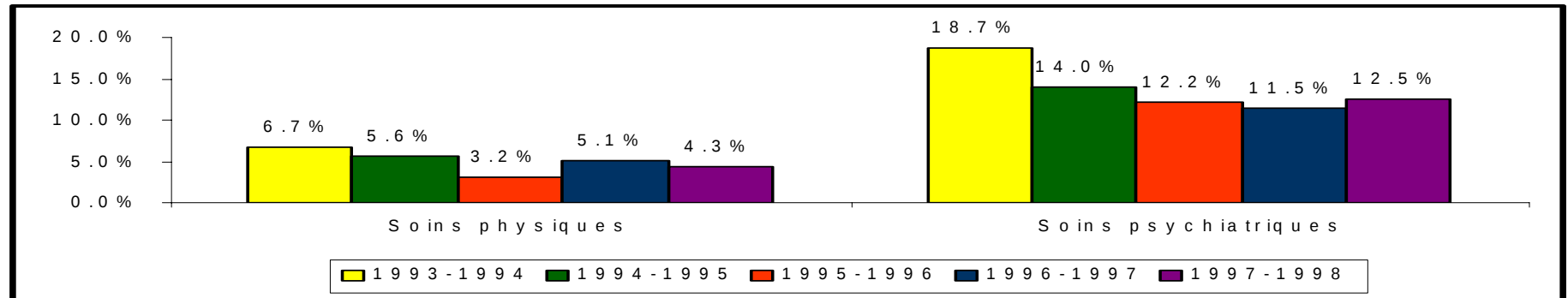
La Régie régionale visait, dans sa planification 1995-1998, un taux d'occupation des lits de courte durée en soins physiques de 85 %. À la lecture du graphique, on constate que l'année 1995-1996 a été l'année qui a connu le plus faible taux d'occupation, soit 74,1 %. Les deux dernières années, 1996-1997 et 1997-1998, ont connu des taux se rapprochant de l'objectif visé, soit respectivement 84,9 % et 82,6 %.

Note : Toutes les années de référence ont été calculées en fonction de toutes les hospitalisations de courte durée en soins physiques incluant les débordements de longue durée et du nombre de lits de courte durée en soins physiques au permis. Ceci explique des variations dans les pourcentages par rapport aux tableaux de bord des années antérieures.

### SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DE CHSGS – PLUS DE 24 HEURES



### SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DE CHSGS ET CHSP – PLUS DE 48 HEURES

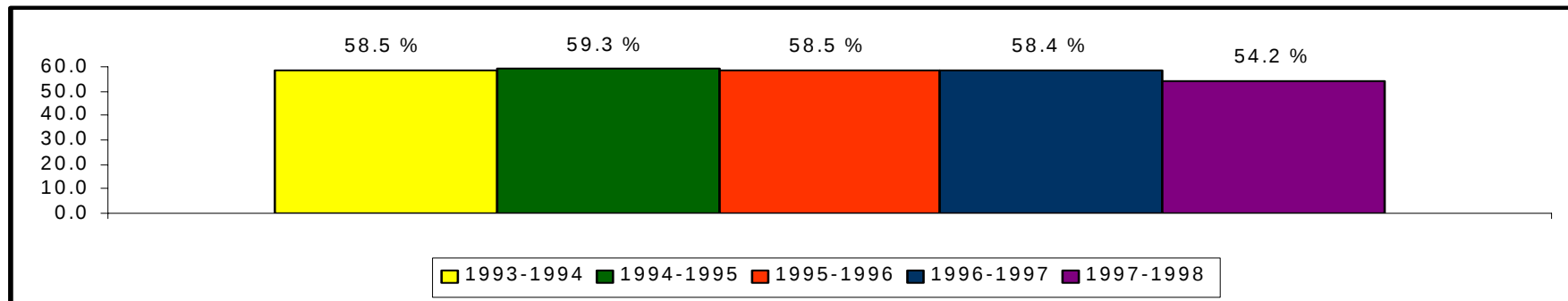


Le Plan de 1995-1998 voulait maintenir la capacité des services d'urgence malgré la fermeture de sept salles d'urgence. Un des indicateurs retenus est les séjours excessifs sur civière.

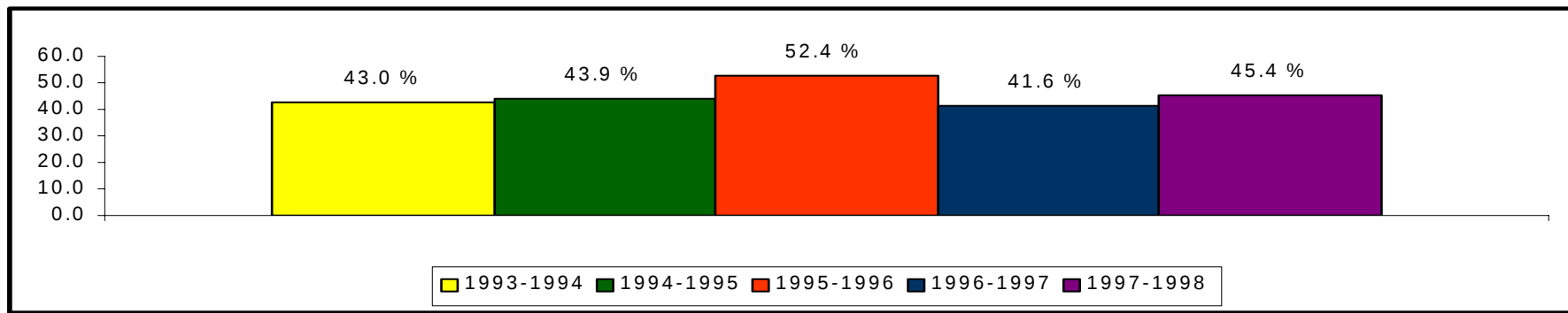
Par rapport à l'année de référence 1993-1994, la situation des séjours excessifs sur civière, pour les séjours de plus de 24 heures en **soins physiques**, s'est légèrement améliorée en 1997-1998 (de 22,8 % à 21,4 %). Des variations importantes existent entre les établissements et peuvent atteindre, pour les séjours de plus de 24 heures, jusqu'à 39 %. D'autre part, la situation des séjours excessifs sur civière, pour les séjours de plus de 48 heures en soins physiques, s'est améliorée de façon très importante de 1993-1994 à 1997-1998 (6,7 % à 4,3 %).

