

# Tableau de bord central

---

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



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

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

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2000

## LES COLLABORATIONS

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

### ❖ De la Direction de la programmation et coordination

Pour la validation et leur contribution à l'interprétation des résultats des indicateurs nous remercions :

- Pierrette Rolland, responsable, Michèle Bérubé, Francine Bussièrès, Micheline Lefebvre, conseillères aux établissements, **Services multientèles de courte durée;**
- André Cimon, responsable, André Trépanier et Marie-Claude Hens, chefs de service, Danièle Dorval, Denise Sirois, et Cornélia Steavu, conseillères aux établissements, **Secteur des Services multientèles de première ligne et Services aux personnes âgées;**
- Diane Gauthier, chef de service, Michel Roberge, Donald Foidart, conseillers aux établissements, Manon Rainville, conseillère-cadre, **Services de santé mentale et Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle, aux personnes autistes et aux personnes présentant des troubles envahissants du développement.**

### ❖ Du service des études et de l'évaluation

- Normand Lauzon, chef de service, a assumé la supervision de l'ensemble de l'opération;
- Pierre Provencher, conseiller aux établissements et Marie-Andrée Picard, technicienne en recherche, ont assuré une grande partie du traitement des bases de données pour la production des indicateurs de la Direction de la programmation et coordination; Jocelyne Gratton et Lisette Martin, secrétaires, pour l'édition du document.
- Carole Lécuyer, conseillère aux établissements, a coordonné la production du rapport.

### ❖ De la Direction de la santé publique

- Pierre Tousignant, médecin conseil, Léo-Roch Poirier, agent de recherche, ont planifié l'évaluation d'impact sur la santé de la reconfiguration du réseau;
- Gilles Lavoie, analyste-biostatisticien, a planifié, préparé et réalisé l'analyse des données pour la production des indicateurs;
- Jean Cloutier, médecin conseil, a participé à la préparation de l'analyse;
- Michèle Dupont, agente de recherche, a collaboré à la rédaction et à la révision du rapport;
- Robert Choinière, responsable de la fonction surveillance, a participé à la sélection des indicateurs et à la préparation du rapport.
- Denis Lamontagne, statisticien, a participé à l'analyse des données.

### ❖ De la Direction des relations avec la communauté

- Ronald McNeil, conseiller-cadre, a supervisé l'extraction des données, a analysé ces données et a rédigé les résultats;
- Diane Savage, technicienne en administration, a procédé à l'extraction des données des rapports des plaintes;
- Hélène Gendron, analyste au **Service des systèmes d'information et de l'informatique**, a développé des programmes d'extraction de données et traité des banques d'information.
- Christine Daniel, agent d'information, au **Service des communications** a assumé la correction d'épreuve.

### ❖ De la Direction des immobilisations et finances

- Luc Bordeleau, adjoint au directeur, a supervisé l'extraction des données, a analysé ces données et a rédigé les résultats;
- Francine Huot et Lina Lemaître-Auger, techniciennes en administration, ont procédé à l'extraction des données.



## AVIS AUX LECTEURS

---

### **1. *Évolution du traitement de certains indicateurs***

Nous invitons le lecteur à être prudent dans la comparaison des résultats des indicateurs publiés le 29 janvier 1999 avec ceux de l'actuelle édition. En effet, les paramètres de calcul des indicateurs ont pu changer modifiant ainsi les résultats obtenus. Lorsque tel est le cas, une note de bas de page le signale.

### **2. *Tableau de bord révisé***

À l'origine, 26 indicateurs ont été retenus pour suivre le « Plan 1998-2002 ». Deux indicateurs sont définitivement abandonnés. Il s'agit du « Délai d'accès pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive » et des « Visites ambulatoires entre 8 et 22 heures dans les urgences ». Aucun système d'information ne supporte la collecte de données pertinentes pour ces indicateurs. Les relevés ad hoc réalisés auprès des établissements par les Services multiclientèles de courte durée de la Direction de la programmation et coordination offrent des données, soit partielles, soit limitées, ne permettant pas l'analyse escomptée.

### **3. *Ressources humaines***

Dans la présente édition, l'indicateur relatif au « Maintien et à l'amélioration de la compétence des ressources humaines » ne pourra être produit. En effet, les établissements ont jusqu'au 31 mars 2000 pour compléter le questionnaire de relevé de l'information.

### **4. *Indicateurs à venir***

« L'attente pour des traitements de radio-oncologie » fera l'objet d'un addendum au présent Tableau de bord. Enfin, l'indicateur « Jeunes en difficulté » sera produit l'an prochain.



## SOMMAIRE

---

	<b>Page</b>
RAPPEL DE LA DÉMARCHE.....	9
<i>Présentation du rapport</i> .....	9
L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES.....	11
<i>Synthèse des résultats</i> .....	31
LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ.....	33
<i>Synthèse des résultats</i> .....	45
L'IMPACT SUR LA SANTÉ .....	47
<i>Synthèse des résultats</i> .....	57
LE POINT DE VUE DES USAGERS .....	59
<i>Synthèse des résultats</i> .....	67
LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE .....	69
<i>Synthèse des résultats</i> .....	81



## RAPPEL DE LA DÉMARCHE

---






En mai 1998 la Régie régionale de Montréal-Centre adopte son « Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 : Le défi de l'accès ». Les indicateurs stratégiques sont inclus à la planification régionale. Le suivi de ces indicateurs vise une reddition de compte intégrée basée sur des résultats. Ce suivi 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 compte 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 du bien-être et de la satisfaction de la population et des clientèles.

Le Tableau de bord central est donc le fruit d'une collaboration interdirectionnelle. Madame Francine Rochon, directrice de la Programmation et coordination, est responsable du dossier auprès du comité de direction. La démarche est supervisée par monsieur Normand Lauzon, chef de service des études et de l'évaluation. L'ensemble des directions de la Régie régionale participe à l'élaboration, la production et l'interprétation des indicateurs les concernant. Les responsables, chefs de service et conseillers des secteurs sont mis à contribution pour définir les indicateurs, valider les résultats et leur interprétation.

Cette deuxième édition du Tableau de bord est en fait un état de situation de l'An I du Plan, soit 1998-1999. L'année 1997-1998 constitue l'année de référence pour la mise en œuvre des mesures du Plan. Notons toutefois que pour certains indicateurs basés sur des relevés ad hoc auprès des établissements, l'état de situation prend racine sur des périodes financières de l'année 1998-1999.

### **Présentation du rapport**

Ce rapport présente les résultats de 21 des 24 indicateurs stratégiques selon 5 des 6 principaux axes<sup>1</sup> de suivi pour lesquels des données étaient disponibles. Ces axes sont :

-  **L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES**
-  **LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ**
-  **L'IMPACT SUR LA SANTÉ**
-  **LE POINT DE VUE DES USAGERS**
-  **LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE**

---

<sup>1</sup> L'indicateur relatif au « Maintien et à l'amélioration de la compétence des ressources humaines » sera disponible à la fin de l'exercice financier, soit le 31 mars 2000.



## L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

---

Cet axe de suivi comprend 7 indicateurs. Nous présentons les résultats du traitement de 6 d'entre eux, à savoir :

- ◇ le nombre de personnes en attente pour des chirurgies :
  - en cardiologie et des interventions en cardiologie tertiaire,
  - en ophtalmologie,
  - en orthopédie;
- ◇ l'accès aux services en déficience intellectuelle;
- ◇ le taux annuel d'admission pour une première demande d'hébergement dans le réseau des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD);
- ◇ le délai moyen d'accès pour une première demande d'hébergement dans le réseau des CHSLD;
- ◇ la durée moyenne de séjour dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- ◇ les séjours excessifs sur civière dans les urgences.

« L'attente pour des traitements en radio-oncologie » est un indicateur qui fera l'objet d'un addendum.

## L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES CARDIAQUES ADULTES

### OBJECTIF(S) :

En chirurgie cardiaque adulte, les résultats visés par le « Plan d'amélioration des services » sont d'éliminer la liste d'attente et d'assurer l'accès à une chirurgie dans un délai d'un mois. Des objectifs de chirurgie sont fixés aux centres hospitaliers (CH) concernés. La Régie régionale demande au Ministère du développement non récurrent (1,477 M\$) et récurrent (3,910 M\$) totalisant 5,387 M\$ pour la durée du Plan 1998-2002. Des fonds de l'ordre de 1,983 M\$ ont été injectés en 1998-1999 en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgie et du nombre d'usagers en attente. Un budget de 1,690,600 \$ a été accordé pour des chirurgies additionnelles en 1999-2000. Les budgets alloués aux établissements sont révisables annuellement.

### INDICATEUR(S) :

Le nombre total de personnes en attente pour un **pontage** ou un **remplacement valvulaire** est un indicateur de l'ordre de grandeur de la demande non satisfaite à une date donnée. Le pourcentage d'usagers en attente depuis plus d'un mois permet de suivre le temps d'attente en rapport avec l'objectif visé. Les données sont transmises périodiquement par les centres hospitaliers concernés.

### RÉSULTAT(S)<sup>2</sup> :

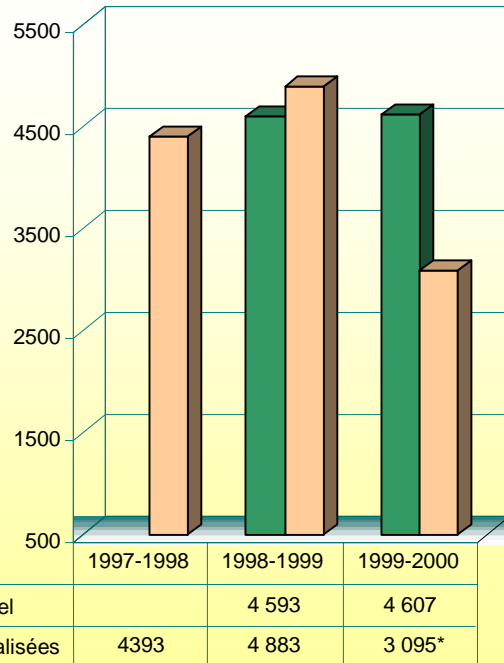
Au **4 décembre 1999**, 519 personnes sont inscrites en liste d'attente pour un pontage ou un remplacement valvulaire. La majorité des personnes (51,1 % : 265 / 519) attend depuis plus d'un mois. Depuis mars 1998, à partir des relevés trimestriels, on observe une tendance à la hausse du nombre de personnes en attente de chirurgie cardiaque. Le pourcentage d'adultes en attente de plus d'un mois fluctue à la hausse de façon cyclique, notamment suite aux périodes de vacances. Depuis janvier 1999, la proportion d'adultes en attente de plus d'un mois dépasse les 50 % pour 3 dates d'observation sur 5.

L'objectif d'assurer la chirurgie requise dans un délai d'un mois n'est pas atteint malgré la hausse des chirurgies réalisées à l'aide des budgets injectés. À ce chapitre, mentionnons que les 4 393 chirurgies réalisées en **1997-1998** ont servi de base pour fixer les objectifs de 1998-1999. En **1998-1999**, les 4 883 chirurgies réalisées représentent 106 % de l'objectif fixé (4 593 chirurgies). Au **4 décembre 1999**, des 4 607 chirurgies planifiées, 3 095 ont été réalisées, ce qui correspond à 67 % de l'objectif annuel visé.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la croissance de la liste d'attente dont l'augmentation de la demande et la disponibilité des ressources humaines. D'autre part, selon les périodes, l'augmentation des usagers en attente peut être influencée par des événements cycliques comme les vacances, les conflits de travail, etc.

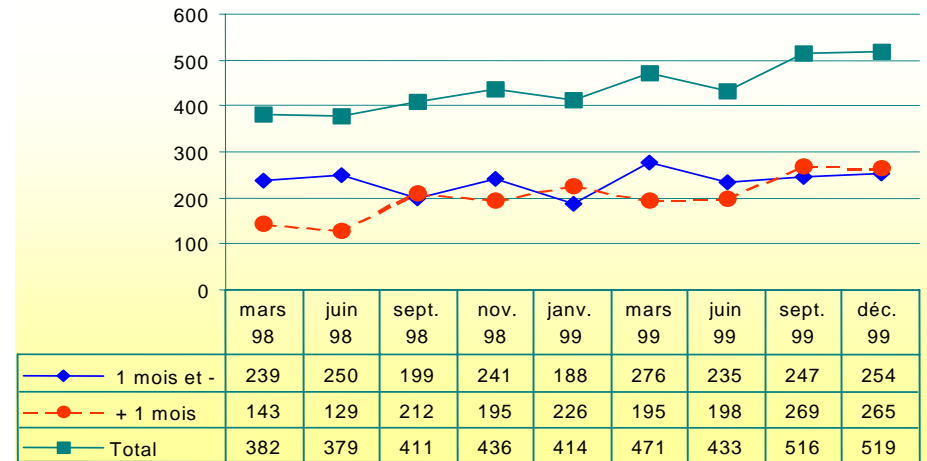
<sup>2</sup> Le Tableau de bord publié le 29 janvier 1999 faisait état, au 7 novembre 1998, de 414 usagers en attente dont 34,5 % étaient en liste d'attente depuis plus d'un mois. Ces données ont été révisées à la hausse.

### Chirurgies planifiées et réalisées Pontage ou remplacement valvulaire

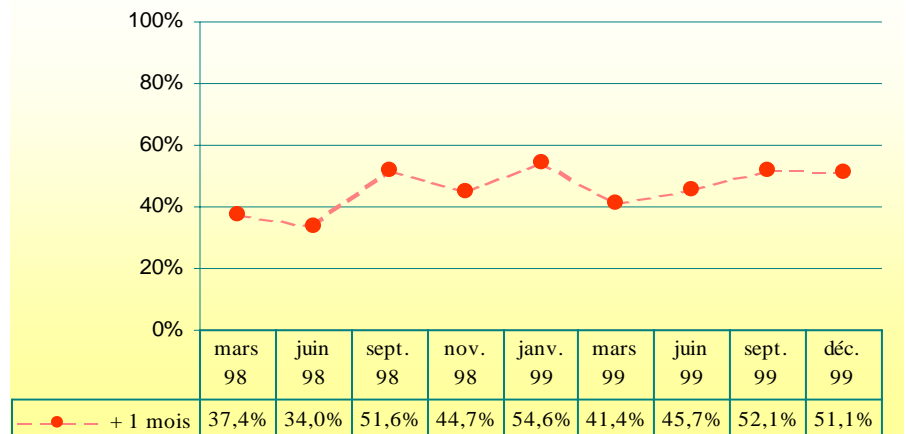


\* Du 1<sup>er</sup> avril au 4 décembre 1999.

### Évolution du nombre d'adultes en attente Pontage ou remplacement valvulaire



### Évolution du pourcentage d'adultes en attente de plus d'un mois Pontage ou remplacement valvulaire



Source : Direction de la programmation et coordination, Services multiclientèles de courte durée, relevés auprès des établissements.

## L'ATTENTE POUR DES INTERVENTIONS EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE

### OBJECTIF(S) :

En cardiologie tertiaire, les résultats visés par le « Défi de l'accès » sont d'éliminer la liste d'attente et d'assurer aux patients la pose de tuteurs et le remplacement de défibrillateurs dans un délai maximal de 3 mois. Des objectifs d'intervention sont fixés aux établissements concernés. La Régie régionale demande au Ministère des budgets de développement non récurrent (2,647 M\$) et récurrent (4,142 M\$) totalisant 6,789 M\$ pour la durée du Plan 1998-2002. Des fonds de l'ordre de 1,259 M\$ pour des tuteurs et de 638,000 \$ pour des défibrillateurs ont été injectés en 1998-1999 en lien avec des objectifs spécifiques d'intervention et du nombre d'usagers en attente. En 1999-2000, des budgets ont été investis : 841,000 \$ ont été accordés pour la pose de tuteurs additionnels et 858,000 \$ pour le remplacement de défibrillateurs additionnels. Les budgets alloués aux établissements sont révisables annuellement.

### INDICATEUR(S) :

Le nombre total de personnes en attente pour l'installation de **tuteurs** et le remplacement de **défibrillateurs** est un indicateur de l'ordre de grandeur de la demande non satisfaite à une date donnée. Le nombre d'usagers en attente depuis plus de 3 mois permet de suivre le temps d'attente en rapport avec l'objectif visé. Les données sont transmises périodiquement par les centres hospitaliers concernés.

### RÉSULTAT(S)<sup>3</sup> :

#### Tuteurs :

Au **4 décembre 1999**, 77 adultes attendent pour la pose d'un tuteur dont 5 personnes depuis plus de 3 mois. En comparaison avec juin 1998, on observe une tendance à la baisse, alors qu'on dénombrait 180 usagers en attente à cette date. Point sensible à noter : depuis janvier 1999, les usagers en attente de plus de 3 mois sont apparus sur les relevés trimestriels.

La tendance à la baisse du nombre d'adultes en attente s'explique par l'augmentation de la pose de tuteurs. À ce chapitre, mentionnons que les 3 288 tuteurs posés en **1997-1998** ont servi de base pour fixer les objectifs de 1998-1999. En **1998-1999**, les 5 242 interventions réalisées représentent 121 % de l'objectif fixé (4 325 interventions). Au **4 décembre 1999**, 4 228 interventions ont été réalisées, alors que pour l'année 3 935 étaient planifiées. On a d'ores et déjà atteint 107 % de l'objectif annuel visé.

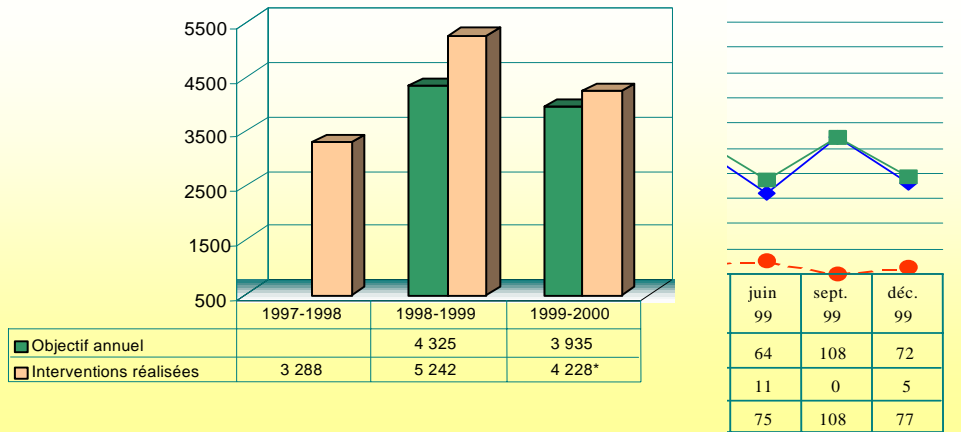
#### Défibrillateurs :

Au **4 décembre 1999**, 6 adultes attendent pour le remplacement d'un défibrillateur cardiaque. En comparaison avec juin 1998, il s'agit d'une nette amélioration puisqu'il y avait 23 usagers en attente à cette date. Depuis novembre 1998, à la date des relevés trimestriels suivis, le nombre d'usagers en attente se maintient sous la barre des 10. Aucun usager n'attend plus de 3 mois.

À ce chapitre, mentionnons que les 88 défibrillateurs remplacés en **1997-1998** ont servi de base pour fixer les objectifs de 1998-1999. En **1998-1999**, les interventions réalisées (153) correspondent à 140 % de l'objectif visé (110 interventions). Au **4 décembre 1999**, on a déjà réalisé l'objectif annuel fixé (125 interventions réalisées sur 127 planifiées).

<sup>3</sup> Le Tableau de bord publié le 29 janvier 1999 faisait état, au 20 juin 1998, de 165 usagers en attente et, au 12 septembre, de 124 usagers en attente pour la pose de tuteurs : ces données ont été révisées à la hausse. Pour le remplacement de défibrillateurs, 63 usagers en attente étaient répertoriés au 20 juin 1998 : ces données ont été révisées à la baisse. Ces dernières modifications ont été apportées principalement par 2 établissements lors de la révision du financement au 31 mars.

### Interventions planifiées et réalisées Pose de tuteurs



\* Du 1<sup>er</sup> avril au 4 décembre 1999.

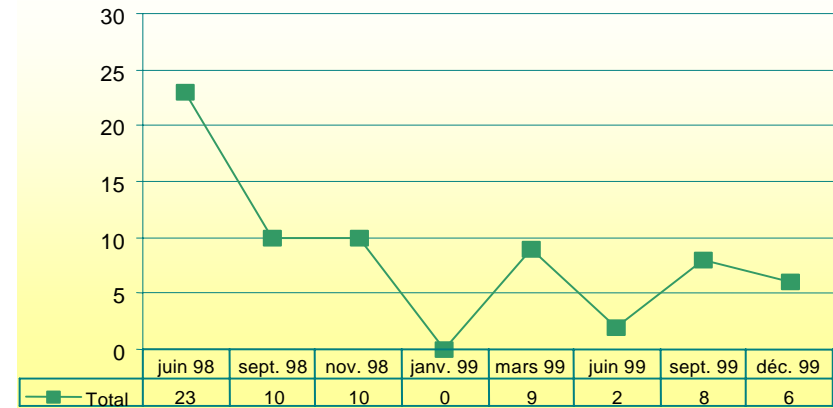
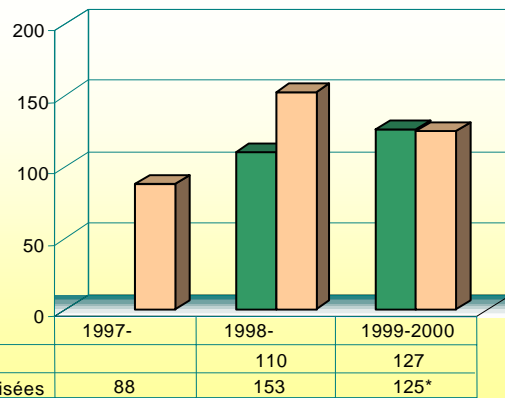
### Interventions planifiées et réalisées Remplacement de défibrillateurs

\* Du 1<sup>er</sup> avril au 4 décembre 1999.

#### Évolution du nombre d'adultes en attente Pose de tuteurs

#### Évolution du nombre d'adultes en attente Remplacement de défibrillateurs

Source : Direction de la programmation coordination, Services multientèles de courte durée, relevés auprès des établissements.



## **L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE**

### **OBJECTIF(S) :**

En orthopédie, le résultat attendu par le « Défi de l'accès » est de réduire le temps d'attente pour les chirurgies de prothèse totale de la hanche ou du genou. Les mesures prises visent à augmenter le nombre de personnes opérées par semaine. La Régie régionale demande au Ministère des budgets de développement non récurrent (6,5 M\$) et récurrent (1,8 M\$) totalisant 8,3 M\$ pour la durée du Plan 1998-2002. En 1998-1999, des fonds de l'ordre de 2,555 M\$ ont été injectés en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgie et du nombre d'usagers en attente. En 1999-2000, 1,194,755 M\$ ont été affectés pour des chirurgies additionnelles. Les budgets alloués aux établissements sont révisables annuellement.

