



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

***TABLERAU DE BORD***

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

***DU RÉSEAU À MONTRÉAL-CENTRE***

**L'ÉTAT DE LA SITUATION APRÈS DEUX ANS**

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

3 avril 1998

## RAPPEL DE LA DÉMARCHE

En novembre 1995, la Régie régionale de Montréal-Centre a situé ce qui apparaissait comme étant les enjeux majeurs de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux dans la métropole. Ces enjeux majeurs, qui doivent faire l'objet d'un suivi régulier, sont présentés sous forme de questions :

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

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

Le 28 janvier 1997, un deuxième rapport présentait les informations relatives aux indicateurs pour les années 1993-94, 1994-95 et 1995-96. L'année de référence 1993-94 a été choisie à titre de point de comparaison car elle présente l'état de situation du réseau avant la mise en oeuvre de la transformation mais aussi de la première année du « défi qualité-performance » (1994-95) qui impliquait des réductions budgétaires importantes pour les établissements.

## PRÉSENTATION DU RAPPORT

Ce rapport présente les résultats de la mesure des 18 indicateurs pour toute l'année 1996-97, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> avril 1996 au 31 mars 1997<sup>1</sup>. De plus, ce rapport comprend deux nouveautés : 1) pour calculer le taux d'occupation en CHSGS, nous avons utilisé en 1995-1996 et 1996-1997 les lits disponibles (tel que rapporté par les CHSGS) et non les lits au permis comme pour les années antérieures. Ceci afin de refléter la réalité à la suite des fermetures d'hôpitaux et de lits, 2) en regard au délai d'admission en ressource d'hébergement; nous présentons dorénavant ce délai en fonction des niveaux de priorité des demandes d'admission (selon le niveau d'urgence).

---

<sup>1</sup> En comparaison avec le rapport du 28 janvier 1997, cette mise à jour présente certaines corrections des données, plus particulièrement au plan des indicateurs des salles d'urgences (réf. : séjours excessifs, délais de prise de décisions). En effet, dans certains cas, un nombre total d'usagers s'est retrouvé le même d'une année à l'autre ou, des usagers en soins psychiatriques ou en soins physiques étaient absents des totaux. En général, ces corrections ne produisent que des écarts de quelques points ce qui ne modifie pas généralement l'interprétation des indicateurs concernés.

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

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

Cet enjeu comprend trois indicateurs :

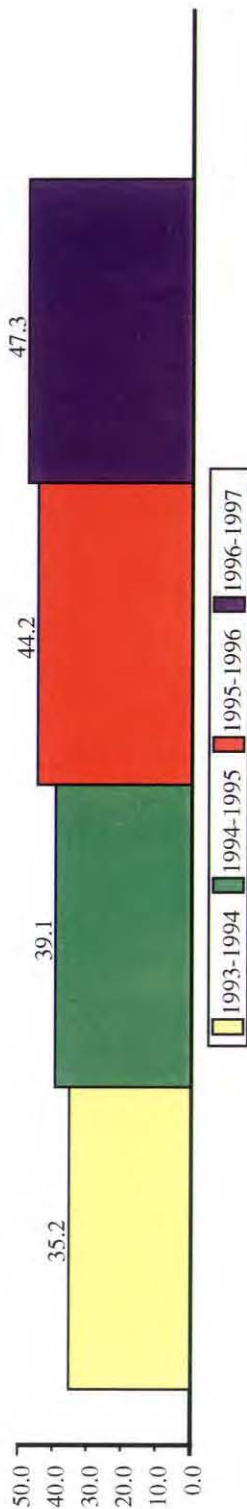
- ◇ le taux de chirurgies d'un jour;
- ◇ la proportion de la clientèle desservie par les services ambulatoires de psychiatrie;
- ◇ le volume d'utilisateurs aux services à domicile des CLSC.

### EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE EN 1996-1997:

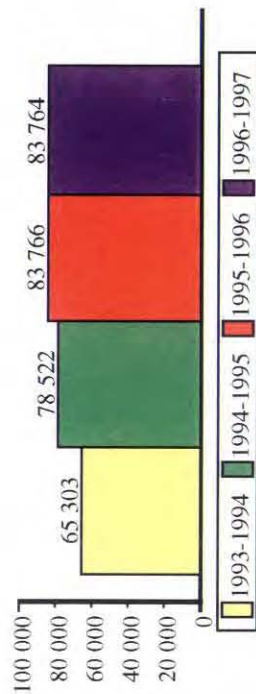
- ◆ Le taux de chirurgies d'un jour a augmenté de 3,1 % pour se situer à 47,3 %. Cette variation est principalement attribuable à la diminution du volume de chirurgies pour la clientèle nécessitant une hospitalisation, car le volume de chirurgies d'un jour est demeuré stable.
- ◆ Le taux de services ambulatoires en psychiatrie sur l'ensemble des services est demeuré stable.
- ◆ En fonction de l'année 1994-1995, première année pour laquelle des données étaient disponibles, on observe en 1996-1997 une augmentation de près de 62 % de la clientèle en posthospitalisation (médecine) et de 44,2 % pour celle en postopération (chirurgie). Par ailleurs, le volume global d'utilisateurs différents aux services à domicile des CLSC (tous services compris et toutes clientèles confondues) a augmenté de 27 % en 1996-1997 comparativement à l'année 1994-1995.

Ainsi, dans l'ensemble, le virage ambulatoire dans les centres hospitaliers continue de progresser le réseau des CLSC de la région continue d'augmenter le volume d'utilisateurs visés par le virage ambulatoire des hôpitaux répondant ainsi aux attentes du plan de transformation du réseau.

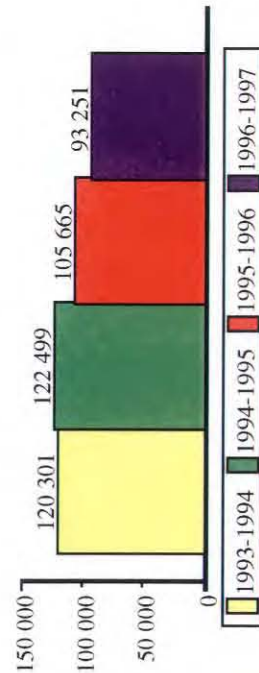
### TAUX DE CHIRURGIES D'UN JOUR



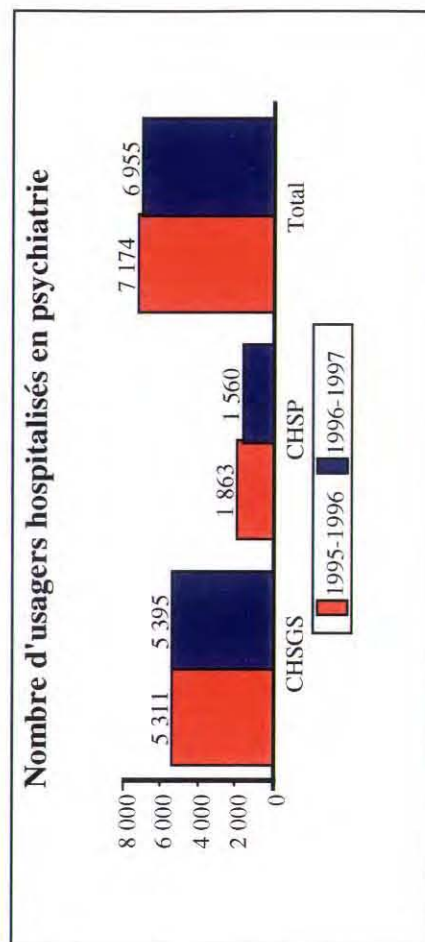
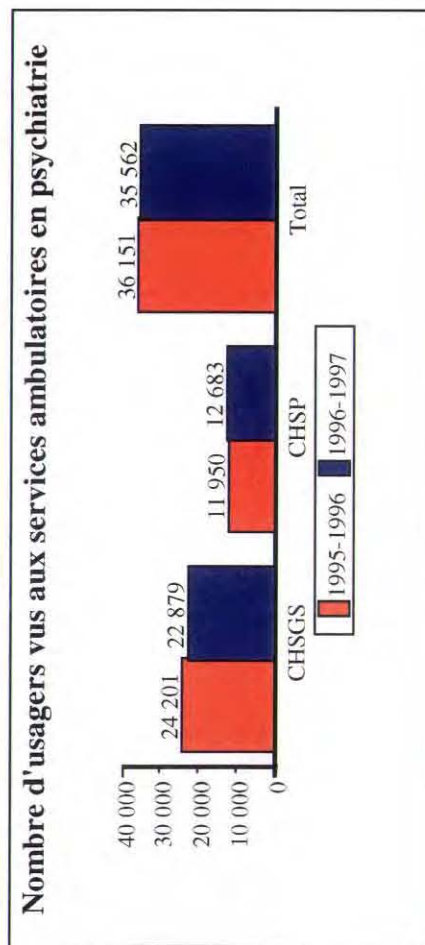
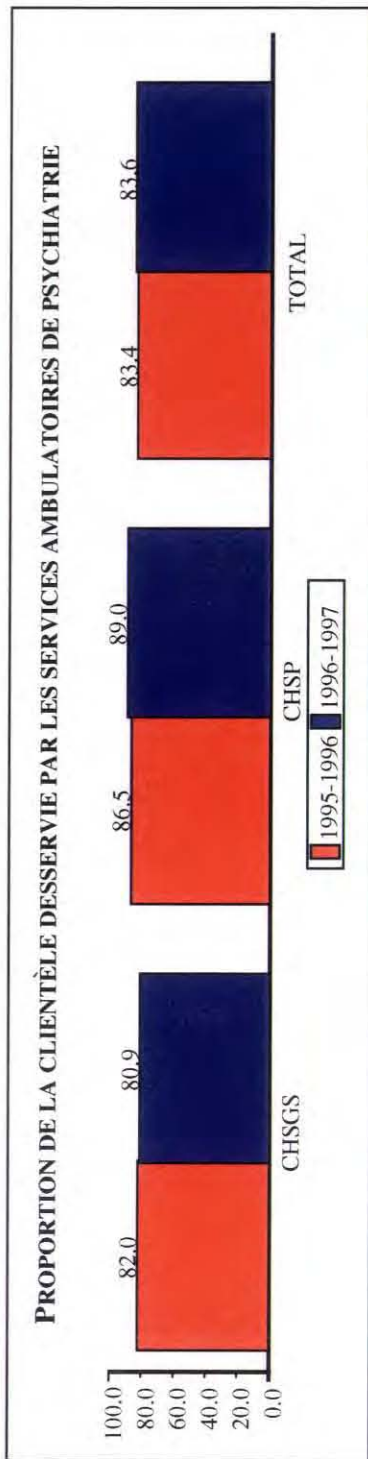
### NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR



### NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POUR CHIRURGIE



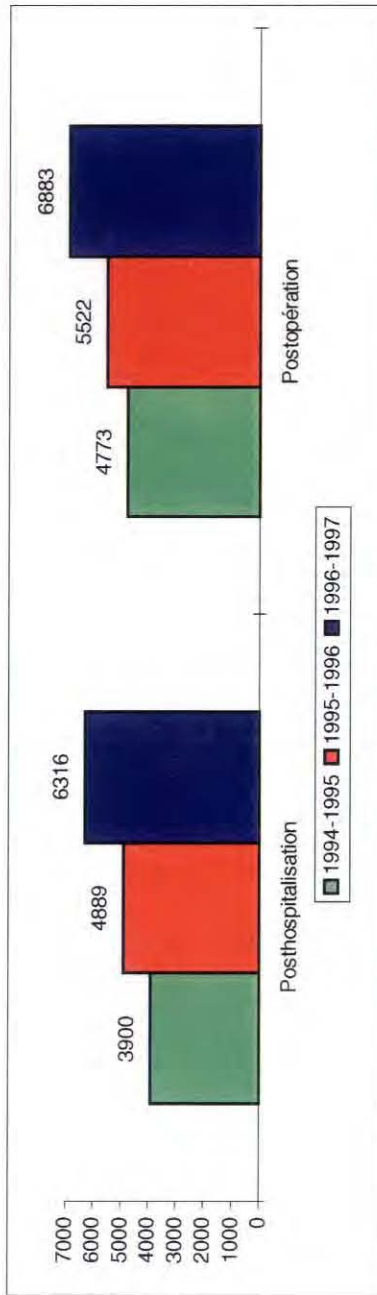
Le volume de chirurgies d'un jour est demeuré stable dans la région en 1996-1997. Par contre, nous constatons une diminution du volume de chirurgies pour la clientèle nécessitant une hospitalisation. Ces deux phénomènes entraînent une augmentation du pourcentage de chirurgie d'un jour sur le volume global de chirurgies. La diminution du nombre de chirurgies est en partie attribuable à la production des centres hospitaliers fermés qui n'a pas entièrement été récupérée par les centres hospitaliers en opération. Par contre, plusieurs centres hospitaliers ont augmenté leur volume d'interventions chirurgicales et plus particulièrement leur potentiel de chirurgies d'un jour.



Le taux de services ambulatoires en psychiatrie sur l'ensemble des services est demeuré stable. Il faut cependant noter que cette stabilité est relative à de légères baisses de services tant dans l'hospitalisation que dans l'ambulatoire. Toutefois, nous ne disposons pas d'informations sur le transfert possible des clientèles (ou des activités ambulatoires) vers les organismes communautaires et les CLSC.

Il semble donc que la fermeture des hôpitaux qui disposaient de lits en psychiatrie ainsi que l'augmentation des budgets pour les services ambulatoires n'aient eu un impact sur l'augmentation du volume d'activités des départements de psychiatrie.

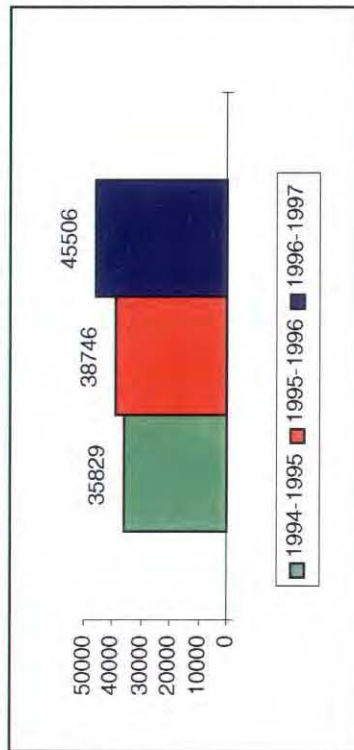
## CLIENTÈLES DU VIRAGE AMBULATOIRE DESSERVIES PAR LES SERVICES À DOMICILE DES CLSC



Cet indicateur permet d'identifier le volume de deux clientèles expressément visées par le virage ambulatoire (posthospitalisation et postopération). Les résultats de cet indicateur sont basés sur 25 CLSC qui disposaient de l'information relative à la clientèle desservie par les services à domicile pour les années 1994-1995 et 1995-1996.<sup>2</sup>

En fonction de l'année 1994-1995, on observe en 1996-1997, une augmentation de près de 62 % de la clientèle en posthospitalisation (médecine) et de 44,2 % pour celle en postopération (chirurgie).

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



Le volume global d'utilisateurs différents aux services à domicile des CLSC (tous services compris et toutes clientèles confondues) a augmenté de 27 % en 1996-1997 comparativement à l'année 1994-1995.

Pour dispenser ces services à domicile, les 29 CLSC ont reçu, au cours des années 1995-1996 et 1996-1997, des réallocations de 17,3 M\$, soit près de 22 % de l'ensemble du financement des services à domicile en 1996-1997.

<sup>2</sup> Les données relatives au virage ambulatoire ayant reçu des services au CLSC même ne sont pas disponibles (mesure implantée à l'automne 1996 seulement).

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

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

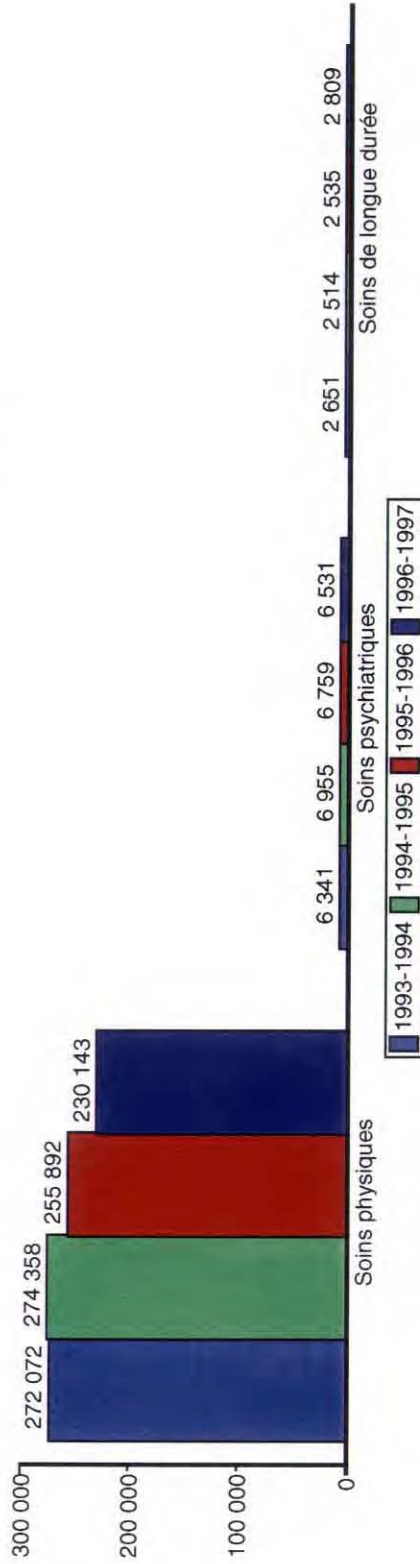
Cet enjeu comprend six indicateurs :

- ◇ le volume d'hospitalisations;
- ◇ la durée moyenne de séjour en courte durée;
- ◇ le taux moyen d'occupation des lits en CHSGS;
- ◇ le taux d'usagers avec un séjour excessif sur civière à l'urgence (plus de 24 et de 48 heures);
- ◇ le délai de prise de décisions à l'urgence (8 et 12 heures);
- ◇ le taux de plaintes relatives à l'accessibilité et à la continuité des services.