Les séjours excessifs sur civière, pour les **soins psychiatriques** de plus de 48 heures, se sont nettement améliorés de 1993-1994 à 1997-1998. On est passé de 18,7 % de séjours excessifs sur civière en 1993-1994 à 12,5 % en 1997-1998. Toutefois, cette performance de 12,5 % est en deçà de l'objectif de 10 % qui était visé initialement au 31 mars 1998. Comme par les années passées, les performances individuelles montrent une large variation (0 à 40 %). Dans le Plan 1995-1998, l'objectif d'un maximum de 10 % de séjours de 48 h et plus à l'urgence psychiatrique est dépassé par les mêmes CH que les années passées : Sacré-Cœur (40 %), St-Luc (32 %), Douglas (28 %) et Lafontaine (16 %). Comparativement aux deux années précédentes (1995-1996 et 1996-1997), la situation de l'Hôpital Sacré-Cœur est stable (augmentation de 1 %, alors qu'elle s'est détériorée à l'Hôpital Douglas (5 %) et à St-Luc (7 %) et qu'elle s'est améliorée à Lafontaine (-6 %). Il faut donc prioriser ces CH pour l'amélioration de la situation à l'urgence, notamment Douglas et Saint-Luc dont la situation s'est détériorée. De plus il faut noter que dans le Plan 1998-2002, l'objectif est de diminuer à 0 % les séjours de 48 h et plus en psychiatrie.

### POURCENTAGE D'USAGERS AYANT EU LEUR CONGÉ À L'URGENCE DANS UN DÉLAI DE 8 HEURES ET MOINS



### POURCENTAGE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ADMIS EN CHSGS DANS UN DÉLAI DE 12 HEURES ET MOINS



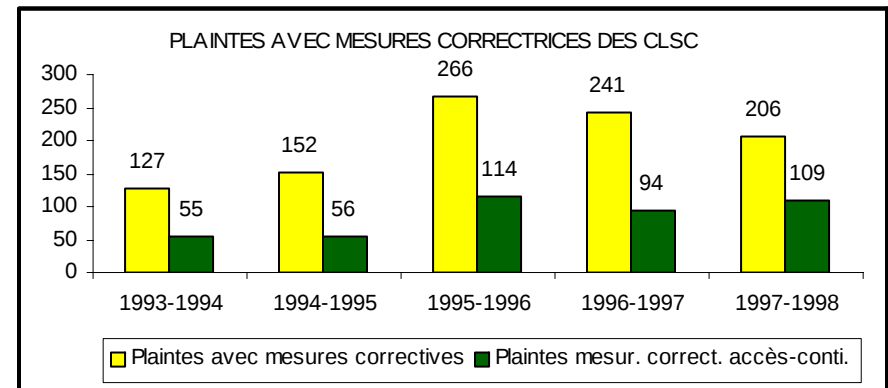
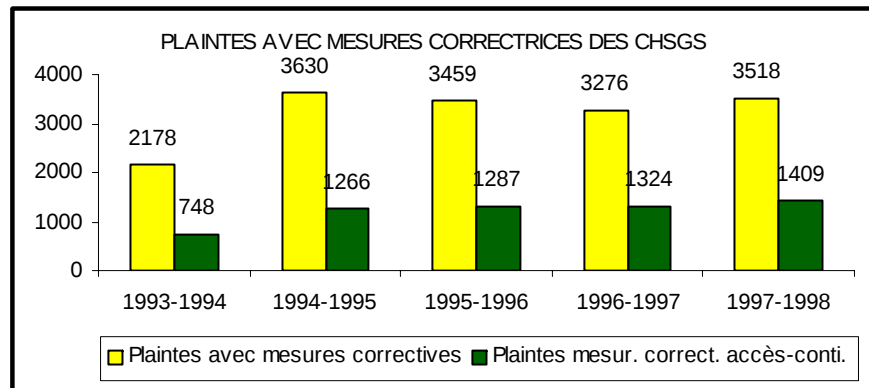
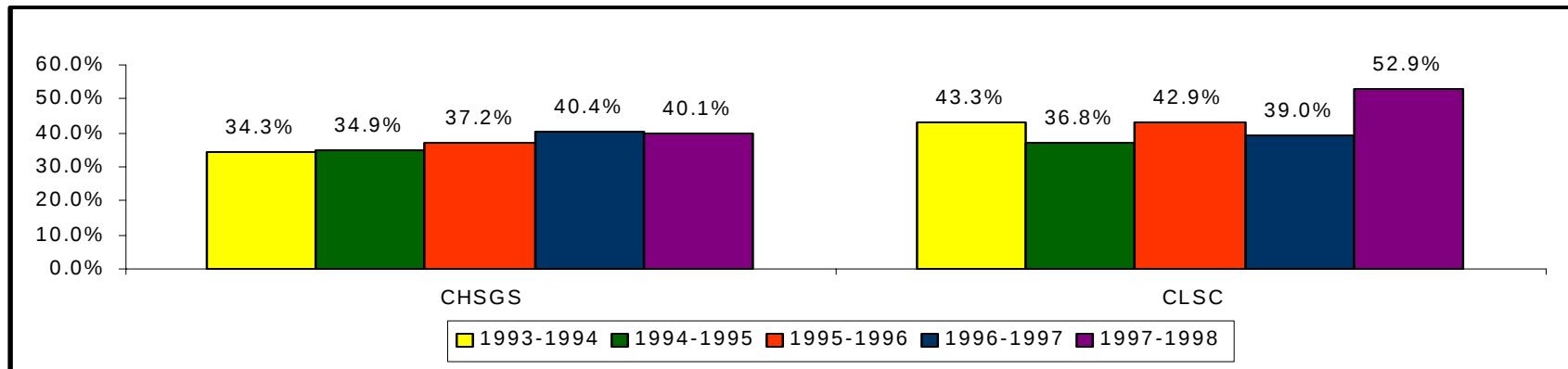
Pour suivre le maintien de la capacité des services d'urgence suite à la fermeture de sept salles d'urgence, la Régie régionale s'est dotée d'un indicateur relatif à la gestion de l'urgence pour les bénéficiaires sur civière.

Normalement, la prise de décision relative à l'orientation de l'utilisateur (congé ou admission) devrait se faire à l'intérieur d'un délai de 8 heures, alors que le temps nécessaire pour trouver un lit à l'utilisateur devant être admis devrait prendre tout au plus 12 heures.

Par rapport à l'année 1993-1994, on constate que les admissions d'utilisateurs sur civière dans un délai de 12 heures ont connu certaines variations au cours des années 1995-1996 et 1996-1997 pour se situer à 45 % en 1997-1998 ce qui constitue une légère augmentation (2 %) par rapport à l'année de référence.