### **INDICATEUR(S) :**

Le nombre total de personnes en attente pour une **chirurgie de prothèse totale de la hanche ou du genou** est un indicateur de l'ordre de grandeur de la demande non satisfaite à une date donnée. Le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus permet de suivre le temps d'attente en rapport avec l'objectif visé. Les données sont transmises périodiquement par les CH concernés.

### **RÉSULTAT(S) :**

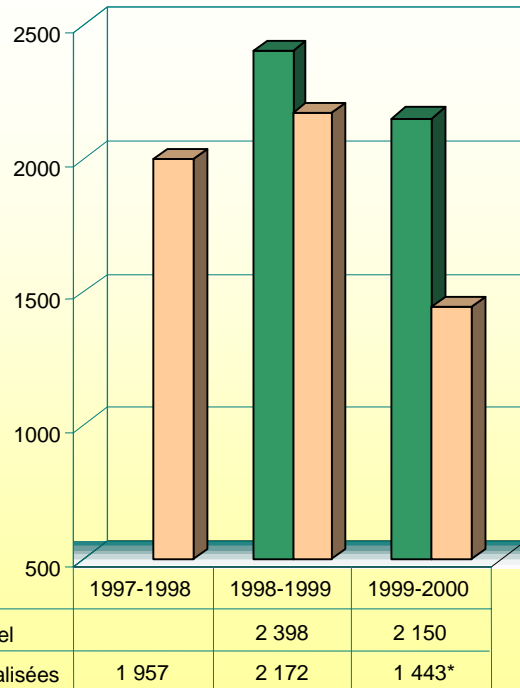
Au **4 décembre 1999**, 1 239 usagers sont en attente pour une chirurgie totale de la hanche ou du genou. Près de 42 % d'entre eux (41,6 % : 516 / 1 239) attendent depuis 6 mois et plus.

Depuis juin 1998, pour les 8 trimestres d'observation, la liste d'attente varie entre 1 000 à 1 240 personnes. Pour le total des usagers en attente, après avoir connu une baisse plus importante en janvier 1999 (957 usagers en attente), la tendance à la hausse a repris. D'autre part, le pourcentage d'adultes en attente depuis 6 mois et plus, après avoir connu une baisse importante en novembre 1998 (27,2 %), s'est maintenu tout près des 30 % pour revenir à un peu plus de 40 % actuellement.

L'objectif de réduire le temps d'attente n'est pas encore atteint malgré les chirurgies réalisées à l'aide des budgets injectés. À ce chapitre, mentionnons que les 1 957 chirurgies réalisées en **1997-1998** ont servi de base pour fixer les objectifs de 1998-1999. En **1998-1999**, les 2 172 chirurgies réalisées représentent 91 % de l'objectif fixé (2 398 chirurgies). Un des facteurs explicatifs des résultats de 1998-1999 serait la pression exercée sur les blocs opératoires par l'ensemble des chirurgies, notamment dans les grands centres hospitaliers. Au **4 décembre 1999**, des 2 150 chirurgies planifiées, 1 443 ont été réalisées ce qui correspond à 67 % de l'objectif annuel visé.

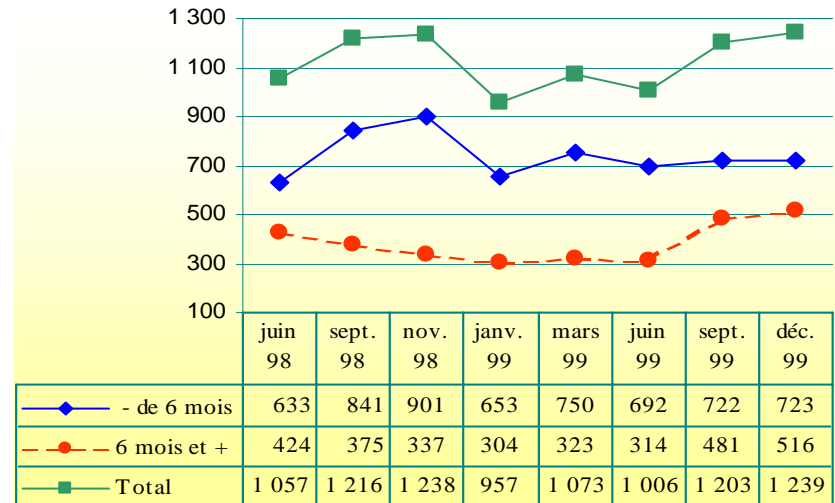
L'objectif de réduire le temps d'attente n'est pas encore atteint. Plusieurs facteurs peuvent agir sur celui-ci. Selon les périodes, il peut être influencé par des événements cycliques comme les vacances, les conflits de travail, etc.

### Chirurgies planifiées et réalisées Prothèse totale hanche ou genou

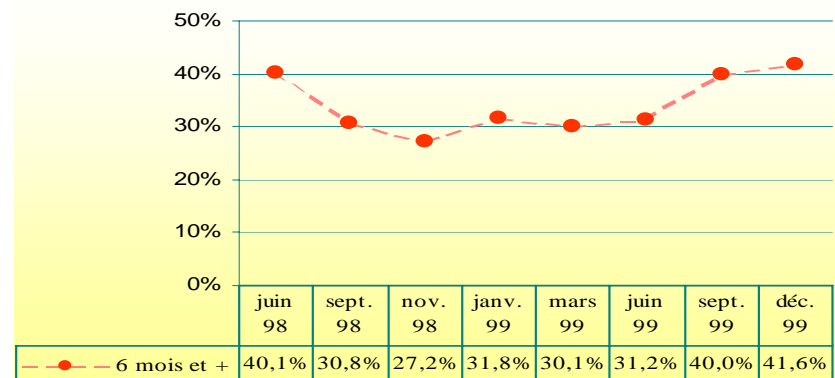


\* Du 1<sup>er</sup> avril au 4 décembre 1999

### Évolution du nombre d'usagers en attente Prothèse totale hanche ou genou



### Évolution du pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus Prothèse totale hanche ou genou



Source : Direction de la programmation et coordination, Services multientières de courte durée, relevés auprès des établissements.

## L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

### OBJECTIF(S) :

En ophtalmologie, la Régie régionale vise à diminuer le nombre de patients en attente et à réduire le temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte. Des objectifs de chirurgie sont fixés aux CH concernés. La Régie régionale demande au Ministère des budgets de développement non récurrent (860,000 \$) et récurrent (1 M\$) totalisant 1,860 M\$ pour la durée du Plan 1998-2002. Des fonds de 859,845 \$ ont été injectés en 1998-1999 en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgie et du nombre d'usagers en attente. En 1999-2000, 431,000 \$ ont été alloués pour des chirurgies additionnelles. Les budgets octroyés aux établissements sont révisables annuellement.

### INDICATEUR(S) :

Le nombre total de personnes en attente pour une **chirurgie de la cataracte** est un indicateur de l'ordre de grandeur de la demande non satisfaite à une date donnée. Le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus permet de suivre le temps d'attente en rapport avec l'objectif visé. Les données sont transmises périodiquement par les CH concernés.

### RÉSULTAT(S) :

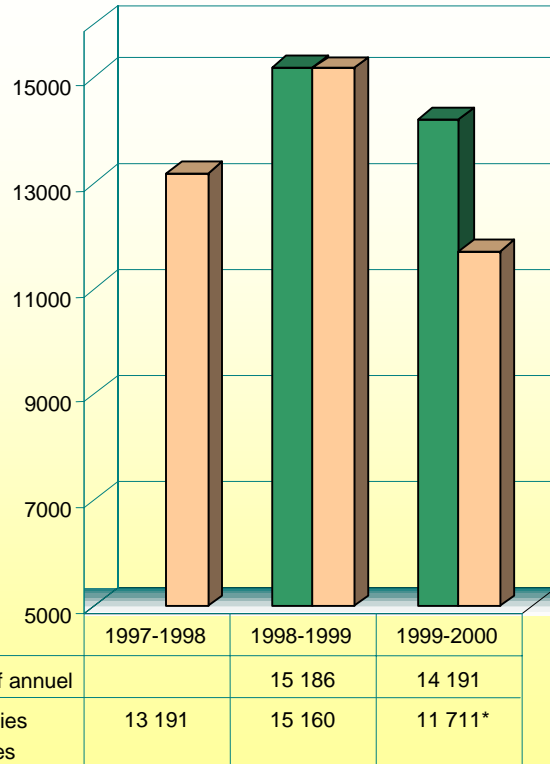
Au **4 décembre 1999**, 7 560 usagers sont en attente pour une chirurgie de la cataracte. Un peu plus de 26 % d'entre eux (26,5 % : 2006 / 7 560) attendent depuis 6 mois et plus.

Depuis juin 1998, le nombre de personnes en attente est en croissance constante. Le pourcentage d'adultes en attente depuis 6 mois et plus se maintient entre 23 % et 28 %.

L'objectif de réduire le nombre de personnes et le temps d'attente n'est pas encore atteint malgré les chirurgies réalisées à l'aide des budgets injectés. À ce chapitre, mentionnons que les 13 191 chirurgies réalisées en **1997-1998** ont servi de base pour fixer les objectifs de 1998-1999. En **1998-1999**, les 15 160 chirurgies réalisées représentent 99,8 % de l'objectif fixé (15 186 chirurgies). Au **4 décembre 1999**, des 14 191 chirurgies planifiées, 11 711 ont déjà été réalisées ce qui correspond à 83 % de l'objectif annuel visé. Cet objectif pourrait vraisemblablement être dépassé.

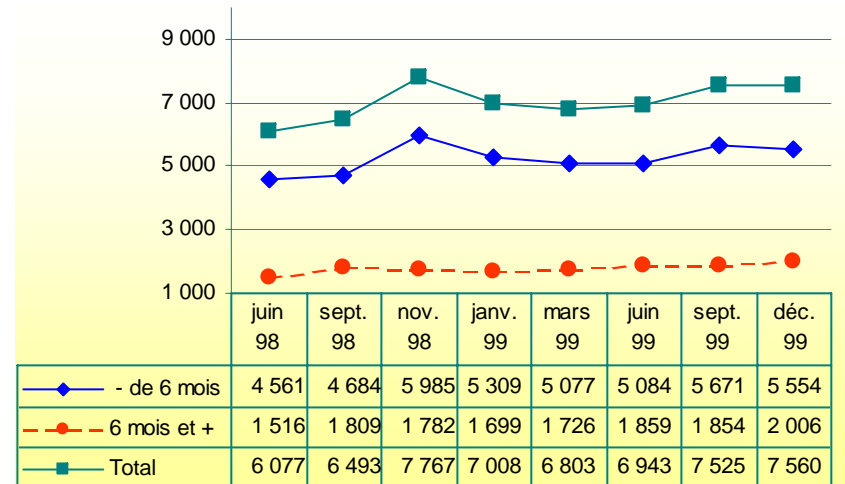
L'augmentation du nombre de personnes en attente et le maintien du pourcentage de personnes en attente de 6 mois et plus peuvent s'expliquer par l'augmentation de la demande. La hausse de la demande serait reliée au vieillissement de la population et à l'augmentation de l'indication clinique de chirurgie.

### Chirurgies planifiées et réalisées Chirurgie de la cataracte

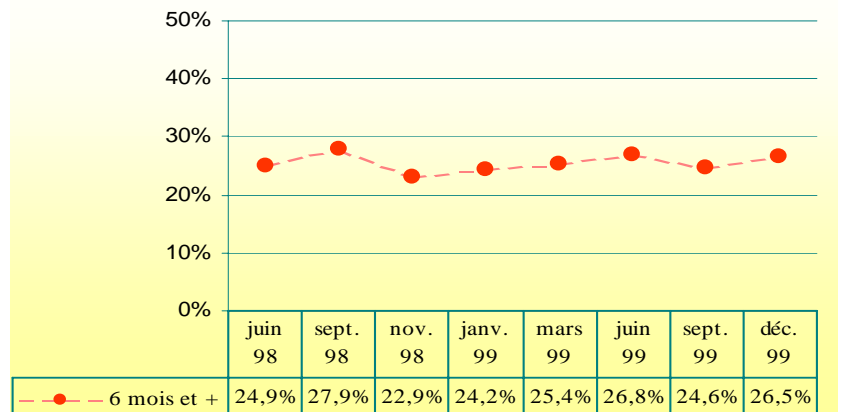


\* Du 1<sup>er</sup> avril au 4 décembre 1999

### Évolution du nombre d'utilisateurs en attente Chirurgie de la cataracte



### Évolution du pourcentage d'utilisateurs en attente de 6 mois et plus Chirurgie de la cataracte



Source : Direction de la programmation et coordination, Services multicientèles de courte durée, relevés auprès des établissements.

## L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

### OBJECTIF(S) :

En déficience intellectuelle, la Régie régionale vise, d'ici 2002, à éliminer toute liste d'attente dans les 3 programmes offerts par les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et dans les services de soutien à la personne, à la famille et à la communauté offerts en CLSC. Au terme du « Plan d'amélioration des services » le réseau en déficience intellectuelle devrait être en mesure de répondre à la clientèle au rythme de la demande. Pour ce faire, la Régie régionale demande au Ministère un budget de développement récurrent de 12 M \$ pour la durée du Plan 1998-2002. Aucun budget n'a été injecté, en 1998-1999 en lien avec l'objectif, dans les CRDI; d'autre part, 600 000 \$<sup>4</sup> ont été investis dans les CLSC.

### INDICATEUR(S) :

L'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle comprend 3 paramètres :

1. Le **délai moyen d'accès** correspond à la période écoulée entre la date d'enregistrement de l'utilisateur à un programme d'un CRDI et la date où s'amorce la première intervention dans le cadre d'un service du programme.
2. Le **nombre d'utilisateurs différents en attente** équivaut à la somme des personnes différentes enregistrées et toujours en attente pour un programme d'un CRDI ou d'un CLSC au 31 mars de l'année.
3. Le **nombre de personnes services** en attente dans un programme correspond à la somme des individus en attente, au 31 mars de l'année, pour chacun des services compris à l'intérieur d'un même programme, peu importe qu'ils soient en attente dans plus d'un service.

Limites de l'indicateur : Cet indicateur contribue à suivre la capacité du réseau de la déficience intellectuelle à répondre aux demandes de services. Le délai moyen d'accès ne doit pas être confondu avec le temps d'attente alors que l'utilisateur est encore en liste d'attente. Notons que le délai moyen d'accès peut refléter les critères de priorité qu'appliquent les établissements, notamment à l'égard des situations d'urgence.

### RÉSULTAT(S) :

En **1998-1999**, dans le réseau des CRDI, le **délai moyen d'accès**<sup>5</sup> au programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté est de 482 jours, pour le programme socioprofessionnel 667 jours et pour le programme résidentiel de 530 jours.

Au **31 mars 1999**, dans le réseau des CRDI, on dénombre 466 **usagers différents**<sup>6</sup> en attente pour le programme socioprofessionnel et on recense 236 usagers différents en attente pour le programme résidentiel. Enfin, 464 usagers différents attendent pour le programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté offert par les CRDI et 84 usagers différents sont en attente d'un premier service de soutien offert dans la communauté par les CLSC.

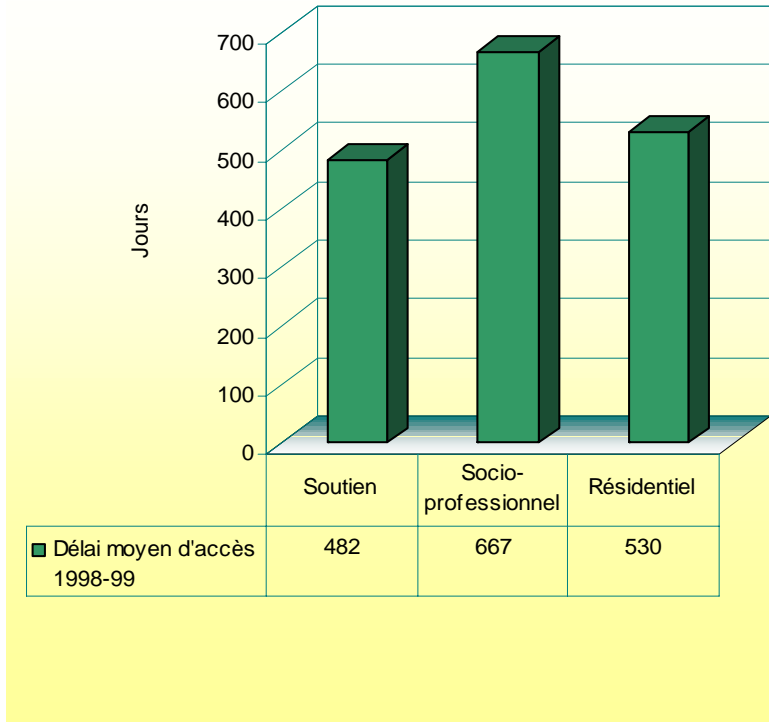
Au **31 mars 1999**, dans le réseau des CRDI, 553 **personnes services** attendent pour le programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté; 584 personnes services attendent pour le programme socioprofessionnel; 332 personnes services attendent pour le programme résidentiel.

<sup>4</sup> Notons que les 600 000 \$ alloués aux CLSC pour des services de soutien à la famille dans la communauté ont permis de desservir 364 nouvelles personnes de plus dont 134 usagers issus de la liste d'attente 1997-1998 et 230 nouveaux cas sur 314 nouvelles demandes en 1998-1999. Il reste, en 1998-1999, 84 personnes en attente.

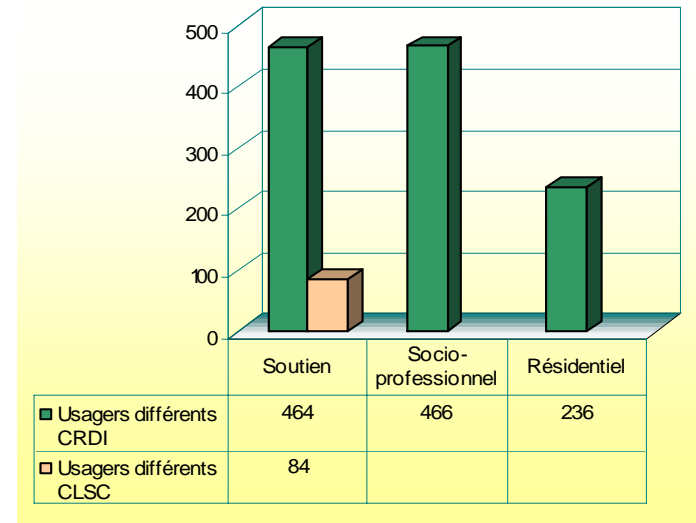
<sup>5</sup> Le délai d'accès a été estimé pour une portion de la clientèle d'un CRDI. En principe, le délai d'accès, tel que reçu des CRDI, ne tient pas compte des mouvements internes de la clientèle, soit le passage d'un service à l'autre dans un même programme. En principe, le délai d'accès à un programme est calculé à partir des usagers différents qui accèdent au cours d'une année à l'un ou l'autre service d'un programme, même si ces derniers ne sont pas exclusifs.

<sup>6</sup> On peut parler d'utilisateurs différents par programme dans les CRDI. Par ailleurs, un usager peut attendre dans les 2 ou 3 programmes offerts en CRDI.

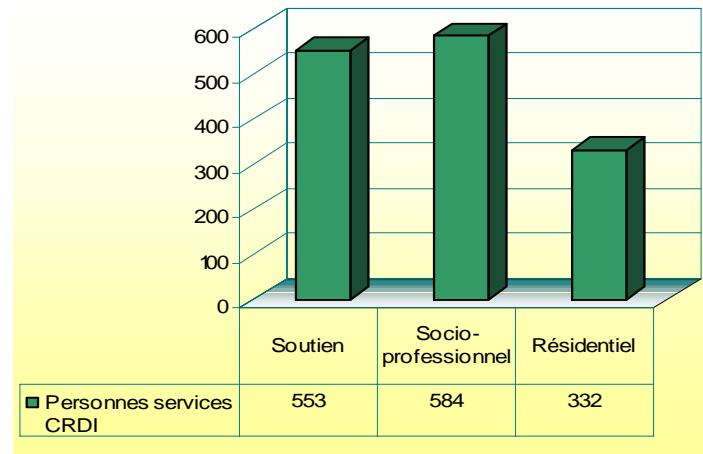
**Délai moyen d'accès aux programmes 1998-99**



**Nombre d'utilisateurs différents en attente par programme CRDI et CLSC au 31 mars 1999**



**Nombre de personnes servies en attente Programmes des CRDI, 31 mars 1999**



Source : Direction de la programmation et coordination, Services multientières de première ligne et Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle, aux personnes autistes et aux personnes présentant des troubles envahissants du développement, relevés auprès des établissements.

## **TAUX ANNUEL D'ADMISSION : PREMIÈRE ADMISSION DANS LE RÉSEAU D'HÉBERGEMENT (CHSLD)**

### **OBJECTIF(S) :**

Le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » vise à offrir un parc de 14 017 lits dans le réseau des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et à augmenter de 44,1 % à 60 % la proportion de places pouvant accueillir une clientèle requérant 2,5 heures-soins et plus par jour. La Régie régionale demande au Ministère un développement budgétaire de 18,4 M\$ pour le rehaussement désiré et de 28,6 M\$ pour faire face à l'alourdissement des besoins de la clientèle. De plus, des gains d'efficience pour une valeur de 19,2 M\$ sont planifiés. En date de la publication de ce document, aucun budget n'a été injecté pour la réalisation du Plan.

### **INDICATEUR(S) :**

Le taux d'admission est le rapport entre le nombre d'admissions de personnes requérant pour la première fois un hébergement en CHSLD ou en ressource non institutionnelle et l'ensemble des nouvelles demandes acceptées (orientations retenues). Le taux d'admission, tel que calculé, exclut les demandes et admissions dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), de soins palliatifs, d'évaluation gériatrique et les admissions dans des lits provisoires de transition (lits ajoutés temporairement pour faire face à des situations exceptionnelles comme la crise du verglas, ou encore, pour désengorger les urgences des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés). L'hébergement temporaire (ex. : répit dépannage) n'est pas inclus.

Cet indicateur reflète la capacité du réseau de l'hébergement à absorber de nouvelles demandes dans le parc régional de lits sans égard aux mesures d'exception.

### **RÉSULTAT(S)<sup>7</sup> :**

Globalement, en **1998-1999**, le réseau des CHSLD a admis 3 625 personnes requérant pour une première fois des services d'hébergement, sur un potentiel de 5 348 personnes qui ont vu leur demande d'hébergement acceptée. Il s'agit donc d'un taux d'admission global de 67,8 %. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, le taux d'admission a baissé de 3,5 %.