#### EN RÉSUMÉ, ON NOTE LES POINTS SUIVANTS EN 1996-1997 :

- ◆ Le volume global d'hospitalisation a diminué de 14,8 % par rapport à l'année 1993-1994 et plus précisément de 15,4 % en soins physiques de courte durée). Les hospitalisations en soins psychiatriques ont connu une augmentation de 3 % mais une légère diminution par rapport à l'année 1995-1996. Les soins de longue durée ont pour leur part connu une augmentation de 6 % après deux années de diminution.
  - ◆ La diminution de la durée de séjour est graduelle depuis les quatre dernières années pour se situer en soins physiques à 8,0 jours (objectifs au 31 mars 1998 : 6,8 jours) et à 25,9 jours en soins psychiatriques (objectif au 31 mars 1998 : 25,5 jours).
  - ◆ Le taux moyen d'occupation en CHSGS se situe à 73,5% alors que l'objectif pour 1997-1998 est fixé à 85% ;
  - ◆ Pour les soins physiques, l'année 1996-1997 marque le retour à une situation comparable aux années antérieures à 1995-1996 en ce qui a trait aux séjours excessifs et aux délais de prise de décisions pour les usagers sur civière à l'urgence des CHSGS. En soins psychiatriques, la situation des séjours excessifs s'améliore d'année en année.
- Pour les soins physiques, le pourcentage de séjours de plus de 24 heures à l'urgence a connu une très légère diminution par rapport à l'année de référence 1993-1994 (de 22,8 % à 22,2 %). On observe le même phénomène pour les séjours de plus de 48 heures (de 6,7 % à 5,1 %).
- ◆ Au plan des soins psychiatriques, la situation continue de s'améliorer pour les séjours de plus de 48 heures. L'objectif visé au 31 mars 1998 est  $\leq 10$  % et le réseau a atteint, en 1996-1997, un pourcentage de 11,5 %.

## VOLUME DES HOSPITALISATIONS EN CHSGS



En fonction de l'année de référence 1993-1994, le volume d'hospitalisations a globalement diminué de 14,8 % en 1996-1997. Les variations suivantes sont observées pour les trois catégories de soins :

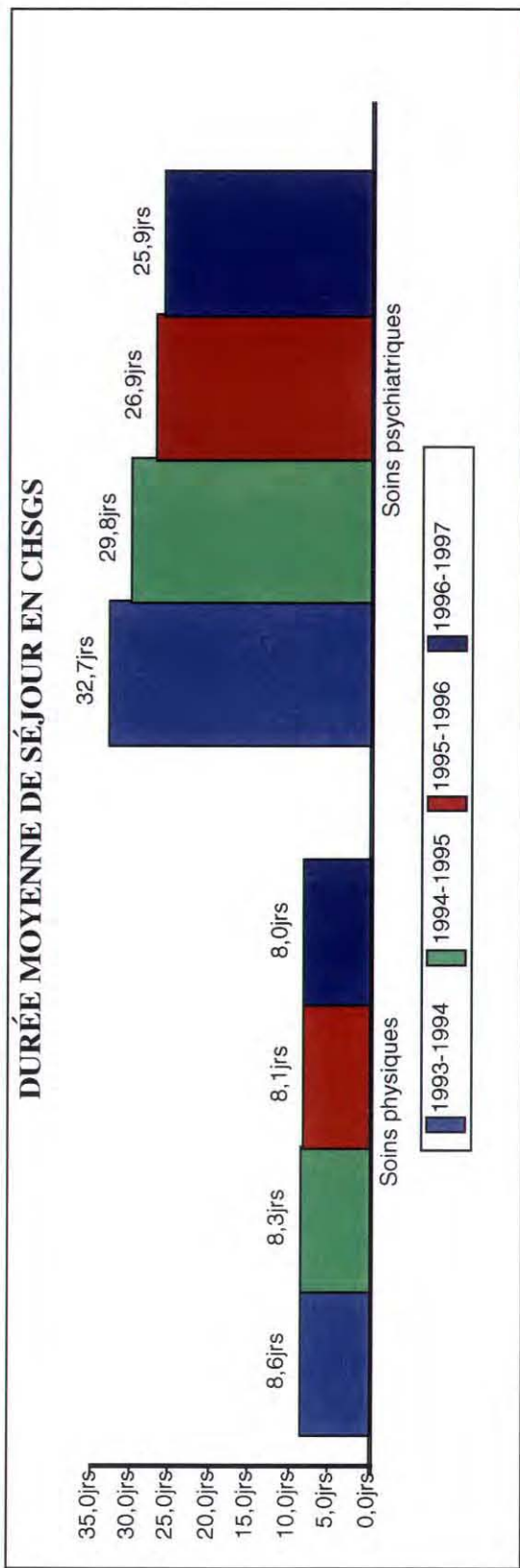
- une diminution de 15,4 % en soins physiques de courte durée;

On note, tel qu'attendu à la suite de la diminution du nombre de lits, une baisse du nombre d'admissions en soins de courte durée physique. Près de 25 750 admissions de moins en 1996-1997 par rapport à l'année dernière. Près de la moitié de ces admissions sont attribuables à une diminution de la chirurgie, une autre portion importante à la diminution des admissions en médecine et finalement à une diminution légère mais constante du nombre d'accouchements. L'effet combiné de ces facteurs est observé depuis les trois dernières années et se poursuivra dans le futur. Le même phénomène est observé pour l'ensemble du Québec. Ne disposant pas de toutes les données nécessaires, nous ne pouvons savoir si les clientèles autrefois hospitalisées sont maintenant traitées ailleurs dans l'hôpital en mode ambulatoire ou hors du centre hospitalier.

- une augmentation de 3 % en soins psychiatriques mais une légère diminution par rapport à l'année 1995-1996;

Le nombre d'hospitalisations psychiatriques en 1996-1997 tend à se rapprocher de l'année de référence après deux années supérieures à celle-ci.

- une augmentation de 6 % des hospitalisations en soins de longue durée, celles-ci incluent les longs séjours pour des clientèles particulières (ex. : soins palliatifs, traumatologie, etc.).



Cet indicateur comprend les hospitalisations de soins de courte durée des CHSGS mais exclut les centres hospitaliers de réadaptation.

La diminution de la durée moyenne de séjour est graduelle depuis les quatre dernières années. Tout gain de 0,1 jour nécessite la mise en place de mesures affectant tout le système de soins afin de s'assurer la prise en charge adéquate de la clientèle dont le séjour hospitalier est diminué. Des efforts supplémentaires devront être consentis pour améliorer davantage la durée de séjour hospitalier alors que la clientèle vieillit, car le séjour tend à augmenter avec l'âge des clientèles (objectif au 31 mars 1998 : 6, 8 jours).

La durée moyenne de séjour en psychiatrie est à la baisse pour la troisième année consécutive pour se situer à 25,9 jours en 1996-1997, ce qui représente une diminution de 6,8 jours en comparaison à l'année de référence 1993-1994 (objectif au 31 mars 1998 : 25 jours).

### TAUX D'OCCUPATION EN CHSGS

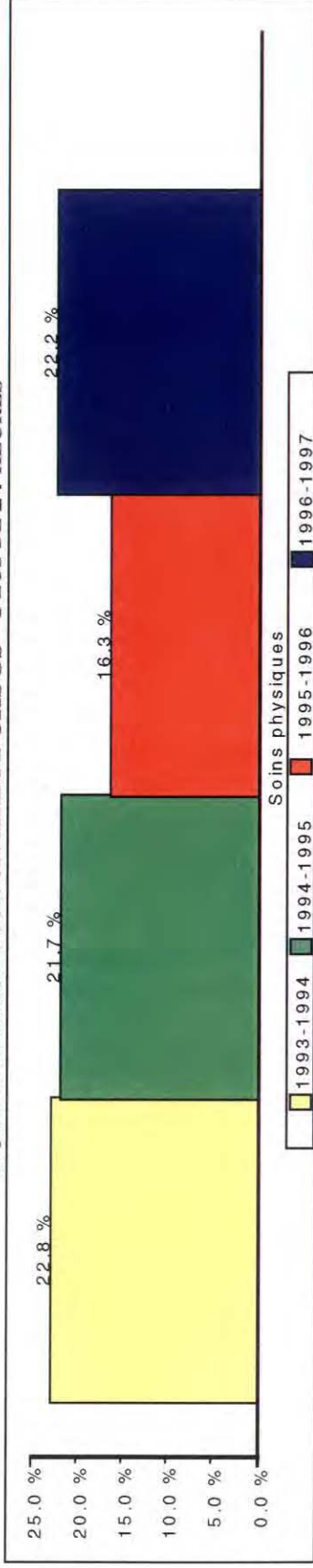


Nous avons utilisé en 1995-1996 et 1996-1997 les lits disponibles et non les lits au permis comme pour les années antérieures. Les lits au permis ne représentent plus la réalité à la suite des fermetures d'hôpitaux et de lits au cours de l'année 1996-1997.