Quant au pourcentage d'utilisateurs ayant un congé dans un délai de moins de 8 heures en soins physiques, la situation est demeurée stable à 58 % pendant 4 années pour diminuer à 54 % en 1997-1998.

## POURCENTAGE DES PLAINTES AVEC MESURES CORRECTIVES RELATIVES À L'ACCESSIBILITÉ-CONTINUITÉ DES SERVICES



L'analyse de l'évolution du nombre de plaintes avec mesures correctives (plaintes fondées) permet d'identifier les tendances liées à la satisfaction des usagers fréquentant les CHSGS et les CLSC. De façon plus spécifique, les données relatives à l'accessibilité et à la continuité des services permettent d'identifier la capacité de ces catégories d'établissements à maintenir leur accessibilité selon le point de vue de l'utilisateur. La mise en œuvre de la politique de gestion des plaintes, telle que définie par la Loi de la santé et des services sociaux, a débuté en 1993-1994.

L'année 1993-1994 constitue probablement une année plus difficile à interpréter compte tenu qu'il s'agissait de la première année de mise en œuvre de la politique de gestion. Pour les CHSGS, il est intéressant de noter que le nombre total de plaintes avec mesures correctives s'est maintenu à peu près au même niveau au cours des quatre dernières années; on remarque que le motif d'accessibilité au sein des plaintes avec mesures correctives a toutefois augmenté au fil des années pour se situer depuis 2 ans à 40 %. Pour les CLSC, leur notoriété et leurs responsabilités croissantes ont été marquées par une croissance importante des plaintes avec mesures correctives dès 1995-1996. 1997-1998 marque toutefois une diminution significative du nombre total de plaintes avec mesures correctives. Cette diminution du nombre de plaintes chez les CLSC explique le pourcentage important de plaintes relatives à l'accessibilité (52 %).

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

### **ENJEU No 3 :      *LES PERSONNES ÂGÉES NÉCESSITANT DES SERVICES SONT-ELLES PRISES EN CHARGE?***

#### **EN RÉSUMÉ**

◆ Réponse d'hébergement en CHSLD (2,5 h soins et plus/jour) :

Les interventions de la Régie régionale ont permis de rehausser de 2 000 le nombre de lits capables de desservir une clientèle requérant 2,5 h de soins et plus par jour. Ceci a répondu à la croissance de la demande pour ce type de lit tout comme le taux de réponse à ces demandes.

◆ Délai moyen d'accès pour une ressource d'hébergement :

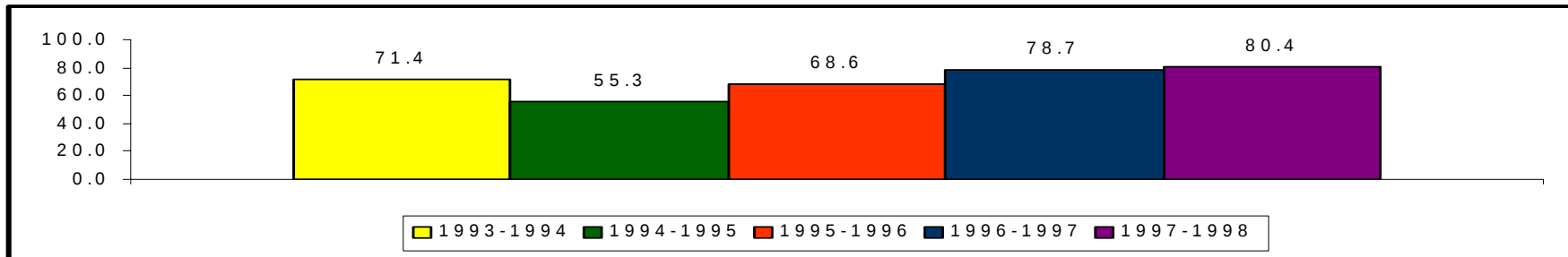
Globalement, on note une amélioration marquée du délai moyen d'accès toutes priorités confondues.

◆ Nombre moyen de visites à domicile – personnes âgées :

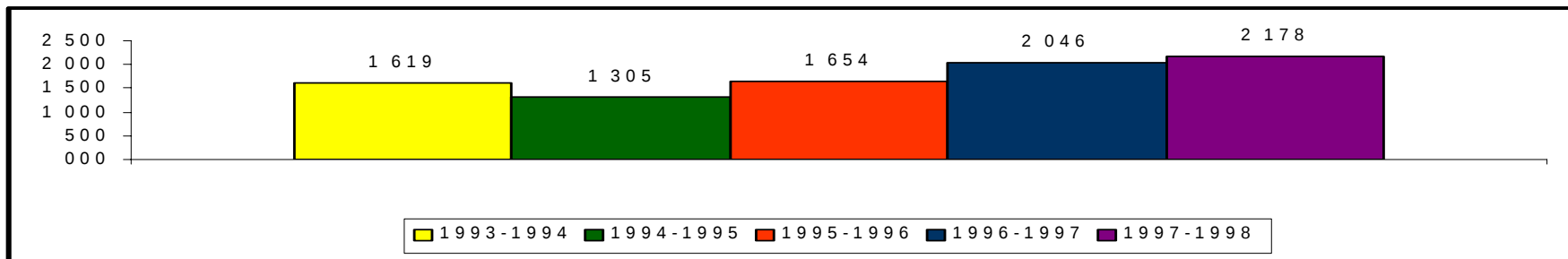
Le nombre moyen de visites a augmenté de 39 % alors que le nombre de visites a augmenté de 81 % . La croissance de la clientèle âgée a crû de 30,5 %.

Les indicateurs relatifs aux personnes âgées vont dans le sens des objectifs visés par la Régie régionale qui sont d'améliorer la réponse du réseau d'hébergement, particulièrement pour les personnes ayant besoin le plus de soins, et d'augmenter la réponse dans la communauté pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