Sur les 4 années d'observation, le taux d'admission a atteint son plus haut niveau en 1996-1997 (73,3 %) année où la région a amorcé la mise en œuvre des mesures du « Plan 1995-1998 » telles que : l'intensification des services à domicile offerts aux personnes âgées par les CLSC, l'ouverture et le rehaussement de lits en CHSLD, la réduction de lits pour des usagers nécessitant moins de 1,5 heures-soins par jour, etc. La mise en œuvre de ces mesures a permis d'augmenter le nombre d'admissions en hébergement, tendance qui se maintient depuis. Par ailleurs, au cours des 2 dernières années, le nombre d'orientations augmente suivant en cela l'effet du vieillissement sur la consommation des services. Le taux d'admission se stabilise donc, en 1998-1999, au niveau du taux de 1995-1996 (65,3 %).

Fait à noter, depuis 1996-1997, plus de la moitié des personnes admises nécessitent 2,5 heures-soins et plus par jour.

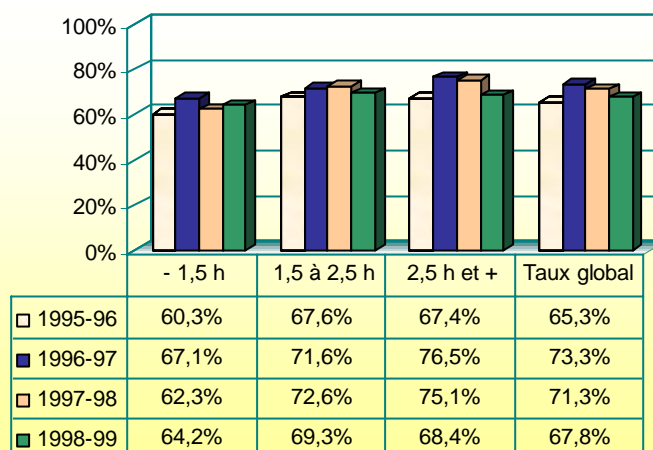
<sup>7</sup> Les paramètres de calcul de cet indicateur ont changé depuis la publication du Tableau de bord le 29 janvier 1999. En effet, les programmes soins palliatifs, évaluation gériatrique et les lits de transition provisoires (ex. : crise du verglas) étaient considérés alors qu'ils ont été retirés dans l'actuelle version. De plus, on considère les admissions sans détermination d'heures-services alors qu'elles étaient retirées antérieurement.

## Nombre d'admissions et d'orientations retenues en hébergement selon les catégories d'heures-soins<sup>(1)</sup>

Catégories d'heures-soins	Nombre d'admissions				Nombre d'orientations			
	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99
– de 1,5 h	937	913	856	849	1 553	1 360	1 375	1 322
1,5 à 2,5 h	771	811	860	840	1 141	1 133	1 184	1 212
2,5 h et plus	1 575	1 894	1 938	1 923	2 337	2 477	2 579	2 810
Sans détermination	3	28	14	13	5	5	7	4
<b>TOTAL</b>	<b>3 286</b>	<b>3 646</b>	<b>3 668</b>	<b>3 625</b>	<b>5 036</b>	<b>4 975</b>	<b>5 145</b>	<b>5 348</b>

(1) Excluant les admissions et orientations dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), de soins palliatifs, d'évaluation gériatrique, les admissions dans des lits provisoires de transition et l'hébergement temporaire (ex. : répit dépannage).

## Taux d'admission pour une première admission en CHSLD selon les heures-soins requises par jour



Source : Direction des relations avec la communauté, Services des systèmes d'information et de l'informatique, Système Info-admission.

## **DÉLAI MOYEN D'ACCÈS : PREMIÈRE ADMISSION AU RÉSEAU D'HÉBERGEMENT (CHSLD)**

### **OBJECTIF(S) :**

Le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » vise à améliorer l'accès à l'hébergement dans le réseau des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

### **INDICATEUR(S) :**

Le délai moyen d'accès se définit comme suit : au cours d'un exercice financier, pour les nouvelles demandes, le temps écoulé entre la date de la première référence (réception de la demande d'admission au système régional Info-admission) et la date de l'admission dans un CHSLD ou en ressource non institutionnelle moins les périodes de temps en suspens. Le délai moyen d'accès, tel que calculé, exclut les admissions dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), de soins palliatifs, d'évaluation gériatrique et les admissions dans des lits provisoires de transition (lits ajoutés temporairement pour faire face à des situations exceptionnelles comme la crise du verglas, ou encore, pour désengorger les CHSGS). L'hébergement temporaire (ex. : répit dépannage) n'est pas inclus.

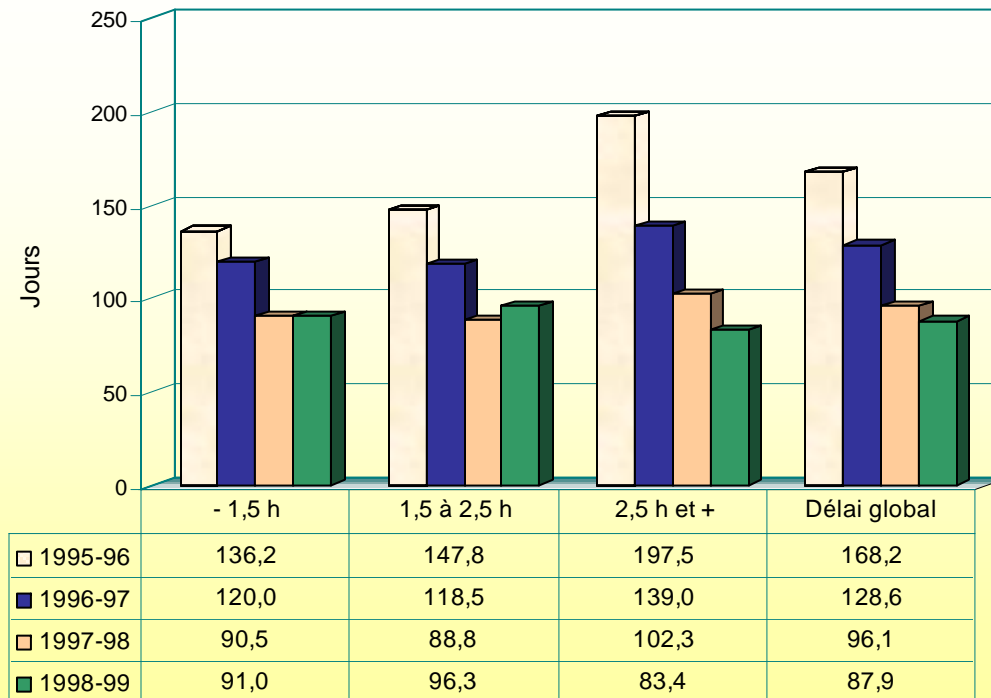
Allant de pair avec le taux d'admission en CHSLD, le délai moyen d'accès pour une première admission en hébergement est un indicateur qui permet de suivre le nombre de jours à l'intérieur duquel le réseau peut répondre à une première demande d'hébergement en dehors des mesures d'exception.

### **RÉSULTAT(S) :**

Globalement en **1998-1999**, le délai moyen d'accès à l'hébergement est de 87,9 jours. En comparaison avec l'année de référence **1997-1998**, le délai moyen d'accès a diminué de 8,2 jours. Depuis **1995-1996**, le délai moyen a baissé de moitié.

En 1998-1999 le délai moyen d'accès présente un écart maximum de 13 jours entre les différentes catégories d'heures-soins. C'est pour les usagers nécessitant 2,5 heures-soins et plus qu'on observe la plus forte décroissance du délai d'accès : 197,5 jours en 1995-1996 à 83,4 jours en 1998-1999.

### Délai moyen d'accès (en jours) pour une première admission en CHSLD selon les heures-soins requises<sup>(1)</sup>



(1) Le calcul exclut les admissions et orientations dans les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), de soins palliatifs, d'évaluation gériatrique, les admissions dans les lits provisoires de transition et l'hébergement temporaire (ex. : répit dépannage).

## ✎ DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE DANS LES CHSGS

### DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR SOINS PHYSIQUES

#### OBJECTIF(S) :

Pour les **soins physiques de courte durée**, le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » vise à diminuer la durée moyenne de séjour en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) à 6,8 jours. C'est notamment par la mise en place d'un outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et de la durée de séjour que cet objectif sera supporté.

#### INDICATEUR(S) :

La durée moyenne de séjour est le rapport entre le nombre de jours-présence et le nombre de départs enregistrés pour des soins physiques de courte durée en CHSGS.

#### RÉSULTAT(S) :

En **1998-1999**, la durée moyenne de séjour (DMS) pour les soins physiques de courte durée en CHSGS est de 7,4 jours. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, la DMS a diminué de 0,4 jours. La DMS décroît progressivement depuis 1995-1996 alors qu'elle était de 8,1 jours.

### DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR SOINS PSYCHIATRIQUES

#### OBJECTIF(S) :

Pour les **soins psychiatriques de courte durée**, le « Défi de l'accès » vise à optimiser l'utilisation de l'hospitalisation et à assurer le retour dans la communauté dès que la condition de la personne le justifie. Le résultat attendu est une durée moyenne de séjour de 20 jours ou moins dans le cadre du maintien de 588 lits et la réallocation vers les services ambulatoires du budget de 118 lits de courte durée.

#### INDICATEUR(S) :

La DMS est le rapport entre le nombre de jours-présence et le nombre de départs enregistrés pour des soins psychiatriques de courte durée en CHSGS.

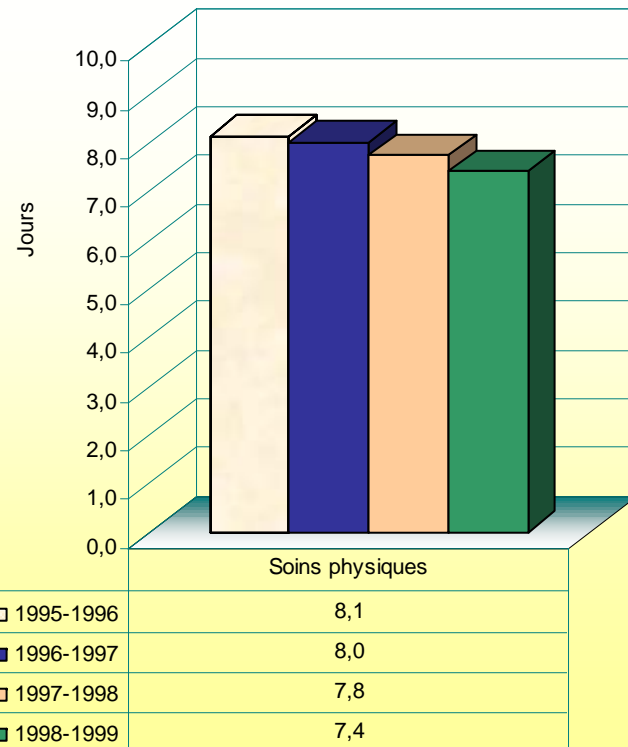
#### RÉSULTAT(S) :

En 1998-1999, la durée moyenne de séjour a été calculée pour 9 des 10 CHSGS concernés par la psychiatrie adulte<sup>8</sup>.

En **1998-1999**, la durée moyenne de séjour pour les soins psychiatriques de courte durée en CHSGS est de 22,8 jours. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, la DMS se maintient. En 1995-1996, elle était de 26,9 jours.

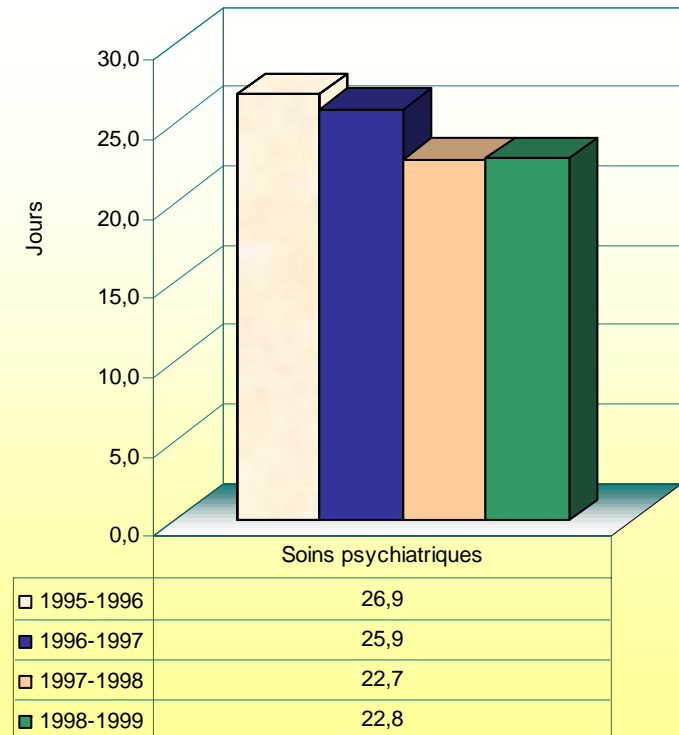
<sup>8</sup> Les données du CHUM ne sont pas comparables aux données des autres CHSGS.

### Durée moyenne de séjour \* Soins physiques



\* Le calcul de la durée moyenne de séjour exclut les nouveau-nés.

### Durée moyenne de séjour \* Soins psychiatriques



\* Le calcul de la DMS prend en compte 9 des 10 CHSGS concernés.

## ✍ SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DANS LES URGENCES

### Soins physiques de courte durée

#### Séjours de plus de 24 heures et de plus de 48 h sur civière

#### OBJECTIF(S) ET INDICATEUR(S) :

Pour les **soins physiques de courte durée**, le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à éliminer tout séjour de plus de 24 heures à l'urgence. Plusieurs mesures sont mises de l'avant, à titre d'exemples mentionnons : l'accessibilité des services médicaux de première ligne de 8 à 22 heures 7 jours semaine; la disponibilité d'omnipraticiens, de spécialistes et des laboratoires dans les urgences; l'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des durées de séjour; l'amélioration de l'articulation CH-CLSC-médecin traitant; l'implantation de centres ambulatoires, l'équilibrage de la charge de transports ambulanciers entre les CH, etc.

#### RÉSULTAT(S) :

En **1998-1999**, pour des soins physiques de courte durée en CHSGS, le pourcentage de **séjours de plus de 24 heures** sur civière est de 21,3 %. Ce pourcentage se maintient par rapport à l'année de référence 1997-1998. La proportion de séjours de plus de 24 heures dans les urgences a crû de façon importante depuis 1995-1996, année de la fermeture de 7 salles d'urgence. En effet, on enregistrait à cette époque 16,3 % de séjours de plus de 24 heures sur civière.

En **1998-1999**, le pourcentage de **séjours de plus de 48 heures** sur civière est de 3,3 %. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, il s'agit d'une baisse de 1 %. Le pourcentage de séjours de plus de 48 heures dans les urgences revient au niveau de l'année 1995-1996.

### Soins psychiatriques

#### Séjours de plus de 48 h sur civière

#### OBJECTIF(S) ET INDICATEURS(S) :

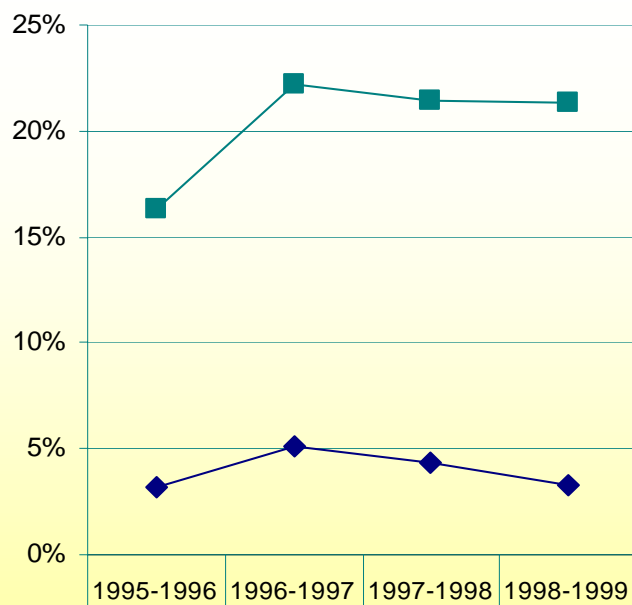
Pour les **soins psychiatriques** en CHSGS et en centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP), l'objectif visé est d'éliminer les **séjours de plus de 48 heures** à l'urgence. Par un suivi des taux de séjours excessifs sur civière, les CH en difficulté seront identifiés, leur situation analysée et un plan d'action leur sera demandé. Les conditions de réalisation de l'objectif impliquent que les pratiques hospitalières soient appropriées (normes GTI), que les ressources requises soient disponibles et que la gamme de services ambulatoires, résidentiels et de réadaptation dans la communauté soit fonctionnelle.

#### RÉSULTAT(S) :

En **1998-1999**, pour des soins psychiatriques en CHSGS et CHSP, le pourcentage de séjours de **plus de 48 heures** sur civière est de 14,4 %. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, il s'agit d'une hausse de près de 2 %.

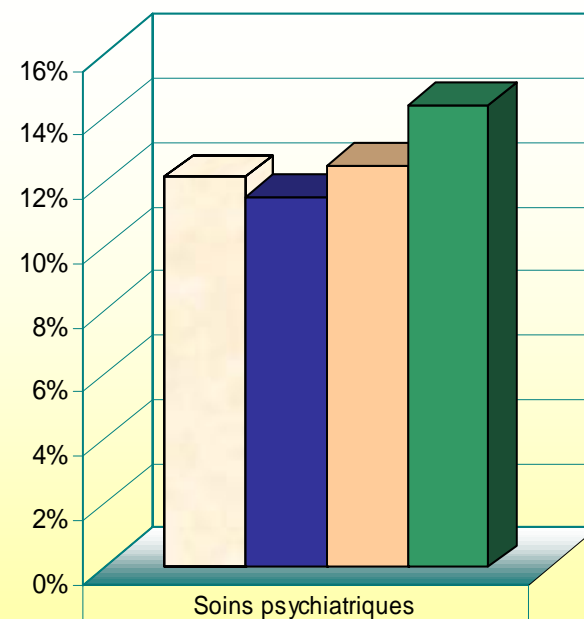
Depuis 1995-1996, on enregistre une hausse constante des séjours de plus de 48 heures sur civière. La situation continue de se détériorer : aux 4 salles d'urgence qui dépassaient l'objectif de diminuer à un maximum de 10 % les séjours de plus de 48 heures en 1997-1998, se sont ajoutées 3 autres salles d'urgence.

### Soins physiques de courte durée en CHSGS Séjours de plus de 24 h et 48 h sur civière



◆ Soins physiques plus de 48 h	3,2%	5,1%	4,3%	3,3%
■ Soins physiques plus de 24 h	16,3%	22,2%	21,4%	21,3%

### Soins psychiatriques en CHSGS et CHSP Séjours de plus de 48 h sur civière



Soins psychiatriques	
□ 1995-1996	12,2%
■ 1996-1997	11,5%
■ 1997-1998	12,5%
■ 1998-1999	14,4%



## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

### EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

#### ◆ CHIRURGIES CARDIAQUES ET CARDIOLOGIE TERTIAIRE, CHIRURGIES ORTHOPÉDIQUES ET OPHTALMOLOGIQUES

Au 4 décembre 1999 :

- 519 personnes attendent pour un **pontage** ou un **remplacement valvulaire**; 51,1 % des usagers attendent depuis plus d'un mois. En comparaison au 31 mars 1998, le nombre de personnes en attente et le pourcentage d'usagers en attente de plus d'un mois sont en croissance.
- 77 adultes attendent pour la pose d'un **tuteur** dont 5 depuis plus de 3 mois. En comparaison avec juin 1998, on observe une tendance à la baisse alors qu'on dénombrait 180 usagers en attente à cette date. Point sensible à noter : depuis janvier 1999, les usagers en attente de plus de 3 mois sont apparus sur les relevés trimestriels. Six adultes attendent pour le remplacement d'un **défibrillateur cardiaque**. En comparaison avec juin 1998, il s'agit d'une nette amélioration puisqu'il y avait 23 usagers en attente à cette date. Depuis novembre 1998, à la date des relevés trimestriels suivis, le nombre d'usagers en attente se maintient sous la barre des 10. Aucun usager n'attend plus de 3 mois.
- 1 239 usagers sont en attente pour une **chirurgie totale de la hanche ou du genou**. Près de 42 % d'entre eux attendent depuis 6 mois et plus. Depuis juin 1998, le nombre de personnes en attente varie entre 1 000 à 1 240. Le pourcentage d'adultes en attente depuis 6 mois et plus, après avoir connu une baisse importante en novembre 1998 (27,2 %), reprend le niveau de juin 1998.
- 7 560 usagers sont en attente pour une **chirurgie de la cataracte**; 26,5 % d'entre eux attendent depuis 6 mois et plus. Depuis juin 1998, le nombre de personnes en attente est en croissance constante. Le pourcentage d'adultes en attente depuis 6 mois et plus se maintient entre 23 % et 28 %.

#### ◆ L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

En 1998-1999, dans le réseau des CRDI, le délai moyen d'accès au programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté est de 482 jours, pour le programme socioprofessionnel 667 jours et pour le programme résidentiel de 530 jours. Au 31 mars 1999, dans le réseau des CRDI, 464 usagers différents, pour un total de 553 personnes services, attendent pour le programme de soutien à la personne, à la famille et à la communauté. De plus, en CLSC, on dénombre 84 usagers différents en attente d'un premier service de soutien offert dans la communauté. Au 31 mars 1999, pour le programme socioprofessionnel, on dénombre 466 usagers différents pour un total de 584 personnes services en attente; pour le programme résidentiel, on recense 236 usagers différents pour un total de 332 personnes services en attente.

#### ◆ TAUX ANNUEL D'ADMISSION DANS LE RÉSEAU D'HÉBERGEMENT CHSLD

En 1998-1999, le réseau des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a admis 3 625 personnes requérant pour une première fois des services d'hébergement sur un potentiel de 5 348 personnes qui ont vu leur demande d'hébergement acceptée. Ce taux d'admission de 67,8 % a baissé de 3,5 % en comparaison avec l'année de référence 1997-1998. La capacité du réseau de l'hébergement à absorber de nouvelles demandes dans le parc de lits régional, c'est-à-dire en dehors des mesures d'exception, se stabilise au niveau de 1995-1996, alors que le taux d'admission était de 65,3 %.

◆ **DÉLAI MOYEN D'ACCÈS EN HÉBERGEMENT CHSLD**

En **1998-1999**, le délai moyen d'accès à l'hébergement CHSLD est de 87,9 jours. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, le délai moyen d'accès a diminué de 8,2 jours. Le délai moyen d'accès décroît depuis 1995-1996 alors qu'il se situait à 168,2 jours.