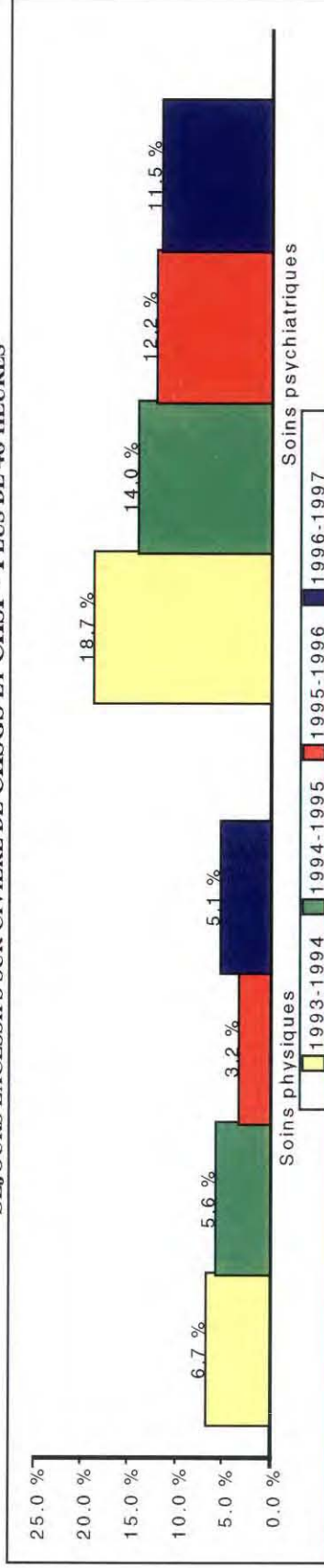
De 1995-1996 à 1996-1997, les jours-présences convertis en équivalent-lits utilisés ont diminué de 11%, soit de 6 688 à 5 923 (le numérateur). Cette baisse est attribuable à la diminution des admissions au profit des soins ambulatoires et au raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital pour chaque usager.

Durant la même période, le nombre total de lits disponibles dans les hôpitaux a diminué de 24% passant de 10 716 à 8 058 (le dénominateur). Cette diminution provoque conséquemment une augmentation du taux d'occupation des lits à 73,5% malgré la diminution de l'utilisation des lits.

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



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



Cet indicateur permet d'identifier les problèmes d'encombrement des salles d'urgence pour cause de séjours excessifs.

En *soins physiques*, au plan des séjours sur civière de plus de 24 heures, si 1995-1996 avait marqué une baisse importante (de 21,7 % à 16,3 %), l'année 1996-1997 marque un retour par rapport à la situation des années précédentes ( $\pm 22$  %). Cette performance s'inscrit toutefois à l'intérieur de l'objectif régional pour ce type de séjour ( $\leq 25$  %). D'autre part, le pourcentage de séjours de plus de 48 heures se situe à un niveau comparable à l'année 1994-1995, ce qui constitue un progrès par rapport à l'année de référence 1993-1994. Toutefois, l'objectif régional fixé à 2 % n'a pas été atteint. Par ailleurs, si nous retirons du calcul les trois CHSGS qui présentent un écart important avec les autres établissements et un problème d'engorgement de leur urgence (Sacré-Cœur, pavillon Notre-Dame du CHUM et Maisonneuve-Rosemont), nous obtenons alors les moyennes régionales suivantes pour l'année 1996-1997 : 18,7% pour les séjours de plus de 24 heures et 2,6% pour les séjours de plus de 48 heures.

En *soins psychiatriques*, les séjours de plus de 48 heures poursuivent leur amélioration vers l'objectif visé pour la région d'ici le 31 mars 1998 ( $\leq 10$  %); pour 1996-1997, le pourcentage se situe à 11,5 %. Ce résultat cache toutefois des écarts importants entre les établissements. L'hôpital général de Montréal étant le plus performant avec 2,6% alors que quatre établissements se situent au double ou plus de l'objectif régional : Sacré-Cœur (39,5 %), Douglas (23,8 %), pavillon St-Luc (21,4 %) et Louis-H. Lafontaine (19,1 %).

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



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



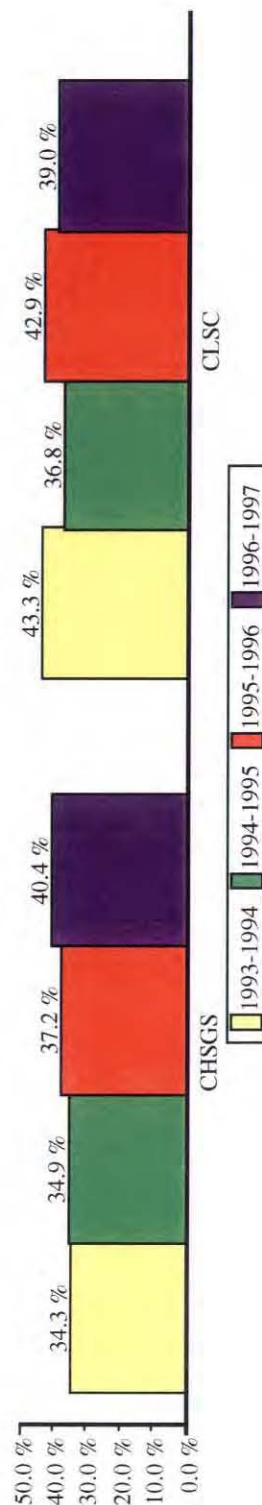
Pour faciliter l'atteinte de l'objectif à l'effet que les séjours sur civière à l'urgence *pour des soins de courte durée physique* ne dépassent pas 24 heures, il est proposé de se doter de balises pour la gestion de l'urgence. Ainsi, la prise de décisions relative à l'orientation de l'utilisateur (congé ou admission) devrait se faire à l'intérieur d'un délai de 8 heures, alors que le temps nécessaire pour trouver un lit à l'utilisateur devant être admis devrait prendre tout au plus quatre heures additionnelles. À noter qu'il s'agit d'une balise de gestion et non d'un objectif chiffré pour 1998.

L'année 1996-1997 marque un retour à la situation des années antérieures à 1995-1996, 41,6 % des utilisateurs sur civière ont obtenu leur congé de l'urgence dans un délai de 8 heures et moins. On note le même phénomène pour le pourcentage d'utilisateurs admis de l'urgence en CHSGS dans un délai de 12 heures et moins (58,4 %).

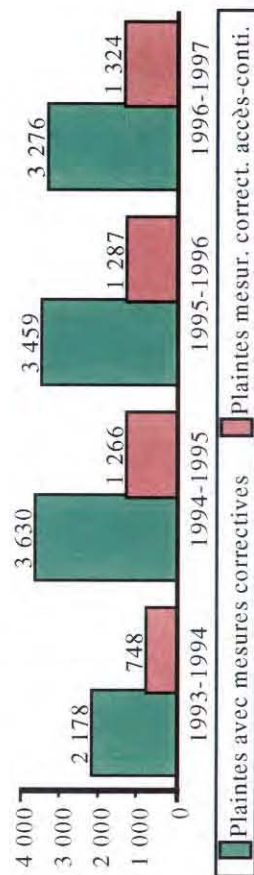
Dans les deux cas, on observe une variabilité entre les CHSGS; elle est importante pour le congé de l'urgence où le pourcentage le plus faible se situe à 17,4 % (Pavillon de Lasalle du CH Angrignon) alors que le meilleur résultat est obtenu à l'hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis avec 77,8 %. Pour les admissions, ce phénomène, bien que moins important, se traduit tout de même par un résultat sous la moyenne régionale à 28,2 % (Sacré-Cœur de Montréal) alors que l'hôpital Royal Victoria obtient le meilleur score avec 62,3 %.

La gestion des salles d'urgence se compare donc à la situation de l'année de référence 1993-1994.

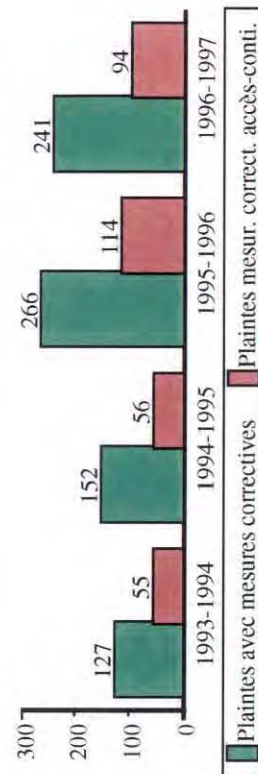
### POURCENTAGE DES PLAINTES AVEC MESURES CORRECTIVES RELATIVES À L'ACCESSIBILITÉ-CONTINUITÉ DES SERVICES



### PLAINTES AVEC MESURES CORRECTIVES DES CHSGS



### PLAINTES AVEC MESURES CORRECTIVES DES CLSC



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

En 1996-1997, le nombre total des plaintes avec mesures correctives est en baisse dans les deux catégories d'établissements passant de 3725 plaintes à 3517, ce qui représente une réduction de 5,6 %. Cependant, le nombre et le pourcentage de ces plaintes relatives à l'accessibilité et à la continuité des services ont augmenté dans les CHSGS (+ 37 plaintes, soit une augmentation de 3,2 %). En même temps, le nombre et le pourcentage de plaintes relatives à l'accessibilité-continuité en CLSC sont en baisse dans à peu près la même proportion (- 25 plaintes, soit une diminution de 3,9 %). Le principal motif de plainte demeure les délais d'accès aux services.