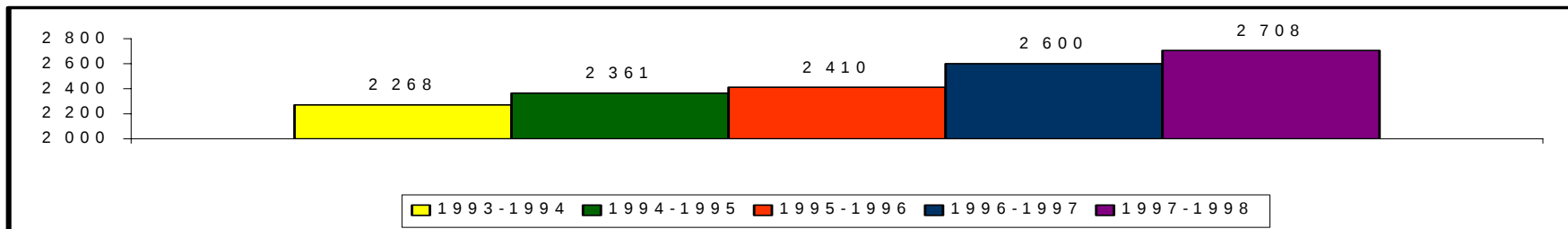
### TAUX DE RÉPONSE D'HÉBERGEMENT EN CHSLD - 2,5 HEURES SOINS ET PLUS/JOUR



### Nombre d'usagers admis en CHSLD 2,5 heures soins et plus /jour



### Nombre de demandes d'orientation en CHSLD 2,5 heures soins et plus / jour



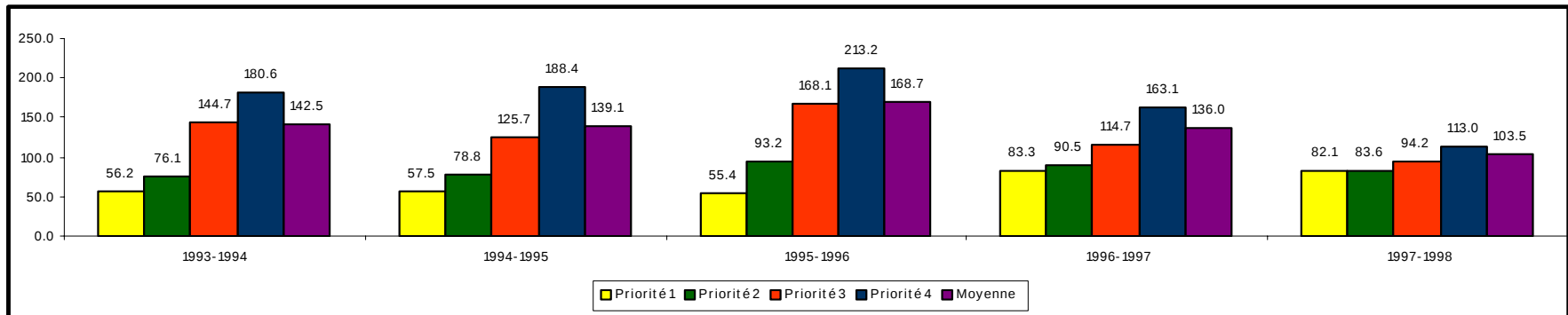
Une des mesures importantes du Plan 1995-1998 a été le rehaussement du nombre de lits pour recevoir une clientèle requérant 2,5 heures soins et plus par jour. 2 000 lits ont été rehaussés ou développés à 2, 5 heures soins et plus par jour au cours de la période 1995-1998.

On constate que les CHSLD ont été à même de répondre à la progression du **nombre** de demandes pour ce type de ressources et d'y répondre de façon de plus en plus importante (**taux de réponse**).

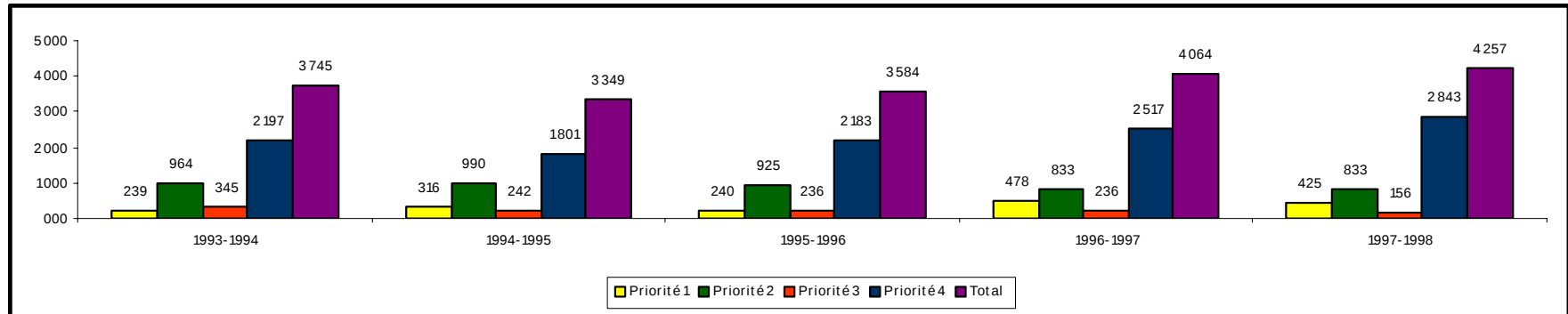
En résumé, de 1993-1994 à 1997-1998 :

◆ 440 demandes de plus; ◆ 559 admissions de plus; ◆ 9 % d'amélioration (augmentation) du taux d'admission.