◆ **DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR**

En **1998-1999**, la durée moyenne de séjour (DMS) pour les soins physiques de courte durée en CHSGS est de 7,4 jours. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, la DMS a diminué de 0,4 jours. La DMS décroît progressivement dans le sens espéré depuis 1995-1996 alors qu'elle était de 8,1 jours. La durée moyenne de séjour pour les soins psychiatriques de courte durée en CHSGS est de 22,8 jours. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, la DMS se maintient. La DMS en psychiatrie a connu une chute importante alors qu'elle était de 26,9 jours en 1995-1996.

◆ **SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DANS LES URGENCES**

En **1998-1999**, au chapitre des soins physiques en CHSGS, 21,3 % des usagers sur civière dans les urgences ont connu un séjour de plus de 24 heures et 3,3 % un séjour de plus de 48 heures. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, le pourcentage des séjours de plus de 24 heures se maintient et le pourcentage des séjours de plus de 48 heures enregistre une baisse de 1 %.

En **1998-1999**, pour les soins psychiatriques offerts dans les urgences des CHSGS et des centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP), les séjours de plus de 48 heures sur civière sont de l'ordre de 14,4 %. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, le pourcentage de séjours de plus de 48 heures a augmenté de près de 2 %. Depuis 1995-1996, on enregistre une hausse constante des séjours de plus de 48 heures. La situation continue de se détériorer : aux 4 salles d'urgence qui dépassaient l'objectif maximum de 10 % de séjours de plus de 48 heures en 1997-1998 se sont ajoutées 3 autres salles d'urgence.

## EN CONCLUSION :

Malgré les budgets injectés pour des chirurgies additionnelles en cardiologie adulte, en orthopédie et en ophtalmologie, le nombre de personnes en attente est en croissance et le temps d'attente augmente ou se maintient. En cardiologie tertiaire, la situation s'améliore, notamment pour le remplacement de défibrillateurs. La vigilance s'impose toutefois pour la pose de tuteurs puisque des usagers en attente de plus de 3 mois commencent à apparaître sur les relevés.

L'évolution de l'accès aux services en déficience intellectuelle pourra être analysée lorsque nous aurons les résultats d'observation pour 1999-2000.

Si le délai moyen d'accès à l'hébergement dans le réseau des CHSLD est en décroissance tel que souhaité, le taux d'admission s'est stabilisé au niveau de 1995-1996.

Les durées moyennes de séjour pour des soins physiques et des soins psychiatriques de courte durée progressent dans le sens espéré.

Le pourcentage de séjours excessifs sur civière dans les urgences demeure une préoccupation constante.

## LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

---

Cet axe de suivi comprend 6 indicateurs. Nous disposons de données pour 5 d'entre eux. Ce sont :

- ◇ le nombre d'utilisateurs desservis à domicile par les CLSC suite à un traitement en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- ◇ l'intensité des services offerts à domicile par les CLSC aux personnes âgées de 65 ans et plus;
- ◇ le nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique ou intellectuelle recevant des services intensifs (POSILTPH) par les CLSC;
- ◇ le nombre d'utilisateurs desservis en santé mentale par les CLSC;
- ◇ la proportion d'utilisateurs desservis en ambulatoire en psychiatrie adulte;

L'indicateur « Les jeunes en difficulté » a fait l'objet d'une révision et les centres jeunesse pourront fournir des données à l'été 2000.

## **USAGERS DESSERVIS À DOMICILE PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS**

### **OBJECTIF(S) :**

Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à améliorer les soins suite à une hospitalisation. Pour ce faire, la Régie régionale entend consolider les modalités d'articulation CHSGS-CLSC et demander au Ministère un budget de développement de 5,3 M\$ pour 4 ans pour les 29 CLSC. En juin 1998, un budget de 1,695 M\$ (base déboursée) a été injecté. Ce budget s'actualise sur une base annuelle de 1,767 M\$. Quatre clientèles sont visées par l'ajout budgétaire : la clientèle postopérée, posthospitalisée, les personnes en phase préterminale et terminale (soins palliatifs) et une partie de la clientèle du programme de périnatalité (services postnataux). Une portion du financement alloué peut être imputée dans les services courants, les services à domicile ou encore les services de périnatalité. La totalité du budget de développement ne se reflète donc pas dans les résultats de l'indicateur que nous traitons ci-après.

### **INDICATEUR(S) :**

L'indicateur de suivi est le nombre d'usagers différents desservis à domicile suite à un traitement en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Nous suivons 3 profils de clientèles, à savoir : les postopérés, les posthospitalisés et les personnes en phase préterminale et terminale. Notons que pour chacun des profils postopérés, posthospitalisés et soins palliatifs, il s'agit d'usagers différents. Toutefois, le nombre d'usagers par profil n'est pas cumulatif : un usager peut changer de profil en cours d'année. L'indicateur ne prend pas en compte les usagers desservis dans les services courants : les codes relatifs aux services courants sont inégalement activés d'un CLSC à l'autre. La clientèle du programme périnatalité (services postnataux) doit être précisée et la saisie consolidée avant d'être dénombrée.

### **RÉSULTAT(S)<sup>9</sup> :**

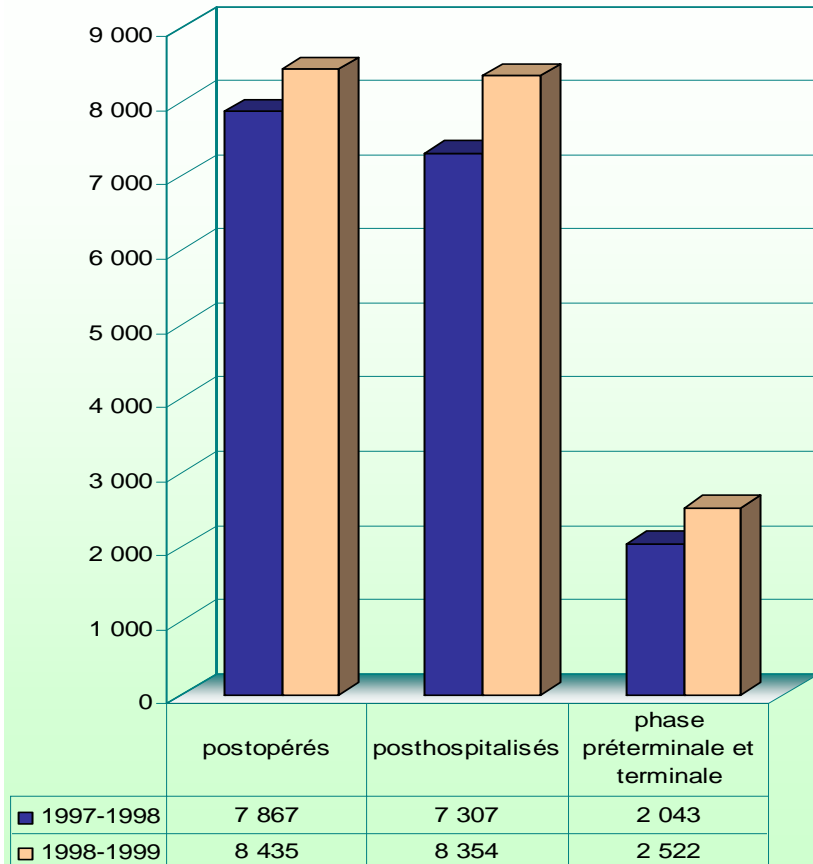
Les résultats sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC.

En **1998-1999**, 16 881 usagers différents ont été desservis à domicile par les CLSC suite à un traitement en CHSGS. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, il s'agit d'une augmentation de 11,4 % soit, 1 726 usagers différents de plus qui ont obtenu des services suite à une opération, une hospitalisation ou pour des soins palliatifs.

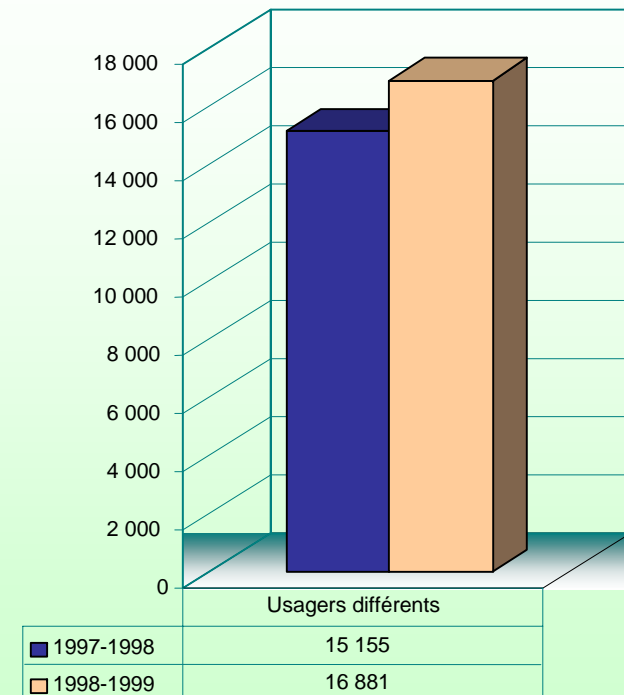
En **1998-1999**, du point de vue du profil des personnes suivies à domicile par les CLSC suite à un traitement en CHSGS, on retrouve autant de postopérés (8 435) que de posthospitalisés (8 354); on dénombre 2 522 personnes suivies pour des soins palliatifs. En comparaison avec l'année 1997-1998, on observe les augmentations suivantes : 7,2 % de postopérés (568 usagers de plus), 12,5 % de posthospitalisés (1 047 usagers de plus) et 23,4 % de personnes en phase préterminale et terminale (479 usagers de plus).

<sup>9</sup> Le Tableau de bord publié le 29 janvier 1999 prenait en compte les données du CLSC de Rosemont alors que les présents résultats les excluent compte tenu que ce CLSC est le site pilote pour l'expérimentation du nouveau cadre normatif du SIC-CLSC. De plus, les données du CLSC St-Léonard ont pu être comptabilisées. Enfin, les services courants sont exclus de l'actuel traitement. Le lecteur ne peut donc faire l'adéquation avec les données publiées au 29 janvier 1999.

### Usagers postopérés, posthospitalisés, en phase préterminale/terminale desservis à domicile par les CLSC suite à un traitement en CHSGS



### Nombre d'usagers différents desservis à domicile suite à une hospitalisation tous profils confondus



## **INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS À DOMICILE AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS**

### **OBJECTIF(S) :**

Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à augmenter le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus desservies à domicile par les CLSC et à accroître le nombre d'usagers requérant entre 1,5 et 2,5 heures en soins et aide par jour. La Régie régionale demande au Ministère un développement budgétaire de 17,9 M\$ d'ici l'an 2002. De plus, des gains d'efficience estimés à 5,8 M\$ sont à confirmer. En juin 1998, un budget de 6,811 M\$ (base déboursée) a été injecté pour desservir les personnes âgées en perte d'autonomie et les adultes avec un profil gériatrique. Ce budget s'actualise sur une base annuelle de 8,561 M\$. Ce développement cible davantage des personnes de 65 ans et plus compte tenu des attentes précisées aux CLSC et du volume important de cette clientèle par rapport aux personnes à profil gériatrique.

### **INDICATEUR(S) :**

L'indicateur d'intensité des services comprend 3 paramètres : le nombre de personnes âgées différentes desservies, le nombre total de visites à domicile en soins infirmiers et en aide (auxiliaire familiale) et le nombre annuel moyen de visites par usager effectuées par le réseau des CLSC.

### **RÉSULTAT(S)<sup>10</sup> :**

Les résultats sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC.

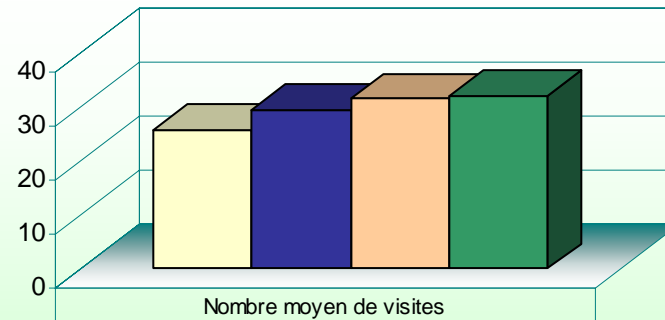
En **1998-1999**, 25 279 personnes âgées différentes ont été desservies par les CLSC pour de l'aide et des soins infirmiers à domicile. 809 001 visites à domicile ont eu lieu pour une moyenne annuelle de 32 visites par usager. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, les CLSC ont desservi 2 508 usagers de plus, soit une augmentation de 11 %. Le nombre totale de visites a augmenté de 12,9 %, soit 92 230 visites de plus d'effectuées. Enfin, le nombre annuel moyen de visites à domicile a augmenté de 0,5 visites.

Depuis 1995-1996, l'intensité des services à domicile est en croissance constante.

---

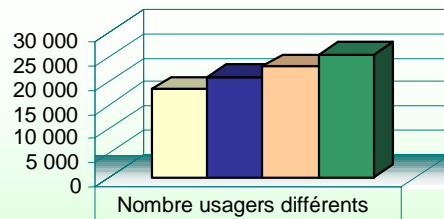
<sup>10</sup> Le Tableau de bord publié le 29 janvier 1999 prenait en compte les données du CLSC de Rosemont alors que les présents résultats les excluent compte tenu que ce CLSC est le site pilote pour l'expérimentation du nouveau cadre normatif du SIC-CLSC. De plus, les données du CLSC St-Léonard ont pu être comptabilisées. Le lecteur ne peut donc faire l'adéquation avec les données publiées au 29 janvier 1999.

## Nombre moyen de visites à domicile – Personnes âgées de 65 ans et plus



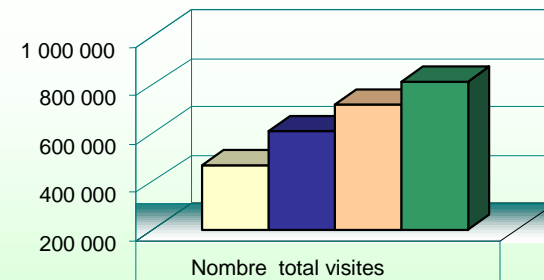
□ 1995-1996	25,7
■ 1996-1997	29,3
■ 1997-1998	31,5
■ 1998-1999	32,0

## Nombre de personnes âgées différentes desservies à domicile (soins et aide)



□ 1995-1996	18 108
■ 1996-1997	20 646
■ 1997-1998	22 771
■ 1998-1999	25 279

## Nombre total de visites à domicile Soins et aide aux personnes âgées



□ 1995-1996	464 971
■ 1996-1997	605 020
■ 1997-1998	716 771
■ 1998-1999	809 001

## **USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) DES CLSC**

### **OBJECTIF(S) :**

L'accès aux services de maintien dans la communauté pour les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle a un impact important sur l'utilisation appropriée des ressources en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et en centres hospitaliers spécialisés en réadaptation. Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à accroître l'accès aux services intensifs pour les moins de 65 ans ayant une déficience physique ou intellectuelle et à intensifier les services pour des usagers déjà desservis. À cet effet, la Régie régionale demande au Ministère un budget de développement de 5,6 M\$ pour 3 ans pour les 29 CLSC de la région. En juin 1998, un budget de 1,7 M\$ (base déboursée) a été injecté. Il s'actualise sur une base annuelle de 2,3 M\$.

### **INDICATEUR(S) :**

L'indicateur retenu pour la durée du Plan est l'évolution du nombre d'usagers différents de moins de 65 ans qui reçoivent des services intensifs, c'est-à-dire 5 heures et plus en soins et aide à domicile par semaine du programme « POSILTPH ».

### **RÉSULTAT(S)<sup>11</sup> :**

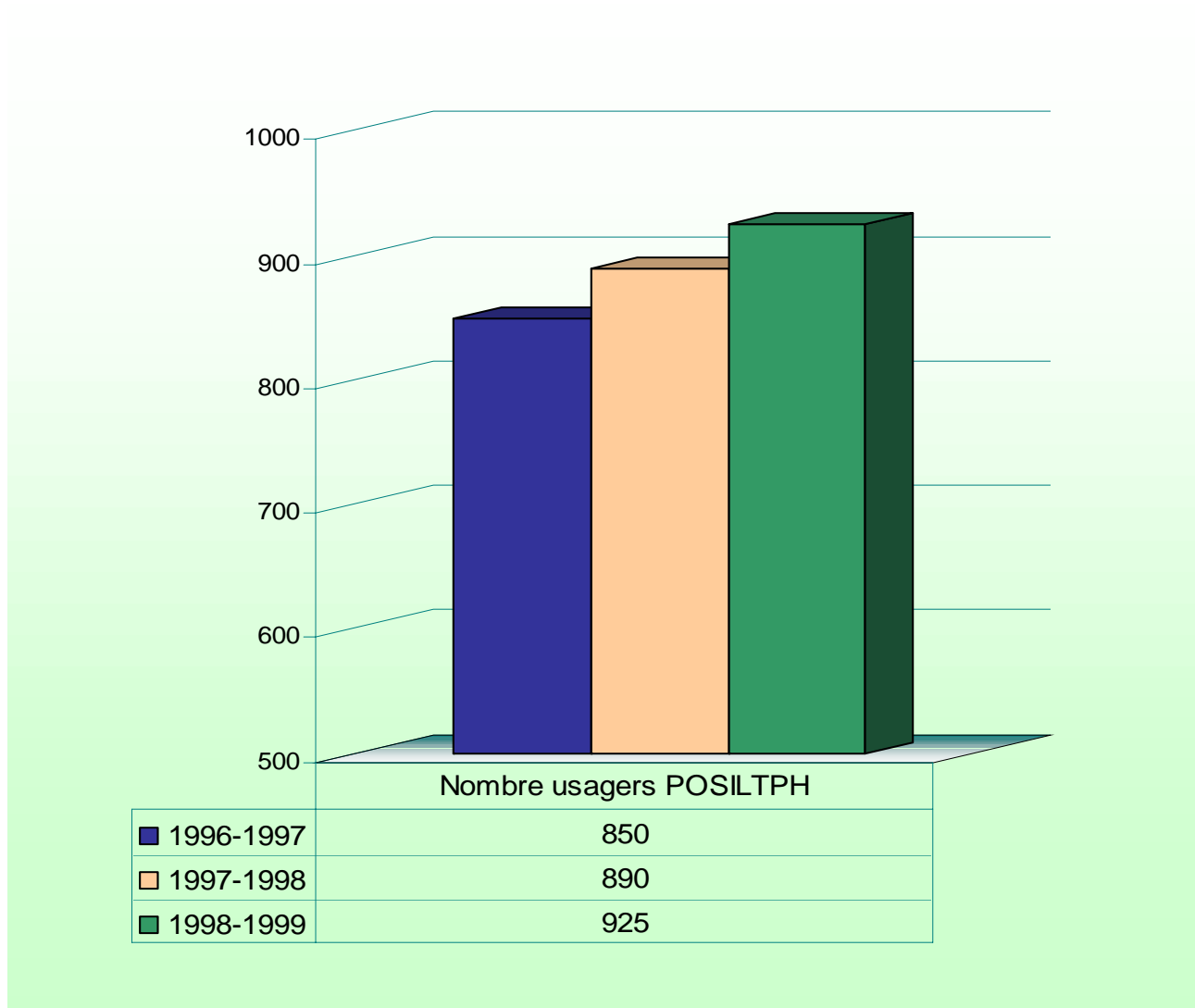
Les résultats sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC. Ces résultats n'intègrent pas les services dispensés par l'allocation directe (chèque emploi services) ou le secteur de l'économie sociale qui ne sont pas comptabilisés dans le système d'information clientèle des CLSC. Ainsi, le nombre de personnes desservies peut être légèrement sous-estimé.

En **1998-1999**, 925 usagers différents ayant une déficience physique ou intellectuelle reçoivent des services intensifs des CLSC, soit 5 heures et plus en aide et soins à domicile par semaine. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, 35 usagers de plus sont desservis, soit une augmentation de 3,9 %. Depuis 1996-1997, 75 personnes qui nécessitaient des services intensifs à domicile ont accédé aux services sans considérer le rehaussement des heures de services pour les usagers déjà desservis. Il s'agit d'une augmentation de 8,8 % par rapport à 1996-1997.

---

<sup>11</sup> Le Tableau de bord publié le 29 janvier 1999 prenait en compte les données du CLSC de Rosemont alors que les présents résultats les excluent compte tenu que ce CLSC est le site pilote pour l'expérimentation du nouveau cadre normatif du SIC-CLSC. De plus, les données du CLSC St-Léonard ont pu être comptabilisées. Le lecteur ne peut donc faire l'adéquation avec les données publiées au 29 janvier 1999.

### Nombre d'usagers différents recevant des services intensifs (POSILTPH) des CLSC



Source : Direction de la programmation et coordination, Services multientières de première ligne et Service des études et de l'évaluation, Système d'information clientèle CLSC.

## **NOMBRE D'USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC**

### **OBJECTIF(S) :**

Le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » entend développer des services de base en santé mentale afin de favoriser l'accès aux services dans la communauté. En termes de résultats, on vise à : augmenter le nombre d'interventions dans les CLSC et dans les cabinets privés de médecins; augmenter le nombre de clients bénéficiant de services d'accueil, d'évaluation, de référence et d'interventions brèves en CLSC; améliorer les modalités de liaison entre les divers intervenants. Une réallocation de postes correspondant à un financement de 3,3 M\$ est planifiée pour les 29 CLSC de la région. En date de la publication, aucune ressource n'a été réallouée dans le réseau.

### **INDICATEUR(S) :**

L'indicateur de suivi est l'évolution d'usagers de 18 ans et plus desservis par les CLSC en santé mentale selon les troubles qu'ils présentent. Les définitions utilisées sont celles de la politique de santé mentale, à savoir : les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, celles vivant des troubles mentaux transitoires et les personnes dont la santé mentale est menacée. Les personnes dont la santé mentale est menacée englobent les usagers aux prises avec des problèmes psychosociaux (ex. : violence, problématiques familiales, etc.) ou des problèmes d'adaptation sociale (ex. : toxicomanie). Ces définitions sont utilisées par le MSSS pour identifier le contour financier de son programme santé mentale.

### **RÉSULTAT(S)<sup>12</sup> :**

Les résultats sont basés sur les données de 28 des 29 CLSC. Cet indicateur a été traité à partir de l'année 1997-1998 qui est l'année de référence du « Plan d'amélioration 1998-2002 ». Pour les années 1995-1996 et 1996-1997 les codes du SIC-CLSC étaient inégalement activés dans le réseau.