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

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

Cet enjeu comprend trois indicateurs :

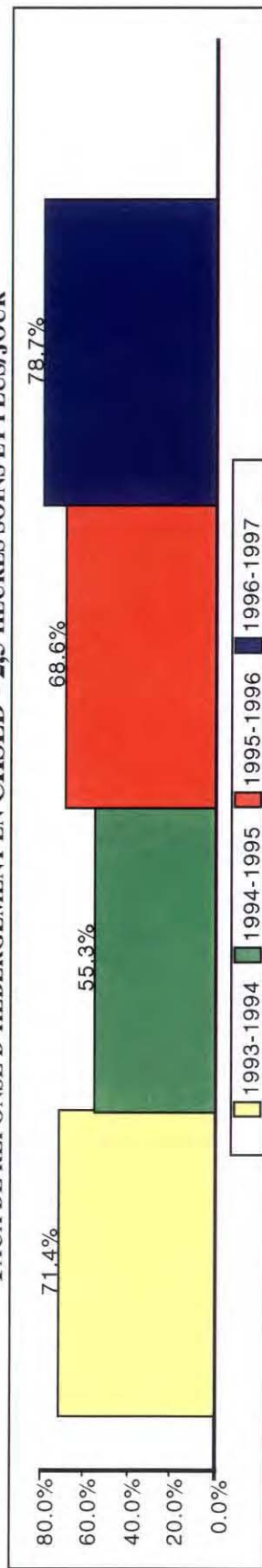
- ◇ le taux de réponse d'hébergement pour les personnes nécessitant de 2,5 heures-soins et plus par jour;
- ◇ le délai moyen d'accès pour une admission en ressource d'hébergement;
- ◇ le nombre moyen de visites à domicile (base annuelle).

#### EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE EN 1996-1997 :

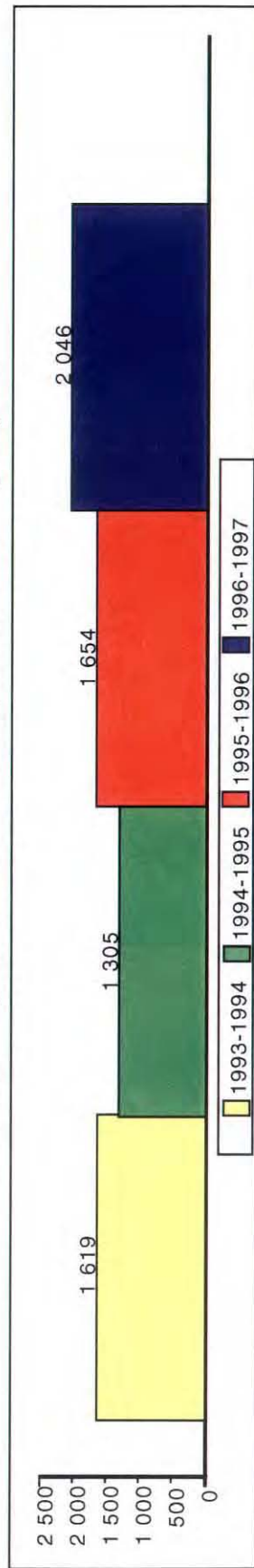
- ◆ que le pourcentage de réponse aux demandes d'admission pour les personnes nécessitant 2,5 heures-soins et plus a augmenté pour atteindre le niveau le plus élevé depuis 1993-1994, soit 78,7 %;
- ◆ que le délai d'accès pour une admission d'une demande du niveau de priorité 1 se situait à 83,3 jours parallèlement à une progression du nombre d'admissions de 100% alors que le délai pour la niveau de priorité 2 à légèrement diminué (90,5 jours). On note aussi une diminution pour les niveaux 3 (114, 7 jours) et 4 (163,1 jours);
- ◆ que le nombre de personnes âgées desservies à domicile par les CLSC a connu une progression de 15,2 % en comparaison à l'année 1994-1995 et le nombre moyen de visites a augmenté de 28,5 % pour se situer à une moyenne annuelle de 29,8 visites à domicile par personne âgée.

Ainsi, l'amélioration du taux de réponse aux demandes d'hébergement pour les personnes âgées nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour serait en lien direct avec une mesure du plan de transformation, c'est-à-dire le rehaussement des lits en CHSLD. Par ailleurs, la seule augmentation du délai d'accès pour une admission de niveau de priorité 1 doit être interprétée en fonction de l'augmentation de 100 % du nombre d'admissions pour ce niveau de priorité. De plus, les CLSC ont augmenté le nombre de personnes âgées desservies ainsi que la fréquence de leurs visites par les soins infirmiers et l'aide à domicile.

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



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



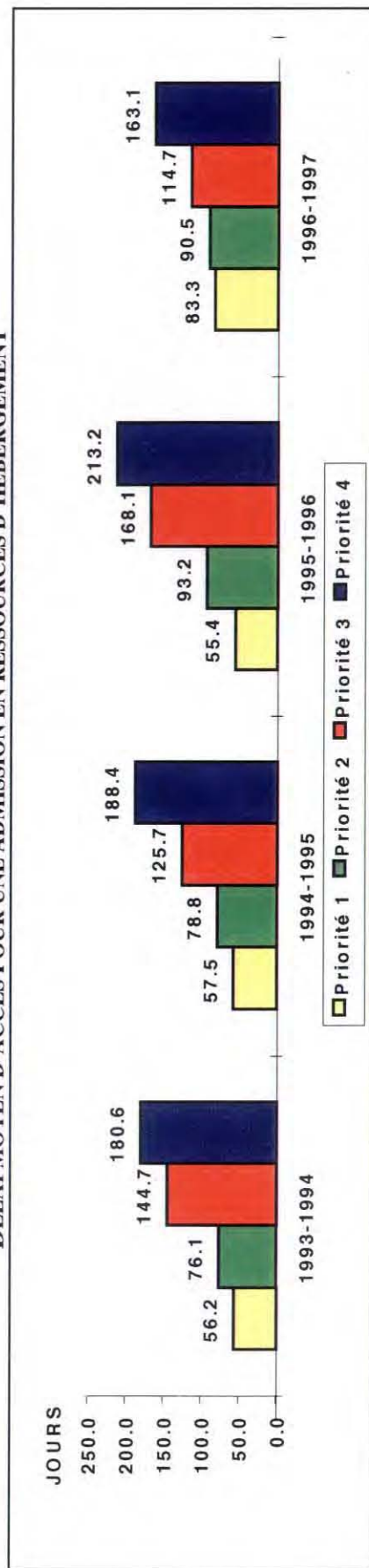
### NOMBRE DE DEMANDES D'ORIENTATION EN CHSLD 2,5 HEURES SOINS ET PLUS/JOUR



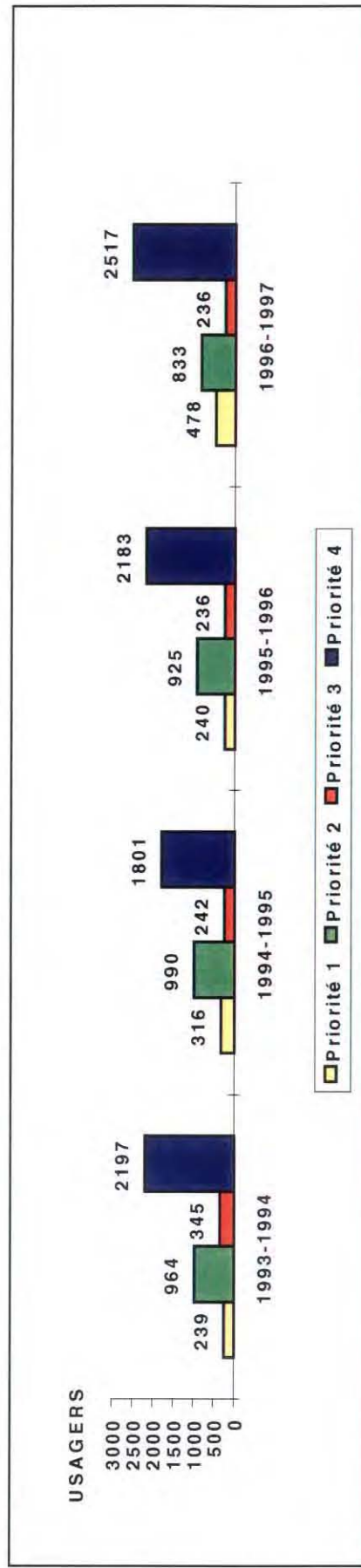
Cet indicateur permet de suivre l'évolution de l'offre et de la demande pour des admissions de personnes nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour. Il s'agit ici des cas les plus lourds qui font l'objet d'une attention particulière dans le plan de transformation. Ce taux de réponse est fonction du roulement de la clientèle nécessitant 2,5 heures-soins et plus par jour et du nombre de places pouvant répondre aux besoins de cette clientèle.