## DÉLAI MOYEN D'ACCÈS POUR UNE ADMISSION EN RESSOURCES D'HÉBERGEMENT



## NOMBRE D'USAGERS ADMIS EN RESSOURCES D'HÉBERGEMENT



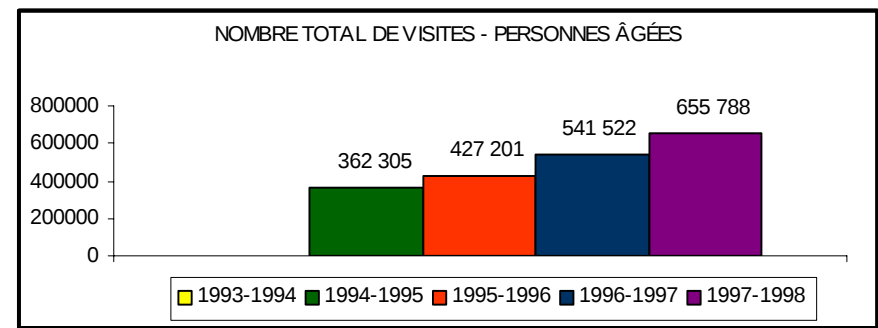
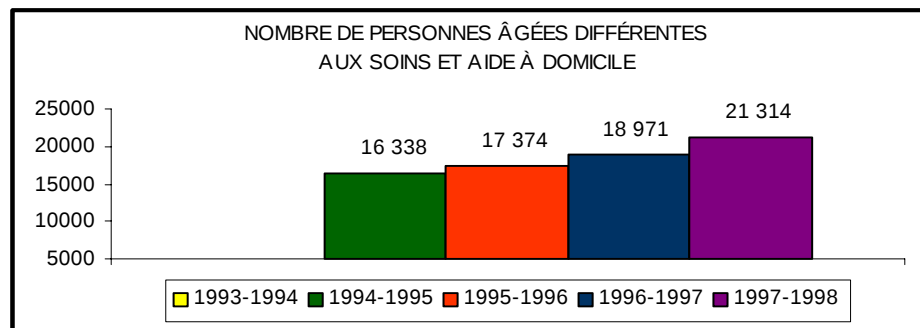
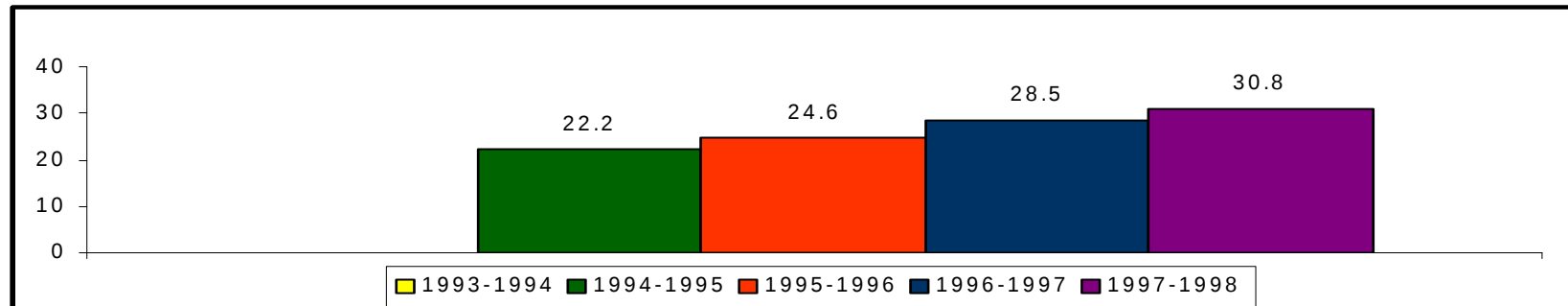
Les mesures mises en place dans le cadre du Plan 1995-1998 ont permis une augmentation de plus de 350 lits d'hébergement en CHSLD. Ces augmentations jointes au rehaussement des heures soins ont permis d'améliorer de façon significative le délai moyen d'accès toutes catégories de priorités<sup>2</sup> confondues.

Ainsi, en 1993-1994 le délai moyen d'accès était de 142,5 jours, il est réduit à 103,5 jours en 1997-1998.

L'application des priorités a varié pour solutionner des problématiques tel l'engorgement en CHSGS.

<sup>2</sup> Priorité 1 = urgence à domicile ou en cas de ressources inadéquates. Priorité 2 = personnes provenant du domicile ou d'un établissement (niveau de dangerosité). Priorité 3 = personnes provenant d'un établissement. Priorité 4 = toutes autres personnes.

## NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE – PERSONNES ÂGÉES



Le Plan 1995-1998 a généré des investissements importants au chapitre des services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie : 21,1 M\$.

Ces investissements ont permis d'accentuer le nombre moyen de visites à domicile de 1994-1995 à 1997-1998 de 39 % alors que le nombre total de visites a augmenté de 81 %. La croissance du volume de personnes desservies pour les mêmes années est de 30,5 %.

Notons que notre base d'information regroupe 24 CLSC. Les données des années 1993-1994 à 1996-1997 varient quelque peu par rapport aux tableaux de bord des années antérieures, entre autres parce que nous avons recalculé nos données pour 24 CLSC, base commune à l'ensemble des CLSC.

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

### **ENJEU No 4 :      LES MOYENS MIS EN PLACE PERMETTENT-ILS DE MINIMISER LES IMPACTS SUR LA MAIN-D'OEUVRE AFFECTÉE PAR LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU?**

#### **EN RÉSUMÉ**

♦ Évolution du personnel salarié touché par la transformation :

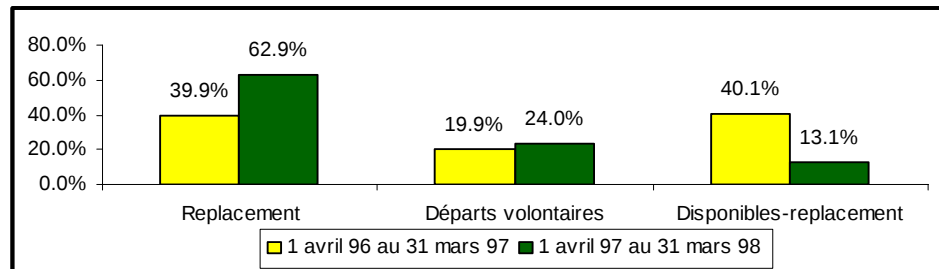
A la fin du Plan de transformation, soit le 31 mars 1998, il restait 638 personnes disponibles sur les 4 876 personnes touchées par la période de transition, soit 13 %.

♦ Cadres inscrits en stabilité et cadres en remplacement :

Sur le total de 671 inscrits en stabilité au cours des dernières années, il reste au 31 mars 1998, 178 cadres toujours en recherche d'emploi, soit (26,5 %).

On peut conclure que sur l'ensemble du personnel affecté par la transformation du réseau au cours des dernières années, la très grande majorité a soit été remplacée ou a accepté un départ volontaire.

## ÉVOLUTION DU PERSONNEL SALARIÉ TOUCHÉ PAR LA TRANSFORMATION 1995-1998



## TOTAL DES SALARIÉS (EXCLUANT LES CADRES)

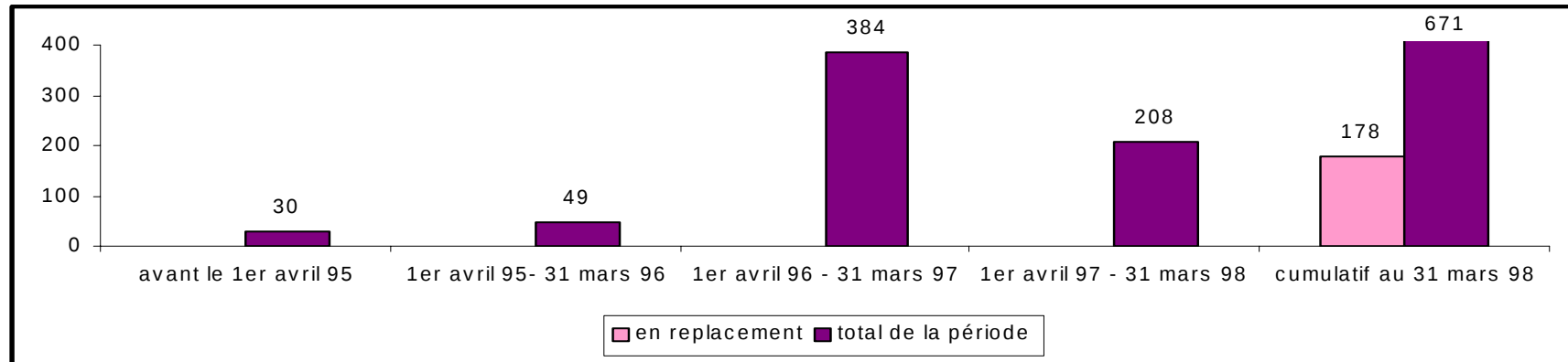
| Total des salariés      | 1996-1997   | 1997-1998   |
|-------------------------|-------------|-------------|
| Remplacement            | 1764        | 3068        |
| Départs volontaires     | 879         | 1170        |
| Disponibles-replacement | 1773        | 638         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>4416</b> | <b>4876</b> |