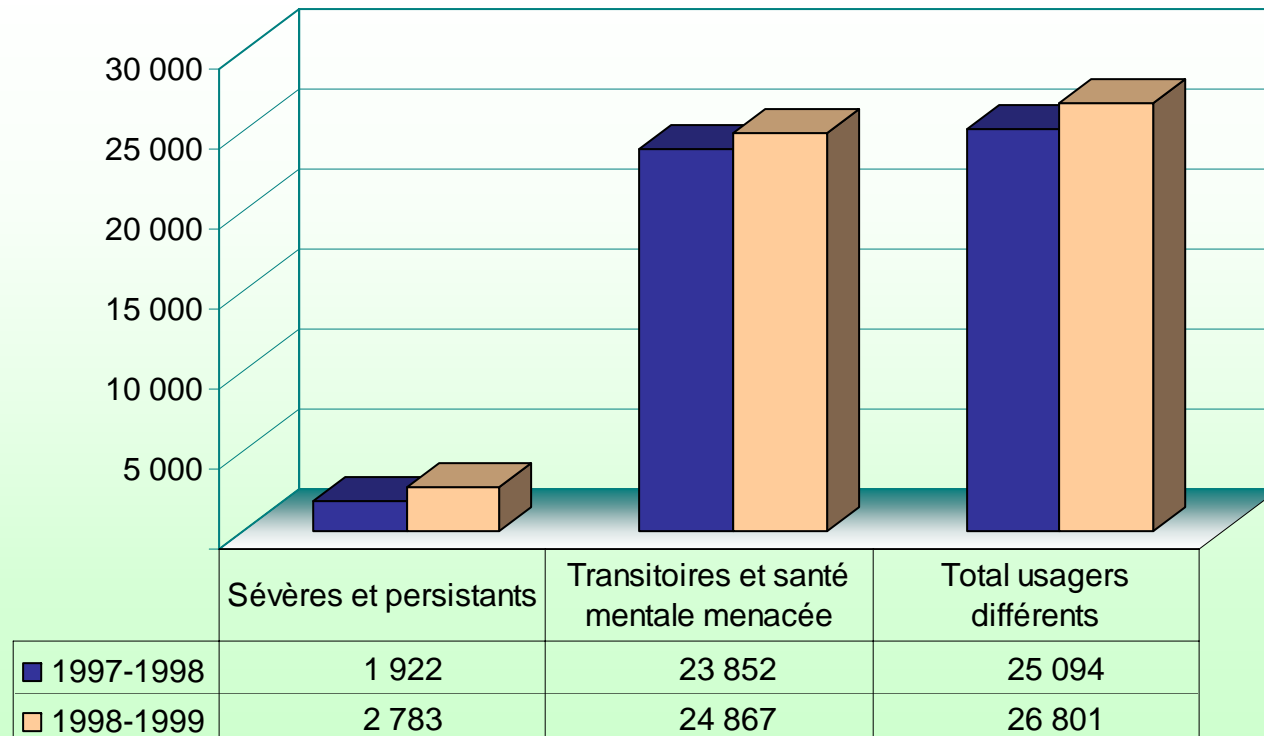
Il est vraisemblable que le volume de personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants soit sous-estimé compte tenu de la saisie variable d'un CLSC à l'autre pour ce diagnostic. Enfin, les résultats ne tiennent pas compte des usagers recevant des services médicaux.

En **1998-1999**, les CLSC ont desservi 2 783 personnes vivant des troubles mentaux sévères et 24 867 usagers vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, pour un total de 26 801 usagers différents<sup>13</sup>. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, on observe une croissance des usagers desservis, soit : 44,8 % pour les troubles sévères et persistants (861 usagers de plus) et 4,3 % pour les troubles transitoires (1 015 usagers de plus). Au total, les CLSC ont desservi 6,8 % usagers différents de plus, soit 1 707 personnes.

<sup>12</sup> Le Tableau de bord publié le 29 janvier 1999 prenait en compte les données du CLSC de Rosemont alors que les présents résultats les excluent compte tenu que ce CLSC est le site pilote pour l'expérimentation du nouveau cadre normatif du SIC-CLSC. De plus, les données du CLSC St-Léonard ont pu être comptabilisées. Enfin, des modifications ont été apportées dans les bases de données des CLSC. Le lecteur ne peut donc faire l'adéquation avec les données publiées au 29 janvier 1999.

<sup>13</sup> L'écart entre le nombre total d'usagers différents et les usagers différents vivant des troubles mentaux sévères et persistants et ceux aux prises avec des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée s'explique de différentes façons : période de rodage pour la saisie de données, erreur de saisie au niveau du profil de l'utilisateur pour une des raisons d'intervention; changement de profil de l'utilisateur, etc.

**Nombre d'adultes desservis en CLSC**  
**Troubles mentaux : sévères et persistants, transitoires et santé mentale menacée**



Source : Direction de la programmation et coordination, Service des études et de l'évaluation, Système d'information clientèle CLSC.

## **PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN AMBULATOIRE : PSYCHIATRIE ADULTE**

### **OBJECTIF(S) :**

Dans le cadre du « Plan d'amélioration des services 1998-2002 », un objectif de résultat mis de l'avant est d'atteindre, en 2002, un taux moyen d'usagers desservis à 90 % en services ambulatoires sur le total des usagers desservis en psychiatrie adulte dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP).

### **INDICATEUR(S) :**

La proportion d'usagers desservis en ambulatoire est un indice du volume d'activités des services ambulatoires et d'hospitalisations en psychiatrie adulte. Les services ambulatoires pris en compte se limitent aux cliniques externes des centres hospitaliers concernés. Il reste à développer, au cours des prochaines années, des mesures pour comptabiliser la clientèle desservie par les centres de jour, les hôpitaux de jour, les services de suivi intensif dans la communauté, etc.

### **RÉSULTAT(S):**

Les résultats sont basés sur les données de 10 des 12 centres hospitaliers<sup>14</sup> concernés.

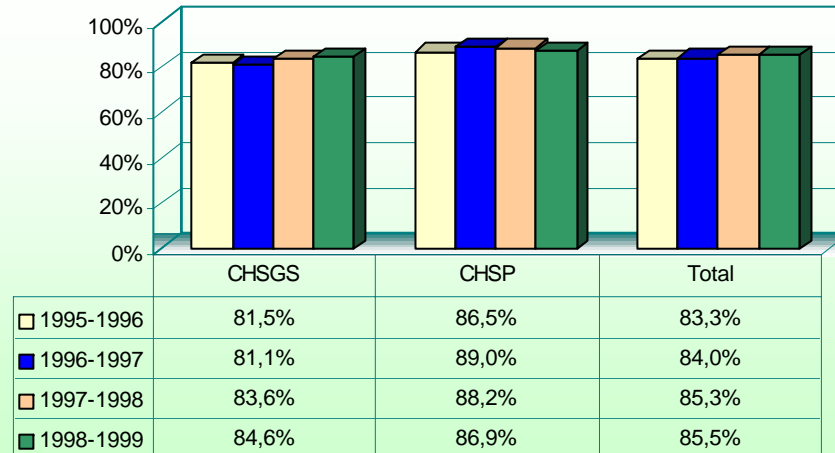
Au total, en **1998-1999**, 85,5 % de la clientèle est desservie en ambulatoire dans les CHSGS (84,6 %) et CHSP (86,9 %). En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, le pourcentage total de la clientèle desservie en ambulatoire se maintient ayant augmenté de 1 % en CHSGS et baissé de 1,3 % en CHSP.

De 1995-1996 à 1998-1999, la proportion d'usagers desservis en cliniques externes, par rapport au total d'usagers desservis en psychiatrie adulte, a connu une hausse de 2,2 %, soit environ 2 000 personnes de plus.

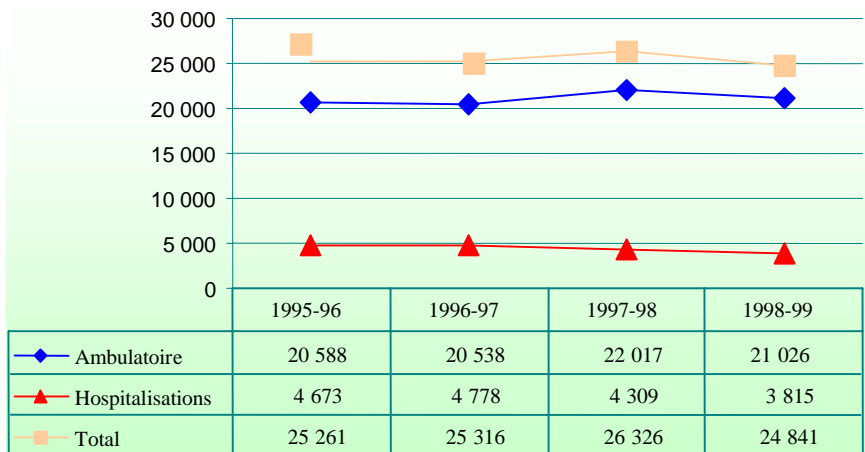
---

<sup>14</sup> Les données du centre hospitalier Sacré-Cœur et du pavillon Albert-Prévoist peuvent se dédoubler. Les données de l'Hôpital général juif ne sont pas comparables à celles des autres CH pour l'année où l'unité de mesure a été changée dans ce réseau de services.

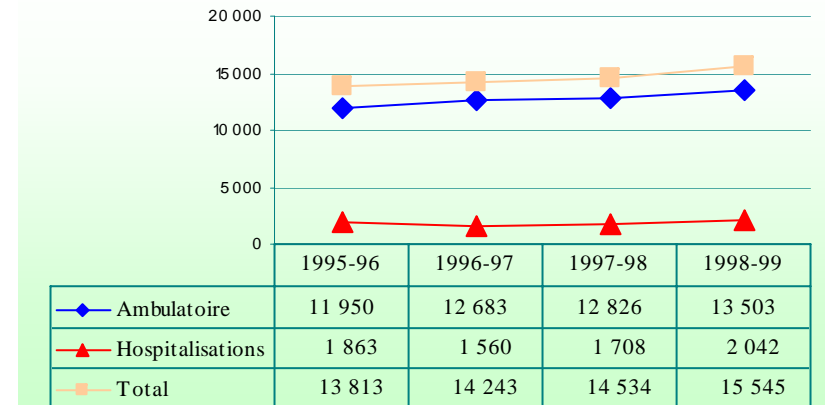
## Proportion d'usagers desservis par les cliniques externes en psychiatrie adulte



### Nombre d'usagers hospitalisés et desservis en ambulatoire Psychiatrie adulte : CHSGS



### Nombre d'usagers hospitalisés et desservis en ambulatoire Psychiatrie adulte : CHSP





## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

### EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

#### ◆ USAGERS DESSERVIS À DOMICILE PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS

En **1998-1999**, 16 881 usagers différents ont été desservis à domicile par les CLSC suite à un traitement en CHSGS. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, il s'agit d'une augmentation de 11,4 %, soit 1 726 usagers différents de plus qui ont obtenu des services suite à une opération, une hospitalisation ou pour des soins palliatifs.

#### ◆ INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS À DOMICILE PAR LES CLSC AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

En **1998-1999**, 25 279 personnes âgées différentes ont été desservies par les CLSC pour de l'aide et des soins infirmiers à domicile. Les CLSC ont fait 809 001 visites à domicile pour une moyenne annuelle de 32 visites par usager. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, les CLSC ont desservi 2 508 usagers de plus, soit une augmentation de 11 %. Le nombre totale de visites a augmenté de 12,9 %, soit 92 230 visites de plus d'effectuées. Enfin, le nombre annuel moyen de visites à domicile a augmenté de 0,5 visites.

#### ◆ USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) PAR LES CLSC

En **1998-1999**, 925 usagers différents ayant une déficience physique ou intellectuelle reçoivent des services intensifs des CLSC, soit 5 heures et plus en aide et soins à domicile par semaine. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, 35 usagers de plus sont desservis, soit une augmentation de 3,9 %. Depuis 1996-1997, 75 personnes qui nécessitaient des services intensifs à domicile ont accédé aux services sans considérer le rehaussement des heures de services pour les usagers déjà desservis. Il s'agit d'une augmentation de 8,8 % par rapport à 1996-1997.

#### ◆ USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC

En **1998-1999**, les CLSC ont desservi 2 783 personnes vivant des troubles mentaux sévères et 24 867 usagers vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, pour un total de 26 801 usagers différents. En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, on observe une croissance des usagers desservis, soit : 44,8 % pour les troubles sévères et persistants (861 usagers de plus) et 4,3 % pour les troubles transitoires (1 015 usagers de plus). Au total, les CLSC ont desservi 6,8 % usagers différents de plus, soit 1 707 personnes.

◆ **PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS EN AMBULATOIRE : PSYCHIATRIE ADULTE**

Au total, en **1998-1999**, 85,5 % de la clientèle est desservie en ambulatoire dans les CHSGS (84,6 %) et CHSP (86,9 %). En comparaison avec l'année de référence 1997-1998, le pourcentage total de la clientèle desservie en ambulatoire se maintient ayant augmenté de 1 % en CHSGS et baissé de 1,3 % en CHSP. De 1995-1996 à 1998-1999, la proportion d'usagers desservis en cliniques externes, par rapport au total d'usagers desservis en psychiatrie adulte, a connu une hausse de 2,2 %, soit environ 2 000 personnes de plus.

**EN CONCLUSION :**

L'accès aux services dans la communauté offerts par les CLSC est en croissance pour 4 clientèles ciblées à savoir : les usagers desservis à domicile suite à un traitement en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, les personnes âgées nécessitant des services à domicile, les usagers ayant une déficience physique ou intellectuelle nécessitant des services intensifs à domicile, les personnes vivant une problématique reliée à la santé mentale.

L'objectif de desservir, d'ici 2002, 90 % des adultes nécessitant des soins psychiatriques sur une base ambulatoire est à poursuivre. L'année 1998-1999 a davantage été une année de planification avant la mise en œuvre de mesures qui devraient permettre d'atteindre cet objectif.

## L'IMPACT SUR LA SANTÉ

Le « Défi de l'accès » identifie trois indicateurs de suivi relatifs à l'impact sur la santé<sup>15</sup>.

Pour la fracture de la hanche, l'infarctus du myocarde et les cancers du côlon et du rectum :

- ◇ le taux de réadmission en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier pour l'une de ces conditions;
- ◇ le taux de létalité 90 jours après une admission pour l'une de ces conditions.

Pour l'appendice rompu, asthme, pneumonie, cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire :

- ◇ le taux d'admission évitable.

**INTERPRÉTATION DES INDICATEURS :** Ces indicateurs ont été choisis parce qu'ils devraient être particulièrement sensibles aux transformations du réseau de la santé et parce que leur évolution pourrait refléter les effets de ces transformations<sup>16,17,18</sup>. Leur interprétation nécessite cependant une grande prudence car d'autres facteurs que les transformations du réseau peuvent également influencer l'évolution de ces indicateurs. Aussi les utilisons-nous dans un but de repérage. Dans ce contexte, si leur valeur diminue avec le temps, la tendance est positive et encourageante. Si la tendance est la stabilité, on présume que les transformations n'ont pas généré d'effets négatifs mais il faut continuer à surveiller. S'il y a augmentation, la tendance est négative. Il faut alors faire des analyses complémentaires avant d'attribuer ce résultat aux changements effectués dans le réseau, surtout si la tendance a débuté avant que n'aient été amorcées les transformations (1995-1996).

**ANALYSES STATISTIQUES :** Pour les analyses statistiques, nous combinons les taux des exercices financiers 1993-1994 et 1994-1995 pour former un taux que nous appelons taux de référence, car il décrit la situation qui précède les transformations apportées au réseau. Nous comparons six périodes : chacun des trois exercices financiers qui suivent la période de référence (1995-1996, 1996-1997, 1997-1998) vs la période de référence, et chacun de ces trois mêmes exercices financiers entre eux (1996-1997 vs 1995-1996,...). Nous comparons les taux en calculant leur différence et nous vérifions si ces différences sont statistiquement significatives, auquel cas elles apparaissent sur un fond ombragé dans les tableaux. L'approche analytique implique un très grand nombre de comparaisons, ce qui entraîne une plus grande probabilité d'identifier des résultats significatifs; les paramètres utilisés pour faire nos analyses tiennent compte de ce fait ( $\alpha = 0,01$ ). Comme nos données décrivent l'expérience de toute la population montréalaise, les nombres sont souvent grands, ce qui rend les analyses statistiques très sensibles. Une telle évaluation doit aussi tenir compte de l'importance clinique des changements observés pour ensuite porter un jugement final. Bien que, pour les analyses statistiques, les années 1993-1994 et 1994-1995 aient été regroupées, les résultats sont présentés séparément pour chacune de ces années dans les graphiques. Cela nous permet de fournir une information plus précise.

**NOTE :** Ce rapport est une mise à jour. Il présente des données pour la période 1993-1994 à 1997-1998 alors que le précédent couvrait la période 1993-1994 à 1996-1997. On obtient ici des résultats différents car nous avons modifié notre façon de traiter les hospitalisations dans les centres de réadaptation.

<sup>15</sup> Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre. Le défi de l'accès - Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services 1998-2001, décembre 1997.

<sup>16</sup> Roos N, Shapiro E. *Monitoring the Winnipeg Hospital System : the First Report 1990-1992*. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 1994.

<sup>17</sup> Brownell MD, Roos NP. *Monitoring the Winnipeg Hospital System : The Update Report 1993/1994*. Winnipeg, Manitoba : Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 1996.

<sup>18</sup> Groupes de discussion d'experts provenant du réseau des services de Montréal. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 14 et 19 mars 1996.

## LE TAUX DE RÉADMISSION EN MILIEU HOSPITALIER

### Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier

#### INDICATEUR :

**Définition :** Une réadmission est définie par la première hospitalisation à survenir après un congé hospitalier relatif au premier épisode de soins que connaît un patient au cours d'une année d'observation. Cet épisode correspond à une période ininterrompue de soins en institution, que ces soins aient nécessité ou non le transfert d'un patient d'une institution vers une autre. Il s'agit de l'épisode de soins index. Le diagnostic principal associé à cet épisode est l'une des conditions médicales retenues pour les fins de l'analyse, soit **la fracture de la hanche**<sup>19</sup>, **l'infarctus du myocarde**<sup>20</sup>, **les cancers du côlon et du rectum**<sup>21</sup>. Quant au diagnostic au moment de la réadmission, il peut être associé ou non au diagnostic de l'épisode de soins index. Cet indicateur porte sur les résidents de Montréal-Centre de 18 ans et plus qui ont été admis en CHSGS pour l'une ou l'autre des conditions à l'étude. Sont exclus de l'analyse les individus qui sont décédés au cours de l'épisode de soins index. Les services en soins infirmiers d'un jour ou en soins de longue durée ne sont pas considérés dans l'analyse.

#### RÉSULTATS :

- ◆ Dans le cas de la **fracture de la hanche**, on observe un léger fléchissement du taux de réadmission jusqu'en 1997-1998 où il augmente et se compare alors à ce qui existait avant la réorganisation du réseau de la santé. Par rapport au taux de référence, on note une diminution au cours des années 1995 à 1997 puis une augmentation pour la dernière année d'observation. Le calcul des intervalles de confiance autour des différences n'indique toutefois aucun changement statistiquement significatif (voir tableau 1). Parallèlement, la durée moyenne du séjour hospitalier diminue de 20 % en passant de 54,8 jours en 1993-1994 à 43,1 jours en 1997-1998. Sauf pour l'exercice financier de 1996-1997 où 17,2 % des patients avaient un indice de gravité clinique élevé ou extrême, cette proportion est demeurée proche de 15 % au cours des autres années. Le nombre de patients varie de 1 441 à 1 695, l'âge moyen, de 77,1 à 78,0 ans pour cette période d'observation.
- ◆ Pour **l'infarctus du myocarde**, le taux de réadmission fluctue d'année en année, légèrement plus haut après la période de référence. Aucune des différences entre les divers taux n'est statistiquement significative (tableau 1). La durée moyenne du séjour à l'hôpital a diminué de 17,6 % entre le début et la fin de la période. On note une tendance à la hausse du pourcentage de patients ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême. Le nombre de patients varie de 3 205 à 3 650 et l'âge moyen demeure sensiblement le même (66,2 ans à 66,8 ans).
- ◆ Pour les **cancers du côlon et du rectum**, lorsqu'on compare le taux de référence avec celui des années qui suivent, on constate une augmentation, mais on ne peut dégager une tendance claire. Il est à noter qu'en 1997-1998, la proportion de femmes et l'âge moyen des patients atteints de ces cancers ont augmenté, l'un pouvant être associé à l'autre. La proportion de patients ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême augmente dans ce cas-ci de façon remarquable : elle était de 23,1 % en début de période pour atteindre 31 % en 1997-1998. La durée de séjour a diminué de 21,3 %. Le nombre de patients varie de 1 049 à 1 110.

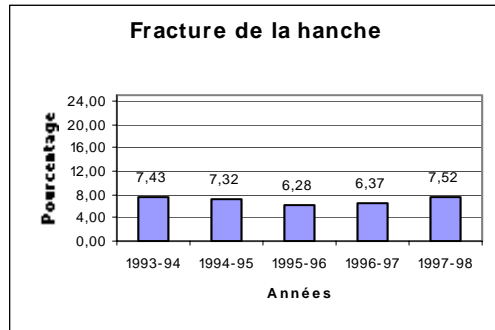
---

<sup>19</sup> CIM-9 : 820

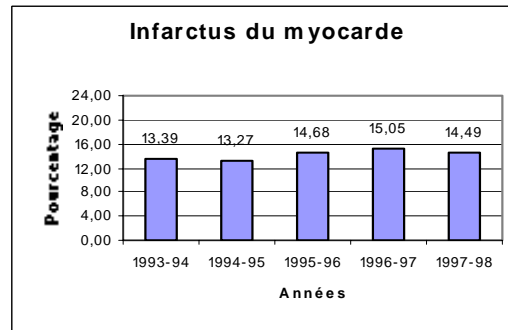
<sup>20</sup> CIM-9 : 410, 411

<sup>21</sup> CIM-9 : 153, 154.0, 154.1, 197.5, 230.3, 230.4

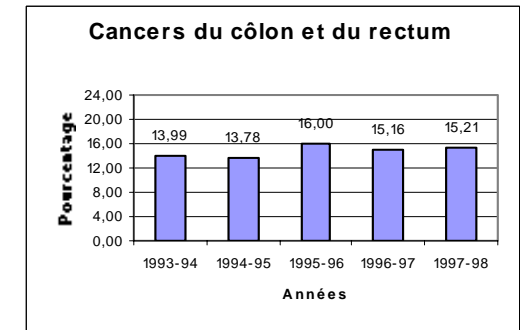
## Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours suivant un congé hospitalier :



N. de patients	1441	1448	1593	1695	1623
% de femmes	77,4	76,9	76,5	75,2	76,1
Séjour moyen <sup>1</sup>	54,8	57,8	50,3	47,0	43,1
Séjour médian <sup>1</sup>	41,0	49,0	45,0	41,0	37,0
Âge moyen	77,1	78,0	77,5	78,0	77,7
Gravité clinique <sup>2</sup>	14,8	15,4	14,5	17,2	15,2



N. de patients	3205	3249	3385	3383	3650
% de femmes	37,3	38,0	38,8	37,1	37,2
Séjour moyen <sup>1</sup>	14,2	14,6	13,2	12,1	11,7
Séjour médian <sup>1</sup>	10,0	10,0	9,0	8,0	8,0
Âge moyen	66,2	66,5	66,4	66,8	66,5
Gravité clinique <sup>2</sup>	16,6	18,4	16,5	20,6	20,7



N. de patients	1051	1110	1081	1049	1078
% de femmes	51,7	50,1	49,0	49,8	54,6
Séjour moyen <sup>1</sup>	23,0	22,6	19,8	20,5	18,1
Séjour médian <sup>1</sup>	16,0	15,0	13,0	13,0	12,0
Âge moyen	69,3	69,0	69,2	68,8	70,6
Gravité clinique <sup>2</sup>	23,1	24,6	28,7	28,8	31,0

1- Exprimé en nombre de jours

2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême; variable du fichier Méd-Echo dérivée des *All Patient Refined Diagnostic Related Groups (APR-DRG)* qui indique "l'étendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système organique".