En 1996-1997, le taux de réponse a augmenté pour atteindre le niveau de 78,7 %. Il s'agit du niveau le plus élevé depuis 1993-1994. Cette amélioration du taux de réponse suit le rehaussement des lits en CHSLD (augmentation du nombre de lits pouvant recevoir une clientèle nécessitant un niveau de soins de 2,5 heures et plus par jour), mesure qui est comprise dans le plan de transformation.

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



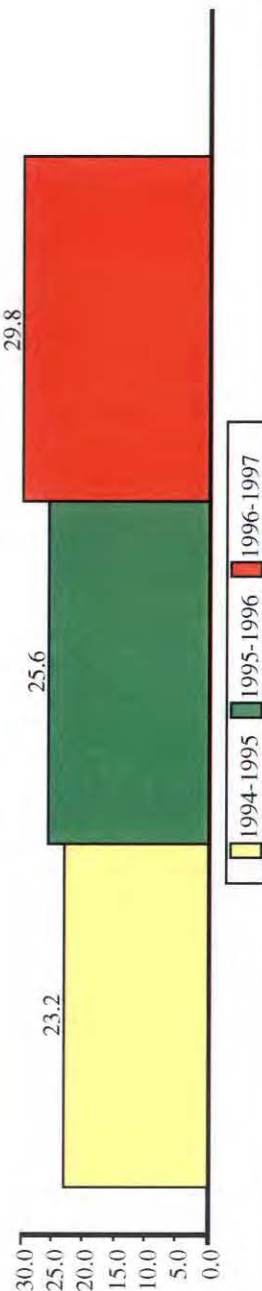
### NOMBRE D'USAGERS ADMIS EN RESSOURCES D'HÉBERGEMENT



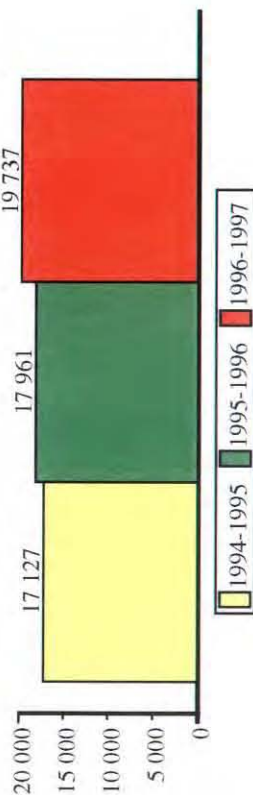
Bien qu'aucune norme de délai ne soit actuellement établie, l'objectif est évidemment de répondre aux besoins le plus rapidement possible. Il faut retenir que le délai d'admission en ressources d'hébergement est fonction du nombre d'admissions possibles dans une année (nombre de places et attrition de la clientèle). Les délais moyens d'accès sont présentés par niveau de priorité : 1 correspondant au plus prioritaire et 4 à un besoin moins urgent.

Les délais ont diminué en 1996-1997 pour les priorités 3 et 4 et se maintiennent ou ont augmenté pour les priorités 1 et 2. Il faut noter que bien que le délai moyen ait augmenté pour la priorité 1, pour se situer à 83,3 jours (+ 50 %) par rapport à l'année précédente, le volume de clientèle admise pour cette catégorie a augmenté de 100 %. En 1996-1997, en raison de la fermeture des lits de courte durée, un plus grand nombre de demandes à qui on a accordé exceptionnellement une priorité 1 a eu pour effet d'augmenter le délai d'accès.

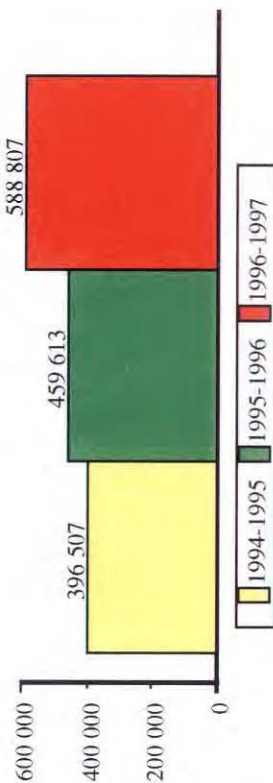
### NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE - PERSONNES ÂGÉES



### NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DIFFÉRENTES AUX SOINS ET AIDE À DOMICILE



### NOMBRE TOTAL DE VISITES - PERSONNES ÂGÉES



La prise en charge communautaire des personnes âgées est un enjeu important du plan de transformation du réseau. Un des indicateurs est l'évolution des services à domicile dispensés par les CLSC aux personnes âgées. Les résultats sont présentés sur la base des informations disponibles à partir de 1994-1995 et pour un nombre comparable de 25 CLSC<sup>3</sup>.

En comparaison avec l'année 1994-1995, on note en 1996-1997, une augmentation de 28,5 % du nombre moyen de visites (soins infirmiers et en aide à domicile) aux personnes âgées parallèlement à une croissance, en 1996-1997, de 15,2 % de personnes âgées desservies par les mêmes services.

<sup>3</sup> En 1996-1997, les quatre CLSC absents des graphiques représentaient 5077 usagers et 135 898 interventions de plus.

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

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

Cet enjeu comprend deux principaux volets :

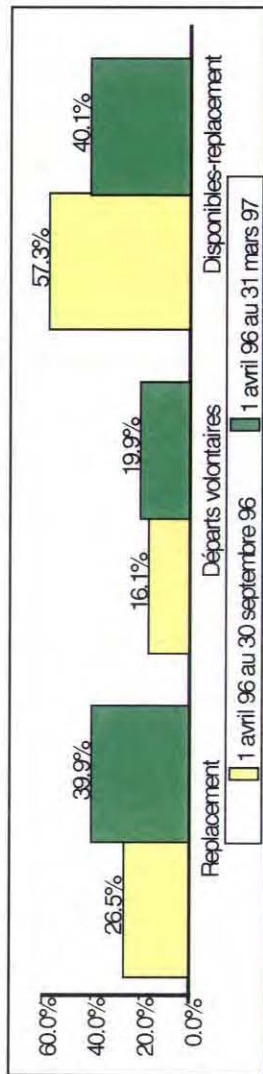
- ◇ le taux de remplacement;
- ◇ le taux de départs volontaires;

#### **EN RÉSUMÉ, ON NOTE AU 31 MARS 1997**

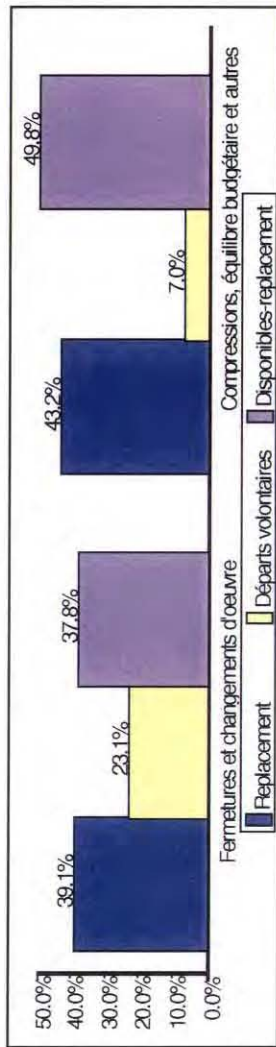
- ◆ Pour l'ensemble des salariés inscrits (n. 4 416) au Service régional de la main-d'oeuvre (excluant les cadres mais comprenant les employés sécuritaires et prioritaires inscrits suite à une fermeture ou une compression effective et certains par anticipation, (ex-SPSSS), le remplacement a touché 39,9 % des salariés (n.= 1 764) et les départs volontaires 19,9 % (n.= 879);
- ◆ globalement, le pourcentage de salariés disponibles pour un remplacement est de 40,1 % (ou 1 773 personnes);
- ◆ plus spécifiquement, pour les salariés visés par une fermeture ou un changement d'oeuvre, 62,2 % ont trouvé une solution permanente, soit 23,1 % (n.= 818) se sont prévalus des programmes de départs volontaires (objectif à la fin du processus = 18 %) et 39,1 % ont été replacés dans des postes permanents (n.= 1 384).

Même si près de 65 % du total du personnel visé par une fermeture ou un changement d'oeuvre ont été effectivement redéployés à la fin de la période de référence, à peine 37,8 % des personnes inscrites étaient encore disponibles aux fins de remplacement. Malgré le fait qu'il soit trop tôt pour déterminer les impacts des mesures de compressions budgétaires fixées aux établissements de la région, on constate que les programmes relatifs à la main-d'oeuvre se dirigeaient vers l'atteinte des objectifs.