La main-d'œuvre du réseau a été touchée en profondeur durant les années 1995-1998 par les compressions budgétaires et les fermetures d'établissements. Ce personnel, affecté par les mesures découlant de la transformation du réseau, s'est ajouté au nombre de personnes qui se trouvaient déjà sur la liste de personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi (SPSSS).

L'exercice 1997-1998 a été marqué par le vaste programme de départs volontaires, lequel dans une certaine mesure a permis le remplacement de 1 304 personnes durant cet exercice. Ce qui a fait passer le taux de remplacement de 1997-1998 à 62,9 % (3068/4876) comparativement à 39,9 % qu'il était en 1996-1997.

Quant aux personnes disponibles pour un remplacement, il ne restait que 638 personnes au 31 mars 1998. Ce qui représente une diminution de 1 135 par rapport au nombre de 1 773 au 31 mars 1997.

### CADRES INSCRITS EN STABILITÉ ET CADRES EN REPLACEMENT



Depuis le 1<sup>er</sup> avril 1995, 641 cadres ont bénéficié de mesure relatives à la stabilité d'emploi. S'ajouteraient 30 cadres déjà inscrits antérieurement. C'est au cours de l'exercice 1996-1997 que la majorité de ces cadres (384/641, soit 60 %) ont été affectés par les changements apportés au réseau. L'année suivante (1997-1998) apparaît plus stable quant au nombre de cadres inscrits en stabilité (208/641, soit 32 %).

Au 31 mars 1998, du total de 671 cadres, 178 cadres étaient toujours en recherche d'emploi (26,5 %).

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

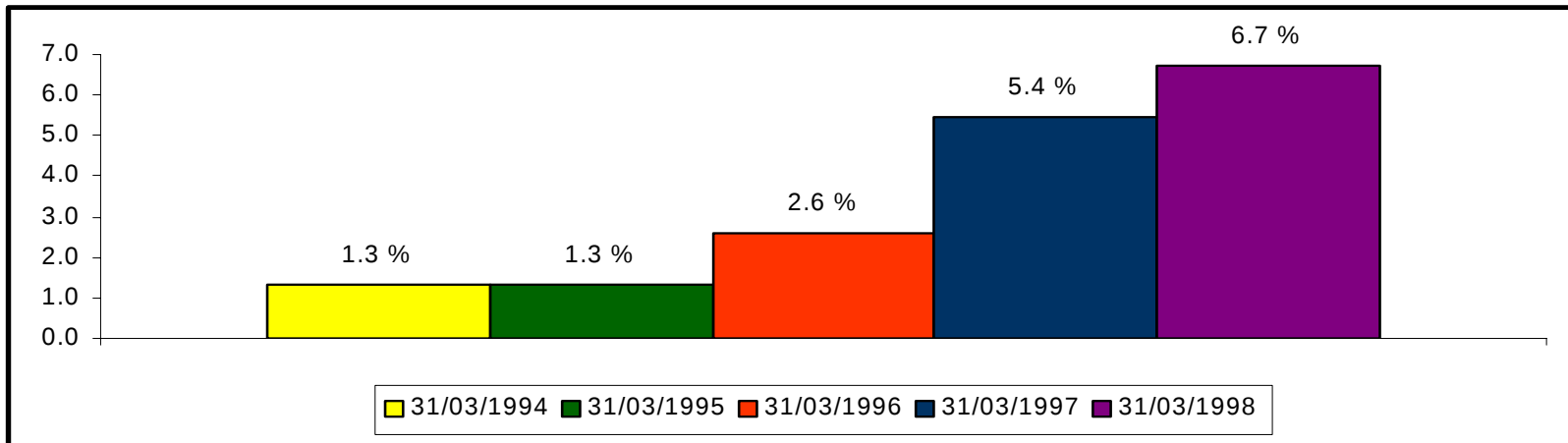
### **ENJEU No 5 :    *LES RÉDUCTIONS ET LES RÉALLOCATIONS EFFECTUÉES PERMETTENT-ELLES DE RESPECTER L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE?***

#### **EN RÉSUMÉ**

- ◆ D'une situation d'équilibre en 1993-1994 (+ 1 %), la région a vu les déficits progresser pour atteindre 3,2 % en 1997-1998.
- ◆ Le niveau relativement faible et stable en 1993-1994 et 1994-1995 (1,3 %) des autorisations d'emprunt a augmenté en flèche depuis, reflétant essentiellement l'impact de l'opération de transformation du réseau (6,7 % au 31 mars 1998).
- ◆ Les réductions et les réallocations sont conformes aux prévisions initiales ( $\pm$  350 M\$ de réduction,  $\pm$  155 M\$ de réallocation) incluses dans le volet financier des mesures de transformation du réseau.
- ◆ Finalement, tel que souhaité, l'effet de réduction s'est principalement fait sentir dans les services administratifs et de soutien plutôt que dans les services directs.

En conclusion, la Régie régionale a réussi à actualiser le volet financier de sa transformation. L'équilibre global des finances régionales n'a toutefois pas été maintenu si l'on observe le niveau d'emprunt et de déficit.