**Tableau 1 : TAUX DE RÉADMISSION, ANALYSE STATISTIQUE DES RÉSULTATS**

Années comparées	Fracture de la hanche			Infarctus du myocarde			Cancers du côlon et du rectum		
	Limite inf. <sup>2</sup> (%)	<b>Différence</b> (%)	Limite sup. <sup>2</sup> (%)	Limite inf. (%)	<b>Différence</b> (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	<b>Différence</b> (%)	Limite sup. (%)
<b>1995-1996 vs Référence<sup>1</sup></b>	-3,1	<b>-1,1</b>	0,9	-0,6	<b>1,4</b>	3,3	-1,3	<b>2,1</b>	5,6
<b>1996-1997 vs Référence<sup>1</sup></b>	-3,0	<b>-1,0</b>	1,0	-0,2	<b>1,7</b>	3,6	-2,2	<b>1,3</b>	4,7
<b>1997-1998 vs Référence<sup>1</sup></b>	-2,0	<b>0,1</b>	2,2	-0,7	<b>1,2</b>	3,0	-2,1	<b>1,3</b>	4,7
1996-1997 vs 1995-1996	-2,1	<b>0,1</b>	2,3	-1,9	<b>0,4</b>	2,6	-4,9	<b>-0,8</b>	3,2
1997-1998 vs 1995-1996	-1,1	<b>1,2</b>	3,5	-2,4	<b>-0,2</b>	2,0	-4,8	<b>-0,8</b>	3,2
1997-1998 vs 1996-1997	-1,1	<b>1,1</b>	3,4	-2,7	<b>-0,6</b>	1,6	-4,0	<b>0,1</b>	4,1

1- 1993-1994 et 1994-1995 combinées.

2- Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ( $\alpha = 0,01$ ). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.



## ✍ LE TAUX DE LÉTALITÉ 90 JOURS APRÈS UNE ADMISSION

**Taux de létalité 90 jours après la date d'entrée à l'hôpital pour les conditions suivantes : fracture de la hanche, infarctus du myocarde, cancers du côlon et du rectum.**

### INDICATEUR :

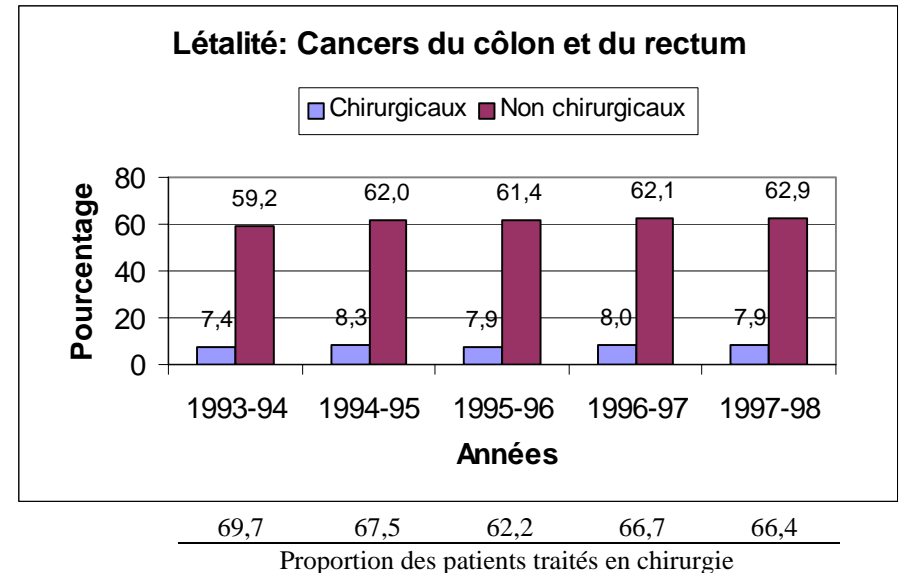
**Définition :** Il s'agit des décès de tous les patients hospitalisés pour les conditions étudiées quelque soit la cause ou le lieu du décès. Cet indicateur porte sur les résidents de Montréal-Centre de 18 ans et plus qui ont été admis en CHSGS pour l'une des conditions à l'étude. Les services en soins infirmiers d'un jour ou en soins de longue durée n'ont pas été considérés dans l'analyse. Il est à noter que pour les six derniers mois de l'année 1997-1998, les décès sont identifiés à partir du fichier Méd-Echo et du fichier d'inscription des bénéficiaires de la RAMQ. En effet, pour cette période qui couvre l'année 1998, le fichier des décès n'était pas disponible. Il est à noter aussi que pour le taux de létalité, nous incluons les patients qui sont décédés pendant l'épisode de soins index, contrairement à ce que nous faisons pour le taux de réadmission (indicateur précédent). Cela explique que le nombre de patients est toujours plus grand pour le taux de létalité et que l'indice de gravité clinique reflète l'inclusion des patients les plus malades. De plus, pour le taux de létalité, lorsqu'il y a plus d'une admission par patient pour la même condition dans une même année, nous étudions la dernière admission (l'épisode de soins index). Tandis que pour le taux de réadmission, lorsque cela se produit, nous étudions la première admission. Cette dernière différence complique davantage toute comparaison entre les deux indicateurs spécialement pour les variables décrivant le processus de soins durant l'épisode de soins index (ex. : la durée de séjour).

### RÉSULTAT(S) :

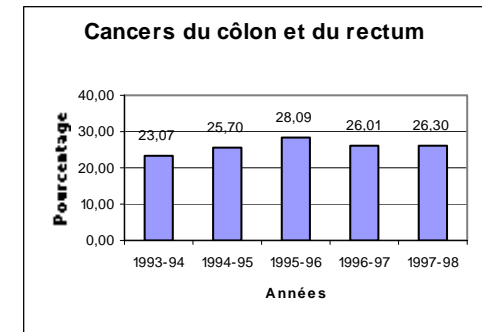
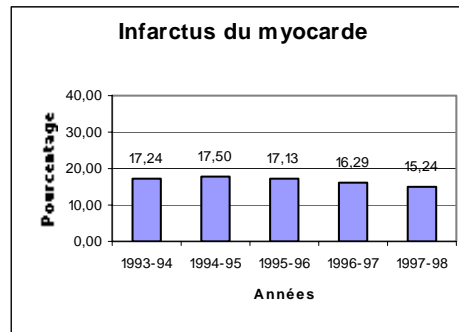
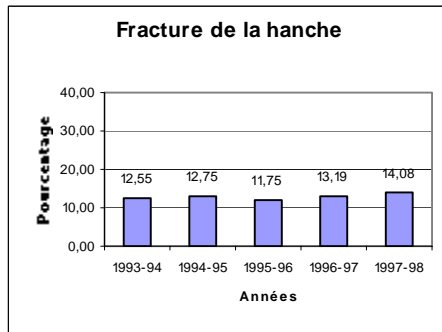
- ◆ Pour la **fracture de hanche**, sauf en 1995-1996, le taux de létalité tend à augmenter sans que ce changement ne soit statistiquement significatif, alors que la durée du séjour hospitalier baisse de 22,2 % au cours de la période d'observation. Le nombre de patients varie de 1 602 à 1 850 et l'âge moyen fait de même de 77,9 à 78,5 ans. En comparaison avec le résultat obtenu pour le taux de réadmission, on retrouve ici une plus forte proportion de gens (environ 5 %) ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême.
- ◆ Pour l'**infarctus du myocarde**, le taux de létalité s'amenuise au fil du temps pour atteindre un seuil statistiquement significatif en 1997-1998. Au cours de la période d'observation, la durée de séjour diminue de 16,8 %. Le nombre de patients varie de 3 713 à 4 122, tandis que leur âge moyen reste stable. La proportion de patients avec un indice de gravité clinique élevé ou extrême est d'environ 8 % plus élevée que celle des patients étudiés pour le taux de réadmission.
- ◆ Pour les **cancers du côlon et du rectum**, le taux de létalité est plus élevé que celui des autres conditions. Bien qu'il atteigne un sommet de 28,09 % en 1995-1996, l'analyse des différences montre que ce n'est pas statistiquement significatif. Le séjour des patients à l'hôpital a diminué de 19,4 % entre le début et la fin de la période étudiée. Leur nombre varie de 1 244 à 1 327, leur âge moyen, de 69,4 à 71,1 ans. En 1997-1998, on retrouve un pourcentage plus important de femmes atteintes de l'un de ces cancers. Avec le temps, la proportion des patients ayant un indice de gravité clinique élevé ou extrême tend à augmenter. Comme pour les conditions médicales précédentes, la proportion de patients avec un indice de gravité clinique élevé ou extrême est plus élevée que celle des patients étudiés pour le taux de réadmission.

## MISE EN GARDE :

- ◆ Les taux de létalité peuvent paraître élevés surtout pour les cancers du côlon et du rectum. Cela s'explique en partie par le fait qu'un même patient peut être hospitalisé à plus d'une reprise au cours d'une même année, et ce, pour le même diagnostic. Ainsi, jusqu'à 25 % des patients avec un cancer du côlon ou du rectum sont réhospitalisés, comparativement à 2 % pour la fracture de la hanche et à 12 % pour l'infarctus du myocarde. Lorsque cela s'est produit, nous avons utilisé le dernier plutôt que le premier épisode de soins index pour calculer le taux de létalité. Étant donné que pour les cancers, le dernier épisode de soins a plus de chance d'être associé à la progression de la maladie, les taux observés sont influencés par les cas plus avancés. Il nous est alors apparu utile de distinguer deux sous-groupes de patients selon le type de traitement reçu lors de leur dernier épisode de soins (épisode de soins index) : les patients traités par chirurgie (surtout au moment du diagnostic) et les patients traités de façon non chirurgicale (surtout pour les cas réadmis). Le graphique ci-contre montre les taux de létalité de ces deux sous-groupes. Entre 1993-1994 et 1997-1998, les taux de létalité changent peu pour les deux sous-groupes. Cependant, la proportion des cas traités par chirurgie atteint un minimum de 62,2 % en 1995-1996, ce qui explique probablement le pic observé en 1995-1996 dans le taux de létalité combinant les deux sous-groupes (voir le troisième graphique à la page suivante). Dans ce graphique, les taux de létalité pour les deux dernières années sont aussi légèrement plus élevés que les taux pour les années de référence. Ceci pourrait s'expliquer en partie par les proportions de cas chirurgicaux légèrement plus bas pour les deux dernières années en comparaison avec les années de références.



## Taux de létalité 90 jours après la date d'entrée à l'hôpital pour :



N. de patients	1602	1623	1736	1850	1797
% de femmes	76,3	75,6	75,7	74,6	75,4
Séjour moyen <sup>1</sup>	53,6	56,0	48,1	45,2	41,7
Séjour médian <sup>1</sup>	38,0	47,0	42,0	38,0	35,0
Âge moyen	77,9	78,5	77,9	78,5	78,2
Gravité clinique <sup>2</sup>	19,8	21,2	18,9	21,9	20,5

N. de patients	3713	3771	3894	3856	4122
% de femmes	39,7	39,9	40,4	39,1	38,9
Séjour moyen <sup>1</sup>	13,7	14,0	12,6	12,0	11,4
Séjour médian <sup>1</sup>	10,0	9,0	8,0	8,0	8,0
Âge moyen	67,4	67,7	67,5	67,9	67,6
Gravité clinique <sup>2</sup>	24,5	25,2	24,5	27,8	27,4

N. de patients	1244	1327	1303	1261	1274
% de femmes	51,0	50,0	49,0	50,0	54,2
Séjour moyen <sup>1</sup>	25,3	24,1	21,9	22,2	20,4
Séjour médian <sup>1</sup>	16,0	16,0	14,0	13,0	13,0
Âge moyen	69,8	69,4	69,9	69,5	71,1
Gravité clinique <sup>2</sup>	29,1	31,2	34,1	33,6	36,6

1- Exprimé en nombre de jours

2- Exprimé en % des patients avec gravité clinique élevée ou extrême; variable du fichier Méd-Echo dérivée des *All Patient Refined Diagnostic Related Groups (APR-DRG)* qui indique "l'étendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système organique".

**Tableau 2 : TAUX DE LÉTALITÉ, ANALYSE STATISTIQUE DES RÉSULTATS**

Années comparées	Fracture de la hanche			Infarctus du myocarde			Cancers du côlon et du rectum		
	Limite inf. <sup>2</sup> (%)	Différence (%)	Limite sup. <sup>2</sup> (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	Différence (%)	Limite sup. (%)
<b>1995-1996 vs Référence<sup>1</sup></b>	-3,4	<b>-0,9</b>	1,6	-2,2	<b>-0,2</b>	1,7	-0,2	<b>3,7</b>	7,5
<b>1996-1997 vs Référence<sup>1</sup></b>	-2,0	<b>0,5</b>	3,1	-3,0	<b>-1,1</b>	0,8	-2,3	<b>1,6</b>	5,4
<b>1997-1998 vs Référence<sup>1</sup></b>	-1,2	<b>1,4</b>	4,0	-4,0	<b>-2,1</b>	-0,3	-2,0	<b>1,9</b>	5,7
1996-1997 vs 1995-1996	-1,4	<b>1,4</b>	4,3	-3,0	<b>-0,8</b>	1,3	-6,6	<b>-2,1</b>	2,4
1997-1998 vs 1995-1996	-0,6	<b>2,3</b>	5,2	-4,0	<b>-1,9</b>	0,2	-6,3	<b>-1,8</b>	2,7
1997-1998 vs 1996-1997	-2,0	<b>0,9</b>	3,8	-3,2	<b>-1,1</b>	1,1	-4,2	<b>0,3</b>	4,8

1- 1993-1994 et 1994-1995 combinées.

2- Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ( $\alpha = 0,01$ ). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

## LE TAUX D'ADMISSION ÉVITABLE POUR DIVERSES CONDITIONS MÉDICALES

### INDICATEUR :

**Définition :** Cet indicateur met en rapport toutes les admissions en CHSGS recensées dans le fichier Med-Écho au cours d'une année avec la population montréalaise constituée des groupes d'âge appropriés pour chacune des conditions (voir Tableau 3). Souvent, ces conditions peuvent être prévenues par le traitement des stades cliniques précurseurs dans un contexte de soins primaires. Donc toute perturbation du processus de soins primaires pourrait mener à une augmentation des hospitalisations et c'est cette augmentation qui est potentiellement évitable.

**Interprétation :** Pour faciliter l'interprétation de ces résultats, en plus de présenter les données pour chacune des conditions à l'étude, nous avons regroupé les conditions qui avaient le même dénominateur pour le calcul des taux : **l'asthme et la pneumonie, dont le dénominateur est formé des personnes de 5 à 49 ans, composent le Groupe 1; toutes les autres conditions ayant au dénominateur les personnes de 18 ans et plus composent le Groupe 2.** Il est à noter que les taux présentés ne sont pas normalisés pour l'âge en raison du petit nombre d'événements. Le vieillissement progressif de la population pourrait avoir influencé les taux à la hausse pour certaines conditions. Les baisses identifiées pourraient donc avoir été atténuées par un tel effet.

### RÉSULTATS :

Le Tableau 3 décrit l'évolution des taux pour chacune des 14 conditions et pour les deux regroupements. Au Tableau 4, nous présentons le détail de l'analyse seulement pour ces derniers. Les points à retenir du contraste entre la période de référence et 1997-1998 se résument comme suit :

- ◆ Les **taux pour l'appendice rompu** augmentent constamment sans atteindre un niveau significatif. Toutefois, la Direction de la santé publique considère cliniquement importante une telle tendance et elle a préparé un protocole de recherche et une demande de subvention pour analyser cette condition plus en détail.
- ◆ Le **taux pour le Groupe 1** a diminué significativement de 2,76 pour 10 000. Les taux pour les deux conditions qui en font partie ont aussi diminué significativement (Asthme 1,32 et Pneumonie 1,44). Le taux de base pour l'asthme est environ le double de celui pour la pneumonie.
- ◆ Le **taux pour le Groupe 2** a aussi diminué significativement de 5,13 pour 10 000. Parmi les conditions qui font partie de ce groupe, quatre ont aussi diminué significativement : maladies évitables par immunisation (0,48), pyélonéphrite (1,92), ulcère perforé ou avec hémorragie (1,96), phlébite sans embolie pulmonaire (1,34).

Tableau 3 : TAUX D'ADMISSION ÉVITABLE POUR 10 000 PERSONNES						
Condition médicale	ANNÉE					
	1993-1994	1994-1995	Référence	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Appendice rompu <sup>1</sup>	2,06	2,21	2,13	2,26	2,37	2,46
<b>Groupe 1<sup>2</sup></b>	16,15	15,80	15,97	15,48	13,26	13,21
Asthme	10,68	9,65	10,16	10,24	8,61	8,84
Pneumonie	5,47	6,15	5,81	5,23	4,65	4,37
<b>Groupe 2<sup>3</sup></b>	73,00	76,67	74,83	74,92	71,35	69,70
Cellulite	10,17	10,90	10,54	11,68	10,66	10,25
Insuffisance cardiaque	24,69	26,53	25,61	25,73	25,60	26,94
Diabète	14,86	15,47	15,16	14,97	14,81	14,65
Gangrène	1,31	1,40	1,36	1,52	1,40	1,31
Hypokaliémie	0,12	0,17	0,14	0,20	0,23	0,17
Maladies évitables par immunisation	0,84	0,53	0,69	0,31	0,35	0,21
Hypertension maligne	0,09	0,05	0,07	0,07	0,12	0,09
Pyélonéphrite	6,71	7,20	6,95	6,36	5,86	5,03
Ulcère perforé ou avec hémorragie	5,99	5,37	5,68	4,64	4,30	3,72
Hernie abdominale en occlusion	2,11	2,44	2,28	2,32	2,29	2,30
Phlébite sans embolie pulmonaire	6,11	6,61	6,36	7,13	5,74	5,03

<sup>1</sup> Chez les résidents de Montréal-Centre de tous âges (N = 1 811 339 en 1997) : appendice rompu

<sup>2</sup> Chez les résidents de Montréal-Centre de 5 à 49 ans (N = 1 149 360 en 1997) : asthme, pneumonie

<sup>3</sup> Chez les résidents de Montréal-Centre de 18 ans et plus (N = 1 454 353 en 1997) : cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire.

Tableau 4 : TAUX D'ADMISSION ÉVITABLE, ANALYSE STATISTIQUE DES RÉSULTATS						
Années comparées	Groupe 1			Groupe 2		
	Limite inf. <sup>2</sup> (‰)	Différence (‰)	Limite sup. <sup>2</sup> (‰)	Limite inf. (‰)	Différence (‰)	Limite sup. (‰)
<b>1995-1996 vs Référence<sup>1</sup></b>	-1,7	<b>-0,5</b>	0,7	-2,2	<b>0,1</b>	2,3
<b>1996-1997 vs Référence<sup>1</sup></b>	-3,8	<b>-2,7</b>	-1,6	-5,7	<b>-3,5</b>	-1,3
<b>1997-1998 vs Référence<sup>1</sup></b>	-3,9	<b>-2,8</b>	-1,7	-7,3	<b>-5,1</b>	-2,9
1996-1997 vs 1995-1996	-3,5	<b>-2,2</b>	-0,9	-6,1	<b>-3,6</b>	-1,0
1997-1998 vs 1995-1996	-3,6	<b>-2,3</b>	-1,0	-7,8	<b>-5,2</b>	-2,7
1997-1998 vs 1996-1997	-1,3	<b>-0,1</b>	1,2	-4,2	<b>-1,7</b>	0,9

1- 1993-1994 et 1994-1995 combinées.

2- Nous rendons compte de la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ( $\alpha = 0,01$ ). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.



## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

### FAITS SAILLANTS

#### Changements statistiquement significatifs :

- ◆ Le **taux de létalité** des patients qui ont été hospitalisés pour un infarctus du myocarde a diminué au point d'atteindre un seuil statistiquement significatif au cours de l'exercice financier de 1997-1998.
- ◆ On observe une diminution significative pour plusieurs **conditions médicales pour lesquelles des hospitalisations peuvent être évitées**. Ces diminutions concernent les maladies évitables par immunisation et l'ulcère perforé ou avec hémorragie depuis 1995-1996, l'asthme, la pneumonie et la pyélonéphrite depuis 1996-1997, la phlébite sans embolie pulmonaire depuis 1997-1998.

#### Changements non significatifs mais qui sur le plan clinique attirent notre attention :

- ◆ Pour les trois exercices financiers suivant la période de référence, les **taux de réadmission** sont légèrement plus élevés pour l'infarctus du myocarde et les cancers du côlon et du rectum, bien qu'il n'y ait pas de tendance soutenue à la hausse. Cela peut tenir au fait que, pour ces conditions, la proportion des patients avec gravité clinique élevée ou extrême augmente au cours de la période d'observation.
- ◆ Les patients ayant souffert d'une fracture de la hanche présentent un **taux de létalité** légèrement plus élevé lors des deux dernières années d'observation.
- ◆ Les **taux d'admission évitable** pour l'appendice rompu augmentent constamment.

### EN CONCLUSION :

Nos résultats suggèrent que la transformation du réseau n'a pas eu d'effet négatif important, et même dans certains cas, on dénote un effet positif. Ainsi, pour 17 conditions médicales, nous avons comparé d'année en année les taux de réadmission, de létalité ou d'admission possiblement évitables. Nous avons présenté 84 de ces comparaisons. Vingt de ces comparaisons ont identifié des différences statistiquement significatives, toutes dans le sens d'une baisse des taux. Bien que n'atteignant pas un niveau statistiquement significatif, trois changements attirent notre attention sur le plan clinique. Des analyses complémentaires, une observation attentive soutenue ou un effort de recherche additionnel contribueront à préciser l'importance de ces derniers changements.