## LES POURCENTAGES POUR L'ENSEMBLE DES SALARIÉS



### TAUX SELON LE TYPE DE MESURES DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 96 AU 31 MARS 97/SALARIÉS



#### Total des salariés (excluant les cadres)

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Remplacement        | 1 764 |
| Départs volontaires | 879   |
| Disponibles-replac. | 1 773 |
| Total               | 4 416 |

#### Fermetures et changements d'oeuvre

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Remplacement        | 1 386 |
| Départs volontaires | 818   |
| Disponibles-replac. | 1 337 |
| Total               | 3 541 |

#### Compressions, équilibre budgétaire, autres

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Remplacement        | 378 |
| Départs volontaires | 61  |
| Disponibles-replac. | 436 |
| Total               | 875 |

\*incluant 285 salarié(e)s de l'ex-SFSS

Pour l'ensemble des salariés inscrits au Service régional de la main-d'oeuvre (S.R.M.O.), le pourcentage de départs volontaires s'établit à 19,9 % (879/4 416). Toutefois, si on considère uniquement le personnel visé par une fermeture ou un changement d'oeuvre, le taux de départs volontaires augmente à 23,1 % (818/3 541). Ce résultat est plus que satisfaisant si on se rappelle que l'objectif fixé avait été établi à 18 %.

Au cours de la période terminée le 31 mars 1997, le S.R.M.O. a remplacé 1 764 personnes, ce qui représente 40 % des personnes inscrites (1 764/4 416). Ce pourcentage grimpe à 49,9 % si on considère uniquement le personnel disponible aux fins de remplacement, c'est-à-dire en excluant ceux qui ont opté pour un départ volontaire. Si on considère les seuls salariés visés par les fermetures ou changements d'oeuvre, 62,2 % ont trouvé une solution permanente, soit 2 204/3 541. De ce nombre, 1 384 ont été remplacés dans des postes permanents (39,1 %) et 818 ont opté pour le programme de départs volontaires (23,1 %). Il reste donc 1 337 personnes disponibles pour un remplacement (37,8 %). Ainsi, à la fin de la période de référence, il ne reste que 1 773 personnes disponibles aux fins de remplacement soit 40 % de l'ensemble des personnes inscrites au cours de la période de référence.

Globalement donc, on peut dire qu'en l'espace de 12 mois une solution permanente a pu être trouvée pour 60 % des personnes qui ont transité par le S.R.M.O.

Pour le personnel d'encadrement, le logiciel utilisé pour compiler n'est en opération que depuis le début de l'année 1997. Malgré ce qui précède, et outre le fait que les règles du jeu sont différentes de celles du personnel syndiqué, 25,1 % ont profité du programme de départs volontaires (102/406). Si on se limite aux cadres des établissements qui ont fermé ou qui ont changé d'oeuvre, le taux s'établit à 30,9 % (73/236) (ces chiffres n'apparaissent pas).

## SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

---

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

Cet enjeu comprend quatre indicateurs :

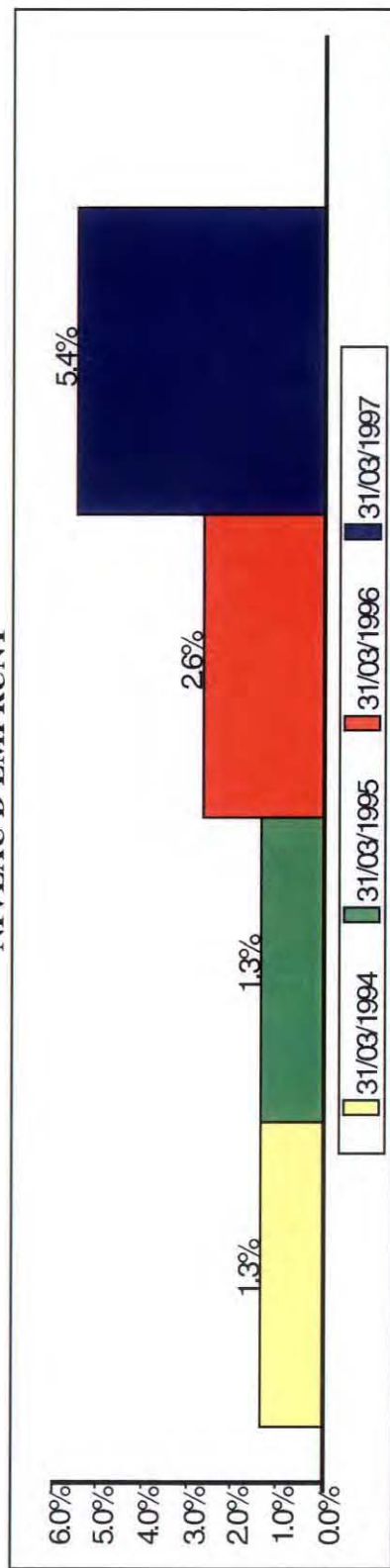
- ◇ le pourcentage d'autorisations temporaires d'emprunt;
- ◇ le pourcentage de surplus et de déficit;
- ◇ le niveau de réduction et de réallocation;
- ◇ le pourcentage des heures travaillées (par catégorie de services).

#### **EN RÉSUMÉ, EN 1996-1997 ON OBSERVE CE QUI SUIT :**

- ◆ À compter de 1995-1996 se sont ajoutées les autorisations d'emprunt en regard de la transformation du réseau qui comptent maintenant pour 56 % de l'ensemble des emprunts. Le niveau global d'emprunt, relativement stable en 1993-1994 et 1994-1995, a augmenté en flèche depuis, reflétant essentiellement l'impact de l'opération de transformation du réseau;
- ◆ le niveau de surplus ou déficit s'est sensiblement aggravé en 1996-1997 à 2,1 %;
- ◆ de 1993-1994 à 1995-1996, on constate une forte réduction réelle des budgets. Cette réduction s'explique par l'importance croissante des compressions exigées par le Ministère et la nécessité d'autofinancer régionalement la plus grande partie des réallocations à compter de 1995-1996. Quant aux réallocations, elles s'avèrent conformes aux orientations du Plan de transformation 1995-1998.
- ◆ dans l'ensemble, on note une diminution graduelle du total des heures travaillées de 1993-1994 à 1996-1997 et cette diminution est proportionnellement plus prononcée pour les services administratifs et de soutien que pour les services directs

En conclusion, l'actualisation des mesures financières du plan de transformation 1995-1998 s'accompagne d'une situation financière plus difficile pour certains établissements.

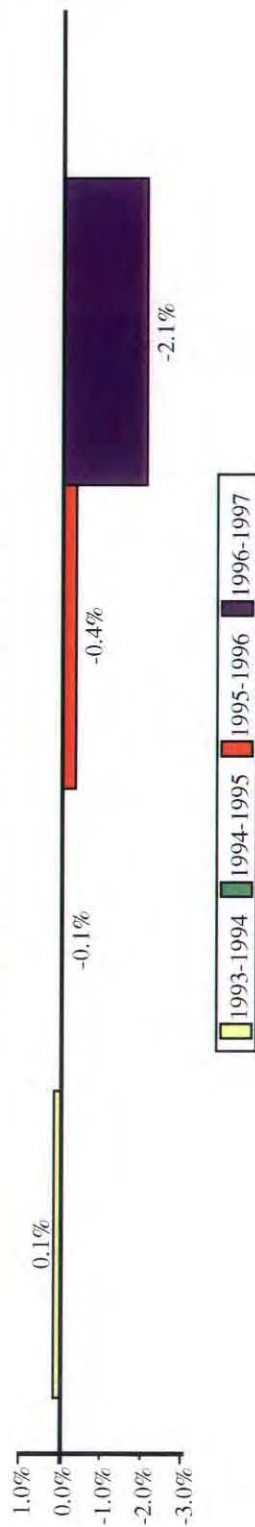
### NIVEAU D'EMPRUNT



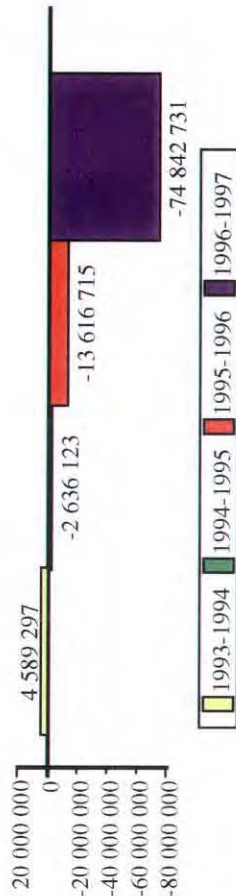
Les autorisations d'emprunt peuvent être obtenues pour plusieurs motifs dont les principaux, jusqu'en 1994-1995, étaient les déficits accumulés et les congés à traitement différé. À compter de 1995-1996 se sont ajoutées les autorisations en regard de la transformation du réseau qui comptent maintenant pour 56 % de l'ensemble. Le niveau d'emprunt relativement stable en 1993-1994 et 1994-1995 a augmenté en flèche depuis, reflétant essentiellement l'impact de l'opération de transformation du réseau.