### POURCENTAGE DES AUTORISATIONS TEMPORAIRES D'EMPRUNT

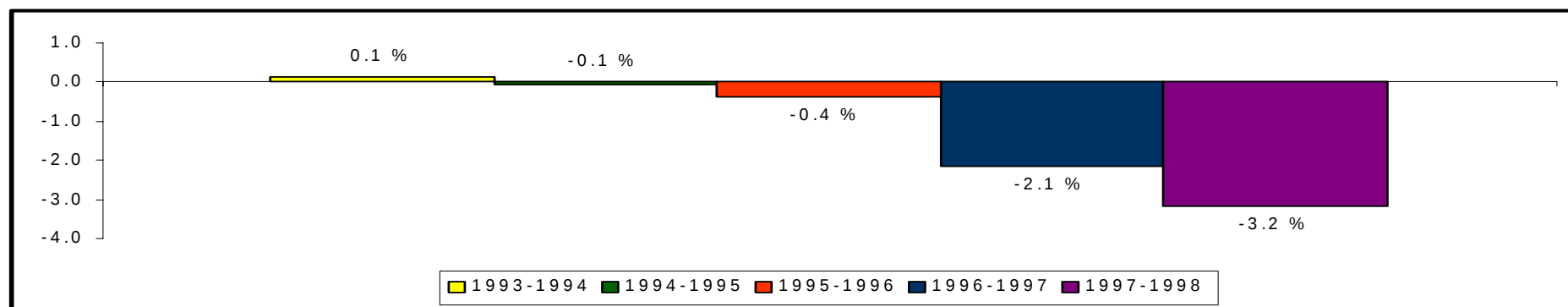


Les autorisations d'emprunt peuvent être obtenues pour plusieurs motifs dont les principaux, jusqu'en 1994-1995, étaient les déficits accumulés et les congés à traitement différé. Le niveau d'emprunt relativement stable en 1993-1994 et 1994-1995 a augmenté en flèche depuis, reflétant essentiellement l'impact de l'opération de transformation du réseau.

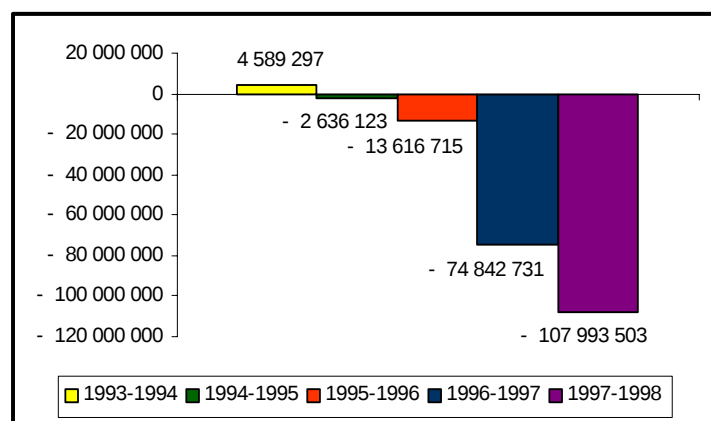
Le total des autorisations d'emprunt qui dépassait les 400 M\$ au 31 décembre 1997 est redescendu à 199 M\$ au 31 mars 1998 suite à la prise en charge par la Corporation d'hébergement du Québec d'une grande partie des emprunts reliés à la transformation du réseau (ex. : déficit des hôpitaux fermés). Malgré tout, le niveau du 31 mars 1998 est supérieur à celui du 31 mars 1997 en lien direct avec les déficits élevés persistants dans certains établissements.

Cette mesure ne s'applique qu'aux établissements publics et exclut les autorisations d'emprunt pour des projets autofinancés en lien avec le fonds d'immobilisations.

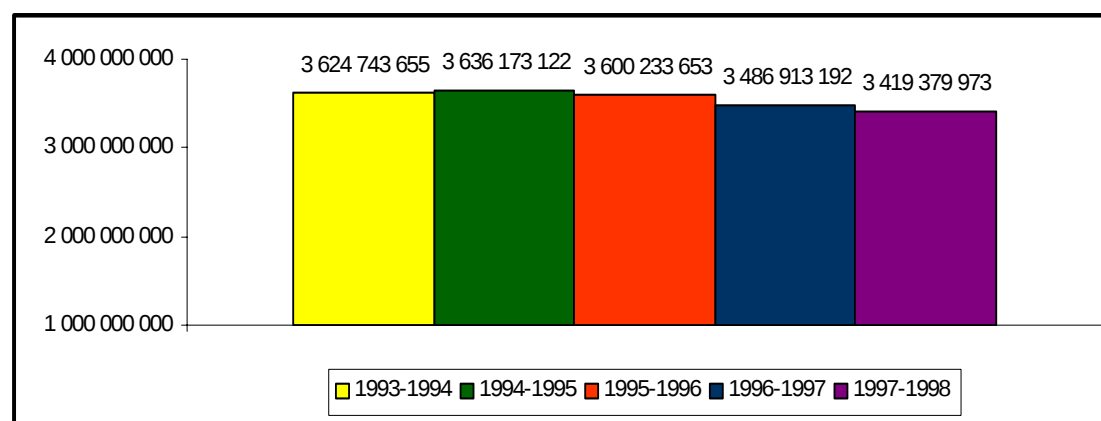
## NIVEAU DE SURPLUS OU DÉFICIT



## SURPLUS OU DÉFICITS DES ACTIVITÉS PRINCIPALES



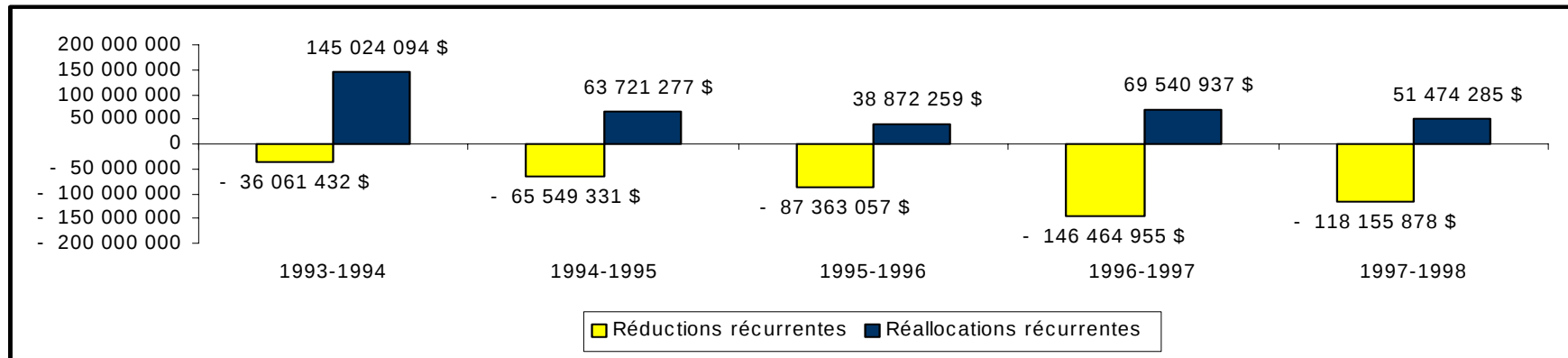
## REVENUS AUX ACTIVITÉS PRINCIPALES



Le pourcentage de surplus ou déficit permet en suivant son évolution chronologique d'estimer, au moins partiellement, un impact possible du processus de transformation du réseau. De 1993-1994 à 1995-1996 le niveau de surplus ou déficit est demeuré relativement stable, près du point d'équilibre, quoique l'on constate une légère détérioration dans le temps. Cette situation s'est sensiblement aggravée en 1996-1997, année où l'on peut supposer que les réductions importantes imposées en 1994-1995 et 1995-1996 ont fait sentir leur plein effet sur la situation financière de certains établissements publics. L'année 1997-1998 confirme cette tendance : le niveau de déficit atteint 3,2 %.