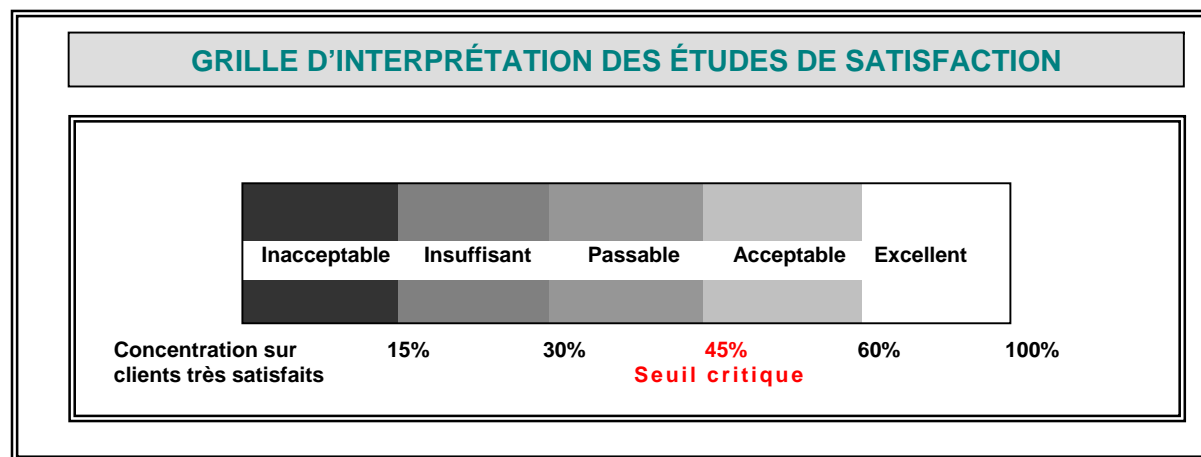


## ✍ LE POINT DE VUE DES USAGERS

Cet axe de suivi comprend 3 indicateurs :

- ◇ L'appréciation de la compétence du personnel;
- ◇ L'appréciation de l'accessibilité et de la continuité des services;
- ◇ L'appréciation de la rapidité et de la facilité des services.

Pour ces 3 indicateurs, le pourcentage de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) est comparé au pourcentage d'utilisateurs qui se disent très satisfaits de la compétence du personnel et des dimensions se rapportant à l'accessibilité, la continuité, la rapidité et la facilité des services. Ces données sont issues de sondages réalisés à périodes fixes sur la performance des établissements. Nous présentons ci-après la grille d'interprétation des résultats des sondages sur la satisfaction des usagers. Nous y référons dans l'interprétation des résultats des indicateurs.



## L'APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL

### OBJECTIF(S) :

« Que le personnel rencontré soit compétent » est l'attente la plus importante pour les usagers de Montréal et fait partie de la dimension fiabilité du concept de service régional. Cet indicateur touche à la fois les habilités techniques et professionnelles du personnel et englobe les aspects du jugement, décisions/interventions et traitements. L'objectif du plan « Défi de l'accès » est de maintenir et d'améliorer la satisfaction des usagers à l'égard de la compétence des intervenants du réseau. En fonction de la grille d'interprétation des sondages sur la performance des établissements, nous visons 45 % des usagers très satisfaits de la compétence du personnel ce qui situerait la performance du réseau à un niveau « acceptable ».

### INDICATEUR(S) :

Définition : pour une période donnée, le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à la compétence du personnel en établissements et à la Régie régionale sur l'ensemble des plaintes fondées déposées aux 2 instances. Les résultats de cet indicateur sont comparés avec des données d'études de satisfaction dont la mise à jour se fait à date fixe (mai 1994, 1997 et 2001).

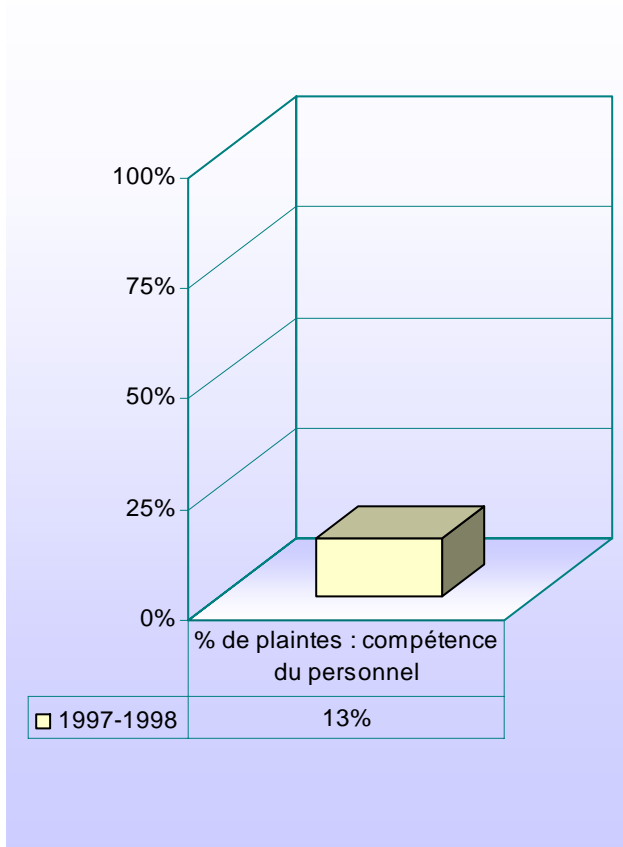
### RÉSULTAT(S):

Les données 1998-1999 sur les plaintes ne sont pas disponibles actuellement.

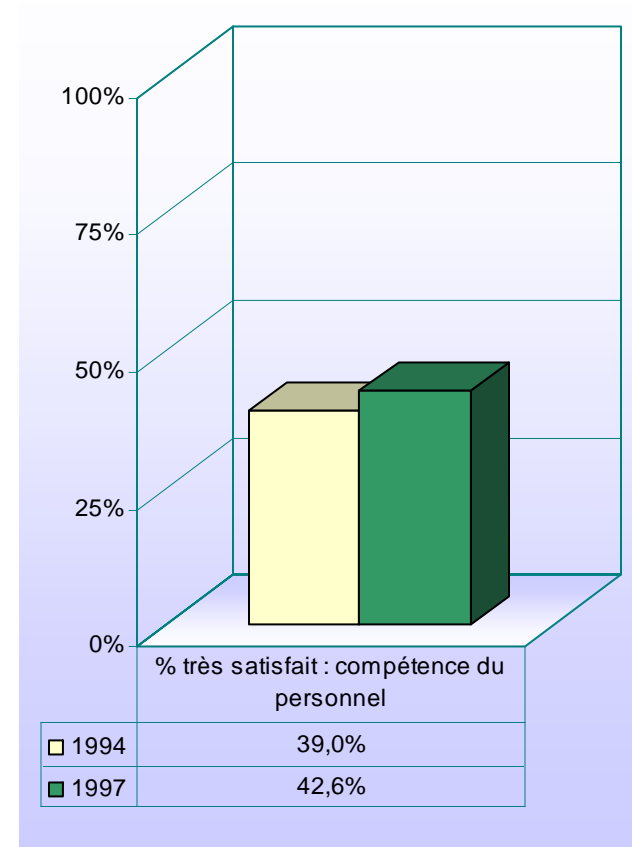
En **1997-1998**, des 4 909 plaintes fondées recensées régionalement, 13 % (638 plaintes) concernent la compétence du personnel.

Les résultats obtenus lors des études sur la satisfaction des usagers indiquent le maintien du niveau de compétence, et ce, malgré les perturbations qui ont touché le personnel durant la période concernée (1994-1997). Le pourcentage des personnes qui se disent très satisfaites de la compétence du personnel est passé de 39 % à 42,6 %, soit une augmentation de 3,6 %. Analysés en fonction de la grille d'interprétation des sondages les établissements performant à un niveau passable, il suffira que la tendance à l'amélioration se poursuive (+ 2,4 %) pour que la performance se situe au niveau acceptable.

**Pourcentage de plaintes fondées  
(avec mesures correctives)  
Compétence du personnel**



**Pourcentage d'usagers très satisfaits  
Compétence du personnel**



Source : Direction des relations avec la communauté, « Rapport sur les plaintes », RRSSSM-C, 1998, et « Études sur les attentes et la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux : Phase II », Rapport final, Octobre 1997, Groupe SECOR, Zins Beausnesne et associés.

## ✍ L'APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SERVICES

### OBJECTIF(S) :

Les actions proposées par le « Défi de l'accès » pour les six continuums de services visent à accroître l'accessibilité des services, à assurer la continuité des interventions d'un prestataire à l'autre. « Nous visons un continuum de services comportant des services accessibles, continus et intégrés »<sup>22</sup>. Les améliorations mises de l'avant devraient renverser la tendance actuelle et nous devrions constater une augmentation des taux de satisfaction des usagers reflétés par une réduction des plaintes fondées qui traitent des éléments en lien avec l'accessibilité et la continuité des services et un nombre accru de répondants de sondage qui se disent très satisfaits des services reçus.

### INDICATEUR(S) :

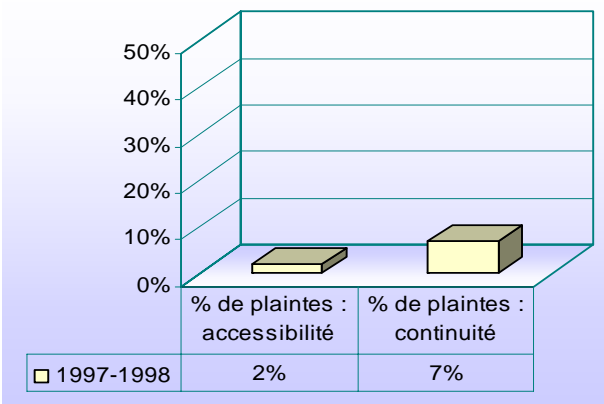
Définition : pour une période donnée, le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à l'accessibilité et à la continuité des services en établissements et à la Régie régionale sur l'ensemble des plaintes fondées déposées aux 2 instances. Les résultats de cet indicateur sont comparés avec des données d'études de satisfaction dont la mise à jour se fait à date fixe (mai 1994, 1997 et 2001).

### RÉSULTAT(S):

Les données 1998-1999 sur les plaintes ne sont pas disponibles actuellement.

En **1997-1998**, des 4 909 plaintes fondées recensées régionalement, 2 % (98 plaintes) concernent l'**accessibilité** des services et 7 % (344 plaintes) sont reliées à la **continuité** des services.

#### Pourcentage de plaintes fondées Accessibilité et continuité



Les résultats des études de satisfaction illustrent certains gains en ce qui concerne la satisfaction des usagers dans la dimension **accessibilité**, plus particulièrement en ce qui a trait à l'adaptation de l'information aux différentes cultures et langues (+ 3,7 %). De plus, en ce qui a trait aux heures d'ouverture, un gain substantiel a été réalisé avec un accroissement de plus de 13 % des répondants qui se disent très satisfaits.

Il faut noter des pertes importantes dans la dimension **continuité** où la circulation d'information entre les différents organismes de santé à Montréal révèle une perte importante au niveau de la proportion des usagers qui se disent très satisfaits. Le recours au même intervenant d'une fois à l'autre recule de plus de - 7 % des personnes qui répondent être très satisfaites.

<sup>22</sup> Régie régionale de Montréal-Centre, Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, Le défi de l'accès, juin 1998, p.21.

ÉTUDES DE SATISFACTION				
DIMENSION	ÉNONCÉS D'ATTENTES	POURCENTAGE TRÈS SATISFAIT		
		% 1994	% 1997	VARIATION
ACCESSIBILITÉ	☞ Que l'établissement soit facilement accessible par transport en commun ou qu'il soit possible de stationner à proximité	42,0	41,6	-0,4
	☞ Que l'établissement vous informe sur l'ensemble des services qu'on y offre	25,0	19,1	-5,9
	☞ Que l'on vous donne de l'information adaptée à votre culture et à votre langue	36,0	39,7	+3,7
	☞ Que l'établissement soit ouvert à des heures qui vous conviennent (i.e. la semaine, la fin de semaine et/ou les soirs <sup>23</sup> )	23,0	36,4	+13,4
CONTINUITÉ	☞ Que, selon vous, il y a une continuité et une bonne circulation de l'information entre les différents organismes de santé à Montréal <sup>24</sup>	26,0	11,0	-15,0
	☞ Que le même intervenant s'occupe de vous d'une fois à l'autre	32,0	24,8	-7,2

Source : Direction des relations avec la communauté, « Rapport sur les plaintes », RRSSM-C, 1998, et « Études sur les attentes et la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux : Phase II », Rapport final, Octobre 1997, Groupe SECOR, Zins Beaudesne et associés.

<sup>23</sup> Énoncé légèrement différent en 1997.

<sup>24</sup> Énoncé légèrement différent en 1997.

## ✎ L'APPRÉCIATION DE LA RAPIDITÉ ET DE LA FACILITÉ DES SERVICES

### OBJECTIF(S) :

Offrir des services au bon moment, à la bonne personne et au bon endroit<sup>25</sup> présuppose que les services seront faciles d'accès dans des délais jugés raisonnables sans trop de tracas.

### INDICATEUR(S) :

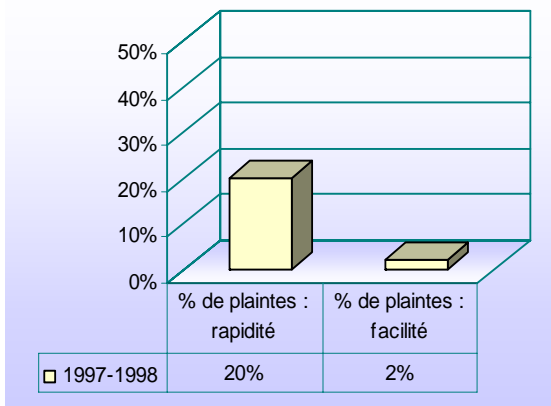
Définition : pour une période donnée, le nombre de plaintes suivies de mesures correctives (plaintes fondées) relatives à la rapidité et à la facilité des services en établissements et à la Régie régionale sur l'ensemble des plaintes fondées déposées aux 2 instances. Les résultats de cet indicateur sont comparés avec des données d'études de satisfaction dont la mise à jour se fait à date fixe (mai 1994, 1997 et 2001).

### RÉSULTAT(S) :

Les données 1998-1999 sur les plaintes ne sont pas disponibles actuellement.

En **1997-1998**, des 4 909 plaintes fondées recensées régionalement, 20 % (982 plaintes) concernent la **rapidité** des services et 2 % (98 plaintes) sont reliées à la **facilité** des services.

**Pourcentage de plaintes fondées**  
**Rapidité et facilité des services**



Les variations dans la dimension **rapidité** sont peu importantes (- 0,3 % à - 1,1 %) avec le taux des répondants qui se disent très satisfaits variant entre 12,2 % et 24,9 %, la performance du réseau se situe à un niveau inacceptable et insuffisant.

Au sujet de la dimension **facilité**, il faut noter les améliorations dans la performance en ce qui a trait aux formalités (paperasse, bureaucratie, etc.) pour faire affaire avec un établissement et au fait que l'on communique avec les usagers dans des mots qu'ils peuvent comprendre. À cet énoncé, la performance du réseau atteint un niveau acceptable avec 48,9 % des répondants qui se disent très satisfaits, soit une amélioration de + 6,9 %.

<sup>25</sup> Régie Régionale de Montréal-Centre, Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, Le défi de l'accès, juin 1998, p.13.

ÉTUDES DE SATISFACTION				
DIMENSION	ÉNONCES D'ATTENTES	POURCENTAGE TRÈS SATISFAIT		
		% 1994	% 1997	VARIATION
RAPIDITÉ	☞ Que si vous avez pris rendez-vous avec des professionnels, ils ont été obtenus rapidement <sup>26</sup>	26,0	24,9	-1,1
	☞ Que les rendez-vous soient traités avec ponctualité (voir Fiabilité)	25,0	24,7	-0,3
	☞ Que si vous n'avez pas de rendez-vous, le temps d'attente a été court <sup>27</sup>	13,0	12,2	-0,8
FACILITÉ	☞ Qu'il y eut peu de formalités lorsque vous avez fait affaires avec l'établissement <sup>28</sup>	29,0	37,3	+8,3
	☞ Que l'on vous parle dans des mots que vous pouvez comprendre	42,0	48,9	+6,9
	☞ Que, selon vous, il est possible de choisir votre intervenant ou de changer si ça ne va pas <sup>29</sup>	29,0	26,4	-2,6
	☞ Qu'on vous donne toutes les informations requises sur où aller, quoi faire et ne pas faire	33,0	34,1	+1,1

Source : Direction des relations avec la communauté, « Rapport sur les plaintes », RRSSM-C, 1998, et « Études sur les attentes et la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux : Phase II », Rapport final, Octobre 1997, Groupe SECOR, Zins Beaudesne et associés.

<sup>26</sup> Énoncé légèrement différent en 1997.

<sup>27</sup> Énoncé légèrement différent en 1997.

<sup>28</sup> Énoncé légèrement différent en 1997.

<sup>29</sup> Énoncé légèrement différent en 1997.



## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

### EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

#### ◆ L'APPRÉCIATION DE LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL

Nonobstant les bouleversements qui ont touché directement le personnel, c'est-à-dire réaffectation, retraite, etc., la perception de compétence du personnel s'est maintenue et a connu une légère hausse de satisfaction (+ 3,6 %) chez les usagers qui se disent « très satisfaits ». Toutefois, compte tenu du seuil critique fixé régionalement à 45 % pour les personnes très satisfaites et du nombre significatif de plaintes portées à cet égard (13 %; 638 / 4 909 plaintes), des améliorations sont à envisager.

#### ◆ L'APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SERVICES

L'étalement des heures d'ouverture en CLSC a vraisemblablement contribué à la hausse de satisfaction enregistrée dans la dimension **accessibilité**. Une attention doit être donnée cependant à l'information transmise aux usagers quant aux services offerts par les établissements. La performance du réseau relative à la dimension **continuité** nous démontre l'importance de la mise en place de réseaux interactifs de services.

#### ◆ L'APPRÉCIATION DE LA RAPIDITÉ ET DE LA FACILITÉ DES SERVICES

La performance des établissements à l'égard de la dimension **rapidité** demeure en dessous du niveau acceptable selon le pourcentage des usagers qui se disent « très satisfaits ». La tendance à la hausse du niveau de satisfaction en lien avec la dimension **facilité** est encourageante.

### EN CONCLUSION :

L'attention prioritaire devrait porter sur la rapidité et la continuité des services ainsi que sur la compétence du personnel.



## **LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE**

---

Cet axe de suivi comprend 4 indicateurs :

- ◇ Évolution du pourcentage des heures travaillées et des coûts directs nets par catégories de services;
- ◇ Évolution des développements et réallocations budgétaires;
- ◇ Niveau de surplus et déficit des établissements;
- ◇ Niveau d'emprunt des établissements.



## **L'ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES ET DES COÛTS DIRECTS NETS PAR CATÉGORIES DE SERVICES**

### **OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :**

Par le processus de modernisation des infrastructures administratives et de soutien nous visons à réaliser des économies qui pourront être réinvesties au niveau des services directs à la population.

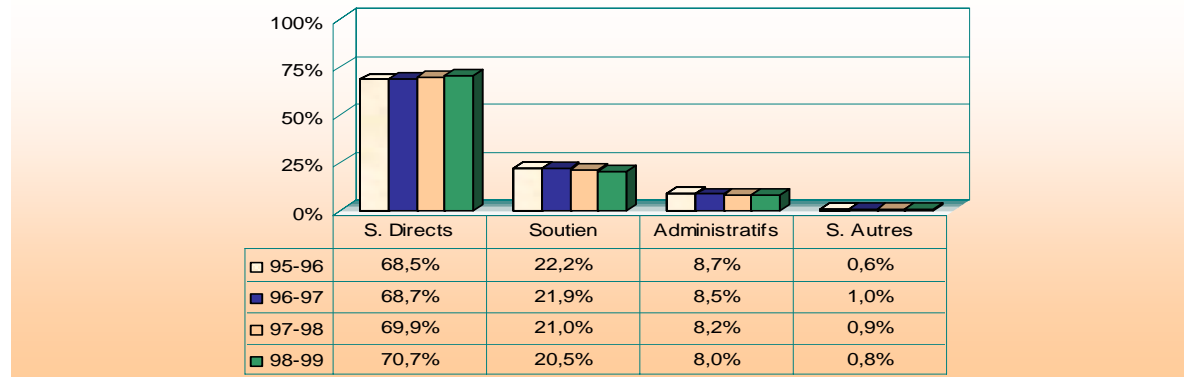
### **INDICATEUR(S) :**

Cet indicateur touche à la fois les établissements publics et privés conventionnés, au niveau des activités principales. Les heures attribuables aux cadres et à la main-d'œuvre indépendante sont incluses dans le total des heures travaillées. Tous les centres d'activités ont été imputés à l'une ou l'autre des catégories de services. La catégorie "Autres" comprend essentiellement les activités reliées à l'enseignement, la formation, la recherche, la santé publique ainsi que le personnel en stabilité et sécurité d'emploi. Les ressources consacrées aux différentes catégories de services peuvent se mesurer en heures travaillées ou coûts directs nets.