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

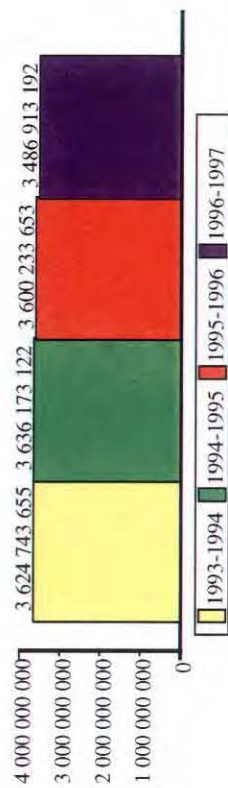
### NIVEAU DE SURPLUS OU DÉFICIT



### SURPLUS OU DÉFICITS DES ACTIVITÉS PRINCIPALES

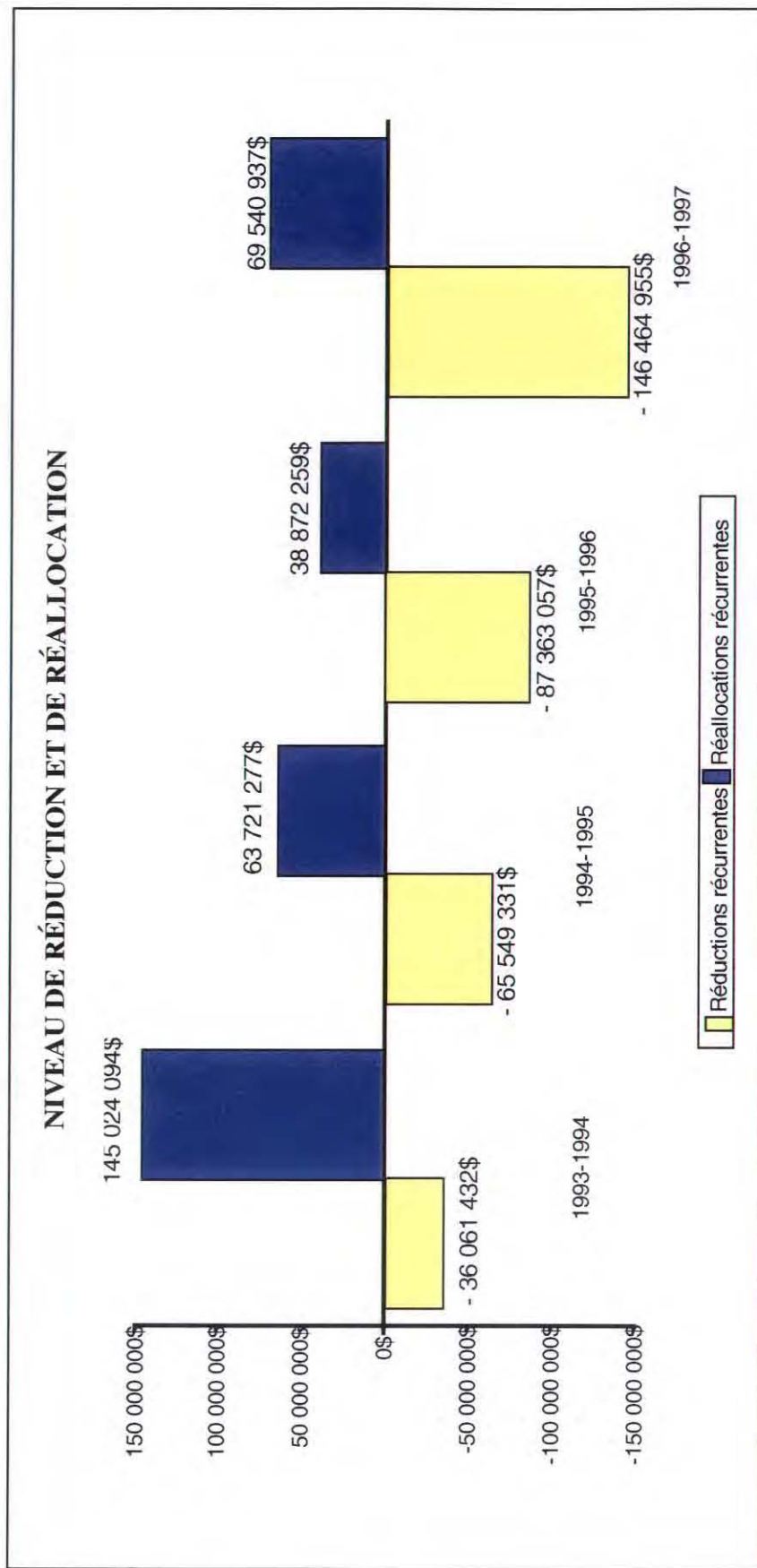


### REVENUS AUX ACTIVITÉS PRINCIPALES



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

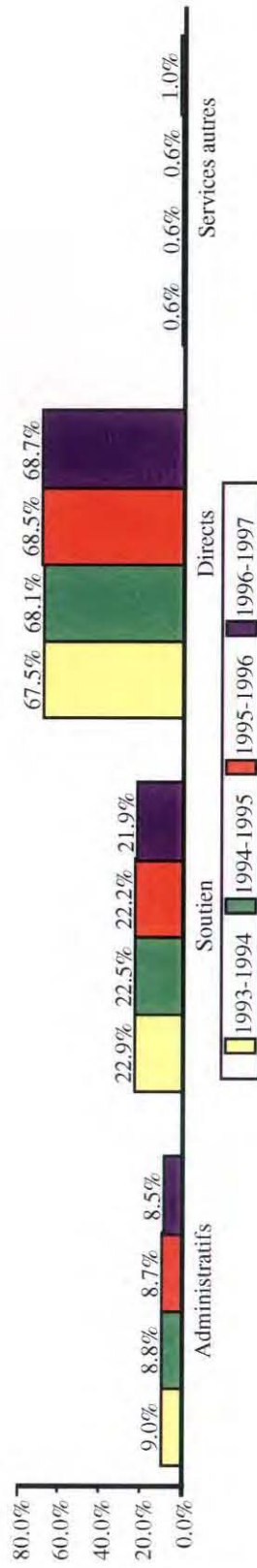
Cet indicateur concerne les établissements publics et privés. La situation de surplus ou déficit influence de façon directe l'indicateur portant sur les niveaux d'emprunt.



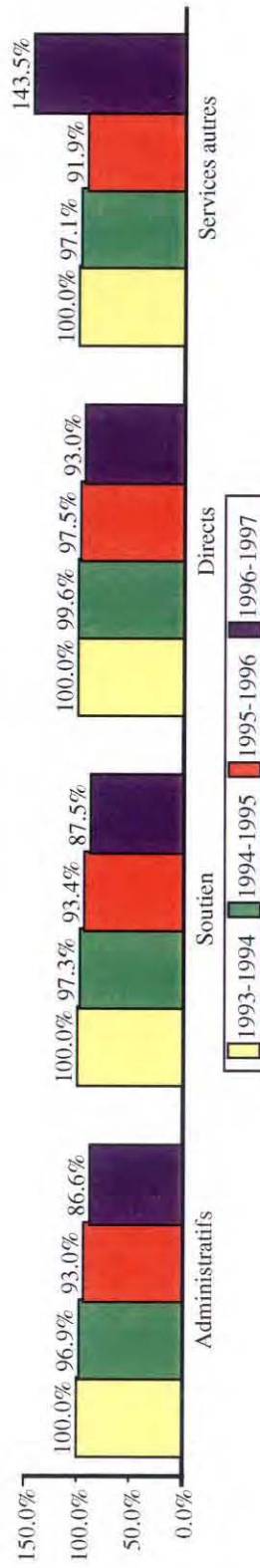
Le niveau de réduction et de réallocation budgétaires permet de suivre le volet financier des mesures de transformation du réseau. À noter qu'en 1993-1994 et 1994-1995 le Ministère effectuait directement la majeure partie des réductions et réallocations, selon ses priorités. La Régie régionale n'avait qu'un rôle limité comme la répartition intrarégionale de certains budgets de développement. De 1993-1994 à 1996-1997, on constate une forte augmentation des réductions réelles. Cette augmentation s'explique par l'importance croissante des compressions exigées par le Ministère et la nécessité d'autofinancer régionalement la plus grande partie des réallocations à compter de 1995-1996. Quant aux réallocations, elles s'avèrent conformes aux orientations du Plan de transformation 1995-1998.

Cet indicateur concerne autant les établissements publics et privés que les organismes communautaires. À noter que les allocations effectuées en 1993-1994 et 1994-1995 pouvaient contenir des éléments paramétriques autres que le développement d'activités ou services (ex.: progression des échelles salariales).

## POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES



## ÉVOLUTION DES HEURES TRAVAILLÉES



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

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