Cet indicateur concerne les établissements publics et privés. La situation de surplus ou déficit influence de façon directe l'indicateur portant sur les niveaux d'emprunt.

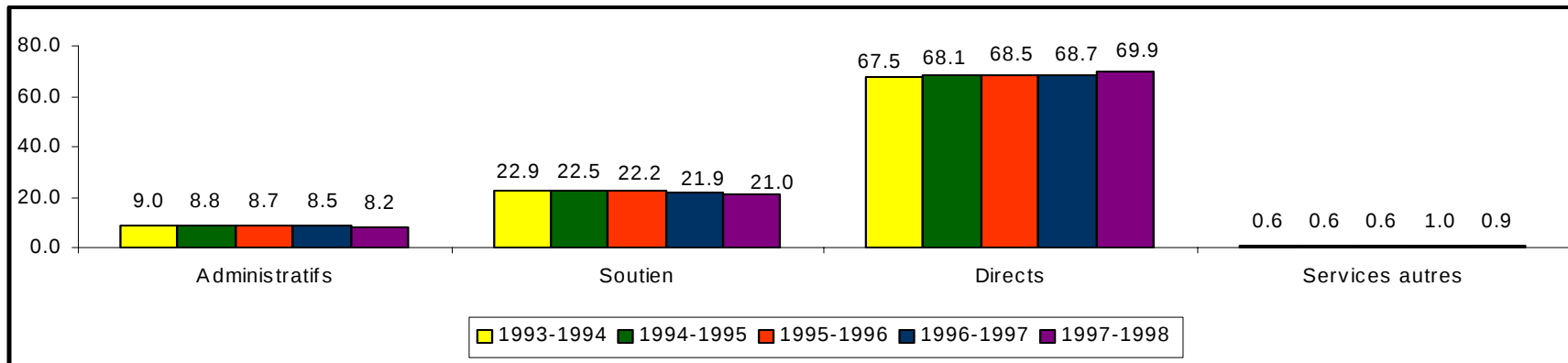
## NIVEAU DE RÉDUCTION ET DE RÉALLOCATION



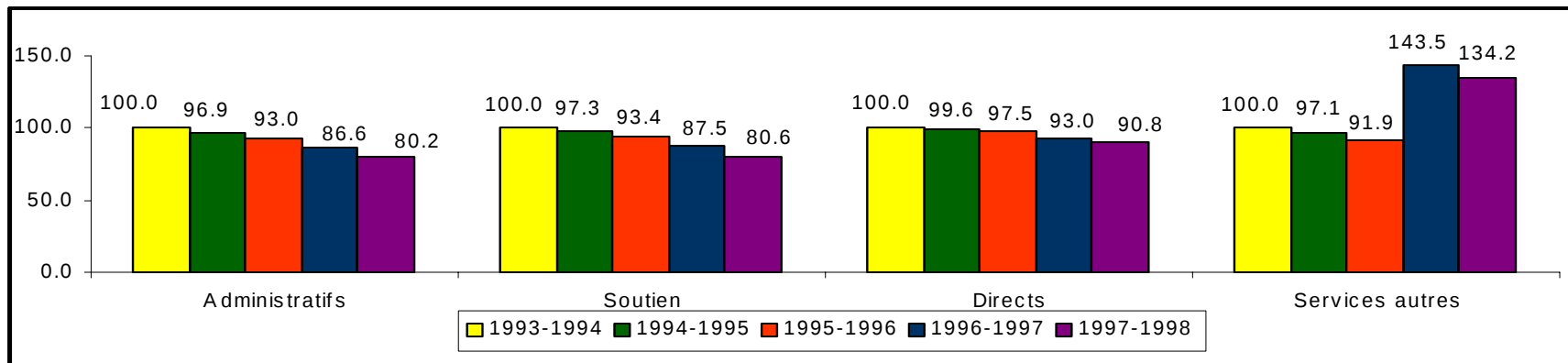
Le niveau de réduction et de réallocation budgétaires permet de suivre le volet financier des mesures de transformation du réseau. À noter qu'en 1993-1994 et 1994-1995, le Ministère effectuait directement la majeure partie des réductions et réallocations, selon ses priorités. La Régie régionale n'avait qu'un rôle limité comme la répartition intrarégionale de certains budgets de développement.

Au chapitre des réductions, on constate une augmentation annuelle très marquée; l'année 1996-1997 marquant un maximum. Les réductions ne représentent qu'une partie de l'effort budgétaire à fournir par les établissements puisqu'elles excluent la non-indexation complète du coût de système à compter de 1995-1996. Quant aux réallocations, elles sont conformes aux orientations du « Plan de transformation 1995-1998 » et deviennent autofinancées au plan régional.

### POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES



### L'ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES



L'évolution des heures travaillées selon les catégories de services permet de suivre la transposition des réductions et réallocations effectuées en unités de mesure standardisées de services. Dans l'ensemble, on note une diminution graduelle du total des heures travaillées de 1993-1994 à 1997-1998, ce qui est cohérent avec la diminution budgétaire nette régionale vécue au cours de cette période. Cette diminution est proportionnellement plus prononcée pour les services administratifs et de soutien que pour les services directs, ce qui confirme la priorité relative accordée au volet clinique. L'augmentation brusque de la catégorie « Autres » s'explique par l'inclusion du nouveau centre d'activités 7900 (Personnel bénéficiant de la sécurité ou stabilité d'emploi) dans ce bloc en 1996-1997.

Cet indicateur concerne les établissements publics et privés. À noter que le pourcentage d'heures travaillées d'une catégorie de services par rapport à une autre ne reflète pas nécessairement leur pourcentage de dépenses respectives. Les taux de rémunération varient et certaines dépenses ne sont pas liées à des heures travaillées (ex. : services achetés, fournitures et autres charges).