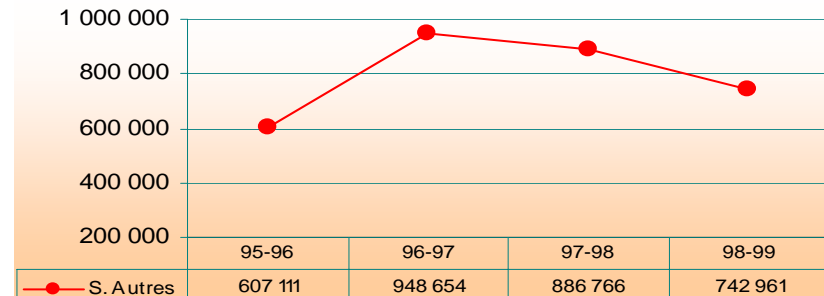
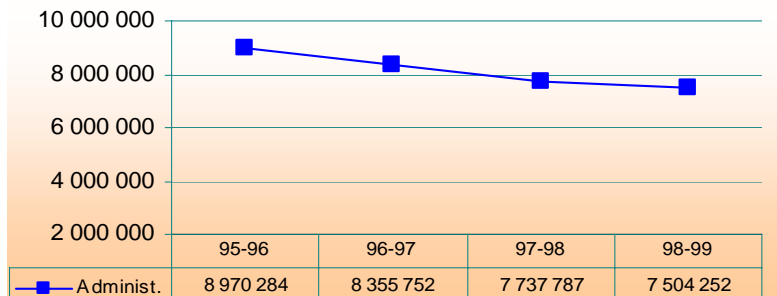
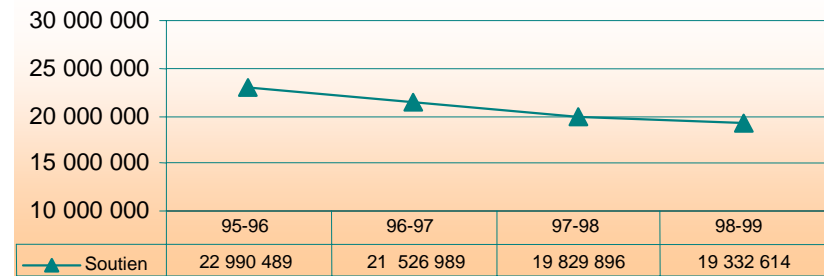
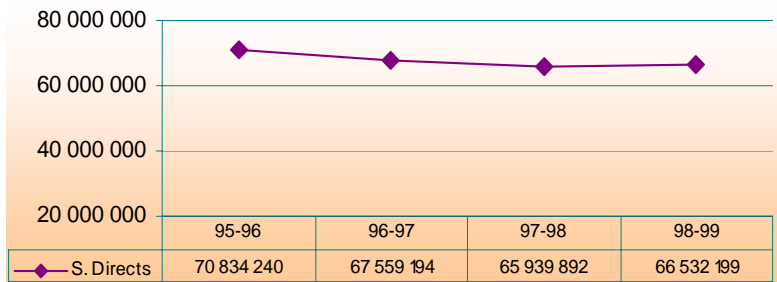
### **RÉSULTAT(S) :**

Les pourcentages ne correspondent pas exactement puisqu'à certains coûts ne correspondent pas d'heures (ex. : fournitures, énergie, services achetés). Ce type de coûts se retrouve davantage au niveau des services administratifs et de soutien. On a assisté à une diminution nette des heures travaillées et des coûts directs nets dans toutes les catégories de services depuis 1995-1996, à l'exception de la catégorie « Autres ». La proportion des heures travaillées en services directs a progressé en parallèle de façon relative, démontrant que la rationalisation des services a davantage touché les catégories administration et soutien.

## Évolution du pourcentage des heures travaillées par catégories de services

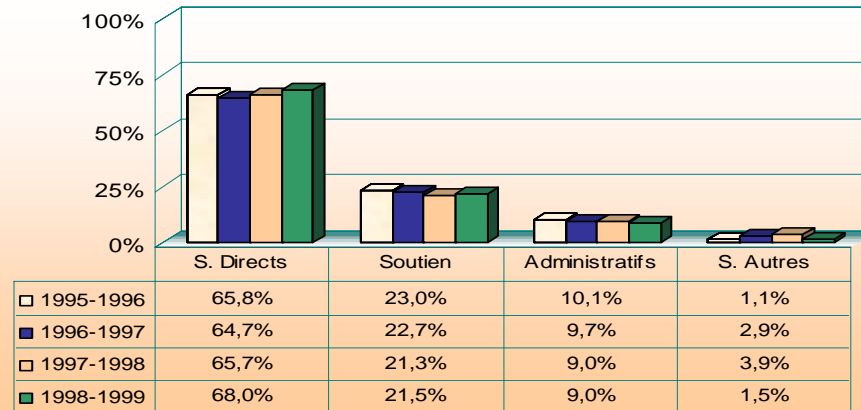


## Évolution des heures travaillées par catégories de services

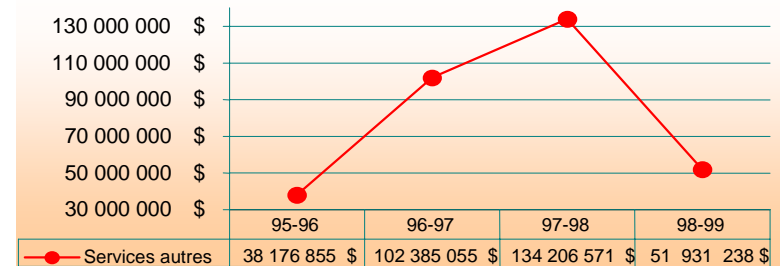
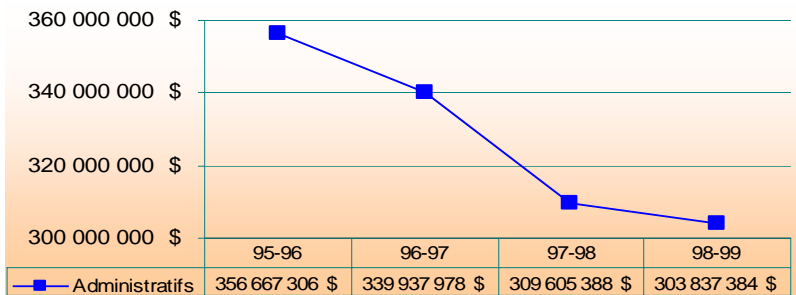
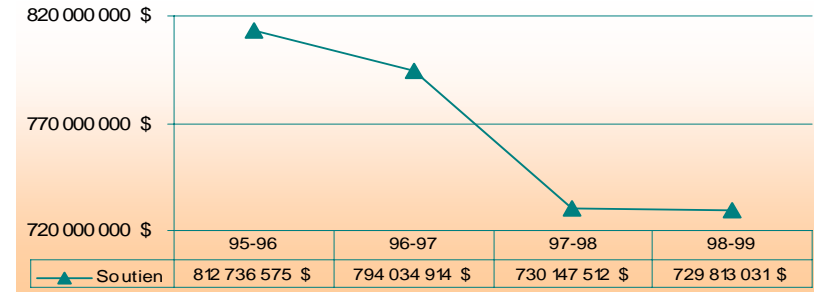
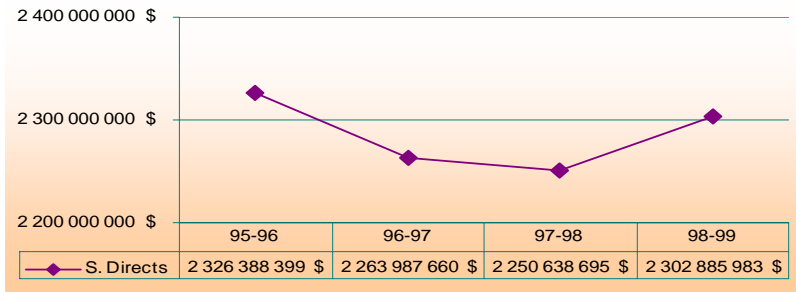


Source : Direction des immobilisations et finances, Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.).

## Évolution du pourcentage des coûts directs nets par catégories de services



## Évolution des coûts directs par catégories de services



Source : Direction des immobilisations et finances, Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.).

## **L'ÉVOLUTION DES DÉVELOPPEMENTS ET DES RÉALLOCATIONS BUDGÉTAIRES**

### **OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :**

Une série de développements et de réallocations sont prévus pour les différents continuums de services dans le Plan d'amélioration 1998-2002. La concrétisation de plusieurs mesures en dépend. La majeure partie de ces développements fait l'objet de demandes au Ministère.

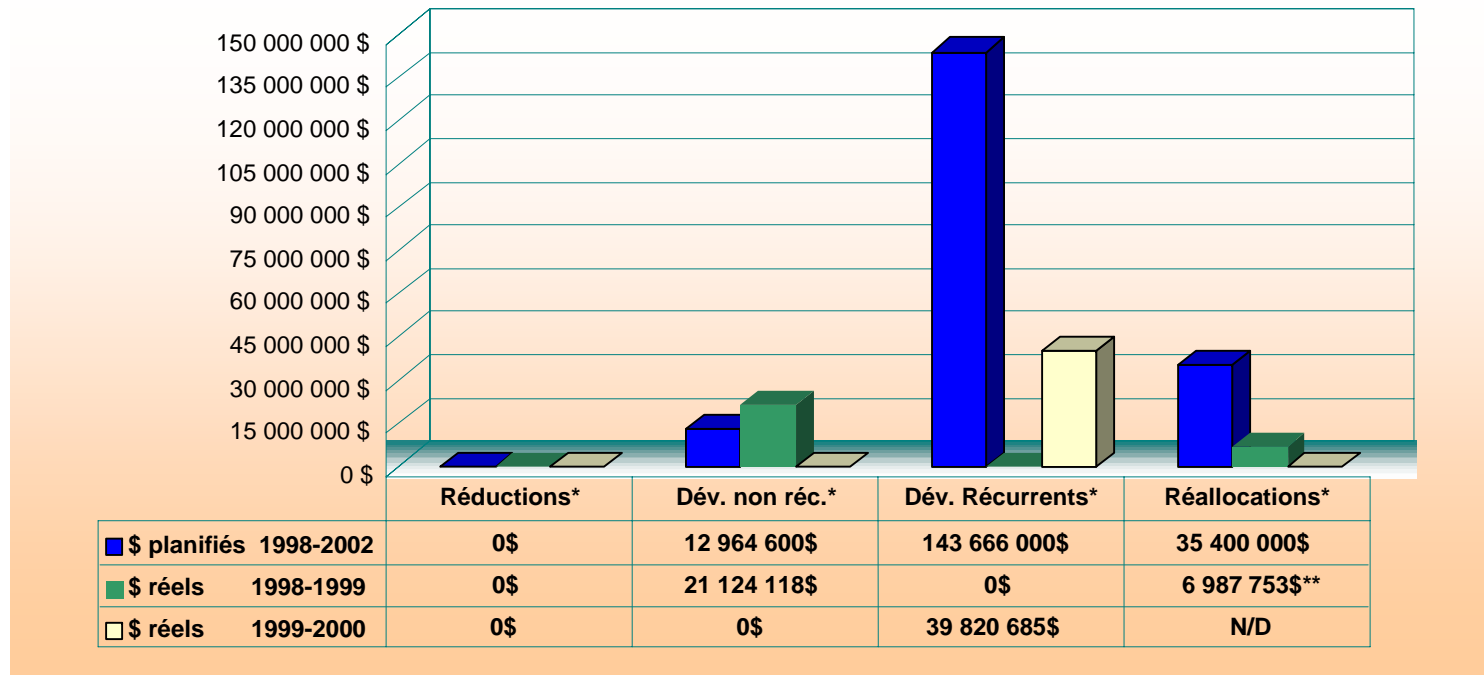
### **INDICATEUR(S) :**

Cet élément touche à la fois les établissements publics et privés. L'ensemble des réductions, développements récurrents et non récurrents, ainsi que les réallocations sont considérés en lien avec l'une ou l'autre des mesures concernées du Plan. Sont donc exclus tous les autres types d'ajustements techniques : coût de système, ajustement du niveau des suppléments de chambre et les mesures où l'on ne prévoyait pas d'ajustement budgétaire (ex. : urgences). Ces montants réels sont ensuite mis en rapport avec ce qui avait été planifié régionalement.

### **RÉSULTAT(S) :**

Les sommes accordées en 1999-2000 par le Ministère visaient essentiellement les problématique de la toxicomanie, des listes d'attente pour certains services ultraspécialisés et du maintien à domicile. Il convient de noter que les montants 1999-2000 incluent la récurrence et l'annualisation des sommes non récurrentes accordées en 1998-1999. Quant aux réallocations prévues, elles n'ont pu se concrétiser que partiellement à cause de la situation financière difficile des établissements concernés et des contraintes à la mobilité des ressources humaines.

## Évolution des réductions, des développements non récurrents et récurrents et des réallocations



\* L'ensemble des réductions, développements récurrents et non récurrents, ainsi que les réallocations considérés sont en lien avec l'une ou l'autre des mesures du Plan 1998-2002. Sont donc exclus tous les autres types d'ajustements techniques : coût de système, ajustement du niveau des suppléments de chambre et les mesures où l'on ne prévoyait pas d'ajustement budgétaire (ex. : urgences).

\*\* Estimation à partir de la variation des dépenses entre 1997-1998 et 1998-1999.

Source : Direction des immobilisations et finances, Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.); Données internes à la Régie régionale pour les dépenses effectuées par celle-ci;  
Plan régional 1998-2002 approuvé par le conseil d'administration et le Ministère.

## **LE NIVEAU DE SURPLUS ET DE DÉFICIT DES ÉTABLISSEMENTS**

### **OBJECTIFS OU CONTEXTE :**

L'objectif visé est que l'ensemble des établissements de la région se retrouve en situation d'équilibre budgétaire à moyen terme.

### **INDICATEUR(S) :**

Cet indicateur touche à la fois les établissements publics et privés conventionnés, au niveau des activités principales. Les montants présentés sont nets, c'est-à-dire incluant tous les établissements, qu'ils soient en surplus ou en déficit.

### **RÉSULTAT(S) :**

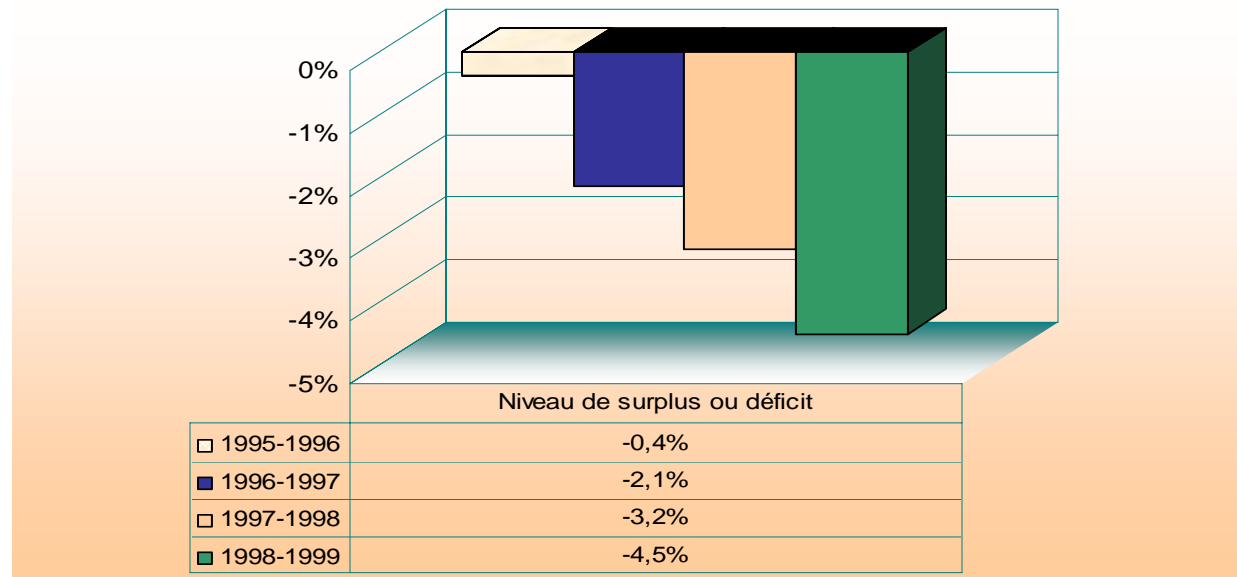
Le pourcentage du déficit net régional équivalait, au 31 mars 1999, à 4,5 % du total des revenus 1998-1999. Ce pourcentage a connu une progression rapide depuis 1995-1996. Il s'agit d'ailleurs de l'année à partir de laquelle les ajustements budgétaires, consentis traditionnellement pour faire face aux coûts de système, ont cessé et où la région de Montréal-Centre a dû faire face à un niveau de compression sans précédent.

Il convient toutefois de noter que la majorité des établissements de Montréal-Centre respecte encore l'équilibre budgétaire. Les situations financières les plus difficiles se concentrent dans une vingtaine d'établissements, essentiellement des C.H.S.G.S. et centres jeunesse. Le C.H.U.M., le C.U.S.M. et l'Hôpital général juif se retrouvent en position la plus problématique dans ce contexte. Suite à l'annonce de la prise en charge de la dette des établissements par le Ministère, le retour à l'équilibre est d'autre part prévu sur un horizon de trois à cinq ans, dans le cadre d'ententes tripartites ministère-régie-établissement, à signer.

### État des surplus, déficits et revenus

	Activités principales	
	Surplus ou déficits	Revenus
	\$	\$
<b>1995-96</b>	(13 616 715)	3 600 233 653
<b>1996-97</b>	(74 842 731)	3 486 913 192
<b>1997-98</b>	(107 993 503)	3 419 379 973
<b>1998-99</b>	(156 941 887)	3 497 090 119

### Pourcentage de surplus ou déficit net



Source : Direction des immobilisations et finances, Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.).

## **LE NIVEAU D'EMPRUNT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS**

### **OBJECTIF(S) OU CONTEXTE :**

L'objectif est de réduire au minimum le niveau d'emprunt des établissements à moyen terme, en ce qui a trait à leurs dépenses de fonctionnement.

### **INDICATEUR(S) :**

Cet indicateur ne touche que les établissements publics, ceux-ci devant obligatoirement recevoir l'autorisation de la Régie régionale avant d'emprunter. Les montants présentés concernent le fonds d'exploitation et excluent les emprunts en lien avec des projets d'immobilisations.

### **RÉSULTAT(S) :**

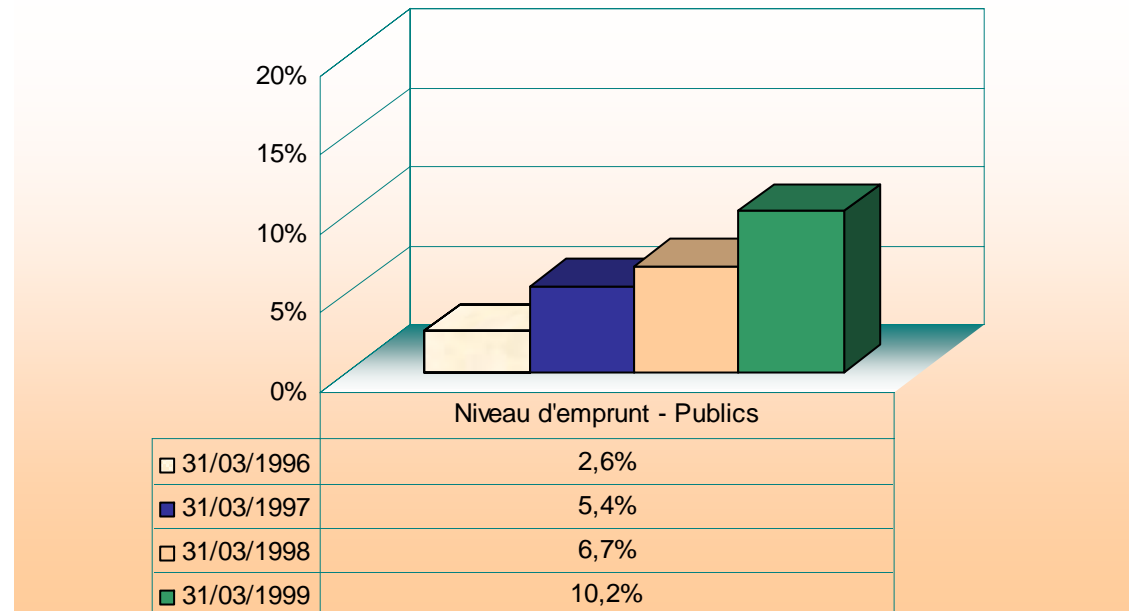
Le pourcentage des autorisations temporaires d'emprunt s'établissait, au 31 mars 1999, à 10,2 % des budgets autorisés. Ce pourcentage a connu une progression rapide depuis 1996-1997, jusqu'en décembre 1997, atteignant alors un niveau sans précédent de 404 M\$. La prise en charge subséquente par la Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.) de la majeure partie des coûts de transition liés au Plan de transformation 1995-1998 a permis de ramener le total à 199 M\$, fin mars 1998.

Le montant des emprunts temporaires autorisés grimpe encore depuis, étant en lien direct avec la situation financière des établissements. Le retour à l'équilibre constitue en ce sens la condition principale à une stabilisation des niveaux d'emprunt, les autres éléments (ex. : financement de congés à traitement différé) pouvant mener à une demande d'autorisation n'ayant qu'un poids minime. La prise en charge de la dette des établissements par le Ministère aura un impact positif à cet égard.

### Emprunts temporaires et budgets autorisés

	Emprunts autorisés \$	Budgets autorisés \$
<b>31/03/1996</b>	85 297 913	3 266 629 708
<b>31/03/1997</b>	174 130 765	3 196 654 596
<b>31/03/1998</b>	199 235 821	2 974 743 547
<b>31/03/1999</b>	314 303 846	3 088 815 014

### Pourcentage des autorisations temporaires d'emprunt



Source : Direction des immobilisations et finances, Système budgétaire et financier régionalisé (S.B.F.R.); États détaillés des autorisations d'emprunt en vigueur produits par les régies régionales.



## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

### CONTEXTE :

Ces indicateurs s'inscrivent dans le contexte des conditions financières associées aux mesures touchant plus directement l'organisation des services. Pour que ces mesures se mettent en place, il importe dans plusieurs cas que les développements et réallocations prévus se concrétisent. Les changements apportés ne devraient pas non plus s'effectuer au détriment de la santé financière des établissements mesurée par le degré d'atteinte de l'équilibre budgétaire et les niveaux d'emprunt. Enfin, la modernisation des infrastructures administratives et de soutien devrait permettre de libérer des ressources pour les services directs, tout en maintenant un niveau élevé de qualité.

### EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

- ◆ Les heures travaillées en services directs, incluant le support clinique, atteignent 71 % du total, tout en correspondant à 68 % des coûts en 1998-1999. Le pourcentage des ressources consacrées à cette catégorie de services est en croissance depuis 1995-1996, quoiqu'il y ait une légère diminution en nombres absolus.
- ◆ Développements et réallocations : la région a bénéficié de développements non récurrents significatifs en 1998-1999 en lien avec les mesures du Plan 1998-2002.
- ◆ Le déficit des établissements qui n'atteignent pas l'équilibre budgétaire dépasse les 160 M\$ en 1998-1999, avant la prise en charge de la dette de 370 M\$ des établissements par le gouvernement du Québec. Cette situation se détériore depuis 1995-1996.
- ◆ Le niveau des autorisations d'emprunt a augmenté significativement depuis 1996-1997 et atteint le niveau 10,2 % des budgets bruts régionaux au 31 mars 1999.

### EN CONCLUSION :

Les établissements seront confrontés à un double défi durant la période 1998-2002, soit maintenir ou retrouver l'équilibre budgétaire et consacrer une plus grande part de leurs ressources aux services directs à la population. La Régie régionale devra, quant à elle, obtenir les développements et procéder à des réallocations budgétaires essentielles à l'actualisation des mesures clés du Plan d'amélioration des services.

